

Kim Quintero Y Perez

*L'essentiel
en un coup d'œil*

Pathologies et Thérapeutiques en soins infirmiers

137 fiches

classées par processus

+ correspondance
princeps – DCI

ELSEVIER

Elsevier Masson

Pathologies et thérapeutiques en soins infirmiers

137 fiches pour ESI et infirmiers

Kim Quintero Y Perez

*Diplômée de l'Institut de formation de la Croix-Rouge française de Rezé,
Pays de Loire*

Infirmière, service de réanimation, CHUM de Fort-de-France

Préface de David Lévine

Elsevier Masson

Table des matières

Couverture

Page de titre

Page de copyright

Préface

Remerciements

Abréviations

I: Pathologies et leur prise en charge

Processus traumatiques

Fiche 1: Processus traumatiques/1: Généralités

Fiche 2: Processus traumatiques/2: Tissus osseux et fractures

Fracture

Fiche 3: Brûlure

Fiche 4: Traumatismes axiaux/1: Traumatisme crânien (TC)

Traumatisme crânien

Fiche 5: Traumatismes axiaux/2: Traumatisme rachidien et médullaire

Traumatismes rachidiens et médullaires

Fiche 6: Traumatismes axiaux/3: Coma, état végétatif

Coma

État végétatif

Fiche 7: Traumatismes axiaux/4: *Locked-in syndrome*, expérience de mort imminente

Locked-in syndrome

Expérience de mort imminente

Fiche 8: Traumatismes appendiculaires/1: Amputation

Fiche 9: Traumatismes appendiculaires/2: Entorse, luxation

Entorse

Luxation

Fiche 10: Traumatismes appendiculaires/3: Prothèse totale de hanche

Fiche 11: Traumatismes appendiculaires/4: Résine, plâtre

Résine et plâtre

Processus psychopathologiques

Fiche 12: Hospitalisations en psychiatrie

Fiche 13: Protections juridiques, accompagnement

- Types de protections juridiques

- Accompagnement futur

Fiche 14: Institutions d'accompagnement

Fiche 15: Sémiologie en psychiatrie

Fiche 16: Bases psychanalytiques

Fiche 17: Addictions et alcoolisme

- Addictions

- Alcoolisme

Fiche 18: Troubles du comportement alimentaire/1: Anorexie, hyperphagie

- Anorexie mentale

Fiche 19: Troubles du comportement alimentaire/2: Boulimie

Fiche 20: Crise suicidaire

Fiche 21: Névroses/1: Névrose d'angoisse, névrose phobique, névrose obsessionnelle

Névrose d'angoisse

Névrose phobique

Névrose obsessionnelle

Fiche 22: Névroses/2: Névrose hystérique, névrose traumatique

Névrose hystérique

Névrose traumatique, ou état de stresspost-traumatique

Fiche 23: Psychoses aiguës/1: Bouffée délirante aiguë, psychose puerpérale

Bouffée délirante aiguë

Psychose puerpérale

Fiche 24: Psychoses aiguës/2: Confusion mentale, *delirium tremens*, accès maniaque, accès mélancolique

Confusion mentale

Delirium tremens

Accès maniaque

Accès mélancoliques

Fiche 25: Psychoses chroniques/1: Schizophrénie

Schizophrénie

Fiche 26: Psychoses chroniques/2: Inobservance médicamenteuse chez le schizophrène

Fiche 27: Psychoses chroniques/3: Délires paranoïde, paraphrénique, hallucinatoire

Délire paranoïde

Délire paraphrénique

Délire hallucinatoire

Fiche 28: Psychoses chroniques/4: Troubles de l'humeur : dépression, exaltation, trouble bipolaire

Dépressions

Exaltation : accès maniaque

Trouble bipolaire

Fiche 29: Organisations narcissiques: Personnalité borderline, psychopathie, névrose de caractère, perversion

Personnalité borderline

Psychopathie

Névrose de caractère

Perversion

Fiche 30: Pédopsychiatrie, gérontopsychiatrie

Pédopsychiatrie

Gérontopsychiatrie

Processus inflammatoires et infectieux

Fiche 31: Processus inflammatoires et infectieux: Généralités

Bactériémie

Sepsis

Sepsis sévère

Choc septique

Syndrome de défaillance multiviscérale

Fiche 32: Isolement septique, isolement protecteur

Isolement septique

Isolement protecteur

Fiche 33: Allergie, œdème de Quincke, choc anaphylactique

Fiche 34: Endocardite

Fiche 35: Grippe

Fiche 36: Hépatites virales/1: VHA et VHE

Hépatite A (VHA)

Hépatite E (VHE)

Fiche 37: Hépatites virales/2: VHB, VHC et virus delta

Hépatite B (VHB)

Hépatite delta

Hépatite C (VHC)

Fiche 38: Infections osseuses et articulaires/1: Arthrite infectieuse

Arthrite infectieuse

Fiche 39: Infections osseuses et articulaires/2: Spondylodiscite, infection de matériel, ostéite du pied diabétique

Spondylodiscite

Infection de matériel

Ostéite du pied diabétique

Fiche 40: Infection urinaire

Fiche 41: Infections sexuellement transmissibles/1: Syphilis, gonocoque

Syphilis

Gonocoque

Fiche 42: Infections sexuellement transmissibles/2: *Chlamydiae*, *Human papilloma virus*, herpès génital

Chlamydiae

Human papilloma virus (HPV)

Herpès génital

Fiche 43: Méningite

Fiche 44: Pathologies digestives: Maladie de Crohn, rectocolite hémorragique chronique

Maladie de Crohn

Rectocolite hémorragique chronique

Fiche 45: Pathologies rhumatismales/1: Arthrite, arthrose

Arthrite

Arthrose

Fiche 46: Pathologies rhumatismales/2: Polyarthrite rhumatoïde

Fiche 47: Pathologies rhumatismales/3: Spondylarthropathies

La spondylarthrite ankylosante

Fiche 48: Pathologies rhumatismales/4: Goutte

Fiche 49: Pathologies vaccinables: Diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, rougeole

Diphtérie

Tétanos

Poliomyélite

Coqueluche

Rougeole

Fiche 50: Tuberculose

Fiche 51: VIH et sida

Processus obstructifs

Fiche 52: Processus obstructifs: Généralités

Athérosclérose

Lithiase

Œdème et autres obstructions biologiques

Fiche 53: Artériopathie oblitérante des membres inférieurs

Fiche 54: Accidents vasculaires cérébraux, accidents ischémiques transitoires

Fiche 55: Asthme

Fiche 56: Bronchite chronique obstructive, Bronchopneumopathie chronique obstructive

Bronchite chronique obstructive (BCO)

Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Distinction entre asthme et BCPO

Fiche 57: Embolie pulmonaire

Fiche 58: Lithiase urinaire, lithiase biliaire

Lithiase urinaire

Lithiase biliaire

Fiche 59: Occlusion intestinale

Fiche 60: Œdème aigu du poumon

Fiche 61: Thrombose veineuse profonde

Fiche 62: Syndromes coronariens aigus

Processus dégénératifs et défaillances organiques

Fiche 63: Processus dégénératifs et défaillances organiques:
Généralités

Défaillances organiques

Processus dégénératifs

Fiche 64: Déficits visuels/1: Astigmatisme, myopie

Astigmatisme

Myopie

Fiche 65: Déficits visuels/2: Presbytie, cataracte

Presbytie

Cataracte

Fiche 66: Déficits visuels/3: Dégénérescence maculaire liée à l'âge, glaucome

Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)

Glaucomes

Fiche 67: Diabète/1: Généralités

Diabète de type 1

Diabète de type 2

Fiche 68: Diabète/2: Hypoglycémie, hyperglycémie

Hypoglycémie du diabétique

Hyperglycémie du diabète

Fiche 69: Diabète/3: Acidocétose

Acidocétose

Fiche 70: Insuffisance artérielle, insuffisance veineuse, ulcère variqueux, esquarre

Insuffisance artérielle

Insuffisance veineuse

Ulcères variqueux

Escarres

Fiche 71: Insuffisance cardiaque

Fiche 72: Insuffisance hépatocellulaire, hypertension portale

Insuffisance hépatocellulaire

Hypertension portale

Fiche 73: Exploration hépatique

Fiche 74: Insuffisance rénale

Fiche 75: Insuffisance respiratoire, ventilation assistée

Insuffisance respiratoire

Ventilation assistée

Fiche 76: Explorations cardiorespiratoires

Fiche 77: Maladies neurodégénératives/1: Maladie d'Alzheimer, sclérose latérale amyotrophique

Maladie d'Alzheimer

Sclérose latérale amyotrophique (ou maladie de Charcot)

Fiche 78: Maladies neurodégénératives/2: Maladie de Parkinson, maladie à corps de Lewy

Maladie de Parkinson

Maladie (démence) à corps de Lewy

Fiche 79: Maladies neurodégénératives/3: Sclérose en plaques

Sclérose en plaques

Fiche 80: Maladies neurodégénératives/4: Prise en charge globale

Processus tumoraux

Fiche 81: Processus tumoraux: Généralités

Fiche 82: Dispositif d'annonce

Fiche 83: Cancer du côlon, cancer du rectum

Cancer colorectal

Fiche 84: Colostomie, iléostomie

Fiche 85: Hypertrophie bénigne de la prostate, cancer de la prostate

Hypertrophie bénigne de la prostate (HBP)

Cancer de la prostate

Fiche 86: Cancer de l'œsophage, cancer de l'estomac

Cancer de l'œsophage

Cancer de l'estomac

Fiche 87: Cancer de l'ovaire, cancer du col de l'utérus

Cancer de l'ovaire

Cancer du col de l'utérus

Fiche 88: Cancer du poumon, cancer des voies aérodigestives supérieures

Cancer du poumon

Cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS)

Fiche 89: Trachéotomie, trachéostomie

Trachéotomie

Laryngectomie totale, trachéostomie

Fiche 90: Cancer du sein

Cancer du sein

Fiche 91: Sémiologie des hémopathies/1: Neutropénie, lymphopénie, anémie

Neutropénie

Lymphopénie

Anémie

Fiche 92: Sémiologie des hémopathies/2: Thrombopénie, aplasie médullaire

Thrombopénie

Aplasia médullaire

Fiche 93: Hémopathies malignes: Généralités

Fiche 94: Hémopathies myéloïdes/1: Leucémie aiguë, syndrome myélodysplasique

Leucémie aiguë

Syndrome myélodysplasique

Fiche 95: Hémopathies myéloïdes/2: Syndrome myéloprolifératif

Leucémie myéloïde chronique (LMC)

Maladie de Vaquez

Thrombocytémie essentielle

Myélofibrose primitive, splénomégalie myéloïde

Fiche 96: Hémopathies lymphoïdes/1: Lymphomes : généralités

Fiche 97: Hémopathies lymphoïdes/2: Lymphomes B

Lymphomes B diffus à grandes cellules

Lymphomes B folliculaires

Lymphomes B du manteau

Lymphomes B de la zone marginale

Lymphome à petits lymphocytes, leucémie lymphoïde chronique (LLC)

Lymphomes de Burkitt

Maladie de Hodgkin

Fiche 98: Hémopathies lymphoïdes/3: Lymphomes T

Lymphomes T périphériques

Lymphomes T lymphoblastiques

Fiche 99: Hémopathies lymphoïdes/4: Myélome

Myélome multiple (ou maladie de Kahler)

Fiche 100: Greffe de moelle osseuse

II: Thérapeutiques

Processus traumatiques

Fiche 101: Anesthésiants

Anesthésie générale

Anesthésie locorégionale

Fiche 102: Antalgiques/1: Généralités sur la douleur

Fiche 103: Antalgiques/2: Généralités sur les traitements de la douleur

Fiche 104: Antalgiques/3: Antalgiques de paliers I, II, III

Antalgiques de palier I

Antalgiques de palier II

Antalgiques de palier III

Fiche 105: Plaies chroniques et cicatrisation/1: Rappels

Fiche 106: Plaies chroniques et cicatrisation/2: Produits

Processus psychopathologiques

Fiche 107: Introduction aux psychotropes – Neuroleptiques

Neuroleptiques

Fiche 108: Antidépresseurs

Surveillance

Fiche 109: Anxiolytiques, thymorégulateurs

Anxiolytiques

Thymorégulateurs

Fiche 110: Hypnotiques, antiépileptiques

Hypnotiques

Antiépileptiques

Fiche 111: Médicaments du sevrage alcoolique, tabagique, opioïde

Installation de la dépendance

Principales substances

Processus inflammatoires et infectieux

Fiche 112: Antibiotiques

Aminosides (« -micine », « -acine »)

Carbapénèmes

Céphalosporines (« céf- »)

Monobactames

Pénicillines (« -icilline »)

Glycopeptides

Imidazoles (« -azole »)

Macrolides (« -mycine »)

Quinolones, fluoroquinolones (« -oxacine »)

Tétracyclines (« -cycline »)

Sulfamides

Autres

Fiche 113: Anti-inflammatoires stéroïdiens

Produits (« -sone », « -solone »)

Fiche 114: Anti-inflammatoires non stéroïdiens

Produits (« -fène »)

Fiche 115: Vaccins, sérothérapies

Processus obstructifs

Fiche 116: Anticoagulants/1: Hémostase, composition du sang, généralités sur les anticoagulants

Fiche 117: Anticoagulants/2: Antiagrégants plaquettaires, nouveaux anticoagulants oraux, héparines

Antiagrégants plaquettaires (AAP)

Nouveaux anticoagulants oraux (NACO)

Héparines

Fiche 118: Anticoagulants/3: Antivitamines K

Produits

Fiche 119: Urgences/1: Médicaments cardioactifs, catécholamines

Catécholamines

Fiche 120: Urgences/2: Autres médicaments de l'urgence

Les chocs

Anesthésiques

Benzodiazépines

Fibrinolytiques

Antiépileptiques

Bronchodilatateurs

Antihistaminique

Hyperthermie maligne

Processus dégénératifs et défaillances organiques

Fiche 121: Antidiabétiques oraux, insulines

Antidiabétiques oraux (ADO)

Antidiabétiques injectables : insulines

Fiche 122: Antihypertenseurs, médicaments en cardiologie/1:
Généralités – Diurétiques

Diurétiques

Fiche 123: Antihypertenseurs, médicaments en cardiologie/2:
Bêtabloquants, inhibiteurs calciques, médicaments du SRA, IEC

Bêtabloquants (BB) (« -ol »)

Inhibiteurs calciques (IC) (« -dipine »)

Médicaments du système rénine-angiotensine (SRA)

Fiche 124: Antihypertenseurs, médicaments en cardiologie/3:
Antihypertenseurs centraux, alphabloquants, dérivés nitrés

Antihypertenseurs centraux

Alphabloquants (« -azosine »)

Dérivés nitrés

Statines (« -statine »)

Antiarythmiques

Synthèse des indications

Fiche 125: Médicaments de la démence: Maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, maladie à corps de Lewy

Maladie de Parkinson

Maladie d'Alzheimer

Démences à corps de Lewy

Fiche 126: Traitements symptomatiques/1: Antiulcéreux, antiémétiques, antispasmodiques

Antiulcéreux

Antiémétiques

Antispasmodiques

Fiche 127: Traitements symptomatiques/2: Antivertigineux, antidiarrhéiques, laxatifs

Antivertigineux

Antidiarrhéiques

Laxatifs

Processus tumoraux

Fiche 128: Chimiothérapies cytotoxiques et non cytotoxiques/1: Généralités

Fiche 129: Chimiothérapies cytotoxiques et non cytotoxiques/2

Chimiothérapies cytotoxiques

Chimiothérapies non cytotoxiques

Fiche 130: Hormonothérapie

Anti-œstrogènes

Antiandrogènes

Anti-aromatases

Analogues de la LH-RH (« -reline »)

Fiche 131: Radiothérapie, thérapie ciblée, immunothérapie

Radiothérapie

Thérapies ciblées

Immunothérapies

Fiche 132: Stimulants de l'hématopoïèse

Facteurs de croissance érythrocytaire (érythropoïétine)

Facteurs de croissance leucocytaire (cytokines) (« -stim »)

Facteurs de croissance plaquettaire (thrombopoïétine)

III: Actes infirmiers

Fiche 133: Électrocardiogramme

Fiche 134: Prélèvement sanguin

Fiche 135: Sonde nasogastrique

Fiche 136: Sonde urinaire

Fiche 137: Transfusion

Annexe I. Antidotes

Annexe II. Calculs de doses et de débits

Annexe III. Équivalence princeps–DCI

Annexe IV. Normes biologiques

Index

Page de copyright



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris.
Tél. 01 44 07 47 70.

Crédits illustrations

Les [figures 9, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 26, 27, 28, 29, 35, 37, 38, 47](#) ont été réalisées par Cyrille Martinez.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2017, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

ISBN : 978-2-294-75521-7

e-ISBN : 978-2-294-75609-2

Elsevier Masson SAS, 65, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux CEDEX

www.elsevier-masson.fr

Préface

Être infirmier aujourd'hui requiert de nombreuses connaissances pratiques et bien évidemment théoriques. La médecine évolue à grande vitesse et la place de l'infirmier dans le système de soins est primordiale. Ses compétences, visibles sur le terrain, sont alimentées à chaque situation et chaque patient par les théories, les définitions, la physiologie et la physiopathologie.

Ce livre de fiches pratiques se veut un véritable outil permettant à l'étudiant, comme l'infirmier en exercice, de pouvoir à tout instant revoir les notions indispensables à connaître. Il respecte le nouveau référentiel mis en œuvre dans les IFSI depuis quelques années et a pour vocation d'être synthétique et efficace. L'infirmier de notre temps ne peut pas être un simple exécutant. Il fait des choix, il priorise en fonction de son analyse diagnostique et joue un rôle clé dans la prise en charge des patients.

Cet outil est là pour vous aider à avancer tout au long de votre carrière dans ce rôle merveilleux, mais néanmoins exigeant, de soignant.

David Lévine, *Médecin généraliste, Spécialiste en médecine du sport,*
Fontainebleau

Remerciements

Je remercie le Docteur David Lévine et le Professeur Ibrahim Marroun pour leur relecture attentive, ainsi que Chantal Genet (infirmière en psychiatrie).

Je remercie particulièrement Maël Mesmeur et lui dédicace cet ouvrage sur lequel il a passé de nombreuses heures et pour lequel il a su me donner de précieux conseils.

Enfin, je remercie l'Institut de formation de la Croix-Rouge française de Rezé ainsi que ma tutrice Muriel Desportes, pour la formation professionnelle qu'ils m'ont apportée durant mon cursus.

Abréviations

AAG	Asthme aigu grave
AAP	Antiagrégant plaquettaire
ACR	Arrêt cardiorespiratoire
ADO	Antidiabétique oraux
AEG	Altération de l'état général
AES	accident d'exposition au sang
AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien
AIS	Anti-inflammatoire stéroïdien
AIT	Accident ischémique transitoire
ALAT	Alanine aminotransférase
AOMI	Artériopathie oblitérante des membres inférieurs
ASAT	Aspartate aminotransférase
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVK	Antivitamine K
BAV	Bloc auriculoventriculaire
BB	Bêtabloquants
BCO	Bronchite chronique obstructive
BDA	Bouffée délirante aiguë
BK	Bacille de Koch
BNP	Peptide natriurétique B (<i>Brain Natriuretic Peptide</i> en anglais)
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
BU	Bandelette urinaire
CAC	Centre d'accueil et de crise

CAARUD Centre d'accompagnement et d'accueil à la réduction des risques pour les usagers de drogues

CATTP Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CGR Culot de globules rouges

CIVD Coagulation intravasculaire disséminée

CLIN Comité de lutte contre les infections nosocomiales

CMP Centre médico-psychologique

CPAP *Continuous Positive Airway Pressure*

CRP Protéine C-réactive

CSAPA Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie

CTM Centre de thérapie à médiation

CUPT Contrôle ultime pré-transfusionnel

CV Capacité vitale

DASRI Déchets d'activités de soins à risque infectieux

DCI Dénomination commune internationale

DEP Débit expiratoire de pointe

DFG Débit de filtration glomérulaire

DHE Dysharmonie évolutive

DID Diabète insulino-dépendant

DISS Direction générale des interventions sanitaires et sociales

DMLA Dégénérescence maculaire liée à l'âge

DNID Diabète non insulino-dépendant

DT *Delirium Tremens*

EBV Virus d'Epstein-Barr

ECBC Examen cyto bactériologique des crachats

ECBU Examen cyto bactériologique des urines

ECG Électrocardiogramme
EDTA Acide éthylène diamine tétra-acétique
EEG Electroencéphalogramme
EFR Explorations fonctionnelles respiratoires
EMI Expérience de mort imminente
EP Embolie pulmonaire
EPR État pauci-relationnel
EVC État végétatif chronique
FAM Foyer d'accueil médicalisé
FC Fréquence cardiaque
FiO2 Fraction inspirée d'oxygène
FPH Fonction publique hospitalière
FR Fréquence respiratoire
Gamma-GT Gamma glutamyl transpeptidase
HAD Hospitalisation à domicile
Hb Hémoglobine
HBP Hypertrophie bénigne de la prostate
HBPM Héparines de bas poids moléculaire
HDJ Hôpital de jour
HL Hospitalisation libre
HLH Hémianopsie latérale homonyme
HNF Héparine non fractionnée
HPV *Human Papilloma Virus*
HTA Hypertension artérielle
HTIC Hypertension intracrânienne
HTP Hypertension portale

IC Insuffisance cardiaque
IDM Infarctus du myocarde
IDR intradermoréaction
IEC Inhibiteur de l'enzyme de conversion
IgE, IgG, IgM Immunoglobulines E, G, M
IH Insuffisance hépatocellulaire
IMAO Inhibiteur de monoamine oxidase
INR *International Normalized Ratio*
IOA Infection osseuse et articulaire
IPP Inhibiteur de la pompe à proton
IPS Index de pression systolique
IR Insuffisance rénale
IRA Insuffisance rénale aiguë
IRC Insuffisance rénale chronique
IRM Imagerie par résonance magnétique
ISRS Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine
IST Infections sexuellement transmissibles
ITL infection tuberculeuse latente
IU Infection urinaire
IV Intraveineux
LATA Limitation et arrêt des thérapeutiques actives
LCR Liquide céphalorachidien
LEC Lithotritie extracorporelle
LI Libération immédiate
LIS *Locked-in syndrome*
LLC Leucémie lymphoïde chronique

LMC Leucémie myéloïde chronique
LP Libération prolongée
MAS Maison d'accueil spécialisée
MC Maladie de Crohn
MMS *Mini Mental State*
NACO Nouveaux anticoagulants oraux
NFS Numération-formule sanguine
OAP Œdème aigu du poumon
OGE Organes génitaux externes
OMI Œdème des membres inférieurs
PA Pression artérielle
PAD Pression artérielle diastolique
PAS Pression artérielle systolique
Paw Pression de crête
PEP Pression expiratoire positive
PFC Plasma frais congelé
PL Ponction lombaire
PLS Position latérale de sécurité
PTC Piquant, tranchant, coupant
PTH Prothèse totale de hanche
PSL Produits sanguins labiles
PSPH Participant au service public hospitalier
RAD Retour à domicile
RAI Recherche d'agglutinines irrégulières
RGO Reflux-gastro-œsophagien
RHC Rectocolite hémorragique chronique

SaO2 Saturation en oxygène dans le sang (%)

SCA Syndrome coronarien aigu

SDMV Syndrome de défaillance multi-viscérale

SDRE Soins sur décision d'un représentant de l'État

SDT Soins sur demande d'un tiers

SDTU Soins sur demande d'un tiers urgent

SEP Sclérose en plaques

SIDA Syndrome d'immunodéficience acquise

SLA Sclérose latérale amyotrophique

SNC Système nerveux central

SNG Sonde nasogastrique

SPI Soins de péril imminent

SRA Système rénine-angiotensine

TC Traumatisme crânien

TCA Temps de céphaline activée

TCA Troubles du comportement alimentaire

TDM Tomodensitométrie

TED Troubles envahissants du développement

THADA Trouble hyperactif avec déficit de l'attention

TP Taux de prothrombine

TP Temps de plateau

TPE Traitement post-exposition

TQ Temps de Quick

TSA Troubles du spectre autistique

TVP Thrombose veineuse profonde

UI Unité internationale

VADS Voies aérodigestives supérieures

VEMS Volume expiratoire maximum par seconde

VHA/B/C/E Virus de l'hépatite A/B/C/E

VIH Virus de l'immunodéficience humaine

VM Volume minute

VNI Ventilation non invasive

VS Vitesse de sédimentation

VSAI Ventilation spontanée avec aide inspiratoire

Vt Volume courant

VVP Voie veineuse périphérique

Pathologies et leur prise en charge

Processus traumatiques



FICHE 1

Processus traumatiques/1

Généralités

Types d'atteintes

- **Osseuses et cutanées** : fracture ouverte ou fermée, amputation ([Fiche 8](#)), brûlure ([Fiche 3](#)).
- **Nerveuses** : altération de la sensibilité et de la motricité.
- **Ligamentaires** : entorse
- **Articulaires** : luxation ([Fiche 9](#)).
- **Vasculaires** : hémorragie, hypoxie des tissus.

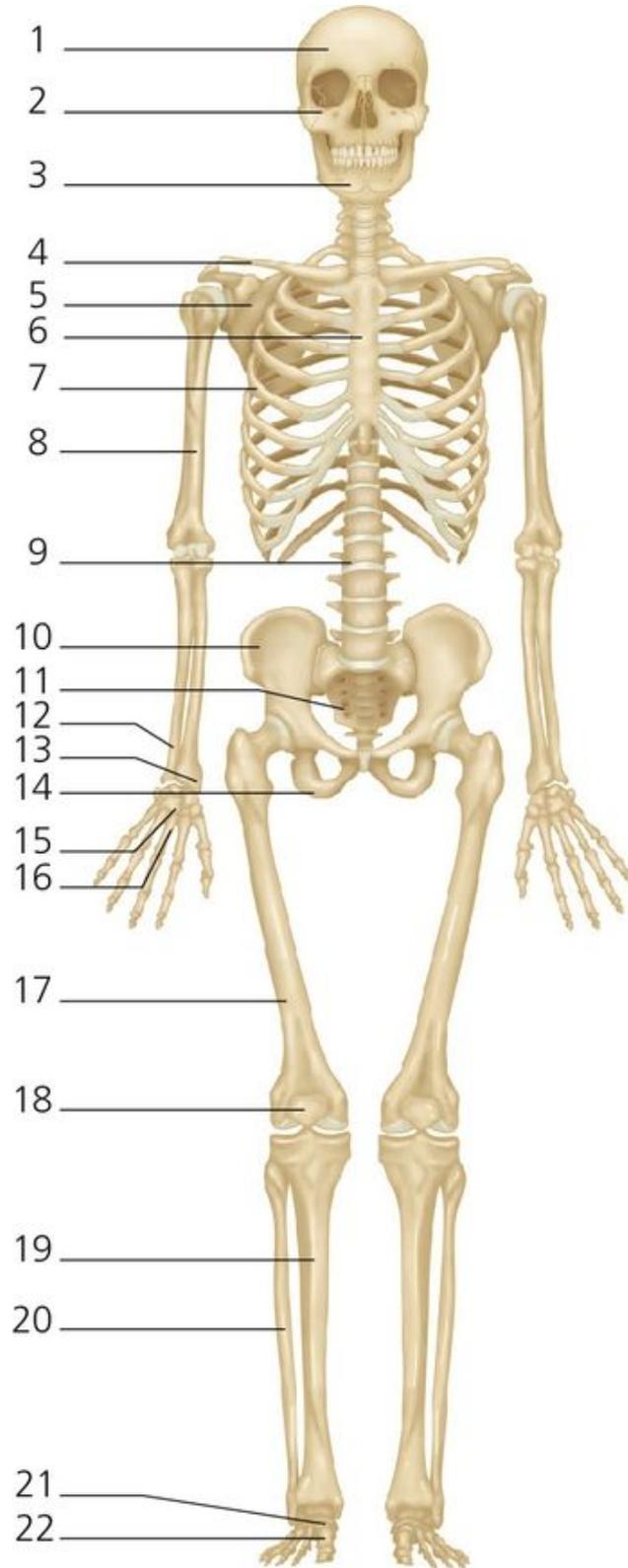


FIGURE 1 Système osseux.

1 Crâne

2 Maxillaire

- 3 Mandibule
- 4 Clavicule
- 5 Scapula
- 6 Sternum
- 7 Côtes
- 8 Humérus
- 9 Rachis
- 10 Os coxal
- 11 Sacrum
- 12 Ulna
- 13 Radius
- 14 Ischion
- 15 Carpe
- 16 Métacarpe
- 17 Fémur
- 18 Patella
- 19 Tibia
- 20 Fibula
- 21 Tarse

22 Métatarse © E. Lamoglia, dans L'anatomie et la physiologie pour les infirmières, par S. Dupont, © 2015 Elsevier Masson SAS.

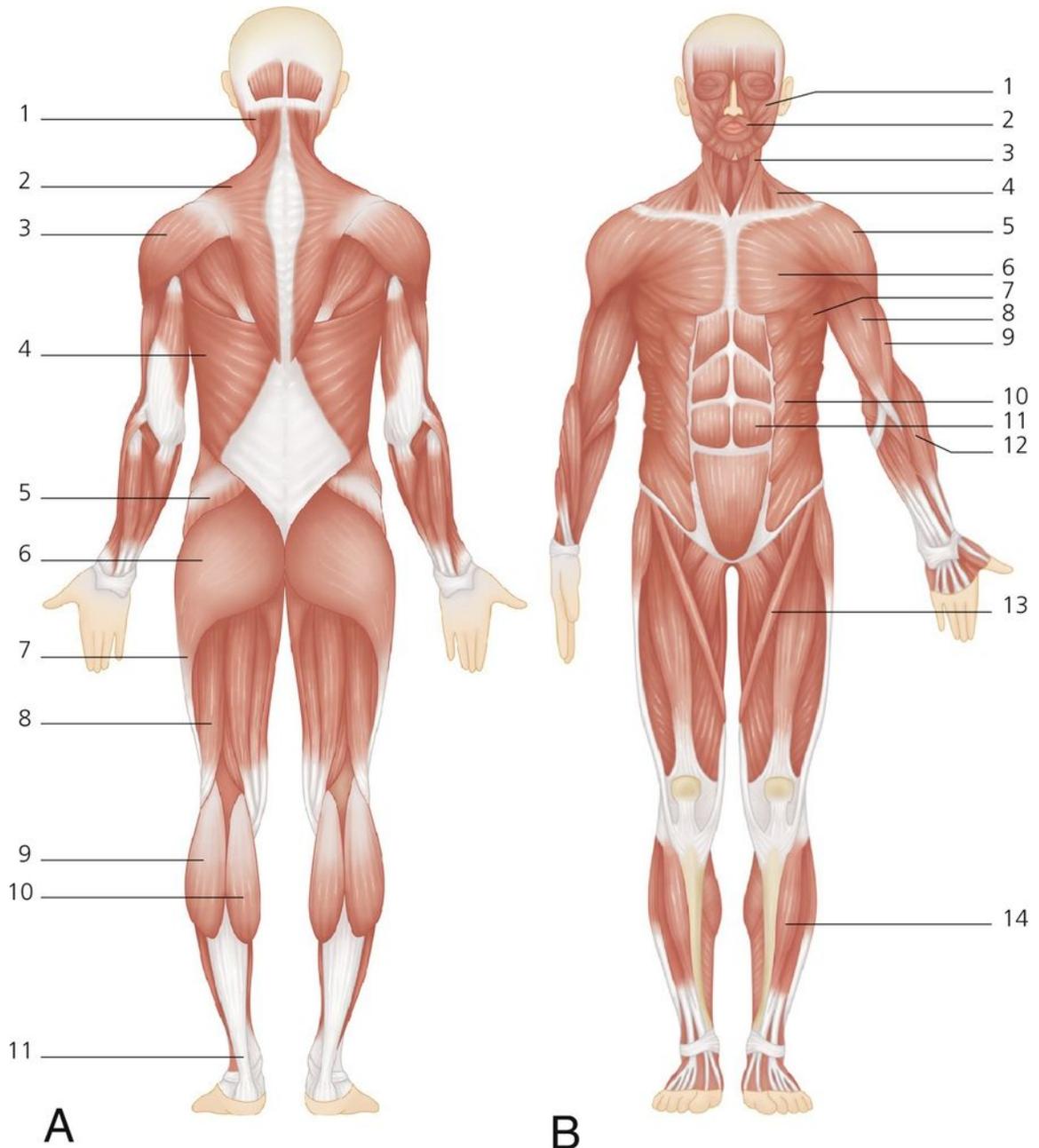


FIGURE 2 Système musculaire.

A

- 1 Sternocléidomastoïdien
- 2 Trapèze
- 3 Deltoïde
- 4 Grand dorsal
- 5 Moyen glutéal
- 6 Grand glutéal
- 7 Grand trochanter
- 8 Biceps crural

- 9 Gastrocnémien latéral
- 10 Gastrocnémien médial
- 11 Tendon calcanéen

B

- 1 Zygomatique
 - 2 Orbiculaire de la bouche
 - 3 Sternocléidomastoïdien
 - 4 Trapèze
 - 5 Deltoïde
 - 6 Grand pectoral
 - 7 Grand dentelé
 - 8 Biceps brachial
 - 9 Triceps brachial
 - 10 Grand oblique de l'abdomen
 - 11 Grand droit
 - 12 Long supinateur
 - 13 Sartorius
- 14 Tibial antérieur © E. Lamoglia, dans L'anatomie et la physiologie pour les infirmières, par S. Dupont, © 2015 Elsevier Masson SAS.

FICHE 2

Processus traumatiques/2

Tissus osseux et fractures

Fonctions du tissu osseux

- **Cartilage articulaire** : glissement entre les os.
- **Os compact** : résistance.
- **Moelle jaune** : destruction des cellules osseuses âgées (ostéoclastes).
- **Os spongieux et moelle rouge** : résistance aux pressions, hématopoïèse.
- **Périoste** : reconstruction des fractures et croissance en épaisseur (ostéoblastes).

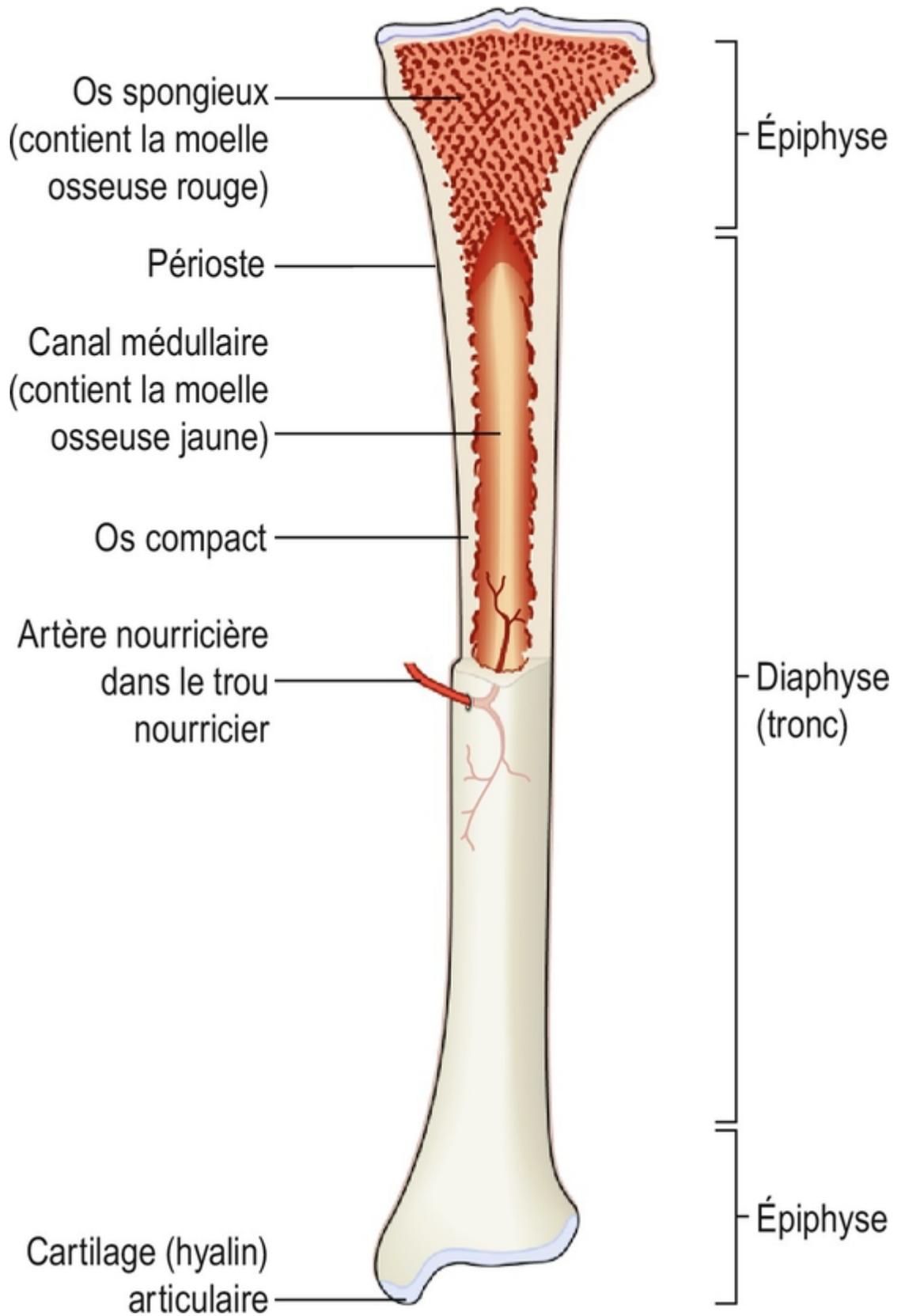


FIGURE 3 Représentation schématique d'un os long. Ross
and Wilson - Anatomy and Physiology in Health and Illness (12th edition),
par A. Waugh et A. Grant. © 2014 Elsevier Limited. © 2015 Elsevier Masson
SAS.

Fracture

 **Fracture** : rupture de la continuité d'un os, le plus souvent à la suite d'un traumatisme direct (fracture au point d'impact) ou indirect (fracture à distance des forces exercées).

Étiologie

- Fracture traumatique (coup, écrasement, etc.).
- Fracture pathologique (maladie des os, cancer, etc.).
- Fracture de fatigue (efforts répétés sur un os).

Signes et symptômes

Clinique d'une fracture, selon sa localisation

Douleur, impotence, déformation du membre, hématome, altération sensitivomotrice, plaie cutanée, altération de la conscience.

Examens complémentaires

Radiographie et IRM.

Prise en charge

Dans tous les cas, il y a nécessité de surveillance de la motricité, de la sensibilité et de l'aspect des extrémités ainsi que la mise en place d'antalgiques (Fiche 102, Fiche 103, Fiche 104).

Selon la localisation et le type de fracture, différentes interventions peuvent avoir lieu : écharpe de contention, réduction, attelle, plâtre ou résine (Fiche 11), ostéosynthèse, broches, clous, plaques, traction ou suspension continue ou discontinue, etc.

FICHE 3

Brûlure

Étiologie

- Thermique (flamme, contact solide ou liquide qu'il soit chaud ou froid).
- Chimique (nettoyant industriel, solvant, pétrole, etc.).
- Électrique (fil dénudé, prise électrique, etc.).
- Rayonnements ionisants (radiothérapie, soleil, etc.).

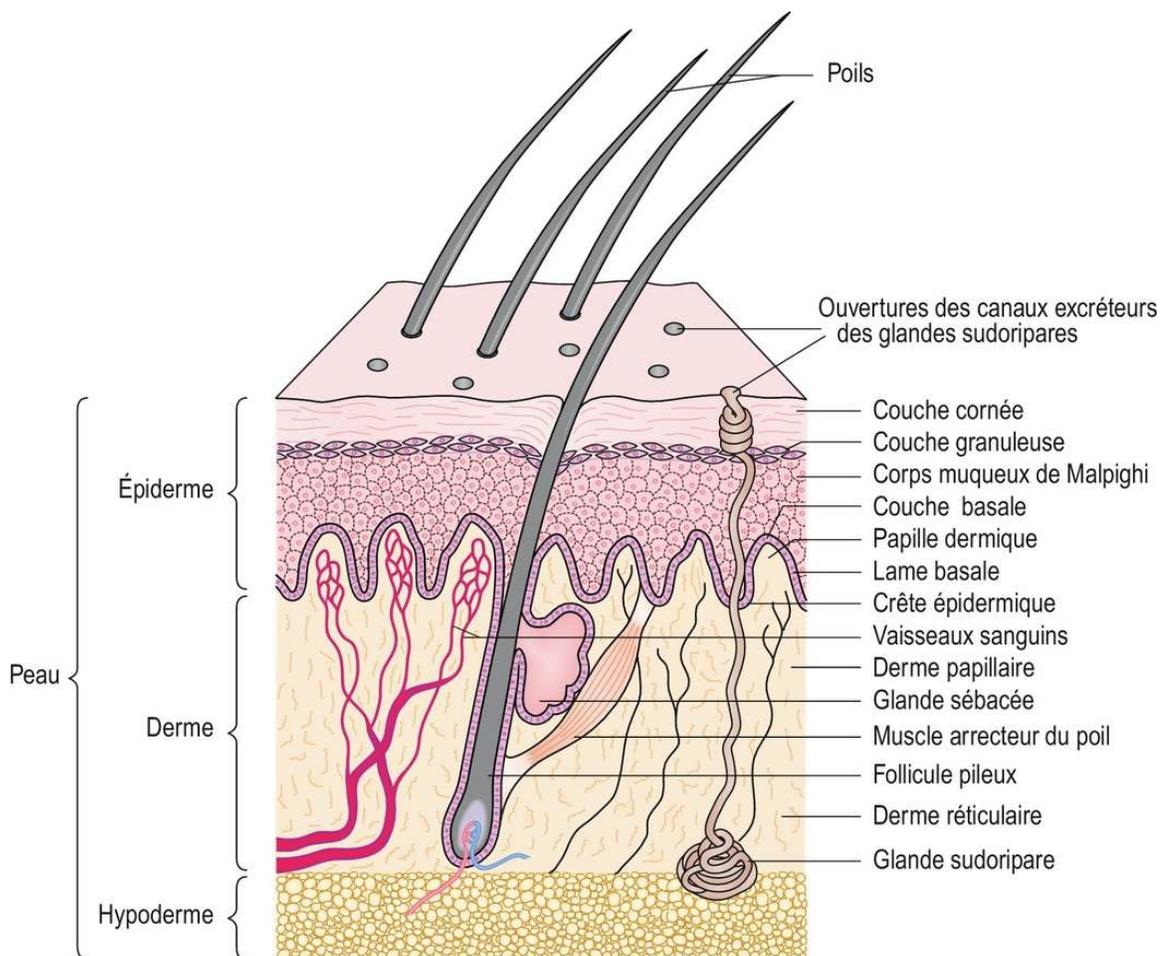


FIGURE 4 Représentation schématique de la peau. Tous droits réservés © TYPAO Sarl, dans NCI 27, Anatomie-physiologie pour les soins infirmiers, 4^e édition, par L. Perlemuter, © 2006 Elsevier Masson SAS.

Facteurs de gravité d'une brûlure

- Profondeur.
- Surface : « règle des neuf » de Wallace : évaluation de la surface corporelle brûlée en pourcentage (chez l'adulte) :
 - Paume de la main, parties intimes : 1 %.
 - Tête et cou : 9 %.
 - Chaque membre supérieur : 9 %.
 - Face antérieure du tronc : 18 %.
 - Face postérieure du tronc : 18 %.
 - Chaque membre inférieur : 18 %.
- Localisation : visage, muqueuse, zone de grande mobilité, voies aériennes.
- Intensité électrique.
- Âge : règle de Baux (âge + % surface brûlée > 100 → pronostic vital engagé).
- Facteurs aggravants : retard de réanimation, antécédents du sujet, traumatismes associés.

Profondeur

	Description	Signes et cicatrisation
1 ^{er} degré	Atteinte de la partie superficielle (épiderme)	Signes : rougeurs, chaleur Cicatrisation : 3-5 jours
2 ^e degré	Superficiel : atteinte des couches profondes de l'épiderme mais jonction dermo-épidermique conservée	Signes : douleur très forte, phlyctène, saignement à la scarification Cicatrisation : 8-10 jours
	Intermédiaire : atteinte partielle de la jonction dermo-épidermique	Signes : <i>item</i> superficiel, avec baisse de la sensibilité Cicatrisation : 3 semaines
	Profond : atteinte du derme	Signes : blanc/rosé, indolore Cicatrisation : 3-4 semaines
3 ^e degré	Atteinte de la totalité de l'épiderme, du derme et d'une partie de l'hypoderme	Signes : couleur foncée, indolore, sans phlyctène, aspect de peau cartonnée Cicatrisation : pas de cicatrisation possible (greffe)

Évolution

Dans le cas d'une brûlure sévère (> 30 % de la surface corporelle totale), les signes sont une réaction inflammatoire généralisée (majorée par l'inhalation de fumées) avec une hypovolémie profonde les premières heures. La constitution d'œdèmes interstitiels et des pertes exsudatives au niveau des lésions peuvent nécessiter l'introduction d'albumine.

Il peut y avoir, dans les semaines suivantes, une hypermétabolisation accompagnée d'une fonte musculaire et une altération de la capacité de cicatrisation.

À long terme, les séquelles possibles sont les suivantes : cicatrices hypertrophiques, brides, conséquences psychologiques et sociales (arrêt de travail, coût financier, altération de l'image corporelle, etc.).

Prise en charge

Sur l'instant : protéger, refroidir sauf 3^e degré (eau à température ambiante pendant 10 minutes), ôter le vêtement du patient excepté celui qui colle à la peau, envelopper dans un linge propre.

Suite de la prise en charge :

- Systématique : ECG (Fiche 133), si brûlure électrique (risque de trouble du rythme cardiaque), vérifier la vaccination antitétanique.
- Pour les brûlures au 1^{er} degré : appliquer une crème pour brûlures.
- Pour les brûlures au 2^e degré simple : nettoyer, désinfecter et appliquer un pansement gras (Fiche 105, Fiche 106).
- Pour le 3^e degré, à court terme :
 - contrôler les voies aériennes : intubation précoce et ventilation mécanique si brûlure au niveau du cou ou si défaillance respiratoire afin d'anticiper un œdème laryngé ;
 - contrôler l'hémostase : perfusion avec soluté de remplissage uniquement dans la limite du nécessaire (car potentiellement délétère sur l'évolution cutanée et sur le pronostic du patient) pour prévenir l'insuffisance circulatoire et la défaillance organique secondaire : (Fiche 63) ;
 - si altération de la conscience, suspecter une intoxication aux gaz asphyxiants (risque d'hypoxie et d'intoxication par gaz irritants induisant spasme(s), œdème laryngé, atélectasie) et mettre en place un traitement (oxygénothérapie, VSAI (Fiche 76), voire caisson hyperbare et antidote selon le gaz inhalé Annexe I) ;
 - lutte contre l'hypothermie et la douleur.
- Pour le 3^e degré, à moyen terme et long terme :
 - prise en charge spécifique selon le type de brûlure : possible autogreffe, xélogreffe, derme artificiel, homogreffe, allogreffe, culture de peaux, lambeau, empochement ;
 - surveillance du risque de syndrome des loges et de Volkmann (Fiche 11), ou de brides.

FICHE 4

Traumatismes axiaux/1

Traumatisme crânien (TC)

 **Traumatisme axial** : correspond à l'atteinte du crâne, des côtes, de la colonne vertébrale ou du sternum.

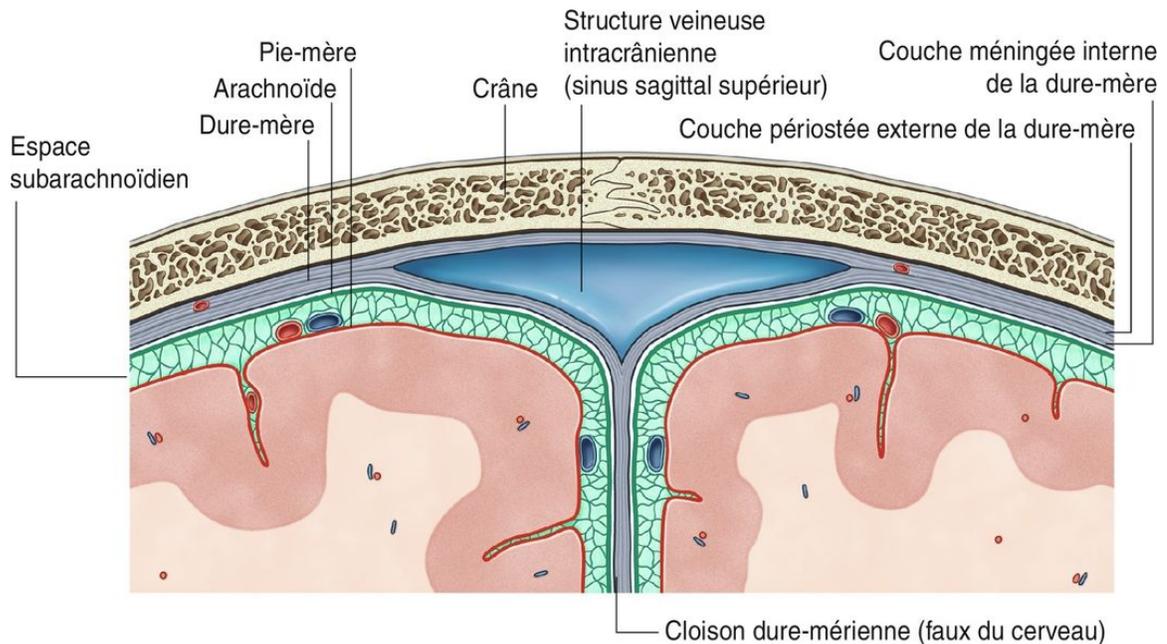


FIGURE 5 Représentation schématique des enveloppes du cerveau (méninges). Gray's anatomy for students,

3rd Edition, par R. L. Drake, A. Wayne Vogl, A.W.M. Mitchell, © 2015 Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier Inc. © 2015 Elsevier Masson SAS.

Traumatisme crânien

Gravité (classification de Masters simplifiée)

- **Risque faible** : sans perte de connaissance ou fracture.
- **Risque modéré** : avec perte de connaissance de plusieurs minutes ou fracture du crâne.
- **Risque élevé** : entraînant un coma ([Fiche 6](#)).

Signes et symptômes

Altération de la conscience, vigilance jusqu'au coma, crise convulsive, amnésie, céphalées, vomissements, photophobie, phonophobie, hypoacousie hématurie, saignement des oreilles, écoulement de LCR au niveau du nez et des oreilles.

Prise en charge

- **Score de Glasgow** systématique.
- **Immobilisation tronc-cou-tête**.
- **Surveillance neurologique** : qualification des pupilles (myosis, mydriase), réactivité et symétrie, perte de connaissance (durée et répétition), vomissements, orientation temporo-spatiale.

 **Score de Glasgow** : utilisé pour évaluer l'altération de la conscience et permettre une surveillance (15 = conscience totale, 3 = coma profond).

	1	2	3	4	5	6
<i>Ouverture des yeux</i>	Nulle	À la douleur	Au bruit	Spontanée		
<i>Réponse verbale</i>	Nulle	Incompréhensible	Inappropriée	Confuse	Orientée	
<i>Réponse motrice</i>	Aucune	En décérébration (extension anormale)	En décortication (flexion anormale)	Évitement	Localisée à la douleur	Aux ordres

Types de lésions

- **Hématome extradural** : accumulation de sang entre l'os du crâne et la dure-mère ; peut être associé à une fracture :
→ chirurgie.
- **Hématome sous-dural** : sang entre la dure-mère et l'arachnoïde :
→ chirurgie si trop volumineux ou effet de masse.
- **Hématome intracérébral** : saignement à l'intérieur du parenchyme cérébral :

→ antioœdémateux pur, augmentation de la sédation, craniectomie décompressive.

- **Plaies craniocérébrales** : fracture et enfoncement de l'os dans le cerveau (toujours grave) :
→ chirurgie, antibiotique ([Fiche 112](#)).
- **Hémorragie méningée** : sang autour des méninges, qui vient soit de la méninge soit du cerveau :
→ angioscanner ; si aucune résorption spontanée : traitement chirurgical ou endovasculaire.

FICHE 5

Traumatismes axiaux/2

Traumatisme rachidien et médullaire

Courbures de la colonne vertébrale

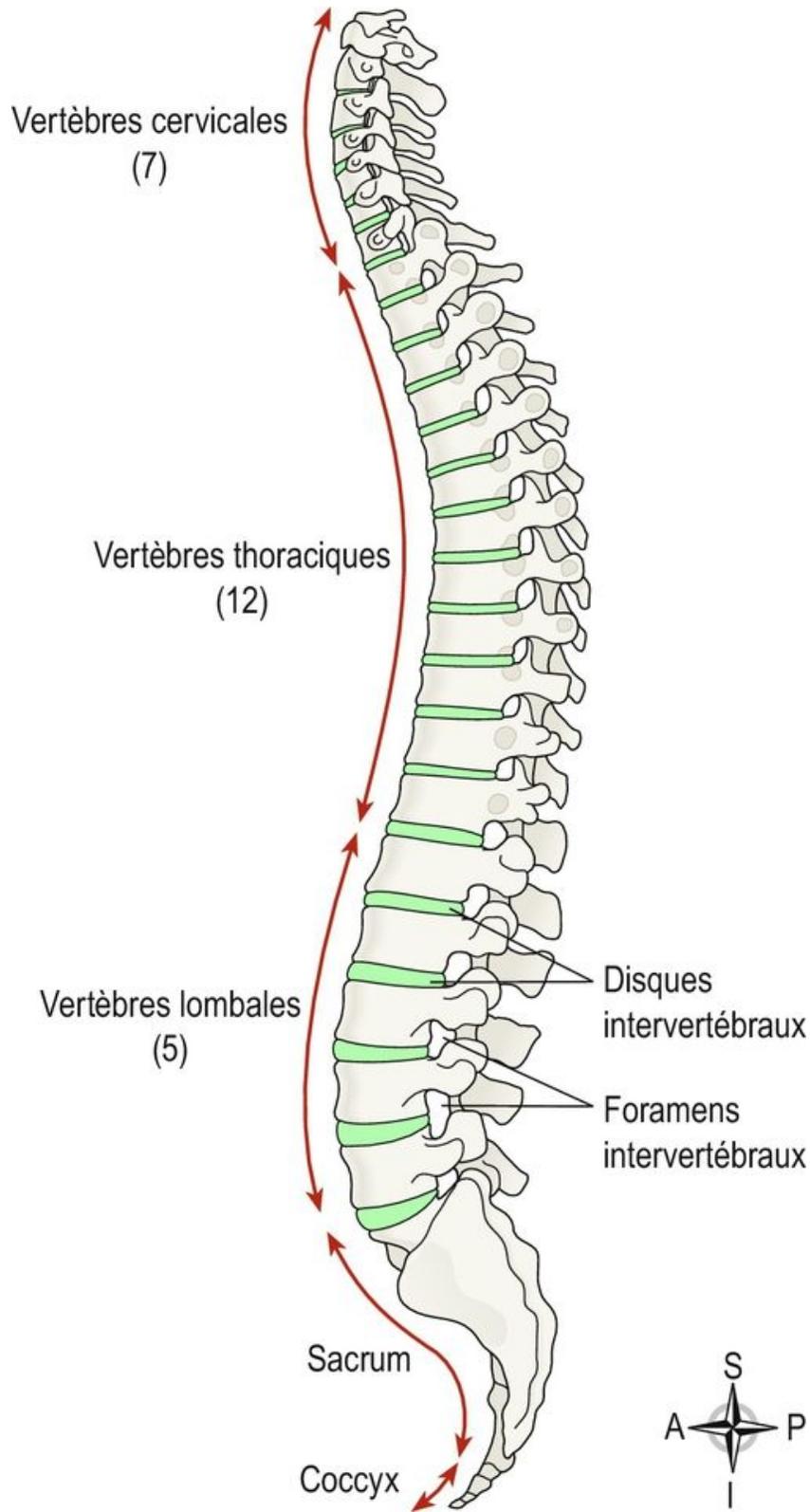


FIGURE 6 Courbures de la colonne vertébrale. Ross and Wilson - Anatomy and Physiology in Health and Illness (12th edition), par A. Waugh

et A. Grant. © 2014 Elsevier Limited. © 2015 Elsevier Masson SAS. ([figures 6 et 7](#)).

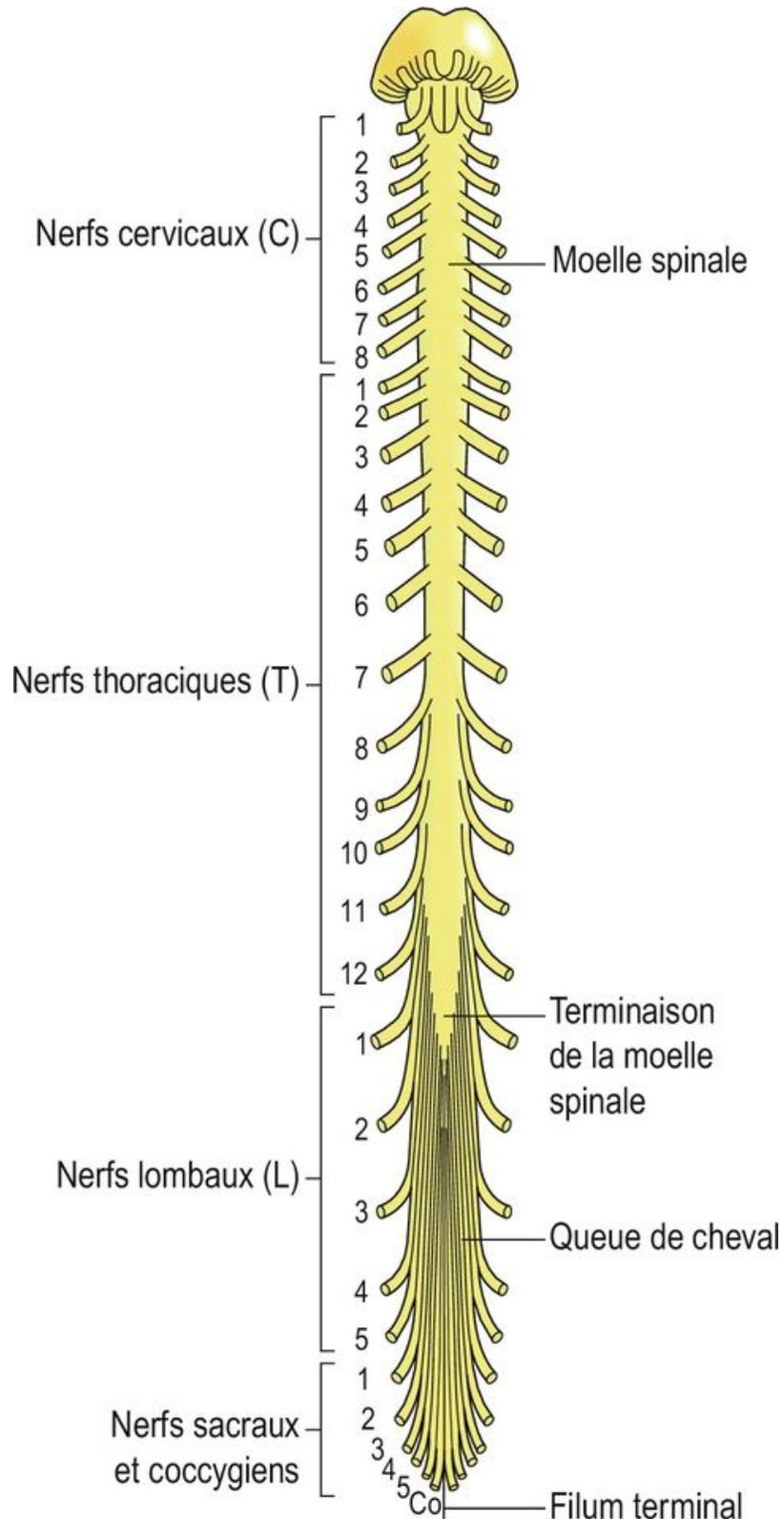


FIGURE 7 Les nerfs spinaux (ou nerfs rachidiens) : 31 paires.

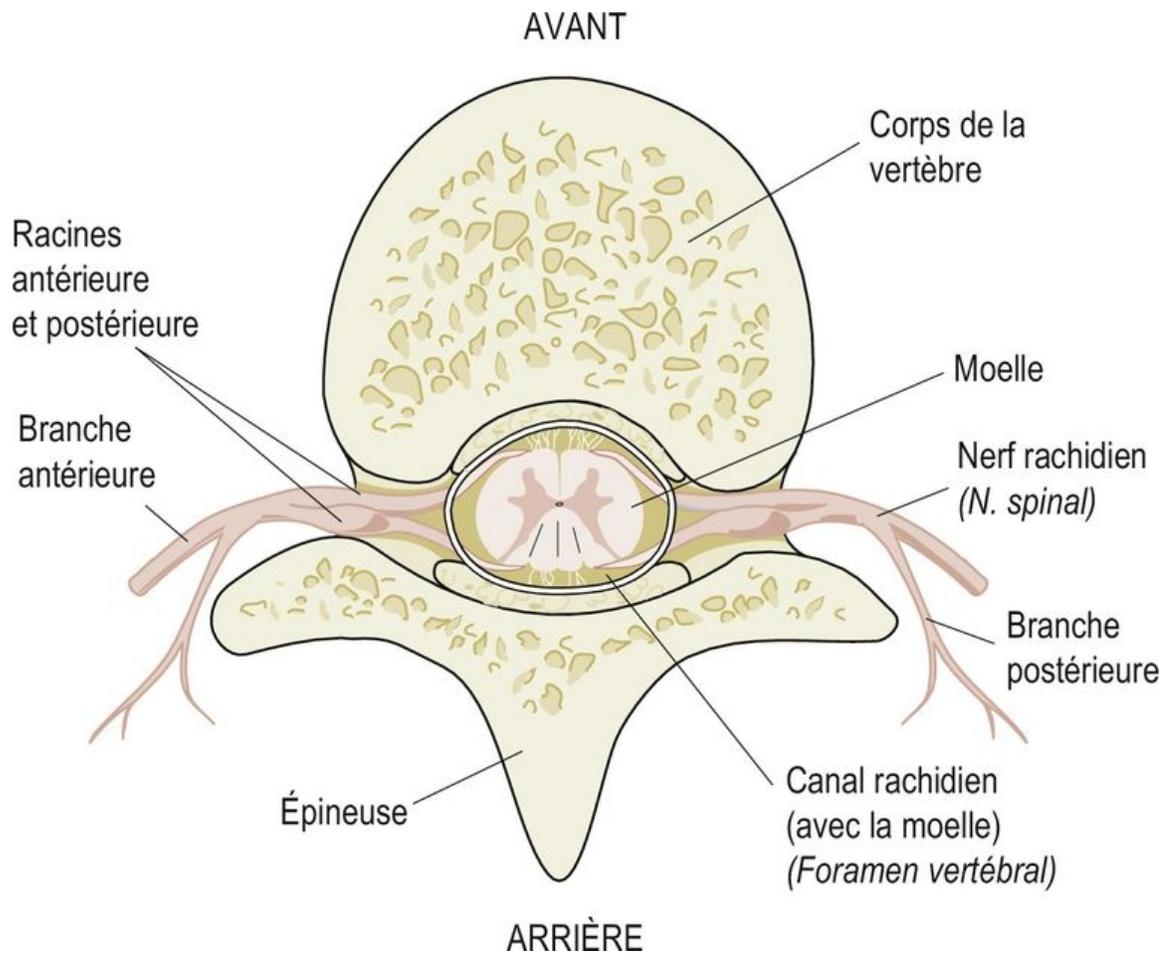


FIGURE 8 Coupe transversale de la colonne vertébrale.

Tous droits réservés, © TYPAO Sarl, dans NCI 27, Anatomie-physiologie pour les soins infirmiers, 4^e édition, par L. Perlemuter, © 2006 Elsevier Masson SAS.

Action des segments médullaires

- **Segment cervical** (C1-C2) : centres respiratoires inférieurs. Atteinte → mort immédiate ou respiration de Cheyne-Stokes.
- **Renflement cervical** (C3-T1) : membres supérieurs. Atteinte → tétraplégie, troubles sphinctériens.
- **Segment thoracique** (T2-T12) : tronc et membres inférieurs. Atteinte → paraplégie, altération des muscles respiratoires.
- **Renflement lombaire** (T12-L1) : membres inférieurs. Atteinte → paraparésie.

- **Cône terminal** (L1-L2, au bout de la moelle spinale, la queue de cheval, organisée en plexus) : vessie, sphincter anal, organes génitaux. Atteinte → incontinence, rétention.

Traumatismes rachidiens et médullaires

Signes et symptômes

Clinique

- **Syndrome lésionnel mineur** : cervicalgie, contracture musculaire ne cédant pas aux antalgiques, paresthésie (fourmillements), parésie.
- **Syndrome lésionnel majeur** : para/tétraplégie, déficit sensitif profond, troubles vésico-sphinctériens, état de choc.

Examens complémentaires

IRM, radiographie, scanner.

Prise en charge

La compression médullaire est une urgence vitale. Il faut décompresser la moelle spinale dans les 6 heures par opération chirurgicale. Faire ensuite une évaluation systématique avec le score ASIA, une prise en charge spécifique en fonction de l'atteinte et une mise en place d'antalgiques (Fiche 102, Fiche 103, Fiche 104).

FICHE 6

Traumatismes axiaux/3

Coma, état végétatif

Coma

 **Coma** : correspond à une altération totale ou partielle de la conscience.

Étiologie

- **Traumatique** : choc induisant plaie, commotion, hémorragie, etc.
- **Non traumatique** : toxique (médicamenteuse, alcoolique, etc.), métabolique (états de choc, hypoglycémie, encéphalopathie, etc.), épileptique, méningé (hémorragie méningée, hyperthermie, etc.).

Score de Glasgow

→ [Fiche 4](#)

Stades du coma

Stade 1 – *Vigil* : altération partielle de la conscience (réponse motrice ou verbale possible).

Stade 2 – *Léger* : perte des capacités d'éveil (réponses motrices et verbales inadaptées).

Stade 3 – *Profond/artificiel* : perte de réaction aux stimuli (associée à des troubles végétatifs).

Stade 4 – *Dépassé* : aucune activité cérébrale (état de mort cérébrale avec un EEG plat).

Évolution du coma

L'entrée en coma est possible à tout stade et son évolution est très variable en fonction des cas et des personnes. Si la fin d'une période de coma est définie par l'ouverture des yeux, la personne passe nécessairement par une phase végétative.

État végétatif

📄 **État végétatif** : est caractérisé par des cycles veille-sommeil avec ouverture des yeux, ventilation spontanée et absence de vie relationnelle. Il n'y a pas de réponse motrice précisément orientée, aucun ordre simple n'est exécuté et aucune parole compréhensible n'est émise.

Évolution de la phase végétative

- **État végétatif chronique (EVC)** : état végétatif qui perdure au-delà d'un délai variable selon la pathologie causale (entre 3 et 18 mois).
- **État pauci-relationnel (EPR)** : constatation de quelques signes d'éveils sans obtention d'un état d'éveil complet ; le patient répond à quelques stimulations (cas exceptionnels).
- **Éveil conscient** avec retour aux activités de la vie quotidienne.

Prise en charge

Soins de nursing.

Surveillance de complications : escarres (Fiche 70), complications pulmonaires, urinaires, thromboemboliques (Fiche 60, Fiche 61).

Nécessité éventuelle d'intubation, de trachéotomie, de sonde urinaire, d'alimentation par le biais d'une sonde nasogastrique (Fiche 135, Fiche 136).

FICHE 7

Traumatismes axiaux/4

Locked-in syndrome, expérience de mort imminente

Locked-in syndrome

 *Locked-in syndrome* (LIS) : état neurologique ni évolutif ni végétatif, rendant impossible tout mouvement volontaire des bras et des jambes ; la conscience n'est pas altérée.

Étiologie

Essentiellement vasculaire (AVC [[Fiche 54](#)]) ou traumatique (atteinte du tronc cérébral [[Fiche 5](#)]).

Types de *locked-in syndromes*

- **Classique** : paralysie complète sauf mouvements verticaux du regard et palpébraux, avec conscience intacte.
- **Complet** : paralysie totale y compris oculaire mais avec conscience préservée.
- **Incomplet** : motricité volontaire plus grande (tête, membres supérieurs et inférieurs).

Problématique

Risque de mauvais diagnostic car les signes comportementaux sont ceux de l'état végétatif, du coma ou du mutisme akinétique.

Signes et symptômes

Ouverture des yeux, fonctions supérieures préservées, atteinte sévère de la parole (aphonie ou hypophonie), quadriplégie ou quadriparésie, communication fondée sur les mouvements oculopalpébraux (ouverture des paupières et mouvement des yeux).

Prise en charge

- *Médicamenteuse* : anxiolytiques ([Fiche 109](#)), traitement symptomatologique, traitement étiologique.

- *Non médicamenteuse* : aspiration bronchique (prévention du risque infectieux), kinésithérapie respiratoire, alimentation par sonde nasogastrique (Fiche 135) ou par gastrostomie.
- *Objectifs* : prévention des complications de décubitus, surveillance des complications neuro-orthopédiques vicieuses et traitement de la spasticité.

Expérience de mort imminente

 **Expérience de mort imminente (EMI)** : expérience vécue par des individus traversant une situation proche de la mort mais qui « reviennent » ensuite à la vie et rapportent des souvenirs de cette période d'inconscience.

Hypothèses rationnelles

- Hyperactivité cérébrale qui serait générée par l'hypoxie.
- Médicaments tels que la kétamine qui peuvent générer des sensations de décorporation ou d'angoisse d'après mort.

Expériences relatées

Bruits, traversée d'un tunnel, sortie hors du corps, rencontres, vision panoramique de la vie, réintégration du corps, etc.

Répercussions de cette expérience

Questionnements de l'entourage sur la réalité des propos et sur l'après-vie. Nouvelle priorisation pour le patient (rapprochements familiaux, voyages, attitude plus positive envers la vie, engouement religieux, etc.).

Prise en charge

Ne pas minimiser les propos, s'intéresser à la manière dont les patients ont vécu cette expérience (merveilleuse, douloureuse...), rassurer au besoin.

FICHE 8

Traumatismes appendiculaires/1

Amputation

 **Traumatisme appendiculaire** : correspond à une atteinte des membres inférieurs, des membres supérieurs, des scapulas (omoplates), des clavicules ou du pelvis.

 **Amputation** : ablation partielle ou totale d'un membre ; elle concerne à la fois les structures osseuses, vasculaires, nerveuses et cutanées.

Étiologie

- Accidentelle.
- Chirurgicale : AOMI ([Fiche 53](#)), complications de pathologies évolutives telles que le diabète ([Fiche 39](#), [Fiche 67](#), [Fiche 68](#), [Fiche 69](#)), pathologies tumorales, infectieuses ou malformation congénitale.

Amputation et douleur

- **Directe**, liée à l'amputation : en lien avec les sections nerveuses.
- **Hallucino**se : plutôt associée à une perception du membre amputé.
- **Algo**hallucino

se : ressenties dans le membre fantôme et plutôt distales, à type de crampe, brûlure ou décharge électrique. Les douleurs-mémoires de l'algo

hallucino

se sont le résultat d'une réactivation de la douleur préopératoire mémorisée par les voies nociceptives. Toute douleur ressentie n'est pas nécessairement une algo

hallucino

se mais peut être une douleur projetée.

Prise en charge

- *Prise en charge psychologique* : soutenir le patient dans l'acceptation de sa nouvelle image corporelle et lors de son passage dans les différentes phases du deuil.
- *Mise en place d'antalgiques* : panel médicamenteux afin de soulager la douleur (antiparkinsoniens [Fiche 125], anesthésiants [Fiche 101], antidépresseurs [Fiche 108], et autres antalgiques [Fiche 102, Fiche 103, Fiche 104]), infiltrations, agents physiques (palpation, percussion, acupuncture, auriculothérapie, ultrason, application de chaud ou froid), thérapie miroir, stimulation électrique, thérapeutique chirurgicale, hypnose.
- Préparation à la pose d'une prothèse avec contention du membre ou drainage de l'œdème.
- Entretien des amplitudes articulaires et renforcement musculaire.

FICHE 9

Traumatismes appendiculaires/2

Entorse, luxation

 **Ligament** : relie deux os entre eux et est constitué de faisceaux de fibres très résistants ; sa fonction est de renforcer à certains endroits la capsule articulaire.

 **Tendon** : terminaison inextensible du muscle qui permet son insertion sur l'os ; il transmet la force et le mouvement du muscle ; il relie le muscle aux os.

 **Articulation** : jonction entre une ou plusieurs pièces osseuses permettant la mobilité.

Entorse

 **Entorse** : atteinte plus ou moins importante des ligaments maintenant l'articulation, sans perte de contact des parties osseuses.

Degrés de gravité de l'entorse

- **Bénigne** : étirement des ligaments sans rupture.
- **Moyenne** : lésion intermédiaire ligamentaire.
- **Grave** : induit une rupture des structures ligamentaires avec parfois une fracture parcellaire (l'os n'est pas cassé en morceaux).

Signes et symptômes

Impotence fonctionnelle partielle, hématome, chaleur localisée.

Prise en charge

Contention élastique (*strapping* ou attelle) ou prise en charge chirurgicale si atteinte ligamentaire complexe, mise au repos avec traitement antalgique (Fiche 102, Fiche 103, Fiche 104), anti-inflammatoire (Fiche 113, Fiche 114) et vessie de glace ; rééducation si période d'immobilisation importante.

Luxation

 **Luxation** : perte de contact entre les surfaces osseuses correspondant au déboîtement de l'articulation, auquel s'associent des lésions ligamentaires.

Signes et symptômes

Impotence fonctionnelle totale, déformation de l'articulation concernée.

Prise en charge

Réduction de la luxation, sous anesthésie (Fiche 101), puis immobilisation avec antalgiques pour permettre aux tissus atteints de cicatriser. Rééducation pour renforcer les structures musculaires et ligamentaires.

FICHE 10

Traumatismes appendiculaires/3

Prothèse totale de hanche

 **Prothèse totale de hanche (PTH)** : dispositif médical permettant de remplacer l'articulation naturelle de la hanche lorsqu'elle n'est plus fonctionnelle ou trop algique.

Étiologie

- **Traumatique** : chute, surtout chez la personne âgée.
- **Pathologique** : coxarthrose, ostéonécrose de la tête du fémur.

Éléments de la prothèse totale de hanche

Tige fémorale, cotyle et tête fémorale.

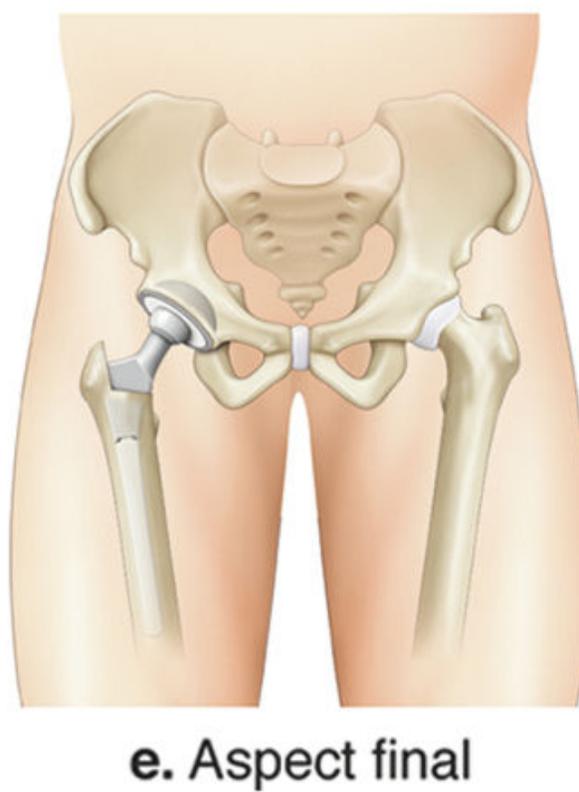
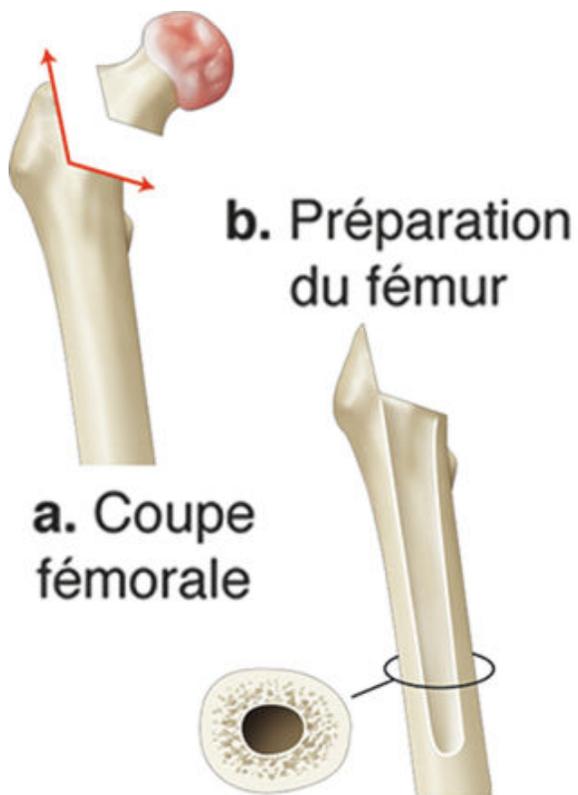


FIGURE 9 Dispositif médical de prothèse totale de hanche.

Complications

Infection osseuse ou articulaire ([Fiche 38](#), [Fiche 39](#)), luxation ([Fiche 9](#)), usure du cotyle, descellement de la pièce fémorale.

Prise en charge

- Surveillance du risque infectieux : abcès, fistule, écoulement purulent, incident cicatriciel, réapparition ou aggravation de la douleur locale, dégradation de la récupération fonctionnelle, signes généraux (fièvre, frissons, etc.).
- Réfection de pansements selon protocole ([Fiche 105](#), [Fiche 106](#)) et ablation des fils ou agrafes selon prescription médicale.
- Injection d'anticoagulants ([Fiche 116](#), [Fiche 117](#), [Fiche 118](#)), quotidienne pour éviter le risque thromboembolique ([Fiche 60](#), [Fiche 61](#)), avec surveillance hebdomadaire du taux de plaquettes.
- Évaluation et gestion de la douleur ([Fiche 102](#), [Fiche 103](#), [Fiche 104](#)).

Éducation thérapeutique

- Reprise rapide du quotidien : en fonction de l'âge et de la voie d'opération (lever possible dès le premier jour) et une reprise rapide de la marche avec aide. Importance des séances de kinésithérapie (limite le risque de luxation les 3 premiers mois et les complications de décubitus).
- Conduite automobile possible après 6 semaines environ.
- Éviter : hyperflexion (s'asseoir sur un siège bas), rotation interne de la hanche, croisement de jambes, abduction (membres vers l'extérieur).
- Préférer : pivoter les jambes et le bassin en même temps pour monter ou descendre d'une voiture ; mettre un coussin entre les cuisses pour dormir sur le côté (sauf si opération par voie antérieure) ; commencer par la jambe opérée pour l'habillage ; commencer par la jambe non opérée pour monter des escaliers et côté opéré pour les descendre.

FICHE 11

Traumatismes appendiculaires/4

Résine, plâtre

Processus de consolidation des os

- Formation d'un hématome (premiers jours).
- Formation d'un cal fibrocartilagineux (premières semaines).
- Formation d'un cal osseux (premiers mois).
- Renforcement du cal osseux (plusieurs mois).

Résine et plâtre

Types de plâtres et résines

- **Brachio-antébrachio-palmaire** : membres supérieurs immobilisés.
- **Manchette plâtrée** : bras, avant-bras et poignet.
- **Lombostat (orthèse lombaire)** : colonne vertébrale (des lombaires au sacrum).
- **Thoracobrachial** : thorax et bras jusqu'au poignet.
- **Dujarier plâtré** : épaules avec le buste (parfois bandes adhésives).
- **Pelvipédieux** : du bassin au pied.
- **Cruropédieux** : du haut de la cuisse au pied.

Surveillance

Surveillance du plâtre

Surveillance de l'état cutané et des risques de complications (odeur, sensation, couleur, chaleur, douleur, motricité).

Attention aux 48 premières heures !

Information au patient : fragile, déformable, air libre, pas d'eau, ne pas toucher, surélever le membre, ne pas poser sur plan dur, ne pas accélérer le séchage.

Surveillance de la résine

La résine sèche beaucoup plus rapidement et nécessite moins d'attention, mais la surveillance liée aux complications et à l'état cutané reste identique au plâtre.

Complications des plâtres et résines

- **Changement de couleur** :
 - causes : escarre, plaie surinfectée, saignement ;
 - signes : odeur fétide, malodorante, suintement local.
- **Compression nerveuse** :

- cause : plâtre trop serré ;
- signes : cyanose ou rougeur des extrémités, douleur, fourmillement des extrémités, altération de la mobilité et/ou de la sensibilité.
- **Syndrome de Volkmann :**
 - cause : compression par le plâtre ;
 - signes : paralysie avec fixation des doigts en griffes, douleur, fourmillement des extrémités, refroidissement distal, cyanose des extrémités.

Processus psychopathologiques

FICHE 12

Hospitalisations en psychiatrie

Législation

Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Types d'hospitalisations et documents nécessaires à l'entrée

Du plus courant au plus exceptionnel :

- **Soins en hospitalisation libre (HL)** : mis en place avec le consentement du patient.
- **Soins sur demande d'un tiers (SDT)** :
 - demande d'un tiers majeur (parent, proche, travailleur social, tuteur, curateur, etc.) ;
 - dans le cas d'une situation qui n'est pas urgente :
 - certificat circonstancié d'un médecin externe à l'établissement,
 - certificat confirmatif d'un médecin interne ou externe à l'établissement ;
 - dans le cas d'une situation urgente (SDTU) :
 - certificat circonstancié d'un médecin interne ou externe à l'hôpital,
 - validation écrite du directeur d'hôpital.
- **Soins sur décision d'un représentant de l'État (SDRE)** :
 - arrêté préfectoral ou, en cas d'urgence, arrêté municipal ;
 - certificat médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement.
- **Soins de péril imminent (SPI)** :
 - certificat d'un médecin externe constatant un péril imminent pour la personne (médecin généraliste le plus souvent) ;
 - validation écrite du directeur de la structure ;
 - information de la famille sous 24 heures.

Pour toute hospitalisation sans consentement, après 24 heures, les mêmes documents sont requis avec en plus un certificat d'un psychiatre différent confirmant l'admission, ainsi qu'un examen somatique complet excluant ainsi une cause organique à l'état.

FICHE 13

Protections juridiques, accompagnement

 **Protection juridique** : décision d'un juge visant à apporter de l'aide à un individu par le biais d'une tierce personne dans le cas d'une maladie, d'un handicap ou d'un accident pouvant altérer les facultés du bénéficiaire et le rendre incapable. Cette protection juridique doit être la moins contraignante possible et nécessite systématiquement une expertise médicale.

Types de protections juridiques

Sauvegarde de justice

- **Indication** : majeur présentant une altération de ses facultés personnelles qui limite momentanément ses capacités civiles.
- **Droits** : conservation des droits (sauf actes confiés au mandataire) ; annulation possible des actes contraires à l'intérêt du majeur.
- **Durée** : 1 an, renouvelable 1 fois.

Curatelle

- **Indication** : difficulté d'autonomie dans la gestion des actes de la vie courante.
- **Droits** selon le type de curatelle :
 - curatelle simple : la personne garde la gestion de ses comptes courants ;
 - curatelle renforcée : prise en charge des ressources et règlement des factures par le curateur.
- **Durée** : 5 ans, renouvelable (la durée peut être modifiée lors du renouvellement si l'état de la personne n'évolue pas).

Tutelle

- **Indication** : majeur présentant une pathologie ou un handicap confirmé(e) et durable.
- **Droits** : conservation d'un libre choix de son lieu de vie et de ses fréquentations ; interdiction d'intervenir dans les actes strictement personnels (changement de nom, autorité parentale, reconnaissance d'une naissance, droit de vote, hospitalisation, interdiction de don du sang, etc.).
- **Durée** : 5 ans renouvelable (plus longtemps si l'état de la personne persiste).

Accompagnement futur

Mandat de protection future

- Désignation à l'avance d'un mandataire pour effectuer des actes de la vie courante en vue du moment où la personne ne sera plus en capacité de gérer ses biens matériels ou numéraires (certifié par un médecin).

Directives anticipées

- Instructions écrites signées devant témoins et pouvant être données au médecin traitant, en prévision du moment où l'individu ne sera plus en capacité d'exprimer sa volonté.
- Conditions : personne majeure capable de discernement qui doit être en état d'exprimer sa volonté libre et éclairée au moment de sa rédaction. Le document doit être rédigé depuis moins de trois ans.

Personne de confiance

- Désignation écrite d'une personne pouvant être appelée et consultée dans le cas où le malade serait dans l'incapacité d'exprimer sa volonté.

FICHE 14

Institutions d'accompagnement

Institutions	Descriptions
Accueil familial thérapeutique	Consiste à organiser le séjour à temps plein d'un patient dans une famille d'accueil (ou famille d'accueil social) pour une durée variable, tout en lui proposant les soins nécessités par son état
Appartement thérapeutique	Proposé à titre temporaire pour des personnes seules ou en couple avec ou sans enfants, qui se trouvent en situation de fragilité psychologique, sociale ou financière. La demande passe par la DESS, la DIDAMS ou un CTM
Centre d'accueil et de crise (CAC)	Lieu d'accueil, de soins, d'orientation ou d'hospitalisation pour une durée brève pour des personnes en état de crise
Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)	Propose aux patients des actions de soutien et de thérapie de groupe visant à maintenir ou favoriser une existence autonome. Propose des activités en demi-journée et favorise, par le biais de médiations, les approches relationnelles, la communication et l'affirmation de soi
Centre médico-psychologique (CMP)	Assure des consultations médico-psychologiques pour toute personne en souffrance psychique et oriente vers des structures adaptées
Foyer d'accueil médicalisé (FAM)	Accueille des adultes gravement handicapés ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie courante ou ayant besoin d'un soutien et d'un suivi médical régulier
Foyer de post-cure	Hébergement temporaire qui permet un accompagnement progressif vers l'autonomie par le biais d'une prise en charge médicale diversifiée et d'un soutien éducatif et psychologique
Hôpital de jour (HDJ)	Établissement prenant en charge des patients dont l'état de santé nécessite des soins pendant la journée (séjours continus ou discontinus), avec un retour à domicile le soir
Maison d'accueil spécialisée (MAS)	Propose un hébergement permanent à des adultes handicapés gravement dépendants
Unité gériopsychiatrique	Service spécifique visant à prendre en charge des affections psychiatriques apparues au cours de la vieillesse avec déficit de la cognition ou présénilité (maladie d'Alzheimer, par exemple). Cette unité peut s'inscrire au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou être un service à part entière
Unités spécifiques	Gestion de crises et suicides, addictologie, pédo-psychiatrie, cellule de la mère et de l'enfant, etc.

FICHE 15

Sémiologie en psychiatrie

Principales psychopathologies	
Accès maniaque	Trouble psychique soudain issu de l'excitation du système psychomoteur
Addiction	Échec répété à contrôler un comportement avec poursuite malgré des conséquences négatives, ceci dans le but de produire un plaisir ou soulager un malaise
Bouffée délirante aiguë (BDA)	Trouble psychotique aigu et transitoire d'apparition brutale aux thèmes et mécanismes polymorphes incluant une adhésion totale
Délire	Croyance ou conviction fautive qui reste inébranlable pour le patient malgré le manque de confirmation dans la réalité (preuve ou désaccord de l'entourage)
Dépression	Tristesse et perte de centre d'intérêt qui dure depuis plus de 15 jours. Selon sa gravité, elle peut être nommée mélancolie ou dépression
Mélancolie	Forme de dépression particulièrement grave avec indifférence à tout et repli sur la souffrance incluant un risque suicidaire très important
Névrose	Dysfonctionnements psychiques dont une personne a conscience, qui entraînent une perturbation de sa personnalité sans pour autant l'empêcher de vivre normalement
Psychose	Affection mentale dont le malade n'est que partiellement conscient et qui altère son sens de la réalité. Globalement avec un début brutal sans terrain prédisposant évident. Elle est aiguë si elle dure moins de 6 mois, puis devient chronique
Schizophrénie	Psychose chronique qui associe syndrome dissociatif, délire paranoïde et repli autistique
Trouble de l'humeur	Névrose incluant une altération thymique dans l'excès. Il peut être axé uniquement sur la mélancolie ou l'accès maniaque ou alterner (on parle alors de patient bipolaire)
Trouble de la personnalité	Désigne le comportement inadapté d'un individu du fait de l'altération de son schéma psychique. Le trouble de la personnalité le plus répandu est la schizophrénie
Axes du délire	
Adhésion	On parle d'adhésion ou de participation émotionnelle pour définir l'investissement du sujet dans son délire, avec une quantification critique sur sa pathologie
Caractéristiques structurales	Correspondent à la cohérence et la logique (notion de réseau) du délire : <ul style="list-style-type: none"> • délire paranoïaque : systématisé, convainquant, descriptible ; • délire paranoïde : mal systématisé, polymorphe, flou, sans logique
Mécanisme	Décrit le fonctionnement du délire : il peut être interprétatif, intuitif, imaginaire, hallucinatoire
Thèmes	Définit l'univers du délire dans lequel le patient se trouve (persécution, mégalomanie, revendication, préjugé, hypochondrie, négation, mysticisme)
Troubles de l'expression	
Amimie	Aucune expression
Dysmimie	Discordance entre expression et contenu de l'affect
Hyper/hypomimie	Mimique exagérée/peu d'expressions
Négativisme	Refus de contact
Troubles psychomoteurs	
Aboulie	Inhibition de la volonté
Apraxisme	Incapacité à effectuer les actes de la vie quotidienne
Aprosexie	Inhibition de l'attention
Catalepsie	Perte de l'initiative motrice
Hyper/hypo-prosexie	Attention augmentée/diminuée
Impulsion	Tendance irrésistible à l'accomplissement d'un geste
Mariérisme	Manifestation motrice donnant l'impression d'un comportement artificiel
Raptus	Proche du réflexe, réponse à un vécu émotionnel intense
Stéréotypies	Répétition de gestes inadaptés y compris écho mimies et écho-praxies
Stupeur	Suspension de toute activité motrice
Troubles du cours de la pensée	
Barrage	Brusques interruptions et reprises
Différence	Dispersion
Fading	Arrêt progressif
Fabulation	Production imaginaire non conforme à la réalité
Mythomanie	Quand les fabulations sont cohérentes, durables, organisées...
Troubles du langage	
Atonie	Ton monocorde
Brady/tachyphémie	Lenteur/rapidité du débit verbal
Différence	Réponse à côté sans enchaînement logique
Écholalie	Répétition en miroir
Glossolalie	Emploi d'un langage inventé
Mutisme	Comportement silencieux, qui peut être total, partiel ou sélectif
Musitation	Chuchotement
Néologisme	Emploi d'un mot inexistant
Palilalie	Répétition de syllabes
Paralogisme	Emploi d'un mot en lui conférant un sens strictement personnel
Relâchement des associations	Passage du coq à l'âne
Verbigération	Répétition anarchique de mots dénués de sens
Autres	
Anosognosie	Méconnaissance d'un trouble
Cérestopathie	Sensation interne étrange concernant un organe
État crépusculaire	Rétrécissement du champ de la conscience

FICHE 16

Bases psychanalytiques

 **Psychanalyse** : c'est Sigmund Freud qui, à la fin du xix^e siècle, a été le fondateur de cette méthode thérapeutique qui vise à analyser la psyché inconsciente d'un individu.

Histoire de la psychanalyse

1900 : première topique

- Inconscient : sentiments, désirs ou actes dont l'accès est bloqué (refoulé par la censure) ; il est régi par le principe de plaisir.
- Préconscient : il stocke sans émettre de censure ; il est régi par le principe de réalité.
- Conscient : souvenirs et informations extérieures ; il est lié au préconscient ; juge censeur.

1920 : deuxième topique

- Ça : siège des désirs et pulsions refoulés (Inconscient) ; il correspond au monde des instincts, des pulsions et de la satisfaction des besoins, peu importe les conséquences.
- Moi : médiateur entre Ça, Surmoi et réalité (Préconscient) ; il correspond au monde du conscient et à l'adaptation au réel.
- Surmoi : intériorisation des interdits de l'enfance (Conscient) ; c'est le monde des interdits parentaux et sociaux ; il symbolise la censure.

Stades du développement psychosexuel et complexe d'Œdipe

Stade oral (1–12 mois)

Pulsions sexuelles fondées sur les besoins vitaux et la fonction alimentaire. L'enfant constitue une unité avec sa mère. Peu à peu, il

va prendre conscience du monde extérieur, ce qui va générer une frustration car il n'est plus le centre de tout.

Stade anal (15–36 mois)

L'enfant devient indépendant et découvre le plaisir du « non », qu'il exprime par la rétention des selles ou leurs expulsions selon son caprice.

Stade phallique (2–6 ans)

Au début, déni de la différence des sexes que l'enfant attribue à une mutilation. Puis, stade de différenciation des sexes, avec la sortie de la relation duelle avec la mère par le complexe d'Œdipe :

- chez le garçon : père qui apparaît comme un modèle à imiter pour séduire la mère (sexualisation de la relation maternelle) ; puis finalement reconnaissance que la mère appartient au père et abandon du désir et de la rivalité ;
- chez la fille : l'absence de pénis va générer un désir sexuel vis-à-vis du père (l'envie d'avoir un pénis va peu à peu se transformer par l'envie d'avoir un enfant du père) et va générer un jeu de séduction avec le père et une agressivité et un rejet de la mère ; puis abandon de la revendication avec identification positive à la mère.

FICHE 17

Addictions et alcoolisme

Addictions

 **Addiction** : souffrance face à l'échec répété à contrôler un comportement malgré ses conséquences négatives, ceci dans le but de produire un plaisir ou soulager un malaise. Elle est évaluée avec les critères de Goodman.

Types

- Substances psychoactives : alcool, tabac, produits illicites, médicaments, etc.
- Autres : achat compulsif, jeu pathologique, sexe, sport, travail, conduites à risque, etc.

Prise en charge selon le stade

La prise en charge est multidisciplinaire et souvent menée à l'aide d'un contrat avec le patient.

- *Précontemplation/indétermination* (« Je sais que... mais, c'est pour les autres ») → Faire percevoir les risques et problèmes et faire apparaître un doute.
- *Contemplation/intention* (« Oui peut-être ») → Explorer l'ambivalence, accroître la confiance du patient dans sa capacité au changement.
- *Préparation* (« Je veux arrêter ») → Proposer un choix de changement.
- *Action* (« J'arrête tel jour ») → Accompagner le patient.
- *Maintien* (« Je continue ») → Stratégie de prévention de rechute.
- *Rechute* → Dédramatiser la situation → Retour au stade de contemplation/intention.

Alcoolisme

Conséquences de l'alcool au long cours

- **Psychiques** : amnésie, déni, honte, souffrance.
- **Sociales** : violence, accident, désinsertion et difficultés socio-professionnelles, répercussions judiciaires.
- **Somatiques** : altérations du système digestif (hépatite, cirrhose, cancers), altération du système nerveux central (polynévrite alcoolique, syndrome de Korsakoff), troubles cardiaques, diminution de la coagulation sanguine, fragilisation osseuse, troubles sexuels.

Dose létale = 5 g/L.

Signes et symptômes du sevrage

- **Troubles subjectifs** : anxiété, agitation, irritabilité, insomnie, cauchemars.
- **Troubles neurovégétatifs** : sueurs, tremblements, tachycardie, HTA.
- **Troubles digestifs** : anorexie, nausées, vomissements.
- **Signes d'aggravation** : *delirium tremens* (Fiche 24).

La gravité de l'état de sevrage s'évalue avec le score de Cushman (fondé sur FC, FR, PA, tremblements, sueurs, agitation, troubles sensoriels).

Ce score est à renouveler régulièrement.

Prise en charge du sevrage alcoolique

- **Physique** : vitaminothérapie, hydratation, couverture par benzodiazépine (Fiche 109, Fiche 110) pour éviter le *delirium tremens*, anxiolytiques (Fiche 109), antidépresseurs (Fiche 108), addictolytiques (disulfiram, naltrexone, acamprosate) et traitement substitutifs (baclofène) (Fiche 111).
- **Psychologique** :

- individuelle : réflexion sur la prise toxique ;
- collective : groupes de parole afin de faciliter l'expression et de favoriser la reprise de liens et l'estime de soi.
- *Sociale* : environnementale, familiale, professionnelle...

FICHE 18

Troubles du comportement alimentaire/1

Anorexie, hyperphagie

Anorexie mentale

 **Anorexie mentale** : restriction alimentaire sous-tendue par une dysmorphophobie (altération de l'image corporelle par rapport à la réalité) et une peur de grossir alors que le poids est déjà anormalement bas ; ce comportement est souvent associé à une augmentation de l'activité physique.

 **Hyperphagie** : absorption d'une quantité alimentaire bien supérieure à la norme et en un temps limité, associée à une perte de contrôle sur le comportement alimentaire durant la crise (sentiment de ne pas pouvoir s'arrêter).

Dépistage avec le score SCOFF

- *Vous êtes-vous déjà fait vomir parce que vous ne vous sentiez pas bien « l'estomac plein » ?*
- *Craignez-vous d'avoir perdu le contrôle des quantités que vous mangez ?*
- *Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en moins de 3 mois ?*
- *Pensez-vous que vous êtes trop gros(se) alors que les autres vous trouvent trop mince ?*
- *Diriez-vous que la nourriture est quelque chose qui occupe une place dominante dans votre vie ?*

Deux réponses positives ou plus à ces questions indiquent une possibilité de troubles du comportement alimentaire (TCA).

Facteurs de risque

Traits de personnalité obsessionnelle ou anxieuse, facteurs culturels (pays où la minceur est valorisée avec un risque accru chez les athlètes de haut niveau et mannequins), facteurs génétiques.

Gravité

- **Faible** : IMC ≥ 17 kg/m².
- **Moyenne** : IMC entre 16 et 16,99 kg/m².
- **Grave** : IMC entre 15 et 15,99 kg/m².

- **Extrême** : IMC < 15 kg/m².

Types

- **Restrictive** : perte de poids obtenue uniquement par régime, jeûne ou exercice physique excessif.
- **Hyperphagique** : vomissements provoqués ou comportements purgatifs (laxatifs, diurétiques, lavements) associés ou non à des épisodes d'hyperphagie récurrente.

Complications somatiques et psychiques

→ [Fiche 19](#)

Signes et symptômes

Clinique

Anorexie, aménorrhée, amaigrissement (perte de poids > 15 % en 3 mois, IMC < 18,5), pouvant ou non être accompagné d'hyperactivité physique, d'hyperinvestissement intellectuel, du signe de Russel (dermabrasion du dos de la main au niveau des jointures osseuses : vomissements provoqués), constipation, douleurs abdominales, léthargie ou au contraire excès d'énergie, hypotension, hypothermie, érosion de l'émail des dents.

Examens complémentaires

- Bilan sanguin : albumine, préalbumine (indicateurs d'une dénutrition récente), leucopénie fréquente, augmentation de l'urée, hypercholestérolémie fréquente, ainsi qu'une alcalose métabolique et une hypokaliémie en cas de vomissements, ou encore une acidose métabolique en cas d'abus de laxatifs.
- ECG : bradycardie sinusale, arythmies, allongement de l'espace QT (Fiche 133).
- Radiographie : faible densité osseuse.

Prise en charge

- *Biologique* : surveillance électrolytique (potassium, créatinine) et ECG, renutrition avec surveillance de poids.
- *Psychologique* : compréhension du mécanisme, mise en place d'un contrat de soins, travail sur la dysmorphophobie, l'image de soi.
- *Sociale* : information de l'entourage sur la pathologie, les risques et signes d'urgence, surveillance du risque suicidaire.

FICHE 19

Troubles du comportement alimentaire/2

Boulimie

 **Boulimie** : crise alimentaire (assimilation alimentaire rapide et en quantité) accompagnée de comportements compensatoires inappropriés et d'une dévalorisation de soi.

Facteurs de risque

Anxiété, faible estime de soi, syndromes dépressifs, facteurs culturels (pays où la minceur est valorisée), facteurs génétiques.

Gravité

- **Faible** : 1–3 épisodes compensatoires par semaine.
- **Moyenne** : 4–7 épisodes.
- **Grave** : 8–13 épisodes.
- **Extrême** : plus de 14 épisodes.

Étapes de la boulimie

- **Préparation** : achat, vol, stockage alimentaire.
- **Prodrome** : conflit, solitude, vide, désir intense de nourriture.
- **Boulimie** : ingestion rapide, stéréotypée et cachée.
- **Résolution** : douleurs abdominales, honte, culpabilité, tristesse, troubles du sommeil, etc.
- **Stratégie de contrôle** : purge, jeûne, hyperactivité physique.

Complications somatiques et psychiques associées aux TCA

- **Électrolytiques** : déshydratation et hypokaliémie (conséquences cardiaques et osseuses).

- **Dentaires** : érosions, caries, gingivites et stomatites, chute des dents.
- **Autres complications somatiques** : infertilité, troubles de la libido, insuffisance rénale, hépatique, asthénie, etc.
- **Comorbidités** : dépression ([Fiche 28](#)), TOC, crise suicidaire ([Fiche 20](#)).
- **Autres** : chronicité, désinsertion sociale (crise familiale, épuisement, surinvestissement, déscolarisation), décès (cachexie, suicide).

Signes et symptômes selon les phases de la boulimie

Clinique

IMC dans la limite de la norme et parfois supérieur, restriction alimentaire stricte ou sélective (tri alimentaire, faible teneur énergétique, etc.) ; règles irrégulières voire aménorrhée si prise de laxatifs quotidienne, constipation en cas d'absence de prise ; altération de l'émail dentaire ; callosités ou cicatrices sur la surface dorsale des mains.

Examens complémentaires

- Bilan sanguin : hypokaliémie, hypocholestérolémie, hyponatrémie, alcalose métabolique en cas de vomissements provoqués, acidose métabolique en cas de diarrhées provoquées par la prise de laxatifs.
- ECG : allongement de l'espace QT.

Prise en charge de l'anorexie-boulimie

- *Biologique* : surveillance électrolytique et ECG, surveillance du poids.
- *Psychologique* : compréhension du mécanisme, mise en place d'un contrat de soins, travail sur la dysmorphophobie, l'image de soi, travail en lien avec une nutritionniste pour établir des habitudes alimentaires adaptées...

- *Sociale* : information de l'entourage sur la pathologie, les risques et signes d'urgence, surveillance du risque suicidaire.

FICHE 20

Crise suicidaire

 **Crise suicidaire** : crise psychique dont le risque majeur est le suicide ; elle est dynamique, évolutive, temporaire et réversible à tout moment.

Évaluation du potentiel suicidaire

Il peut être faible, moyen ou élevé.

- Le **risque** (vulnérabilité) dépend :
 - des facteurs de risque : individuels, familiaux, psychosociaux ;
 - des facteurs de protection : ressources internes, ressources environnementales.
- **Urgence** (passage à l'acte dans les 48 heures), selon : signes de souffrance, éléments d'impulsivité, existence d'un scénario, survenue d'un élément précipitant, intentionnalité et détermination.
- **Dangerosité** : selon la létalité du moyen et son accessibilité.

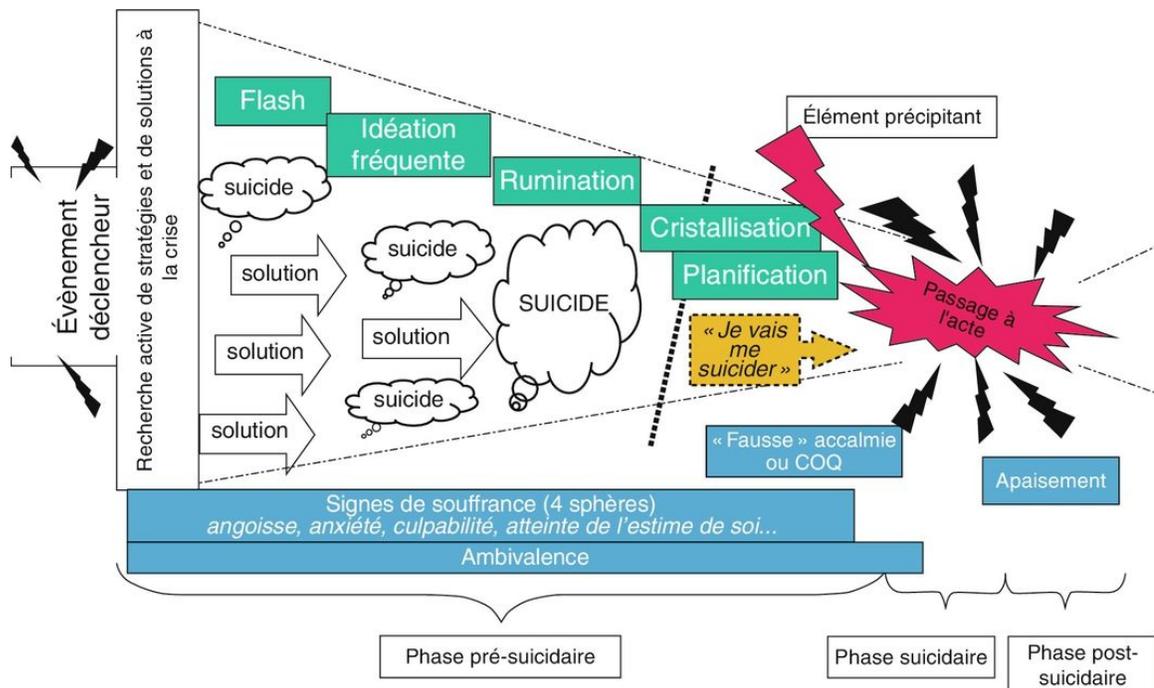


FIGURE 10 Évolution du potentiel suicidaire.

FICHE 21

Névroses/1

Névrose d'angoisse, névrose phobique, névrose obsessionnelle

 **Névroses** : dysfonctionnements psychiques dont une personne a conscience, qui entraînent une perturbation de sa personnalité sans pour autant l'empêcher de vivre normalement.

Névrose d'angoisse

 **Névrose d'angoisse** : troubles psychiques qui donnent l'impression d'être « enserré dans un étau », « étranglé », « tordu », « aux portes de la mort ».

Étiologie

Traumatisme précoce (perte parentale, attachement insécure, etc.).

Signes et symptômes

Trouble panique, anxiété généralisée, appréhension permanente, dramatisation du moindre souci, hyperactivité neurovégétative, hypervigilance.

Prise en charge

Rechercher des signes somatiques pouvant expliquer l'état autrement que par une psychopathologie (hypoglycémie, affection cardiaque, crise d'asthme), faire verbaliser l'anxiété, aider le patient à retrouver le contrôle, à se relaxer. Ne pas banaliser l'événement et rassurer.

Névrose phobique

 **Névrose phobique** : angoisse déclenchée par une situation, un objet ou une personne qui n'est — d'un point de vue externe — pas dangereux.

Types

- **Agoraphobie** : peur des lieux publics, des rues, des magasins, etc.
- **Phobie sociale** : peur d'être observé, que la situation soit embarrassante ou non.
- **Phobie simple** : peur isolée d'une situation ou d'un objet très spécifique.

Étiologie

Conflit œdipien selon la théorie psychanalytique.

Signes et symptômes

Angoisse aiguë au caractère inapproprié ou excessif.

Prise en charge

Identifier l'objet de phobie ainsi que les conduites d'évitement et de réassurance utilisées, travailler sur des éléments d'éducation : utilisation de techniques de relaxation, de respiration, thérapies cognitivo-comportementales, etc.

Névrose obsessionnelle

 **Névrose obsessionnelle** : idée obsédante avec tentative de s'en défendre par des compulsions et rites.

Types

- **Névrose idéative** : pensées intrusives, répétition de mots, images obscènes, etc.
- **Névrose phobique** : peur de la maladie (hypochondrie), de la contamination, etc.
- **Névrose impulsive** : peur de faire un acte contre sa volonté (sans passage à l'acte).

Étiologie

Personnalité sous-jacente obsessionnelle (perfectionniste), psychasthénique (doute entraînant une incapacité à agir), conditionnement.

Signes et symptômes

Actes répétitifs et codifiés, rituels.

Prise en charge

Mettre en place un calendrier de séquences de travail. Surveiller l'apparition d'un état dépressif. Travailler avec des techniques de relaxation et de résolution de problèmes. Valoriser le progrès.

FICHE 22

Névroses/2

Névrose hystérique, névrose traumatique

Névrose hystérique

 **Névrose hystérique** : comportement qui se traduit par du théâtralisme, de l'hypersexualisation (plus rare chez les hommes) ou encore une relation passive-agressive.

Types

- **Manifestation aiguë** : crise de nerfs, spasmophilie, tétanie, syncope, etc.
- **Manifestation somatique** : atteintes fonctionnelles partielles ou totales des organes de vie ou viscéraux.
- **Manifestation psychique** : troubles mnésiques, état crépusculaire, état second, dépression.

Signes et symptômes

Troubles sexuels, hyperexpressivité, activités de remplacement, hyperactivité émotionnelle, dépendance affective, crise de nerfs, spasmophilie, tétanie, catalepsie, crise pseudo-convulsive.

Prise en charge

Identifier les signes, attitudes et comportements hystériques et leur fréquence d'apparition. Démontrer à la personne qu'elle peut trouver une sécurité dans ses rapports à autrui ; entretiens permettant à la personne de prendre conscience de ses projets. Être bienveillant et souple quant aux signes présentés par la personne soignée – le fait de douter des symptômes signifie une forme de rejet.

En cas de crise

Rechercher des signes objectifs (morsure de la langue, perte des urines) qui orienteraient le diagnostic médical différemment (crise d'épilepsie par exemple). En cas d'hospitalisation, isoler la personne afin d'éviter le rassemblement des autres patients. Attitude ni

sceptique ni inquiète mais plutôt conduite de dialogue pour que le patient verbalise l'événement.

Névrose traumatique, ou état de stress post-traumatique

Étiologie

À la suite d'un événement traumatique.

Signes et symptômes

Syndrome de répétition (cauchemars de l'événement, réactions de sursaut, reviviscence de l'événement, etc.), symptômes non spécifiques (angoisse, hystérie, dépression, phobie, etc.), remaniement de la personnalité.

Prise en charge

Dans l'idéal, faire revivre au patient l'événement traumatique, accompagné de la même charge émotionnelle afin qu'il puisse maîtriser le traumatisme et restaurer ses défenses débordées par celui-ci. Cela peut être fait par hypnose et avec des thérapies cognitivo-comportementales.

FICHE 23

Psychoses aiguës/1

Bouffée délirante aiguë, psychose puerpérale

 **Psychose aiguë** : affection mentale durant laquelle le patient est inconscient ou n'est que partiellement conscient d'être en rupture avec la réalité.

Bouffée délirante aiguë

 **Bouffée délirante aiguë (BDA)** : trouble psychotique aigu et transitoire d'apparition brutale aux thèmes variés (de persécution et d'exaltation : mission, grandeur, etc.) et aux mécanismes polymorphes (hallucinations, intuitions, interprétations, etc.) induisant une adhésion totale.

Évolution

Pathologie qui devient chronique dans 50 % des cas (épisodes isolés, troubles bipolaires, schizophrénie).

Hypothèses étiologiques

Facteurs de stress, cause organique, choc émotionnel, éléments toxiques, personnalité immature, retard mental, etc.

Signes et symptômes

Délire oniroïde (état de rêve délirant), angoisse, dépersonnalisation (se sent transformé, a son monde bouleversé), troubles thymiques (grande labilité), troubles du comportement (risque de suicide, agressivité, fugue, etc.).

Prise en charge

Contention et chambre d'isolement si besoin, surveillance de l'état psychique (critique du délire et rapport à la réalité, lors de la levée de l'état délirant), observation et recherche des signes d'entrée vers une autre pathologie (schizophrénie [Fiche 25], bouffées délirantes chroniques [Fiche 23]), prise en charge médicamenteuse (antipsychotiques [Fiche 107], anxiolytiques [Fiche 109], hypnotiques [Fiche 110], thymorégulateurs [Fiche 109, etc.]). Signifier le progrès au patient et être à l'écoute du délire. Solliciter la personne pour les activités à visées socio-thérapeutiques.

Psychose puerpérale

 **Psychose puerpérale** : trouble grave rencontré par la femme enceinte pendant et après l'accouchement (jusqu'à 12 mois). Généralement d'installation brutale, précédée par une anxiété et des préoccupations pseudo-névrotiques (phobies, obsessions, doutes...), présentant un risque pour l'enfant.

Hypothèses étiologiques

Troubles thymiques, immaturité, modifications hormonales, etc.

Signes et symptômes

Délires polymorphes, syndrome confusionnel associé (troubles du sommeil, inversion du rythme jour/nuit), mélancolie (Fiche 28), humeur perturbée.

Prise en charge

Détacher la patiente de l'image de la mauvaise mère. Éviter le plus possible la séparation mère-enfant car cela renforce la pathologie. Au contraire, valider le fait que c'est bien son enfant et qu'elle peut s'en occuper elle-même. Les antidépresseurs (Fiche 108), ou les neuroleptiques (Fiche 107), sont parfois nécessaires.

FICHE 24

Psychoses aiguës/2

Confusion mentale, *delirium tremens*, accès maniaque, accès mélancolique

Confusion mentale

 **Confusion mentale** : désorganisation aiguë des processus psychiques dans laquelle on observe altération de la vigilance, désorientation temporo-spatiale, amnésie et hallucinations.

Étiologie

Organique (traumatisme crânien [Fiche 4], AVC [Fiche 54]), trouble neurologique, infection, fièvre, intoxication médicamenteuse, trouble métabolique (hypo/hypernatrémie, hypoglycémie, [Fiche 68]), trouble psychiatrique (choc émotionnel, hystérie [Fiche 22], certaines psychoses aiguës) ; chez le patient âgé, un fécalome ou un globe vésical sont des situations fréquentes pouvant entraîner un état confusionnel.

Signes et symptômes

Troubles de l'attention, désorientation temporo-spatiale, délires oniriques, hallucinations aux thèmes effrayants, troubles du comportement (alternance d'anxiété et d'agitation).

Prise en charge

Procurer du calme, aider à effectuer les soins d'hygiène, réhydrater, surveiller l'alimentation, la température, la qualité du sommeil et veiller à la régularité du rythme nyctéméral.

Delirium tremens

 *Delirium tremens* (DT) : état psychique après 48–72 heures de sevrage alcoolique.

Prévention

Pas de sevrage sans couverture par benzodiazépine ([Fiche 109](#), [Fiche 110](#)).

Signes et symptômes

Tachycardie, tremblement, sueurs, HTA, hallucinations à tendance zoo-oniriques, convulsions, coma.

Prise en charge

Hyperhydratation, benzodiazépines, score de Cushman à intervalle régulier.

Accès maniaque

 **Accès maniaque** : trouble psychique soudain issu de l'excitation du système psychomoteur.

Évolution

Résolution généralement spontanée en 6 mois ; peut marquer l'entrée dans des troubles bipolaires ([Fiche 28](#)).

Signes et symptômes

Humeur exaltée, hypersyntonie (réaction affective immédiate à toute stimulation), tachypsychie (trouble de l'attention, logorrhée, fuite des idées : coq à l'âne), insomnie sans fatigue, amaigrissement, déshydratation, troubles du comportement (dépense inconsidérée, conduite à risque, agressivité).

Prise en charge

Surveiller l'efficacité du traitement, contrôler l'activité psychomotrice (apparition d'un délire, sommeil [chambre individuelle], resituer la personne dans un contexte de relations sociales conviviales lorsqu'elle adopte des conduites excentriques, etc.), rôle éducatif (observance du traitement après hospitalisation, information de l'entourage quant aux signes de récurrence, etc.). Distance relationnelle pour ne pas provoquer des réactions affectives extrêmes : prudence dans l'attitude et le langage.

Accès mélancoliques

→ [Fiche 28](#)

FICHE 25

Psychoses chroniques/1

Schizophrénie

 **Psychose chronique** : une psychose devient chronique après 6 mois.

Schizophrénie

 **Schizophrénie** : pathologie psychiatrique se manifestant depuis au moins 6 mois par :

- une rupture et des anomalies dans au moins un des domaines suivants : idées délirantes, hallucinations, pensée désorganisée, comportement moteur grossièrement désorganisé ou anormal et symptômes négatifs (aboulie, amimie, apragmatisme, anhédonie...);
- une altération du niveau de fonctionnement (travail, relations interpersonnelles, hygiène personnelle).

Il n'existe pas une schizophrénie mais plusieurs types.

Étiologie

Facteurs de stress-vulnérabilité, génétiques, neurobiologiques, environnementaux (grippe, etc.).

Signes et symptômes

Association de :

- **syndrome dissociatif** : perte de cohésion du moi, discordance, désorganisation, ambivalence, bizarrerie (idées illogiques), troubles du cours de la pensée, troubles du langage (mutisme, soliloque, écholalie, etc.), syndrome catatonique (négativisme, catalepsie, etc.) ;
- **délire** (Fiche 27) : flou, non systématisé, de mécanismes variés, de thèmes variés et intriqués (persécution, morcellement, identité, etc.) ;
- **repli autistique** : barrière entre le sujet et le monde extérieur, mort psychique apparente, impénétrabilité (idées et conduites incompréhensibles), détachement (repli sur soi et indifférence).

Travail sur les hallucinations auditives

- Relever le caractère réel de la perception (production, réception visible au TEP-scan).
- Mise en évidence du rapport direct entre le contenu et la pensée du moment — comme si la voix disait tout haut ce que le sujet pense tout bas ou n'ose pas dire. Prise de contrôle sur les voix : calculs, alphabet à l'envers, blocage des « mauvaises » voix par des images mentales (analyse en « gentilles » ou « méchantes » voix).
- Remise en question des hallucinations par des techniques de remédiation cognitive (questionnement des voix, menaces non suivies d'effets, thérapie d'exposition à la résistance aux voix) et utilisation des illusions d'optique pour faire comprendre au patient que son cerveau peut être trompé.

Prise en charge

Appliquer un traitement médicamenteux par neuroleptiques (Fiche 107), avec éducation thérapeutique du patient vis-à-vis de l'observance, surveiller l'état général et les conduites alimentaires. Aider le patient à trouver sa place parmi les autres (lien social). Écouter et négocier les demandes en recentrant sur la réalité. Prévenir l'hospitalo-centrisme. Encourager à prononcer des demandes. Le traitement est d'autant plus efficace que le diagnostic aura été précoce.

FICHE 26

Psychoses chroniques/2

Inobservance médicamenteuse chez le schizophrène

 **Observance** : adéquation entre les recommandations d'un médecin concernant un programme ou un traitement et le comportement du patient. L'inobservance correspond donc à l'absence de compliance ou d'adhésion du patient.

Conséquences de l'inobservance médicamenteuse chez le schizophrène

- **Conséquences cérébrales** : diminution de la qualité et de la durée de rémission de la crise.
- **Conséquences psychologiques** : du fait de l'hospitalisation sous contrainte, qui peut être mal vécue et provoquer une crainte de récurrence, engendrant une diminution de la confiance en l'avenir et en soi, favorisant l'état dépressif et l'apragmatisme.
- **Conséquences sociales** : diminution du cercle social, difficulté pour maintenir son emploi, impact financier et psychologique (cercle vicieux).

Raisons de cette inobservance

- **Troubles mnésiques et attentionnels** : une grande part ne connaît pas son traitement et sa posologie.
- **Défaut d'*insight*** : défaut de conscience ou de perception de ses troubles.

Solutions à l'inobservance

Vis-à-vis des troubles mnésiques et attentionnels

- Un semainier permettant de savoir si le traitement a déjà été pris (c'est un geste quotidien).
- Infirmière à domicile pour administrer les traitements.
- Traitements injectables à action prolongée.

Vis-à-vis du défaut d'*insight*

- Approches motivationnelles : aident le patient à explorer et résoudre son ambivalence, à identifier ses propres raisons de changer.
- Techniques générales (technique des « quatre R ») :
 - exploration des perceptions et logiques d'interprétation par le biais de questions ouvertes amenant le patient à se raconter dans le début de la thérapie (**Reconcrétisation**) ;
 - exploration de ce qui est le plus pertinent, en collant au discours sans en interrompre le fil (écoute **Réflexive**) ;
 - en mettant l'accent sur les efforts du patient, ses réalisations, ses qualités (**Renforcement**) ;
 - enfin, en permettant au patient de réentendre son propre discours motivé, mieux l'intégrer et le synthétiser de façon concrète avant d'aller plus loin (**Résumé**).
- Techniques spécifiques :
 - poser des questions inductives, amenant ainsi le patient à trouver ses propres réponses (questionnement socratique) ;
 - donner des informations au patient de façon la plus neutre possible en lui laissant la possibilité de se récuser ;
 - permettre au patient de visualiser et mesurer son ambivalence et de lister les avantages et inconvénients de chaque position ;
 - motiver le patient en lui offrant des objectifs allant dans le sens de ses valeurs (mise en évidence des valeurs).

FICHE 27

Psychoses chroniques/3

Délires paranoïde, paraphrénique, hallucinatoire

 **Délires chroniques** : existence d'un délire permanent relativement systématisé avec une bonne adaptation à la réalité en dehors du secteur délirant. Pas ou peu de signes déficitaires et pas de dissociation. Les délires chroniques peuvent être paranoïde, paraphrénique, hallucinatoire.

Délire paranoïde

 **Délire paranoïde** : délire au mécanisme interprétatif de survenue plus tardive que la schizophrénie (40–50 ans) et qui n'empêche pas une bonne insertion socio-professionnelle.

Étiologie

Résultat d'un mécanisme de déni et de projection.

Signes et symptômes

Délires d'interprétation ou de persécution (risque de passage à l'acte hétéro-agressif), délire passionnel (logique, systématisé, de jalousie, érotomaniac), personnalité introvertie, hyperémotive, timide, avec sentiment d'infériorité, tendance dépressive.

Prise en charge

Se positionner en référent de la réalité. Savoir se montrer souple, neutre mais ferme. Trouver un juste milieu dans la distance relationnelle. Convaincre la personne qu'elle est malade et préciser les limites associées à l'hospitalisation et les règles du service. Écouter (discerner le délirant de la réalité). Canaliser la méfiance et ne pas alimenter le délire.

Délire paraphrénique

 **Paraphrénie** : délire chronique, aux mécanismes imaginatifs et aux thèmes fantastiques.

Types

- **Imaginatif** : peu d'hallucinations, fabulation progressive, s'enrichit d'apports extérieurs, thèmes de puissance, richesse, filiation, etc.
- **Fantastique** : mécanismes hallucinatoire et imaginatif intriqués, hallucinations riches et thèmes fantasmagoriques, exaltation euphorique.

Prise en charge

Ce type de patient n'est pas demandeur de soins ; la pathologie n'est pas un obstacle à une vie autonome et s'accorde bien sur le plan familial — la prise en charge infirmière est donc difficile à définir.

Délire hallucinatoire

Étiologie

Femme entre 30 et 50 ans, vivant seule, aux traits de personnalité sensitive, pouvant avoir une bonne adaptation professionnelle. Vécu passif, voire dépressif.

Signes et symptômes

Hallucinations auditives (voix injurieuse imposant des faits et gestes, accusations, etc.), olfactives (gaz, odeurs nauséabondes, etc.), cénesthésie, thèmes de persécution, de grandeur, peu d'élaborations délirantes, extension progressive du délire.

Prise en charge

L'objectif est de procurer une sécurité psychique et physique. Surveillance de tentative de suicide et prévention de l'isolement.

FICHE 28

Psychoses chroniques/4

Troubles de l'humeur : dépression, exaltation, trouble bipolaire

Dépressions

📄 **Dépression** : pathologie chronique caractérisée par au moins deux des symptômes suivants : perte d'appétit ou hyperphagie, insomnie ou hypersomnie, baisse d'énergie ou fatigue, faible estime de soi, ralentissement psychomoteur et difficulté à prendre des décisions, sentiment de perte d'espoir.

📄 **Mélancolie** : forme clinique de dépression particulièrement grave avec des signes cliniques à leur paroxysme dont : indifférence à tout, sans volonté, inertie, sidération, repli sur sa souffrance, avec ou sans lien avec un événement de vie. Risque d'automutilation et de suicide important. **Triade d'indignité, d'incurabilité et de culpabilité.**

Mélancolie

Prise en charge

Prévention de tentative de suicide (Fiche 20), surveillance physique (plaisir de s'alimenter, soins, apparence physique, hydratation, surveillance du poids, de la PA, etc.) et psychique (recueil de données complémentaires, observance de la prise du traitement, etc.).

Dépression

Évolution

Amélioration en 2 à 4 semaines sous antidépresseurs ; guérison en 3 à 6 mois.

Prise en charge

Évaluer le risque suicidaire, aider le patient à comprendre sa maladie et le but du traitement, encourager le contact social en conservant le rythme du patient, surveillance psychique et physique.

Exaltation : accès maniaque

→ [Fiche 24](#)

Types

- Épisodes hypomaniaques : symptômes atténués de manie.
- Formes sévères : le patient peut être délirant, confus ou furieux.

Évolution

Guérison spontanée en 6 mois ou sous 4 à 8 semaines sous traitement thymorégulateurs ([Fiche 109](#)), neuroleptiques ([Fiche 107](#)), et anxiolytiques ([Fiche 109](#)).

Signes et symptômes

Excitation de l'humeur, accélération psychique et motrice, hypermimie, logorrhée, tachypsychie (coq à l'âne), troubles de l'attention.

Prise en charge

Voir la prise en charge de l'accès maniaque ([Fiche 24](#)).

Trouble bipolaire

 **Trouble bipolaire** : pathologie caractérisée par une alternance d'accès maniaques, hypomaniaques et de dépression. Début entre 15–25 ans avec un délai de diagnostic de 8 ans.

Signes et symptômes

- **Maniaque** : agitation, excitation, insomnie sans fatigue, hyperphagie, tachypsychie, mégalomanie, etc.
- **Dépressif** : ralentissement psychomoteur, tristesse, négativisme, idées suicidaires, etc.

Prise en charge

Sel de lithium ou autres thymorégulateurs (Fiche 109), psychothérapie, prévention des tentatives de suicide, assurer le respect des règles hygiéno-diététiques (rythmes réguliers, sommeil, etc.), mesures de protection si besoin.

FICHE 29

Organisations narcissiques

Personnalité borderline, psychopathie,
névrose de caractère, perversion

 **Organisations narcissiques** : psychisme entre la névrose et la psychose.

Personnalité borderline

Étiologie

Instabilité familiale, relation fusionnelle à la mère fondée sur la dépendance à l'autre.

Signes et symptômes

Ambivalence relationnelle (amour/haine), intolérance à la frustration (réaction agressive de type névrotique), angoisse de morcellement, sentiment de vide. Revalorisation narcissique, impulsivité, absence de culpabilité.

Prise en charge

Surveillance du risque de tentative de suicide et d'actes violents (hétéro-agressifs ou auto-agressifs). Insertion et rôle au sein d'un groupe social. Traitement par antidépresseurs (Fiche 108), thymorégulateurs (Fiche 109), neuroleptiques, (Fiche 107), psychothérapies.

Psychopathie

Étiologie

Absence de présence paternelle et de sécurité maternelle.

Signes et symptômes

Agressivité, mépris, prise de plaisir dans la transgression des droits d'autrui, incapacité à se conformer aux normes sociales, vit dans le présent et ne tire aucune leçon du passé, absence de remords.

Prise en charge

Identique à la prise en charge pour les personnalités borderline avec, en plus, mise en place de règles encadrantes (rassurantes, structurantes et cohérentes au niveau de l'équipe), thérapie cognitivo-comportementale ; situations duelles et confrontations directes à éviter.

Névrose de caractère

Signes et symptômes

Dureté vis-à-vis de l'entourage et de soi-même, hypermoralisme, hyperpolitesse, arrogance, refus de faiblesse et de tout plaisir. Incapacité à se remettre en cause, bénéfice secondaire tyrannique lors de la mobilisation de l'entourage.

Prise en charge

Réassurance, surveillance du risque de dépression, de dépersonnalisation, de délire paranoïaque.

Perversion

 **Perversion** : mécanisme de défense qui consiste à projeter sur autrui ce qui est insupportable pour soi-même.

Types

Perversion narcissique

Phase de séduction afin de prendre la maîtrise sur l'autre, puis violence (refus de communication, déformation des propos, mépris, etc.).

Perversion sexuelle

Impulsions sexuelles ou comportement survenant de façons répétées au moins pendant 6 mois et impliquant des objets inanimés, la souffrance ou l'humiliation de soi-même, de son partenaire, d'enfants ou de personnes non consentantes.

Prise en charge

Thérapie de groupe, psychothérapie, thérapies cognitivo-comportementales.

FICHE 30

Pédopsychiatrie, gérontopsychiatrie

Pédopsychiatrie

 **Troubles du spectre autistique (TSA)** : troubles qui affectent principalement les relations sociales et la communication chez l'enfant, se manifestant par des comportements atypiques et un intérêt restreint, pouvant avoir des degrés de gravité et d'âge d'apparition variables. De nombreux troubles pédopsychiatriques sont inclus sous cette dénomination (diverses formes d'autisme, dysharmonies évolutives, etc.).

Autisme

 **Autisme** : altération des capacités de communication, des capacités sociales (trouble du contact) et du comportement (caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, intérêts et activités).

Formes d'autisme

Autisme de haut niveau, autisme associé (à un polyhandicap), syndrome de Rett, syndrome d'Asperger.

Signes et symptômes

Altération du contact (oculaire, mimiques, tonique, etc.), troubles de la communication et du langage (écholalie, prosodie, etc.), bizarreries et restriction des intérêts, modulation sensorielle et psychomotrice.

Dysharmonies évolutives, ou troubles atypiques

 **Dysharmonies évolutives** : maturation anormale de certaines fonctions psychologiques, tant dans le domaine intellectuel qu'affectif. Le développement normal d'autres fonctions différencie les dysharmonies d'un retard global de développement.

Signes et symptômes

Troubles des conduites (agressivité, instabilité, etc.), manifestations pseudo-névrotiques (phobies, rituels, repli dépressif), dysharmonie de développement des capacités instrumentales (apraxie, aphasie, agnosie). Cela se traduit globalement par un échec scolaire, une tendance à la rupture avec le réel, un débordement de la pensée, une anxiété massive, des troubles du contact et relationnels, des troubles du langage, etc.

Troubles d'hyperactivité avec déficit attentionnel (THADA)

 **THADA** : triade d'inattention, hyperactivité, impulsivité.

Signes et symptômes

Troubles de l'apprentissage, difficultés relationnelles, faible estime de soi, dépendance, abus de substances psychoactives.

Gérontopsychiatrie

 **Syndrome démentiel** : triade d'affaiblissement cognitif, perte d'autonomie, troubles du comportement.

Dans les débuts de la maladie, la démence se distingue de la dépression du fait de :

- **démence** : tendance à cacher les troubles mnésiques, désorientation nocturne, touche à la mémoire récente, début insidieux, résiste au traitement antidépresseur ;
- **dépression** : le patient parle spontanément de ses troubles, souvent accompagnée d'une bradypsychie, touche toute la mémoire, de début brutal.

Processus inflammatoires et infectieux

FICHE 31

Processus inflammatoires et infectieux

Généralités

Bactériémie

 **Bactériémie** : présence de bactéries dans le sang, avec isolement d'une ou plusieurs bactéries dans les hémocultures.

Signes et symptômes

Aucun.

Sepsis

 **Sepsis** : évolution possible d'une bactériémie et correspondant à une infection généralisée.

Signes et symptômes

Fièvre, AEG aiguë, tachycardie, polypnée, hyperleucocytose ou leucopénie.

Sepsis sévère

 **Sepsis sévère** : sepsis avec un dysfonctionnement d'au moins un organe vital.

Signes et symptômes selon la zone touchée

- **Cœur et vaisseaux** : hypotension artérielle ou tachycardie.
- **Cerveau** : confusion, trouble de la conscience.
- **Poumon** : hypoxémie, polypnée.
- **Moelle osseuse ou sang** : coagulopathie ou CIVD avec thrombopénie, diminution du TP et thrombose (Fiche 61).
- **Métabolisme des cellules** : acidose.

Choc septique

 **Choc septique** : correspond à l'incapacité de l'organisme à répondre à ses besoins en oxygène et en sang du fait de l'infection par un agent pathogène.

Signes et symptômes

Correspondent aux signes et symptômes du sepsis sévère avec, en plus, une hypotension artérielle malgré un remplissage, qui nécessite l'usage d'amines vasopressives (Fiche 122).

Syndrome de défaillance multiviscérale

 **Syndrome de défaillance multiviscérale (SDMV)** : réaction physiologique terminale de l'organisme dans laquelle les organes se détériorent successivement et rapidement (ici à cause de l'infection).

Signes et symptômes

- **Cardiovasculaires** : hypotension artérielle, bradycardie, troubles du rythme, ACR.
- **Métaboliques** : acidose métabolique grave (pH < 7,30).
- **Respiratoires** : détresse respiratoire nécessitant une ventilation assistée (Fiche 76), ACR.
- **Rénaux** : oligurie, IRA (Fiche 74).
- **Hématologiques** : leucopénie, thrombopénie, anémie ou pancytopénie (Fiche 91, Fiche 92).
- **Neurologiques** : coma, Glasgow < 7 (Fiche 4).
- **Hépatiques** : trouble de la coagulation, insuffisance hépatique aiguë (Fiche 72).

Prise en charge

- *Recherche* : des signes de gravité, d'une porte d'entrée et d'un foyer infectieux.
- *Technicité* : prélèvements bactériologiques (hémoculture sur Port-à-cath® ou PICC line et en périphérique ; pour les cathéters : analyse de la partie distale de celui-ci en cas d'ablation ; ECBU, coproculture, écouvillonnage, etc.) et bilan biologique, si besoin complétés (radiographie pulmonaire, abdomen sans préparation, etc.).
- *Traitement* : antibiothérapie probabiliste (Fiche 112), puis selon les résultats de l'antibiogramme.
- *Surveillance* : scopée en fonction de la gravité (sepsis sévère ou plus).

FICHE 32

Isolement septique, isolement protecteur

Isolement septique

Précautions « air »

Mise en place

Chambre individuelle et port d'un masque chirurgical par le patient pour toute sortie de chambre.

Information des professionnels prenant en charge le patient. Port d'un masque filtrant de protection respiratoire avant l'entrée en chambre et de lunettes de protection en cas d'infection transmissible sévère.

Pathologies

Rougeole ([Fiche 49](#)), tuberculose pulmonaire active ([Fiche 50](#)).

Précautions « gouttelettes »

Mise en place

Chambre individuelle et port d'un masque chirurgical par le patient pour toute sortie de chambre.

Information des professionnels en contact. Port d'un masque chirurgical avant l'entrée en chambre et de lunettes de protection en cas de projections.

Pathologies

Infections respiratoires à BMR, coqueluche ([Fiche 49](#)), grippe ([Fiche 35](#)), méningite bactérienne ([Fiche 43](#)), oreillons, pneumopathies à pneumocoques et streptocoques, rubéole, scarlatine.

Précautions « contact »

Mise en place

Chambre individuelle, désinfection du lavabo, des toilettes et de la douche après utilisation, ou au moins 1 fois par jour.

Désinfection des mains du patient pour toute sortie de chambre.
Information des professionnels en contact. Lavage simple et désinfection des mains systématique après contact avec le patient.
Port de surblouse, de surchaussures lors de l'entrée en chambre (sauf visiteurs). Port de gants non stériles pour tous soins.
Individualisation du matériel de soin (tensiomètre, bassin, stéthoscope, lit, etc.) avec désinfection quotidienne.
Élimination spécifique du linge (double sac rouge à l'entrée de la chambre). Déchets évacués dans le DASRI.

Pathologies

BMR gastroduodénales, urinaires, respiratoires, dermatologiques, *Clostridium difficile*, gale, gastro-entérite, hépatite à VHA et VHE (Fiche 36), herpès (Fiche 42), salmonellose, staphylocoques cutanés, varicelle, zona.

Attention !

- Le masque FFP2 est préconisé dans le cas de grippe aviaire ainsi que dans les situations particulièrement à risque pour la tuberculose (intubation, expectoration induite, tuberculose multirésistante) ;
- Le masque FFP3 est préconisé en cas de légionellose ;
- Dans tous les autres cas un FFP1 ou masque chirurgical est suffisant.

Isolement protecteur

Mise en place

Chambre individuelle, déplacements du patient strictement limités à la nécessité absolue et avec protection et habillage spécifiques.

Lavage hygiénique ou friction des mains avant l'entrée en chambre, masque et surblouse stériles et gants pour gestes invasifs, charlotte pour gestes chirurgicaux. Individualisation du matériel de soin (tensiomètre, bassin, stéthoscope, lit, etc.).

Indications

Patient immunodéficient (aplasie onco-hématologique, greffe d'organe(s) ou de tissus, grands brûlés, prématurés).

FICHE 33

Allergie, œdème de Quincke, choc anaphylactique

📄 **Atopie** : prédisposition individuelle ou familiale à produire des IgE lors de l'introduction d'antigènes et à développer des symptômes (asthme, rhinite, conjonctivite, eczéma, etc.).

📄 **Hypersensibilité** : symptômes ou signes objectivement reproductibles, provoqués par un stimulus précis, toléré par des sujets normaux.

📄 **Sensibilisation** : correspond à la positivité des tests cutanés et/ou des IgE spécifiques sans lien avec la présence de signes cliniques.

📄 **Allergie** : expression clinique d'une sensibilisation.

📄 **Allergènes** : toute substance capable d'induire une réaction d'hypersensibilité immunologique spécifique.

📄 **Désensibilisation** : a pour but d'introduire une tolérance vis-à-vis de l'allergène pour atténuer ou faire disparaître les symptômes liés à l'allergie.

Catégories de réactions allergiques

	Type de réponse immunitaire	Signes cliniques	Délat d'apparition des symptômes
Type I	IgE	Choc anaphylactique : - œdème de Quincke - urticaire - bronchospasme - urticaire	De quelques minutes à 1 heure après le contact avec l'allergène
Type II	IgG	Cytopénie	5 à 15 jours
Type III	IgG, IgM, complément	Maladie sérique Vasculite	Maladie sérique : 7 jours Vasculite : 7-21 jours
Type IV	Lymphocytes T	De l'eczéma au syndrome de Lyell	Variable Eczéma : 48 heures

Mécanisme physiopathologique

Phase de sensibilisation

Premier contact avec l'allergène, réaction immunologique induisant la formation d'IgE spécifiques de l'allergène.

Phase de déclenchement

En cas de nouveau contact avec l'allergène, fixation de l'allergène sur les IgE qui induit une dégranulation des mastocytes et des basophiles et, donc, libération de l'histamine avec déclenchement de la symptomatologie.

Différentes catégories d'allergènes

- **Allergènes respiratoires** (pneumoallergènes, ou aéroallergènes) : pollens, protéines des glandes sébacées animales, acariens.
- **Allergènes alimentaires** (trophallergènes) :
 - principaux allergènes chez l'enfant : œufs, arachide, lactulose, moutarde, certaines protéines de poissons ou crustacés ;
 - principaux allergènes chez l'adulte : fruits et légumes.
- **Allergènes médicamenteux** (non exhaustifs) : aspirine, pénicillines, AINS, médicaments iodés (dont produits de contraste), adrénaline, anesthésiants (curares...), etc.

Attention !

Allergie croisée entre la banane, le kiwi et le latex.

Signes et symptômes des principales réactions allergiques

Conjonctivite

Yeux rouges, prurigineux, larmoyants, avec papilles conjonctivales ; absence de douleurs oculaires ou de diminution de l'acuité visuelle.

Urticaire

Éruption papulo-érythémateuse prurigineuse, fugace, migratrice, à bords nets.

Œdème de Quincke

Œdème des parties molles sous-cutanées ou sous-muqueuses avec prurit fréquent. Touche avec prédilection la face (paupière, lèvre, langue, pharynx), les régions génitales et les régions palmo-plantaires. Possible gêne à la déglutition, dyspnée.

Rhinite

Prurit nasal, anosmie, rhinorrhée claire, éternuements en salves, obstruction nasale.

Bronchospasme (crise d'asthme)

→ Fiche 55

Syndrome de Lessof ou syndrome oral

En mangeant : gonflement des lèvres, déglutition difficile. Souvent chez les patients allergiques avec sensibilité aux pollens.

Choc anaphylactique

Urgence vitale

Choc avec collapsus tensionnel vasoplégique et tachycardie. Peut être associé à : bronchospasme, éruption urticarienne généralisée, œdème laryngé, douleurs abdominales avec diarrhées.

Prise en charge

Très variable selon le tableau clinique.

- En phase aiguë :
 - Éviction de l'allergène ;
 - Selon la gravité : mise en place de corticoïdes (Fiche 113) et d'antihistaminiques, d'un remplissage vasculaire, d'adrénaline (Fiche 119, stabilisation hémodynamique), d'aérosols de bronchodilatateurs, d'oxygénothérapie voire d'intubation (stabilisation respiratoire) ;
 - En cas de choc anaphylactique, faire un dosage de la tryptase sérique afin de confirmer le diagnostic.
- En phase post-aiguë :
 - Recommandation de ne pas se réexposer à l'allergène si possible ;

– Prévention poussée, variable selon le cas : consultation avec un allergologue, tests cutanés (prick test, IDR), tests biologiques (dosage IgE spécifiques, test d'activation des basophiles), recommandation de port de carte d'allergie, de trousse d'urgence avec stylo d'adrénaline, désensibilisation.

FICHE 34

Endocardite

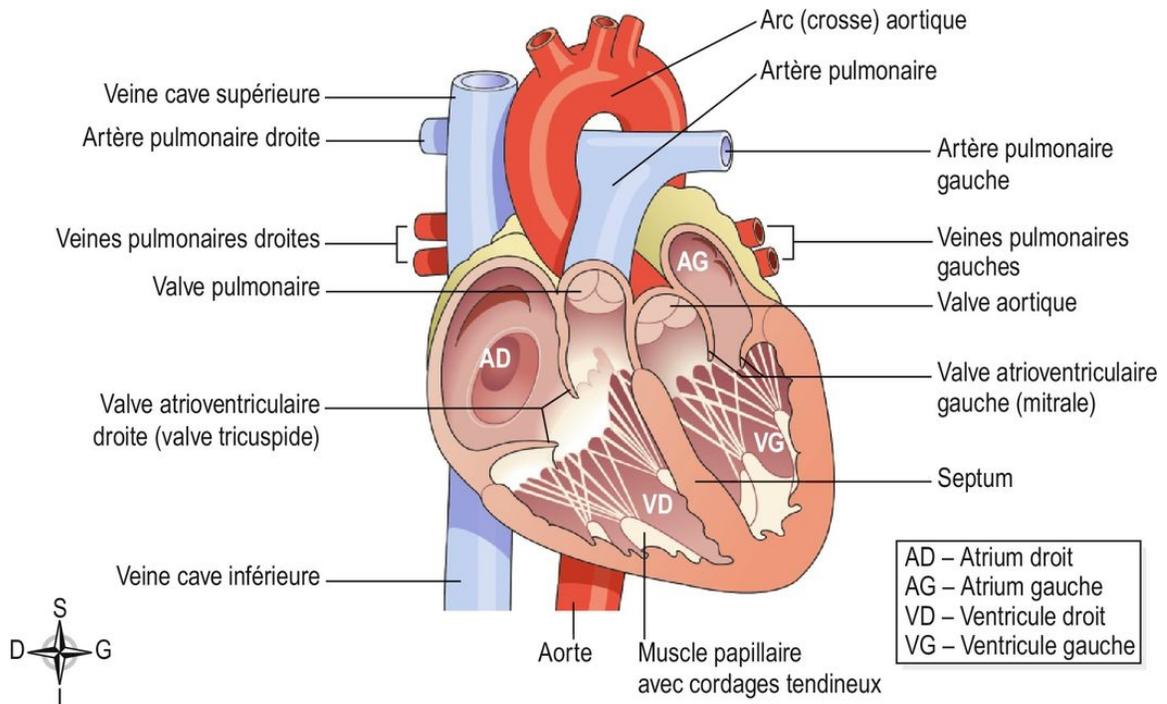


FIGURE 11 Représentation schématique du cœur. Ross and Wilson - Anatomy and Physiology in Health and Illness (12th edition), par A. Waugh et A. Grant. © 2014 Elsevier Limited. © 2015 Elsevier Masson SAS.

 **Endocardite** : présence de lésions sur les valves cardiaques (endocarde) d'origine infectieuse et étant à l'origine d'insuffisance cardiaque aiguë, de complications neurologiques ou d'arythmies et troubles de la conduction pouvant être mortels.

Étiologie

Prothèse valvulaire, cardiopathie congénitale, antécédents d'endocardite, valvulopathie, gestes et situations à risque (porte d'entrée dentaire, digestive, iatrogène, ORL, cutanée, urologique, génitale).

Physiopathologie

- **Origine** : adhérence de bactéries au niveau de l'endocarde sur une des valves cardiaques.

- **Au niveau local** : développement des bactéries (lésions de destruction valvulaire, ulcérations et perforations des valves) avec apparition puis aggravation d'une insuffisance valvulaire.
- **Au niveau des structures avoisinantes** : risque d'infection pouvant provoquer rupture de cordage et abcès myocardique.
- **Au niveau systémique** : risque d'essaimage systémique (atteinte des organes profonds pouvant alors être pris pour le foyer primitif et retarder la prise en charge).

Évolution

Risque d'aggravation en péricardique, tamponnade, choc cardiogénique ([Fiche 71](#)).

Signes et symptômes

Début pouvant être bruyant et aigu en quelques jours ou subaigu sur quelques semaines ou mois.

- **Syndrome infectieux** : fièvre prolongée, AEG, sueurs.
- **Signes cardiaques** : souffle (tout souffle cardiaque avec une hyperthermie est une endocardite infectieuse jusqu'à preuve du contraire), avec ou sans OAP ([Fiche 60](#)), troubles du rythme.
- **Signes extracardiaques** : cutanés, respiratoires, ophtalmologiques, rhumatologiques, neurologiques, rénaux.

Prise en charge

- *Médicamenteuse* : antibiothérapie IV probabiliste, ensuite adaptée selon l'antibiogramme (généralement 4 à 6 semaines).
- *Chirurgicale dans certains cas* : insuffisance cardiaque, abcès, troubles du rythme, etc.
- *Surveillance* :
 - clinique : fièvre, recherche d'emboles ;
 - cardiaque : auscultation, échographie cardiaque (pour éliminer la péricardite) ;
 - biologique : hémocultures, biologie standard (pour définir le germe responsable et les conséquences physiologiques de l'endocardite).

FICHE 35

Grippe

 **Grippe** : maladie virale due à des *myxovirus influenzae* et qui possède une grande variabilité antigénique (modification des antigènes membranaires, échange de génomes viraux interespèce), entraînant une absence d'immunité durable et une difficulté de la vaccination. C'est une maladie bénigne chez les patients jeunes mais grave chez les sujets fragiles (âgés, atteints de tares sous-jacentes, immunodéprimés, etc.). C'est une maladie saisonnière et hivernale (novembre-février).

Modes de transmission

Attention : en cas de grippe aviaire, protection par masque FFP2.

- Transmission directe par voie aérienne : interhumaine et oiseaux-humain.
- Transmission indirecte par réassortiment : porc-humain.

Réplication virale

Voies aériennes supérieures et voies respiratoires inférieures.

Incubation

2 jours.

Portage viral

1–2 jours avant les symptômes et 4–5 jours après le début des symptômes.

Types de virus

Trois types (A, B, C) et de nombreux sous-types ; par exemple : virus type A sous-type H1N1. N correspond à la protéine de surface

neuraminidase (sous-types de N1 à N9) et H à la protéine de surface hémagglutinine (sous-types de H1 à H16).

Évolution

Guérison spontanée en 4 à 7 jours.

Risque de surinfection (fièvre > 5 jours, expectorations muco-purulentes, bronchite, pneumopathie) et d'atteinte extrarespiratoire (troubles digestifs, méningite lymphocytaire, encéphalite, myocardite, péricardite...) voire de grippe maligne (insuffisance respiratoire aiguë avec œdème pulmonaire (Fiche 75), myocardite, péricardite, hépatite, insuffisance rénale (Fiche 74) méningo-encéphalite).

Signes et symptômes

Clinique

Début brutal, malaise général, frissons, fièvre (39–40 °C), asthénie, anorexie aiguë, arthralgie, myalgies, lombalgies, céphalées frontales et rétro-orbitaires, catarrhe des voies aériennes supérieures (injection conjonctivale, rhinorrhée, douleurs pharyngolaryngées, dysphagies, brûlures rétro-sternales, toux sèche et douloureuse).

Examens complémentaires

Bilan biologique (hyperleucocytose, augmentation de la CRP), radiographie pulmonaire (asymptomatique), hémocultures.

Prise en charge

- *Prophylactique* : vaccin antigrippal (Vaxigrip®, Fluarix®, Influvac®) pour les sujets âgés, à risque de complications, insuffisants respiratoires chroniques (Fiche 56, Fiche 75), ou femmes enceintes.
- *Curative* : repos, antipyrétique et antalgique (Fiche 102, Fiche 103, Fiche 104), hydratation. Selon la population, traitement antiviral dans les 48 heures après le début des symptômes, oseltamivir (Tamiflu®) ou zanamivir (Relenza®) afin de diminuer la durée et la sévérité des symptômes.

FICHE 36

Hépatites virales/1

VHA et VHE

 **Hépatite** : atteinte du parenchyme hépatique avec inflammation du foie.

Étiologie

- **Toxique** : alcool, champignons, paracétamol, etc.
- **Infectieuse** : bactéries, virus.
- **Inflammatoire et immunologique** : hépatites auto-immunes.

Incubation

2 à 28 semaines selon le virus.

Types d'hépatites

Selon le virus en cause VHA, VHE, VHB, VHC, virus delta.

Types d'atteintes

- **Aiguës** : certaines sont potentiellement graves (VHA, VHB).
- **Chroniques** : risque d'évolution vers la cirrhose et l'hépatocarcinome (VHB, VHC).

Hépatite A (VHA)

Transmission

Orofécale (contamination par voie digestive par consommation d'eau ou d'aliments contaminés ou par contact manuporté avec un sujet infecté).

Évolution

Guérison sans séquelle en 2–3 semaines.

Jamais de passage à la chronicité.

Signes et symptômes selon la phase

- **Phase préclinique** : pendant 1 à 3 semaines ; anorexie, nausées, douleurs de l'hypocondre droit, asthénie, syndrome pseudogrippal, parfois urticaire.
- **Phase ictérique** : ictère, décoloration des selles, urines foncées.

Examens complémentaires

- Biologie : augmentation des transaminases hépatiques ASAT et ALAT.
- Sérologie.

Prise en charge

- *Hospitalisation* : chambre individuelle, isolement de type « contact » (Fiche 32), décontamination du linge.
- *Traitement prophylactique* : vaccin indiqué pour :
 - personnes spécifiquement exposées (séjour en pays à l'hygiène précaire, enfants de plus de 1 an de familles issues de zones endémiques...) ;
 - personnels exposés (s'occupant d'enfants, structures collectives...) ;
 - personnes en contact d'un cas, dans les 14 jours.

Hépatite E (VHE)

Transmission

Orofécale et alimentaire (viande mal cuite).

Évolution

Idem VHA.

Risque de forme grave chez la femme enceinte (un tiers des cas), avec risque de mortalité à la fois maternelle et fœtale si hépatite E au cours du troisième trimestre.

Signes et symptômes

Idem VHA.

Risque de complications et/ou de formes chroniques chez les immunodéprimés.

Prise en charge

- *Hospitalisation* : chambre individuelle, isolement de type « contact » (Fiche 32), décontamination du linge.
- *Traitement prophylactique* : il n'existe pas de vaccin.

FICHE 37

Hépatites virales/2

VHB, VHC et virus delta

Hépatite B (VHB)

Transmission

Sexuelle, materno-fœtale, sanguine.

Évolution

- **Aiguë** : asymptomatique dans 90 % des cas, symptomatique dans 9 % et fulminante dans 1 %.
- **Chronique** (> 6 mois) : passage à la chronicité dans 10 % des cas avec évolution possible vers la cirrhose (20 % des hépatites chroniques) et l'hépatocarcinome.

Signes et symptômes

Clinique

Idem VHA.

Examens complémentaires

Au diagnostic s'ajoute l'évaluation de la fibrose hépatique (Fibroscan®, Fibrotest®, Hépascore® et biopsie).

Sérologie du VHB :

- antigènes HBs :
 - le marqueur d'infection disparaît après 6 mois si guérison ;
 - s'il est toujours présent après 6 mois, il y a un passage à la chronicité ;
- anticorps anti-HBc : il indique un contact avec le virus ; il est donc toujours positif chez les patients après contact, toujours négatif chez les patients vaccinés ;
- anticorps anti-HBs : c'est un marqueur de guérison ou de vaccination ; il est positif s'il y a guérison ou vaccination.

Prise en charge

- *Hospitalisation* : pas d'isolement, arrêt de tous les toxiques hépatiques (alcool et médicaments), traitements antiviraux : lamivudine (Zefix®, Epivir®), adéfovir (Hepsera®), ténofovir (Viread®), entecavir (Baraclude®), Peg-interféron (PegINF®).
- *Traitement prophylactique* : vaccin obligatoire pour le personnel soignant, recommandé chez tous les nourrissons et enfants, patients à risque.

Hépatite delta

Étiologie

Uniquement chez les toxicomanes. Nécessité de la présence du virus de l'hépatite B pour se développer.

Évolution

Aggrave le pronostic de l'hépatite B (plus de formes fulminantes, plus d'évolutions vers la cirrhose et l'hépatocarcinome).

Hépatite C (VHC)

Transmission

Sanguine, sexuelle.

Évolution

- **Aiguë** : souvent asymptomatique.
- **Chronique** :
 - asymptomatique ;
 - active/symptomatique : cytolyse et lésions hépatiques évolutives.
- Guérison spontanée possible dans 15 à 20 % des cas.

Signes et symptômes

Clinique

Idem VHA.

Examens complémentaires

Il existe un dosage quantitatif par PCR « VHC » (évaluation de la multiplication virale par détection de particules virales dans le sang) qui permet de distinguer les formes guéries (PCR-) des formes actives (PCR+).

Prise en charge

- *Hospitalisation* : pas d'isolement.
- *Traitement anti-VHC* : très coûteux ; bithérapie relativement efficace de 3 à 6 mois dans certains cas, avec des effets indésirables importants (syndrome pseudogrippal (Fiche 35), asthénie, troubles digestifs, atteinte hématologique des trois lignées (Fiche 91, Fiche 92), troubles neuropsychiques, tératogénicité).

FICHE 38

Infections osseuses et articulaires/1

Arthrite infectieuse

Types d'infections osseuses et articulaires (IOA)

- **Aiguës** : moins d'un mois d'évolution ;
- **Chroniques** : plus d'un mois d'évolution.

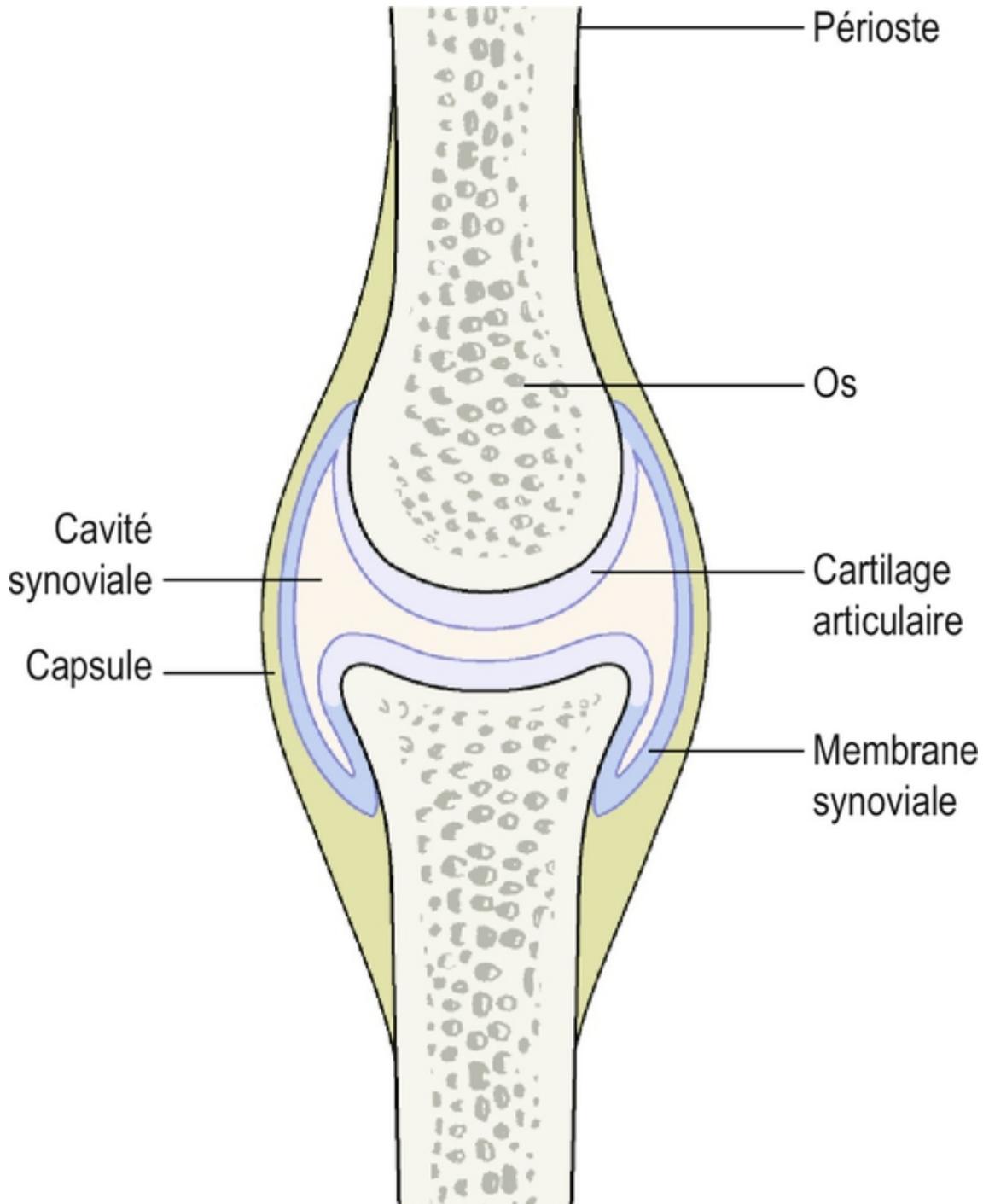


FIGURE 12 Représentation schématique d'une articulation. Ross et Wilson-Anatomy and Physiology in Health and Illness (12th edition), par A. Waugh et A. Grant. © 2014 Elsevier Limited. © 2015 Elsevier Masson SAS.

Arthrite infectieuse

 **Arthrite** : inflammation d'une articulation due à l'introduction d'un germe.

Physiopathologie

- Entrée et multiplication d'un germe dans l'articulation.
- Formation de pus et hyperproduction de liquide synovial (épanchement articulaire).
- Inflammation de la membrane synoviale (synovite).
- Atteinte cartilagineuse voire osseuse par contiguïté (ostéoarthrite).

Origine de l'infection

- **Hématogène** : infection aiguë.
- **Contiguë** : à partir d'un abcès sous-cutané, par exemple.
- **Traumatique**.

Signes et symptômes

Clinique

Survenue brutale, douleurs articulaires inflammatoires intenses de jour comme de nuit et même au repos, signes inflammatoires locaux, syndrome général infectieux (fièvre, frissons, tachycardie), épanchement articulaire.

Examens complémentaires

- Syndrome inflammatoire au bilan sanguin : hyperleucocytose, CRP augmentée.
- Hémocultures, ponction articulaire et prélèvement de la porte d'entrée avant le début de l'antibiothérapie.
- Radiographie, échographie, IRM et scanner selon les cas.

Prise en charge

- *Médicamenteuse* : antibiothérapie probabiliste puis adaptée selon l'antibiogramme, prolongée (4–6 semaines) ; antalgiques.
- *Non médicamenteuse* : immobilisation de l'articulation (attelle), prévention des complications du décubitus.

FICHE 39

Infections osseuses et articulaires/2

Spondylodiscite, infection de matériel, ostéite du pied diabétique

Spondylodiscite

 **Spondylodiscite** : infection des vertèbres et du disque intervertébral.

Signes et symptômes

Clinique

- Douleurs vertébrales localisées de type inflammatoire de jour comme de nuit et même au repos.
- Recherche de signes neurologiques, témoins d'une compression médullaire (troubles de la sensibilité, troubles moteurs, syndrome pyramidal, syndrome de la queue de cheval).
- Avec ou sans fièvre.

Examens complémentaires

- Bilan biologique infectieux : augmentation de la CRP, possible hyperleucocytose.
- Hémocultures avant antibiothérapie.
- Radiographie (pincement discal, érosion des plateaux vertébraux, géodes intrasomatiques), scintigraphie osseuse, scanner et IRM selon les cas.
- Ponction discovertébrale si hémocultures stériles.

Prise en charge

- *Médicamenteuse* : antibiothérapie probabiliste puis adaptée selon l'antibiogramme, durée d'au moins 6 semaines ; antalgiques.
- *Non médicamenteuse* : immobilisation par corset (si lésions osseuses instables et menaçantes pour la moelle épinière) et prévention des complications de décubitus.

Infection de matériel

Signes et symptômes

Clinique

Fièvre, incident cicatriciel, écoulement, désunion de la cicatrice ou nécrose, douleur aiguë, développement d'une fistule.

Examens complémentaires

- Bilan infectieux.
- Radiographie, scintigraphie osseuse.
- Ponction articulaire.

Prise en charge

- *Chirurgicale* : lavage-débridement de la prothèse, avec nettoyage sans retrait de prothèse. Efficace si infection < 15 jours ; sinon changement de prothèse.
- *Médicamenteuse* : antibiothérapie probabiliste puis adaptée à l'antibiogramme ; antalgiques.

Ostéite du pied diabétique

 **Mal perforant plantaire** : complication liée à la neuropathie diabétique se traduisant par une atteinte des tissus mous du pied s'infectant et se nécrosant, pouvant aboutir à la destruction osseuse (**ostéite**).

Physiopathologie

→ [Fiche 67](#)

Signes et symptômes

Clinique

Absence de cicatrisation, récurrence d'une ulcération, os exposé, inflammation locale, fièvre, aspect érythémateux œdématié en « saucisse » de l'orteil.

Examens complémentaires

- Bilan infectieux.
- Radiographie, possibilité de scintigraphie osseuse, IRM, scanner.
- Prélèvements, biopsie osseuse.

Attention !

Pas de douleurs (car neuropathie diabétique).

Prise en charge

- *Au stade de mal perforant plantaire* : décharge, débridement médical, pansement (Fiche 105, Fiche 106), antibiothérapie seulement si érysipèle.
- *Au stade d'ostéite* : débridement chirurgical, résection osseuse (amputation [Fiche 8]), antibiothérapie prolongée.

FICHE 40

Infection urinaire

📄 **Infection urinaire (IU) cystite** : présence de bactéries dans l'appareil urinaire mais n'atteignant pas le parenchyme rénal. Elle peut être asymptomatique ou symptomatique.

📄 **Pyélonéphrite** : infection urinaire atteignant le parenchyme rénal, les cavités pyélocalicielles et les uretères, généralement à partir d'une cystite.

Étiologie de l'infection urinaire

Dans la majorité des cas, l'infection est ascendante : contamination du méat urinaire par la flore digestive puis colonisation de l'urètre et de la vessie. Plus rarement, l'ensemencement se fait par voie hématogène.

Facteurs de risque

Activité sexuelle, distance urètre-anus courte, modification de la flore vaginale, grossesse, ménopause, conditions d'hygiène, pathologie sous-jacente (diabète, prolapsus vésical, incontinence), prostatite, etc.

Types

- **Simple** : pas de risque de complication (femme sans terrain particulier).
- **Complicquée** : anomalie préexistante de l'arbre urinaire, terrain particulier chez la femme, cystite chez l'homme (prise en charge systématique comme une prostatite), origine nosocomiale.

Évolution

L'infection urinaire peut se propager au niveau des reins (pyélonéphrite) ou atteindre la prostate (prostatite). Par la suite, les

risques associés sont la sépticémie, le choc septique, l'abcès rénal, le passage à la chronicité, la rétention aiguë d'urine et l'orchio-épididymite.

Signes et symptômes

Clinique

- **Cystite aiguë** : dysurie, pollakiurie, absence de prurit vulvaire, de pertes vaginales, de fièvre ou de douleurs lombaires.
- **Pyélonéphrite aiguë** : fièvre, frissons, douleurs lombaires et/ou abdominales (avec irradiation descendante vers le pubis) unilatérales, spontanées ou provoquées par percussion des fosses lombaires, troubles digestifs fréquents (vomissements, ballonnements, diarrhées).

Attention !

Se méfier des mictions par regorgement sur rétention aiguë d'urines

Examens complémentaires (en cas d'infection urinaire symptomatique)

- Bandelette urinaire (BU) : recherche de leucocytes et nitrites. Si les deux sont positifs, l'infection urinaire est très probable mais le diagnostic nécessite tout de même un ECBU.
- Hémocultures si fièvre et frissons.
- Bilan biologique et échographie rénale si signe de pyélonéphrite aiguë.

Prise en charge

- *Dans tous les cas* : rappel des règles d'hygiène (nettoyage périnéal et vaginal post-coïtal en direction de l'anus, mictions non retenues et post-coïtales, vêtements amples, en coton, etc.).

- *Selon les cas* : antibiotique unidose (cystite aiguë simple), ECBU et antibiothérapie de plusieurs jours (cystite compliquée), bilan urologique (si récurrences > 4 par an), hospitalisation avec bilan infectieux (pyélonéphrite avec signes de gravité, grossesse, hyperalgie, avec vomissements, etc.) et pose de sonde urinaire (Fiche 136) ou de cathéter sus-pubien (prostatite avec rétention d'urines ou signes de gravité).

FICHE 41

Infections sexuellement transmissibles/1

Syphilis, gonocoque

 **Infection sexuellement transmissible (IST)** : infection qui se transmet par des relations sexuelles (buccales, génitales, orogénitales, anales, manuportées) avec un ou des partenaires déjà contaminé(e)s, qu'il y ait ou non pénétration.

Germes en cause

- virus : VIH, hépatites, herpès, HPV.
- bactéries : syphilis, gonocoque, *Chlamydia*.
- parasites : *Trichomonas*, morpions.

Syphilis

Épidémiologie

Touche en grande majorité les hommes.

Incubation

3 semaines.

Stades

- **Syphilis primaire** : indolore, très contagieuse, localisée au niveau des organes génitaux, anus, rectum, oropharynx ; chancre (lésion cutanée typique) ; évolution spontanée vers la guérison (3 semaines).
- **Syphilis secondaire** : apparition 2 à 3 mois plus tard d'éruptions cutanées plus importantes (régression possible en 15 jours).
- **Syphilis tertiaire** : chez les sujets non traités, apparition plusieurs années plus tard de tubercules ulcérés chroniques, neurosyphilis, aortite, anévrismes, etc.

Signes et symptômes

Clinique

Selon le stade, apparition de signes généraux (hyperthermie, céphalées, syndrome méningé, atteintes neurologique, rénale, oculaire) accompagnés d'éruptions cutanées polymorphes, dont :

- roséoles syphilitiques : macules érythémateuses, couleur rose pâle, non prurigineuses, au niveau du tronc et des racines des membres ;
- syphilides : papules rouge cuivré, non prurigineuses, indolores, avec « collerette de Biett » péri-lésionnelle, de localisation palmo-plantaire.

Examens complémentaires

Microscope (exceptionnel) ou sérologie (VDRL, TPHA).

Prise en charge

Dépistage des autres IST, rappel des règles d'hygiène, dépistage et traitement des partenaires, antibiothérapie et surveillance sérologique jusqu'à 24 mois.

Gonocoque

Incubation

2 à 7 jours.

Épidémiologie

Touche en grande majorité les hommes vers 30 ans, homosexuels.

Signes et symptômes

Clinique

- **Chez les hommes** : urétrite aiguë (brûlures, dysurie, écoulement purulent), prostatite, orchite et épидидymite.
- **Chez les femmes** : souvent asymptomatique, cervicite avec leucorrhées purulentes ; en cas de complications : douleurs, risque de stérilité.
- **Tous sexes confondus** : ano-rectite, amygdalite, possibles formes aiguës disséminées septicémiques (méningite, endocardite, arthrite, etc.).

Examens complémentaires

Mise en culture (écouvillonnage urétral) et recueil des urines.

Prise en charge

Dépistage des autres IST, rapports sexuels protégés pendant 7 jours, antibiothérapie en association avec un anti-*Chlamydia* pendant 1 semaine.

FICHE 42

Infections sexuellement transmissibles/2

Chlamydiae, *Human papilloma virus*, herpès
général

Chlamydiae

Incubation

Quelques jours à quelques mois.

Épidémiologie

Touche généralement les femmes, plutôt entre 20 et 30 ans.

Signes et symptômes

Généralement asymptomatique ; sinon, clinique :

- **chez les hommes** : écoulement clair intermittent, urétrite, risque d'épididymite, stérilité, rétrécissement urétral, prostatite ;
- **chez les femmes** : cervicite, écoulement, risque de salpingite, algies pelviennes, stérilité, grossesse extra-utérine, péri-hépatite ocre ;
- **tous sexes confondus** : conjonctivite, arthrite, syndrome de Fiessinger-Leroy-Reiter (conjonctivite, urétrite, polyarthrite).

Prise en charge

Dépistage des autres IST, rapports sexuels protégés pendant 7 jours, antibiothérapie.

Human papilloma virus (HPV)

Incubation

3 à 4 mois.

Signes et symptômes

La majorité des infections sont asymptomatiques et transitoires.

Pour les formes symptomatiques :

- **lésions bénignes** : verrues anogénitales, condylomes acuminés, « crêtes de coq » ; la régression spontanée existe mais évolue souvent vers l'extension ;
- **lésions précancéreuses (dysplasies)** au niveau du col utérin (infections par les types d'HPV à haut risque oncogène) : la plupart régressent spontanément, mais certaines peuvent évoluer lentement vers un cancer du col — d'où l'intérêt de la vaccination (prévention primaire) et du dépistage par frottis cervico-utérin (prévention secondaire).

Prise en charge

- *Dépistage* : il n'existe pas de dépistage de HPV mais un dépistage du cancer du col de l'utérus (frottis cervico-utérin tous les 3 ans chez les femmes de 25 à 65 ans).
- *Vaccin HPV* : recommandé à toutes les jeunes filles entre 11 et 14 ans avec rattrapage pour les jeunes femmes jusqu'à 19 ans. Vaccin protégeant contre 70 % des HPV oncogènes.
- *Traitement des condylomes* : azote liquide ou antibiothérapie (macrolide) et vaseline.

Herpès génital

Incubation

2 à 20 jours.

Signes et symptômes

Clinique

Formes asymptomatiques dans la grande majorité des cas. Pour les formes symptomatiques :

- **chez la femme** : vulvovaginite aiguë hyperalgique, extension possible avec ou sans adénopathie ;
- **chez l'homme** : tableau clinique parfois moins bruyant ;
- **tous sexes confondus** : anorectite.

Examens complémentaires

Mise en culture, PCR et sérologie.

Prise en charge

Traitement antiviral, pas de rapports sexuels pendant les poussées et port du préservatif le reste du temps.

FICHE 43

Méningite

 **Méningite** : inflammation diffuse des méninges cérébrales ou médullaires, quelle qu'en soit la cause.

Étiologie

- **Voie hématogène** : bactériémie à méningocoque, pneumocoque, *Listeria*, etc.
- **Contiguïté** : infection ORL à pneumocoque ou brèche ostéoméningée.
- **Inoculation directe** : traumatique ou chirurgicale.
- **Causes non infectieuses** : néoplasiques, médicamenteuses, inflammatoires.

Types

- **Méningite virale** : bénigne ou à caractère saisonnier.
- **Méningite bactérienne** : urgence diagnostique et thérapeutique car risque vital.

 **Signes de Kernig** : en pliant les cuisses sur le bassin, jambes tendues, on provoque une douleur obligeant le patient à fléchir les jambes.

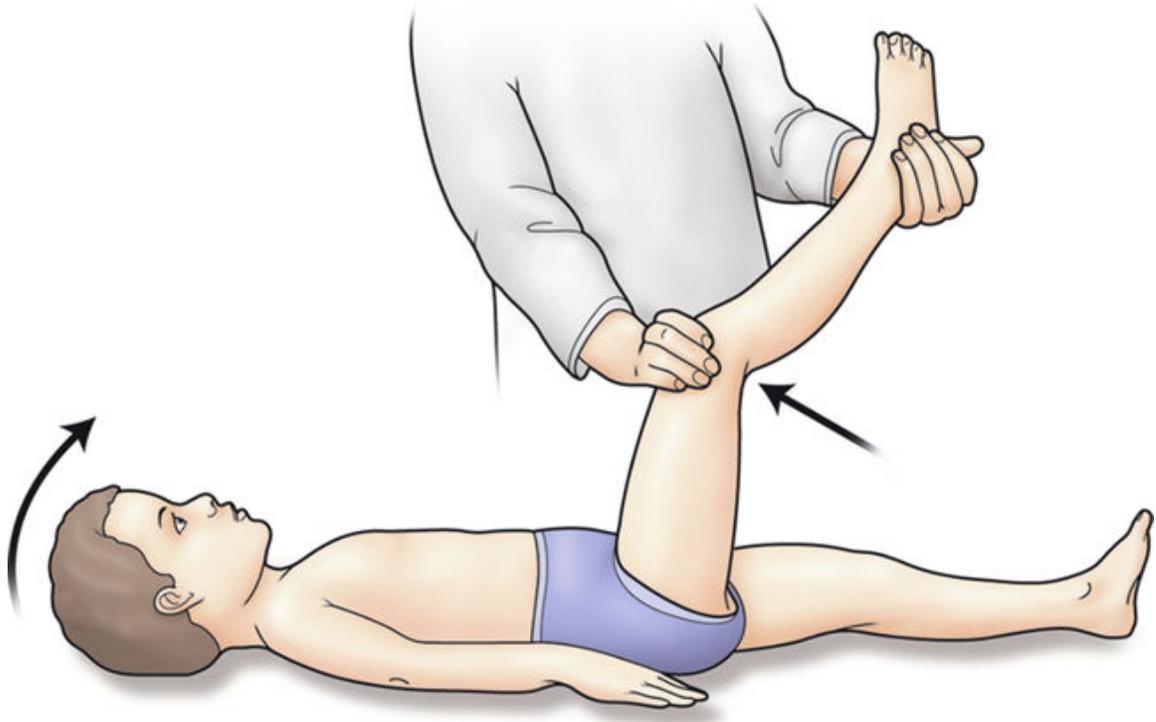


FIGURE 13 Signe de Kernig.

📄 **Signes de Brusinski** : flexion des membres inférieurs lors de l'antéflexion de la nuque.

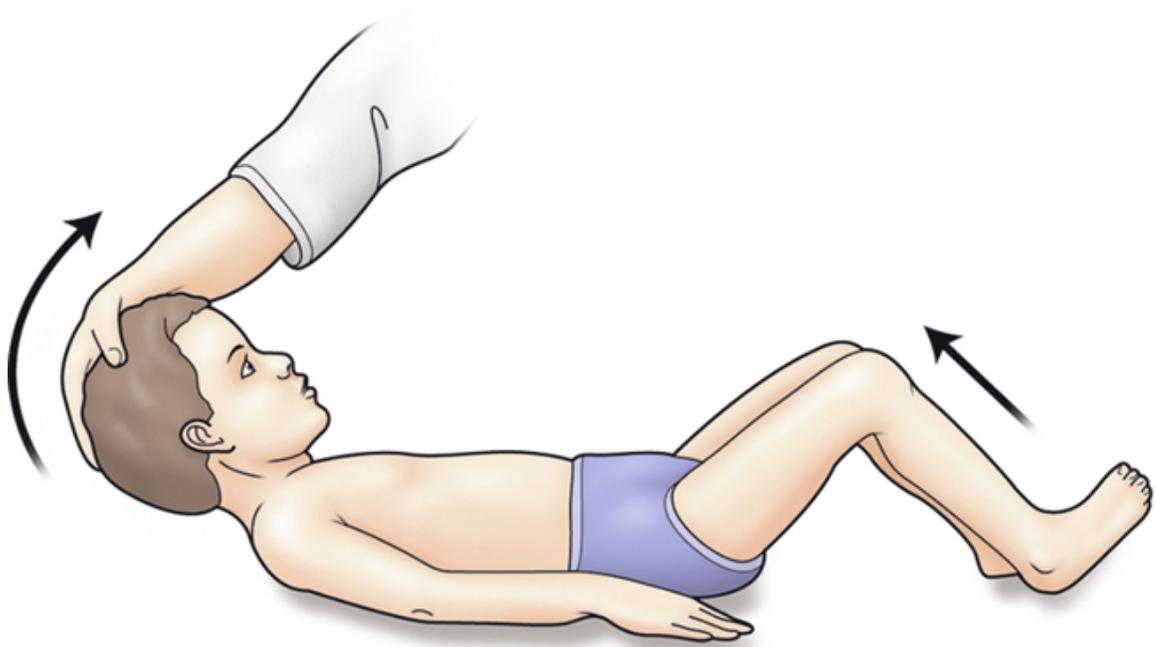


FIGURE 14 Signe de Brudzinski.

Signes et symptômes

Clinique

- Syndrome méningé : céphalées violentes « en casque », vomissements en jet, photophobie, phonophobie, attitude en chien de fusil, raideur méningée.
- Hyperthermie.
- Autres signes déficitaires indicateurs d'encéphalopathie : troubles de la conscience, du comportement, convulsions, signe de Kernig, signe de Brudzinski.

Examens complémentaires

Ponction lombaire, bilan biologique selon tableau, hémocultures, mis en culture de la lésion cutanée si purpura, scanner cérébral (selon tableau clinique et avant ponction lombaire et antibiothérapie).

Signes de gravité

Choc septique, purpura extensif et nécrotique, signes d'encéphalite (troubles de la conscience, de la vigilance, du comportement, convulsions).

Prise en charge

- Recherche des signes de gravité.
- Chariot d'urgence à proximité (possible nécessité d'intuber voire de mettre en place des amines).
- Isolement septique type « Air ».
- Patient au repos dans le calme et le noir.
- Antibiothérapie en urgence.

FICHE 44

Pathologies digestives

Maladie de Crohn, rectocolite hémorragique chronique

Maladie de Crohn

 **Maladie de Crohn (MC)** : inflammation chronique pouvant toucher l'ensemble du tube digestif. Dans 70 % des cas, elle touche l'iléon terminal et le côlon. L'inflammation touche toutes les couches de la paroi digestive.

Étiologie

Maladie auto-immune.

Évolution par poussées

Fistules internes ou cutanées, occlusions, perforations avec péritonite, cancer digestif ou colorectal.

Signes et symptômes

Clinique

- Diarrhées chroniques, douleurs abdominales, fièvre, anorexie, perte de poids.
- Manifestations articulaires (arthrite), cutanées (érythème noueux, aphtose buccale) et oculaires (uvéite) possibles.

Examens complémentaires

Bilan infectieux et hématologique (possible anémie), coproculture, bilan sérologique, coloscopie, biopsie.

Prise en charge

- *Médicamenteuse* : antidiarrhéiques (Fiche 127), antispasmodiques (Fiche 126) ou antalgiques, anti-inflammatoires (Fiche 113, Fiche 114), immunosuppresseurs, antibiotiques (en cas de lésions associées de type fistule ou abcès) (Fiche 112), alimentation parentérale dans les formes sévères.

- *Non médicamenteuse* : arrêt du tabac ; surveillance du poids et régime en vue d'assurer un apport nutritif adéquat ; préconiser des repas plus légers et plus fréquents ; résection chirurgicale en cas de complications.

Rectocolite hémorragique chronique

 **Rectocolite hémorragique chronique (RHC)** : inflammation chronique limitée à la muqueuse et la sous-muqueuse qui débute au niveau du rectum et remonte vers l'intestin grêle.

Étiologie

Maladie auto-immune.

Évolution

Alternance de périodes de poussées et de rémissions.

Complications : mégacôlon toxique, perforation, hémorragie, fistules, abcès, cancer de l'intestin grêle.

Signes et symptômes

Clinique

- Diarrhée sanglante, douleurs abdominales, avec ou sans fièvre et AEG.
- Manifestations articulaires (spondylarthritis et arthrite), cutanées (érythème noueux, aphtose buccale) et oculaires (uvéite) possibles.

Examens complémentaires

Bilan infectieux et hématologique (possible anémie), coproculture, bilan sérologique, coloscopie, biopsie.

Prise en charge

Selon la gravité.

- *Médicamenteuse* : anti-inflammatoires salicylés, corticoïdes (Fiche 113, Fiche 114), immunosuppresseurs, anti-TNF α ou ciclosporine.
- *Non médicamenteuse* : alimentation sans résidus et riche en protéines ; certains aliments sont déconseillés comme le café, les

jus de fruits et fruits secs, etc. Alimentation parentérale dans les formes graves. Colectomie avec ablation du rectum en dernier recours (Fiche 84).

FICHE 45

Pathologies rhumatismales/1

Arthrite, arthrose

 **Rhumatismes** : pathologies affectant l'appareil locomoteur (dont les articulations, les muscles, les tendons et les ligaments).

Arthrite

 **Arthrite** : inflammation de la membrane synoviale qui s'étend à l'ensemble de l'articulation.

Étiologie

- Infectieuse directe.
- Réactionnelle : soit à la suite d'une infection génitale ou digestive, soit ayant un lien avec l'antigène HLA-B27.
- Métabolique : par exemple la goutte.

Évolution

Selon l'étiologie, spondylarthrite ankylosante, destruction articulaire totale.

Signes et symptômes

Clinique

Douleur inflammatoire (avec rougeur, chaleur, œdème) et mécanique de l'articulation (qui s'intensifie au fil de la journée jusqu'à l'impotence).

Examens complémentaires

Bilan biologique, ponction pour déterminer l'étiologie, hémocultures, examens immunologiques (HLA-B27 notamment), écouvillonnage urétral, recueil des selles.

Prise en charge

- *Préventive* : traitement contre les infections génitales ou intestinales susceptibles de provoquer le développement d'une arthrite réactionnelle.
- *Curative* : guérison spontanée en quelques semaines à quelques mois mais traitement des poussées évolutives par antalgiques,

colchicine, AINS (Fiche 114), et antibiotiques (Fiche 112), selon l'étiologie.

Arthrose

 **Arthrose** : inflammation d'une ou plusieurs articulations de la famille des rhumatismes. C'est une pathologie articulaire dégénérative et non inflammatoire à proprement parler. L'inflammation va s'installer secondairement lors des poussées.

Localisations les plus fréquentes

Genoux, hanches, doigts.

Physiopathologie

Les articulations perdent leur souplesse et leur élasticité ; amincissement du cartilage et apparition d'excroissances osseuses (les ostéophytes). Détachement des débris cartilagineux dans la cavité synoviale et création d'une réaction inflammatoire qui se traduit par une hypersécrétion de liquide et un œdème.

Signes et symptômes

Clinique (par poussées)

Douleur mécanique, qui augmente au fil de la journée, localisée au niveau des articulations, pouvant aller jusqu'à l'impotence fonctionnelle.

Signes d'inflammation locale et/ou déformation.

Examens complémentaires

Radiographie.

Prise en charge

Il n'existe pas de traitement curatif ; seul un confort peut être apporté par chirurgie (avec la mise en place de prothèses et administration d'antalgiques), par infiltration, par décalcification,

par administration d'anti-inflammatoires (Fiche 113, Fiche 114), et par kinésithérapie.

FICHE 46

Pathologies rhumatismales/2

Polyarthrite rhumatoïde

 **Polyarthrite rhumatoïde** : maladie articulaire chronique qui s'accompagne d'une inflammation de la synoviale. Elle fait partie des arthrites et appartient à une variété de maladies auto-immunes.

Épidémiologie

Plus fréquent chez les femmes et entre 30 et 50 ans.

Étiologie

Plurifactorielle : causes non réellement définies.

Physiopathologie

Facteurs déclenchants inconnus entraînant une réaction auto-immune dirigée principalement contre les tissus articulaires. La membrane synoviale réagit en produisant du liquide synovial jusqu'à constitution d'un épanchement. L'inflammation qui découle de la réaction auto-immune détruit progressivement l'os et le cartilage et déforme l'articulation.

Signes et symptômes

Clinique

- **Manifestations articulaires** : inflammation locale, déformation.
- **Manifestations péri-articulaires** :
 - ténosynovite (inflammation des tendons et de leur gaine synoviale) ; principalement aux mains et poignets ;
 - bursite (bourses séreuses de toutes les articulations) ;
 - kyste poplité (face postérieure des genoux).

- **Manifestations extra-articulaires** : fièvre, AEG, nodules rhumatoïdes sous-cutanés (doigts, avant-bras, rotules, etc.), amyotrophie (diminution de la mobilité), troubles neurologiques (multinévrite sensitivomotrice), oculaires (épisclérite), pleuropulmonaires (fibrose pulmonaire), cardiologiques, vasculaires (syndrome de Raynaud, infarctus digitaux).

Examens complémentaires

- Radiographies.
- Bilan biologique : facteur rhumatoïde, anticorps anti-CCP, anticorps antinucléaires.
- Ponction articulaire, biopsie synoviale.
- Échographie, IRM articulaires.

Prise en charge

- *Médicamenteuse* : AINS, AIS, antalgiques et traitement de fond (méthotrexate, Arava®, anti-TNF α).
- *Non médicamenteuse* : orthèse thermoformée de repos, chaussure orthopédique sur mesure, chirurgie, rééducation, kinésithérapie, ergothérapie, soins par podologue, suivi psychologique.

FICHE 47

Pathologies rhumatismales/3

Spondylarthropathies

 **Spondylarthropathies** : famille de maladies regroupant la spondylarthrite ankylosante, le rhumatisme psoriasique, les arthrites réactionnelles, les arthrites associées aux maladies inflammatoires du tube digestif. Elles présentent une symptomatologie axiale périphérique (genou, hanche, épaule, talon, sacrum), extra-articulaire oculaire (uvéite), cutanée (psoriasis) ou digestive (Crohn).

La spondylarthrite ankylosante

📄 **Spondylarthrite** : maladie inflammatoire de cause inconnue appartenant au groupe des spondyloarthropathies et en lien étroit avec l'antigène HLA-B27.

📄 **Ankylose** : résultat de l'ossification articulaire et ligamentaire vertébrale. Elle a pour conséquence un enraidissement du rachis et l'acquisition d'attitudes vicieuses (dont une cyphose).

Épidémiologie

Début vers 20–30 ans, touche 3 hommes pour 1 femme.

Évolution

Poussées de quelques semaines à quelques mois entrecoupées de rémissions pouvant être complètes et durables. Enraidissement progressif et ankylose de la cage thoracique.

La spondylarthrite ankylosante peut être associée à d'autres spondyloarthropathies.

Signes et symptômes

Clinique

- **Signes articulaires** : douleurs nocturnes rachidiennes, raideur lombaire, enraidissement matinal, douleur thoracique, mono-, oligo- ou polyarthrite périphérique inflammatoire, asthénie ; l'ankylose peut être tardive voire inexistante.
- **Signes extra-articulaires possibles** : uvéite, BAV, maladie de Crohn, insuffisance aortique, péricardite.

Examens complémentaires

- Bilan infectieux.
- Analyse génétique (HLA-B27).
- Radiographie, échographie, IRM, scanner.

Prise en charge

Anti-inflammatoires, anti-TNF α , antalgiques, kinésithérapie, intervention d'un ergothérapeute, assistance face aux conséquences psycho- socio-professionnelles.

FICHE 48

Pathologies rhumatismales/4

Goutte

 **Goutte** : manifestation d'un trouble du métabolisme de l'acide urique, inné ou acquis, entraînant secondairement des atteintes rhumatologiques.

Épidémiologie

Surtout les hommes de plus de 35 ans ou les femmes ménopausées.

Facteurs de risque de l'hyperuricémie

Diététiques (purines animales, bières, alcool fort, obésité, insulino-résistance), prédispositions génétiques.

Physiopathologie

La crise de goutte correspond à la réponse immunitaire (et donc inflammatoire) localisée provoquée par le dépôt d'acide urique au niveau du cartilage et de la membrane synoviale des articulations périphériques. Ce dépôt peut être primaire (dû à un excès de production d'acide urique [hyperuricémie > 70 ml/L]) ou secondaire (défaut d'élimination rénale, hémopathie maligne, thérapeutique).

Évolution

- Aspect **aigu** et démonstratif.
- Aspect **chronique** insidieux portant sur la peau, les articulations et les reins.

Signes et symptômes

Clinique

- **Crise aiguë** : début brutal, nocturne, localement très inflammatoire (rouge violacé), douleur intolérable au moindre mouvement, mono-, oligo- ou polyarthrite aiguë de topographie distale (dans la majorité des cas : articulation métatarsophalangienne du gros orteil) ; parfois bursite aiguë (tendon d'Achille), parfois signes généraux (fièvre, sensation de malaise).
- **Crise chronique** : arthropathies avec tuméfaction, déformation, enraidissement, tophus sous-cutanés, manifestations rénales.

Examens complémentaires

- Bilan biologique : augmentation de l'acide urique et de la créatinine.
- Ponction articulaire : mise en évidence de cristaux d'acide urique.
- Radiographie (destruction articulaire progressive), échographie.

Prise en charge

- *Traitement de la crise* : anti-inflammatoire, antigoutteux (colchicine), infiltration intra-articulaire ou péri-tendineuse, repos, diurèse, élévation du membre, application de froid.
- *Traitement de fond et préventif* : objectif d'uricémie < 50 mg/L ; régime hypocalorique et hypopurinique (arrêt de la charcuterie et de l'alcool), médicaments hypo-uricémiants.

FICHE 49

Pathologies vaccinables

Diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, rougeole

Diphthérie

Germe : *Corynebacterium diphtheriae* (bactérie).

Mode de transmission

Voie aérienne.

Signes et symptômes

Angine diphthérique

Malaise, fièvre, dysphagie avec amygdales rouges tuméfiées recouvertes d'enduit blanchâtre, cervicalgies, pâleur, tachycardie.

Diphthérie maligne

Toux, voix rauque puis éteinte, insuffisance respiratoire aiguë, paralysie du voile, myocardite, syndrome hémorragique, insuffisance rénale.

Prise en charge

Antibiothérapie, sérothérapie.

Tétanos

Germe : *Clostridium tetani* (bactérie produisant une exotoxine).

Mode de transmission

Infection sur plaie souillée.

Signes et symptômes

Trismus (contraction des muscles bloquant l'ouverture de la mâchoire) douleurs, extension des contractures (généralisées, permanentes, paroxystiques avec blocage des muscles respiratoires et spasme laryngé) sans fièvre.

Prise en charge

- *Préventive* : nettoyage de la plaie, vérification de la vaccination et vaccination si besoin.
- *Curative* : oxygénation (si nécessaire ventilation artificielle), injection d'immunoglobulines antitétaniques, contrôle des spasmes (benzodiazépines), antibiothérapie, vaccination immédiate.

Poliomyélite

Germe : entérovirus de type poliovirus.

Mode de transmission

Manuportée, indirecte par l'eau ou les aliments souillés.

Signes et symptômes

Syndrome viral fébrile (pharyngite, troubles digestifs, myalgie, rachialgie, syndrome méningé), paralysie aiguë évolutive sur quelques jours avec des troubles sensitifs et amyotrophie.

Prise en charge

Traitement symptomatique avec un risque de séquelles neurologiques (troubles de la croissance, paresthésies variables).

Coqueluche

Germe : *Bordetella pertussis* (bactérie).

Mode de transmission

Voie aérienne et par contact.

Signes et symptômes

- **Adulte** : bronchite avec toux prolongée (jusqu'à 2 mois), majorée au décubitus.
- **Nourrisson** : complications respiratoires (surinfections et troubles respiratoires tels que le risque d'apnée), neurologiques (convulsion, encéphalopathie), dénutrition, troubles ioniques.

Vaccination

- Vaccin diphtérique, tétanique, poliomyélitique (dTP) : Revaxis® (grands enfants, adultes).
- Vaccin diphtérique, tétanique, coquelucheux, poliomyélitique :
 - enfants (DTCaP) : InfanrixTetra®, Tétravac-acellulaire® ;
 - adultes (dTcaP) : Boostrixtetra®, Repevax®.
- Vaccin diphtérique, tétanique, coquelucheux, poliomyélitique et *Haemophilus* type b (DTCaP-Hib) : InfanrixQuinta®, Pentavac® (enfants, adultes).

Rougeole

Germe : morbillivirus (*measles virus*).

Mode de transmission

Voie aérienne et par contact.

Signes et symptômes

Fièvre, AEG, catarrhe des voies aériennes supérieures, conjonctivite, toux intense, signe de Köplik (face interne des joues pigmentée de rouge), éruption maculo-papuleuse non prurigineuse.

Vaccination

- Rougeole, oreillons, rubéole (ROR) : Priorix®, M-M-RVaxPro®.
- Rougeole : Rouvax®.

FICHE 50

Tuberculose

 **Tuberculose** : maladie infectieuse principalement causée par le bacille de Koch, qui s'attaque principalement au poumon mais peut également être disséminée. Il existe plusieurs types de tuberculose très divers ; seules les tuberculoses-maladies de formes respiratoires sont contagieuses.

Incubation

1 à 3 mois.

Transmission

Strictement interhumaine par voie aérienne. Protection avec un masque FFP1 ou chirurgical sauf dans les situations particulièrement à risque (intubation, expectoration induite, tuberculose multirésistante) où il est préconisé un masque FFP2.

Facteurs de risque

Immunodépression, précarité socio-économique, migrants, collectivités fermées, personnel soignant, personnes âgées et enfants.

Physiopathologie

Pénétration par voie aérienne, phagocytose par les macrophages alvéolaires, puis réponse inflammatoire locale (primo-infection tuberculeuse) et, avec le temps, formation d'un granulome et progression lymphatique jusqu'aux ganglions satellites.

Évolution

- Dans 80 % des cas, **infection tuberculeuse latente (ITL)** : calcification du granulome et guérison.

- Dans 20 % des cas, **tuberculose-maladie** : dépassement du granulome initial avec développement de bactéries, diffusion ganglionnaire puis lymphatique et/ou hémotogène, apex (pulmonaire, rénal, vertébral, méningé, etc.), développement d'une tuberculose active nécessitant traitement curatif.

Dépistage par intradermoréaction (IDR)

Injection intradermique (papule en peau d'orange) dans la face antéro-externe de l'avant-bras. La lecture du résultat se fait 48 à 72 heures après l'injection par mesure de l'induration (et non de la rougeur). Le résultat est positif si ≥ 10 mm de diamètre, négatif si < 5 mm.

Généralement indiqué pour le dépistage de masse ; à faire valider par un test Quantiféron® en cas de résultat positif.

Signes et symptômes (selon le type)

- **Tuberculose pulmonaire** : toux prolongée, expectorations muco-purulentes et/ou hémoptoïques et/ou hémoptysiques, AEG importante, fièvre, possible douleur thoracique.
- **Miliaire tuberculeuse** : hyperthermie prolongée, AEG, dyspnée, syndrome de détresse respiratoire aiguë, méningite (céphalées, coma, troubles neurologiques).
- **Autres** : signes cliniques peu spécifiques.

Examens complémentaires

Radiographie pulmonaire, biologie, ECBC, BK tubage, hémocultures, ponction lombaire si signes cliniques neuroméningés.

Prise en charge

Tri- ou quadrithérapie initiale, puis bithérapie selon le type de tuberculose (principalement isoniazide, rifampicine, pyrazinamide, éthambutol). Isolement de type « air » si tuberculose contagieuse (Fiche 32). Traitement préventif des proches après enquête.

FICHE 51

VIH et sida

📄 **Virus de l'immunodéficience humaine (VIH)** : rétrovirus dont la cible est le lymphocyte T CD4 (*helper*) humain.

📄 **Syndrome d'immunodéficience acquise (sida)** : phase symptomatique avec infections opportunistes sur immunosuppression.

Virus de la famille des *Retroviridae*, virus à ARN (à grande variabilité virale), du genre *Lentivirus* (longue période d'incubation, cytopathogénicité).

Modes de transmission

- **Voie sexuelle** (sperme et sécrétions vaginales) : risque anal, génital et oral. Probabilité de transmission de 0,03 à 3,2 %.
- **Voie sanguine** : toxicomanie IV et nasale, transfusions et produits dérivés du sang, tatouages, piercing, acupuncture, etc.
- **Transmission mère-enfant** (1/3 des femmes dépistées pendant une grossesse) :
 - taux de transmission à l'enfant sans traitement : 25–30 % ;
 - taux de transmission à l'enfant avec traitement \leq 1–2 %.

Physiopathologie

- **Absence d'infection** : équilibre entre production et destruction des lymphocytes T CD4.
- **Phase initiale** de l'infection par le VIH : majoration de la destruction, entraînant une augmentation de la production avec maintien du taux de CD4.
- **Phase tardive** de l'infection par le VIH : déséquilibre entre destruction et production ; le taux de CD4 chute.
- **Primo-infection** : phase aiguë, réplication intense et dissémination du VIH dans les organes lymphoïdes.
- **Latence clinique** : phase chronique avec contrôle partiel de la réplication virale par mise en jeu des mécanismes de défense immunitaire.
- **Phase finale symptomatique** : recrudescence de la réplication virale avec immunodépression (sida).

Types de virus

VIH-1 (98 % des cas en France) et VIH-2 (Afrique de l'Ouest).

Signes et symptômes

Clinique et paraclinique

C'est le degré d'immunodépression qui conditionne le risque de survenue des manifestations (taux de CD4).

- **Primo-infection par le VIH** (premier mois) : elle est le plus souvent asymptomatique ou avec une présentation non spécifique (syndrome grippal, diarrhée, éruption cutanée discrète, etc.).
- **Infections secondaires** : germes pathogènes chez les sujets immunocompétents mais avec une fréquence augmentée chez les immunodéprimés (tuberculose, infections répétées, pneumocoque, etc.).
- **Infections opportunistes** : germes présents dans l'organisme, n'entraînant pas de maladie chez les personnes immunocompétentes (pneumocystose, toxoplasmose, infection à CMV, etc.).

Diagnostic

- **Sanguin** : test ELISA (de quatrième génération) avec un résultat confidentiel. Il est fait en première intention par le médecin avec information et orientation si le résultat est positif. Test fiable 6 semaines après exposition supposée. Doit être confirmé par un test *western blot*.
- **Test rapide d'orientation diagnostique (TROD)** : test simple à la lecture subjective rapide (moins de 30 minutes) à partir d'un échantillon de sang (bout du doigt) ou de salive. Dépiste l'infection par le VIH après 3 mois. Il ne peut pas être utilisé comme seul diagnostic et nécessite un cadre préventif.
- **Autotest** : vente libre en pharmacie et sur internet.
- **Diagnostic précoce** :
 - par charge virale (PCR « ARN ») et antigénémie p24 (réduction de la fenêtre sérologique à 15 jours), indiqué en cas de primo-infection symptomatique, enfant né de mère VIH-positif (PCR « ADN » nécessaire en plus dans ce dernier cas) ;

– nécessité d'une confirmation par *western blot* pour conclure au diagnostic.

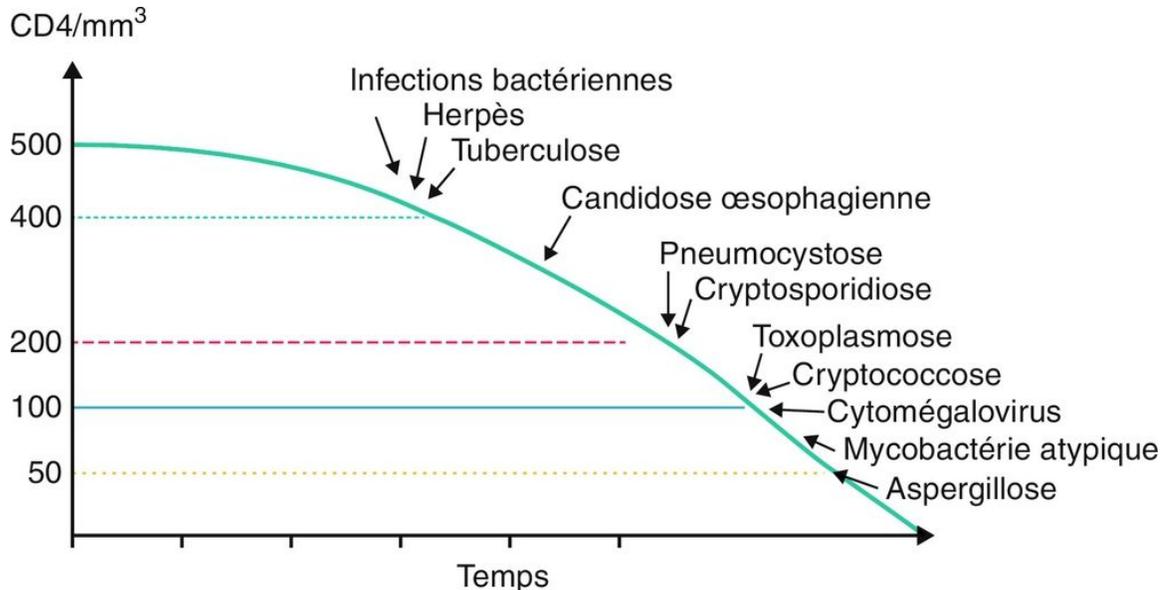


FIGURE 15 Graphique des infections contractées en fonction des défenses immunitaires (taux de CD4).

Prévention

En population générale

- Information, communication, éducation, dépistage : en milieu scolaire, lieux d'écoute et de promotion des moyens préventifs pour les jeunes, médecins généralistes, centres de dépistage anonyme et gratuit, centres d'information de dépistage.
- Outils : préservatifs gratuits, traitements des IST, traitement post-exposition.

Personnes vivant avec le VIH

- Éducation : connaissance de la maladie, des traitements, prévenir la transmission du virus (aspects psychoaffectifs, sexuels, transmission mère-enfant, etc.).
- Traitements : « *treatment as prevention* » en complément des autres méthodes de prévention (exemple de médicaments : zidovudine, névirapine, lopinavir, Triomune®).

Populations à risque

- Usagers des drogues injectables : information et dépistage ciblé, accès à du matériel stérile de consommation de drogues, accès à une prise en charge globale (CAARUD, CSAPA, suivi psychologique et social, etc.), traitement pré- et post-exposition.
- Homosexuels : information, traitement post-exposition, traitement pré-exposition (efficacité liée à la compliance).
- Accident d'exposition au sang (AES) :
 - précaution standard ;
 - matériel PTC à usage unique ;
 - prise en charge d'un AES :
 - non médicamenteuse : nettoyage, désinfection, déclaration ;
 - médicamenteuse : traitement post-exposition (TPE) selon évaluation du risque ;
 - conditionnement spécifique des prélèvements, linges et matériels souillés, etc.

Prise en charge

Éducation

- Objectifs généraux : diminution de la mortalité, morbidité, contagiosité des personnes infectées et amélioration de la qualité de vie.
- Traitement à vie : qui doit débuter le plus tôt possible et être poursuivi sans interruption.
- Avantages et inconvénients des antirétroviraux : bonne réponse selon le stade et la compliance du patient, restauration immunitaire incomplète.
- Vaccination supplémentaire indiquée : VHB, grippe.

Surveillance

- Critères de surveillances :
 - suppression virologique : diminution de la charge virale jusqu'à indétectabilité : charge virale < 20–50 copies/ml (cela ne veut pas dire que la personne n'est pas malade : elle doit tout de même se protéger en cas de rapports puisqu'elle est porteuse du virus) ;
 - restauration immunitaire : augmentation du taux de lymphocytes T CD4 jusqu'à l'obtention d'un taux > 500/mm³.
- Effets indésirables variables selon les antirétroviraux : fatigue, insomnies, cauchemars, troubles digestifs, allergie, HTA, dyslipidémie, diabète, IDM, lipodystrophie, insuffisance rénale, déminéralisation osseuse.

Processus obstructifs

FICHE 52

Processus obstructifs

Généralités

Les quatre principaux phénomènes en cause dans la majorité des pathologies qui découlent d'une obstruction sont : l'athérosclérose, la lithiase, l'œdème, les obstructions biologiques.

Athérosclérose

 **Athérosclérose** : maladie des artères caractérisée par le dépôt de plaques lipidiques (notamment cholestérol) appelées plaques d'athérome. Ces plaques peuvent être à l'origine de la formation de thrombus, d'hémorragies ou d'anévrismes.

Pathologies qui en découlent

AVC, AIT ([Fiche 54](#)), syndrome coronarien aigu ([Fiche 62](#)), AOMI ([Fiche 53](#)).

Facteurs de risque

Hérédité, sexe, âge, HTA, dyslipidémie, diabète, tabac, sédentarité, obésité, régime alimentaire riche en graisses saturées, consommation excessive d'alcool.

Physiopathologie

Accumulation de LDL-cholestérol dans l'intima qui génère l'accumulation de monocytes qui vont phagocyter le cholestérol et créer une réaction inflammatoire par libération de cytokines, ce qui va majorer l'extension de la plaque d'athérome et former des saillies dans la lumière artérielle.

Évolution

Risque de formation d'un thrombus, d'un anévrisme ou d'une hémorragie en cas de rupture de ce dernier.

Lithiase

 **Lithiase** : masse minérale qui se forme dans un conduit de l'organisme.

Évolution

Obstruction, lésions, infections.

Pathologies qui en découlent

Lithiase biliaire et lithiase urinaire ([Fiche 58](#)).

Facteurs de risque

Hérédité, âge, certains traitements (diurétiques, quinolones, œstrogènes, hypolipémiants), déshydratation, régime alimentaire (hypercalorique ou riche en calcium), etc.

Physiopathologie

Augmentation de substances cristallisables (cholestérol, phospholipides, acide urique, calcium) et diminution des inhibiteurs de la cristallisation engendrant l'apparition de cristaux jusqu'à obstruction de conduits ou structures.

Œdème et autres obstructions biologiques

 **Œdème** : accumulation localisée et indolore de liquide séreux du fait d'une dégénérescence du système cardiovasculaire et/ou d'un déséquilibre des pressions (hydrostatique et oncotique).

Pathologies qui en découlent

Asthme ([Fiche 55](#)), OAP ([Fiche 60](#)), BPCO ([Fiche 56](#)).

Facteurs de risque

Insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, réaction allergique.

FICHE 53

Artériopathie oblitérante des membres inférieurs

 **Artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI) :** maladie chronique des artères des membres inférieurs liée à une sténose athéromateuse diminuant progressivement la perfusion des membres inférieurs (index de pression systolique [IPS] < 0,90 ; la norme est comprise entre 0,90 et 1,30).

Étiologie

Majoritairement l'athérosclérose.

Facteurs de risque

Ce sont les même que ceux de l'athérosclérose ([Fiche 52](#)).

Classification Leriche et Fontaine

- 0 – Pas d'AOMI.
- 1 – AOMI asymptomatique : IPS < 0,9, pas de plaintes.
- 2 – Claudication intermittente ;
 - A – Périmètre de marche > 500 m.
 - B – Périmètre de marche < 500 m.
- 3 – Douleurs de décubitus.
- 4 – Ulcères.

Signes et symptômes

Clinique

- **Claudication intermittente** : douleur intense à type de crampe qui apparaît à la marche et dans un périmètre de marche réduit, localisée dans la cuisse, la jambe ou la fesse et ancienne (> 21 jours).

- **Douleur de décubitus** : douleur très intense à type divers (brûlure, sensation d'étau, friction, crampe) même en position de décubitus (soulagée par l'orthostatisme), localisée à l'extrémité du pied et unilatérale.
- **Ulcère artériel** : localisation distale ou « suspendue » (à la jambe), de petite taille, avec une douleur très importante, noir, gris ou blanc, d'aspect sec et aux bords abrupts avec un fond de plaie creusant.
- **Au niveau local** : chaleur asymétrique, pâleur des membres, œdème faible, absence de pilosité des mollets, temps de recoloration cutanée supérieur à 5 secondes, absence ou difficulté à trouver un ou plusieurs pouls (pédieux, fémoral, poplité, tibial postérieur).

Examens complémentaires

- IPS : PA chevilles/PA humérale $\leq 0,90$ ($0,90 < N < 1,3$).
- Écho-doppler.

Prise en charge

- *Non médicamenteuse* : correction des facteurs de risque, activité physique régulière, réfection de pansements (Fiche 105, Fiche 106).
- *Médicamenteuse* : antiagrégants plaquettaires, statines, inhibiteurs de l'enzyme de conversion (selon facteurs de risque).
- *Chirurgicale* : en dernier recours, de type endovasculaire (angioplastie, stent) ou conventionnel (pontage, endartériectomie).

FICHE 54

Accidents vasculaires cérébraux, accidents ischémiques transitoires

 **Accident vasculaire cérébral (AVC)** : déficit neurologique brutal en relation avec une lésion du parenchyme cérébral par ischémie ou hémorragie.

 **Accident ischémique transitoire (AIT)** : épisode bref de dysfonctionnement neurologique dû à une ischémie cérébrale dont les symptômes cliniques durent typiquement moins d'une heure. Les risques d'AVC sont très importants les 48 premières heures qui suivent.

Facteurs de risque

Âge (> 45 ans), sexe (homme), génétique, traumatisme, HTA, cardiopathie emboligène, diabète, hypercholestérolémie, tabagisme, alcool, sédentarité, athérosclérose.

Types d'AVC

- Accident ischémique : formation d'un thrombus.
- Accident hémorragique : rupture d'un vaisseau.

Évolution

Dans le cas d'un AVC constitué, les séquelles peuvent être variées :

- **d'une manière générale** : hémiplégie, paraplégie, hémiparésie, hémianopsie latérale homonyme (HLH) ;
- **selon l'hémisphère touché** :
 - **hémisphère gauche** : clinique se manifestant à droite, aphasie, troubles de l'écriture, de la lecture, du calcul ;
 - **hémisphère droit** : clinique se manifestant à gauche, négligence spatiale gauche, anosodiaphorie (indifférence à une pathologie pourtant évidente), anosognosie (méconnaissance de l'état pathologique pourtant évident).

Signes et symptômes

Moyen mnémotechnique « FAST »	
Face (visage)	Paralysie partielle du visage (aspect d'un côté « tombant ») Test : demander à la personne de sourire mais un côté grimace
Arm (bras)	Paralysie partielle ou totale d'un membre ou hémiparésie Test : demander au patient de fermer les yeux et de lever les deux bras devant lui à hauteur des épaules, paumes vers le haut pendant quelques secondes : un bras descend vers le bas plus rapidement que l'autre
Speech (langage)	Troubles du langage
Time (temps)	Urgence vitale nécessitant une prise en charge immédiate

Autres indicateurs

Hémiplégie, troubles de la sensibilité, HLH (amputation d'un hémichamp visuel), aphasie, apraxie, héminégligence, asomatognosie, anosognosie, syndrome frontal (troubles du comportement avec adynamie, apragmatisme, désinhibition), troubles mnésiques, etc.

Signes de gravité avec risque de décès par engagement

Troubles de la vigilance (score de Glasgow, risque d'inhalation), signes d'hypertension intracrânienne (céphalées, nausées, flou visuel), déviation conjuguée oculocéphalique (malade qui regarde sa lésion), déficit massif.

Examens complémentaires

Scanner cérébral, IRM, bilan sanguin (dont TP, TCA et plaquettes pour permettre une intervention chirurgicale ou injection d'anticoagulants si nécessaire), glycémie (diagnostic différentiel), ECG (recherche d'arythmie).

Prise en charge

Phase initiale

- *Évaluation des fonctions vitales* :
 - initialement : Glasgow, état des pupilles, clonies, crises comitiales, sensibilité, motricité, constantes (FC, FR, température, SaO₂, PA bilatérale, score NIHSS par un neurologue ou personnel formé, hémogluco-test) toutes les 2 heures ou moins ;

- secondairement : évaluation de la diurèse (*bladderscan*) et sonde urinaire (Fiche 136) si besoin ; évaluation de la déglutition les 24 premières heures.

Attention !

• Chariot d'urgence à proximité tout le long de la prise en charge, décubitus strict sauf si vomissements (PLS), avec ou sans surélévation de la tête à 30° (selon signes d'HTIC), à jeun strict

• Recherche de l'étiologie indispensable

- *Prise en charge médicamenteuse* :
 - thrombolyse indiquée dans un délai inférieur à 4 heures 30 minutes après le début des symptômes pour un AVC non massif et un patient de moins de 80 ans. Contre-indications : AVK (INR > 1,7), lésions hémorragiques sur l'imagerie, PA > 185/110 mm Hg, glycémie > 11 mmol/L, chirurgie récente, traumatisme crânien, IDM récent ;
 - antiagrégant plaquettaire (pour éviter la récurrence), anticoagulant (selon l'étiologie), traitement antihypertenseur avec respect de l'hypertension initiale, lutte contre l'hyperglycémie (pas de glucose et insulinothérapie si diabète), lutte contre l'hyperthermie (paracétamol si besoin), traitement de la dyslipidémie (statines).
- *Prise en charge chirurgicale* : endartériectomie carotidienne, hémicraniectomie décompressive.
- *Prise en charge en radiologie interventionnelle* : thrombolyse artérielle, désobstruction du thrombus, embolisation d'un anévrisme, etc.

Phase secondaire

- *Fonction motrice* : rééducation précoce des fonctions (orthophonie, kinésithérapie, ergothérapie) ; encourager rapidement à l'automobilisation ; premier lever avec le kinésithérapeute ou le médecin avec surveillance de la tension artérielle toutes les 20 minutes.
- *Fonction de déglutition* : texture des aliments, techniques posturales, exercices orofaciaux, manœuvre de déglutition par kinésithérapeute ou orthophoniste.
- *Fonctions sphinctériennes* : surveillance de fréquence, quantité, résidu post-mictionnel ; planification de la prise de liquide et des

horaires pour uriner au bassin ou aux toilettes.

- *Aides techniques* : prévoir sonnette des deux côtés, tableau à lettres magnétiques, ardoise magique, carnet de communication, verre à découpe nasale, couverts adaptés, contour d'assiette, etc.

FICHE 55

Asthme

 **Asthme** : maladie associant : (1) spasme bronchique, (2) œdème bronchique, (3) hypersécrétion de mucus ; ce qui engendre une obstruction des voies aériennes caractérisée par une dyspnée paroxystique expiratoire sibilante.

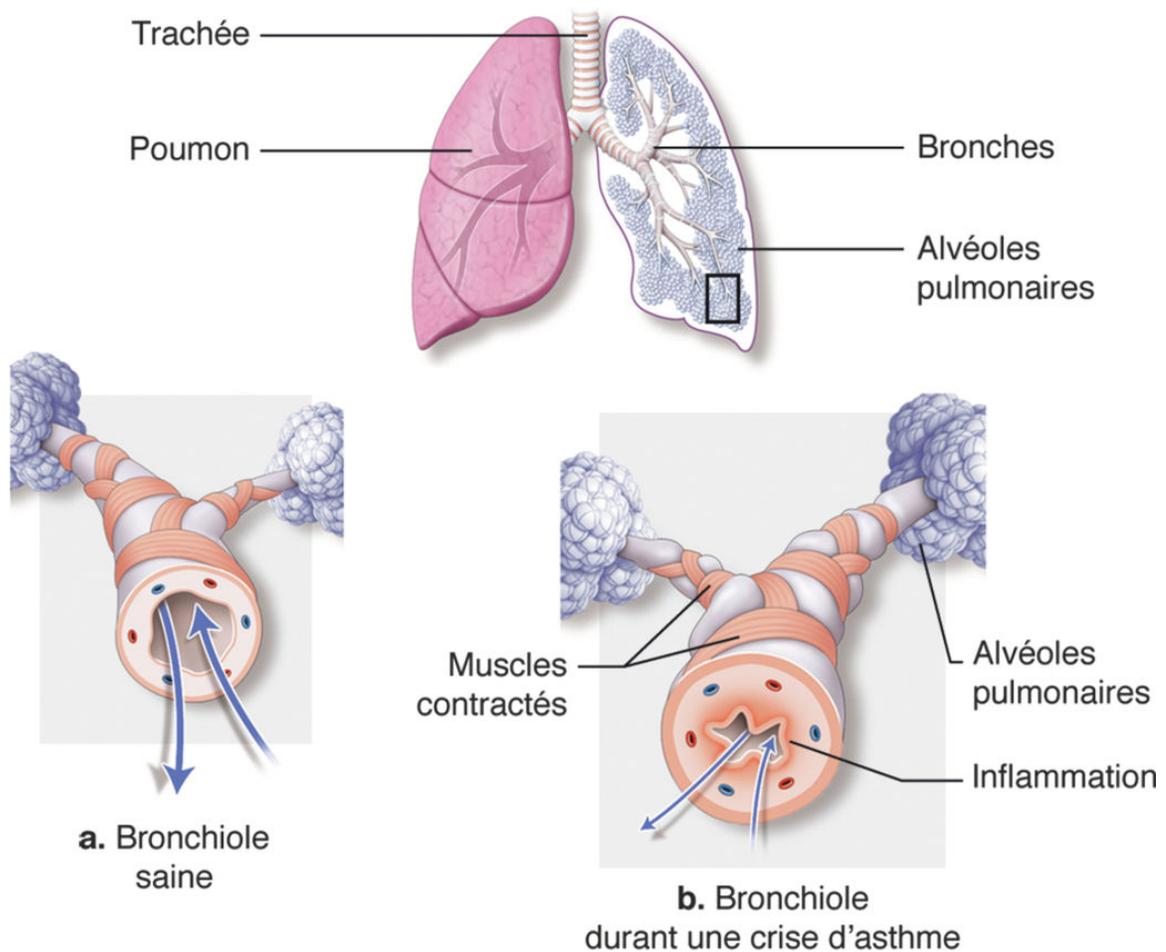


FIGURE 16 Physiopathologie de la crise d'asthme.

Étiologie

- **Allergique** : acariens, poils d'animaux, blattes, pollens, moisissures, poussière de bois exotique, farine de blé, etc.
- **Infectieuse** : virus, bactéries atypiques.

- **Médicamenteuse** : bêtabloquants, aspirine.
- **Non spécifique** : irritants, fumée de tabac, pics de pollution, froid.

Signes et symptômes

Clinique (selon le type)

- **Crise d'asthme** : dyspnée expiratoire avec oppression respiratoire et sibilant ; le patient s'exprime par des phrases, est peu agité, FR et FC peu augmentées, toux peu productive puis crachats compacts « perlés » en fin de crise.
- **Exacerbation** : patient assis, parlant difficilement, avec des groupes de mots, peut être agité ; FR et FC augmentées, débit expiratoire de pointe (DEP, *peak flow*) compris entre 60 et 80 % du DEP initial.
- **Asthme aigu grave (AAG)** : forme la plus sévère (prise en charge en réanimation) avec difficulté franche à parler (mots courts), tirage, orthopnée, sueurs, tachypnée avec FR > 30/min, tachycardie avec FC > 120/min, agitation, obnubilation, pauses respiratoires, cyanoses, DEP < 50 % du DEP initial.

Examens complémentaires

Débit expiratoire de pointe (DEP) et explorations fonctionnelles respiratoires (EFR : spirométrie, boucle débit-volume, pléthysmographie, etc.), radiographie thoracique, tests allergologiques, examen ORL.

Prise en charge

- *Lever de l'obstruction bronchique* : aérosols en air ambiant (bronchodilatateurs (Fiche 120), et anti-inflammatoires de type corticoïdes), kinésithérapie de drainage si besoin.
- *Maintenir une bonne oxygénation* : oxygénothérapie selon l'objectif de saturation (conserver le chariot d'urgence à proximité si nécessité d'intubation).
- *Prévenir la rechute* : traitement de fond, traitement du facteur déclenchant (désensibilisation allergique si besoin).

Distinction entre asthme et BCPO

→ [Fiche 56](#)

FICHE 56

Bronchite chronique obstructive, Bronchopneumopathie chronique obstructive

Bronchite chronique obstructive (BCO)

 **BCO** : toux productive au moins 3 fois par an pendant 2 ans consécutifs due à une augmentation des sécrétions bronchiques avec augmentation de la viscosité du mucus et diminution du drainage des mucosités.

Étiologie

Tabac, pollution atmosphérique, infections bronchiques à répétition, vapeurs toxiques, asthme chronique.

Évolution

Risque d'évolution en bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

Signes et symptômes

Clinique

- *Pink puffer* : essoufflé, maigre, dyspnéique, respiration à lèvres pincées, touse et crache peu, non cyanosé, pas de râles.
- *Blue bloater* : gonflé, cyanosé, encombré, touse et crache, nombreux ronchus et sibilants à l'auscultation.

Examens complémentaires

Explorations fonctionnelles respiratoires (EFR), bilan inflammatoire, gazométrie ; selon le cas, radiographie pulmonaire.

Prise en charge

Bronchodilatateur, mucolytique, traitement des complications infectieuses, prévention (Fiche 120) et ralentissement de l'aggravation de la maladie (qui dépend de la tolérance aux traitements mais aussi de l'implication du patient).

Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

 **BPCO** : maladie progressive et invalidante caractérisée par une diminution progressive du souffle liée à plusieurs facteurs :

- les sacs alvéolaires se déforment et perdent leur élasticité ;
- plusieurs membranes qui séparent des sacs alvéolaires sont détruites (emphysème) ;
- il y a hypersécrétion de mucus et augmentation de l'épaisseur des voies aériennes.

Évolution

Possible insuffisance respiratoire chronique.

Signes et symptômes

Clinique

Signes cliniques de la BCO auxquels s'ajoutent une toux matinale « de fumeur » et une dyspnée à l'effort, puis au repos.

Examens complémentaires

- Radiographie, EFR.
- Scanner thoracique et gaz du sang (Annexe IV), en cas de décompensation.

Prise en charge

Arrêt du tabac et éviction des polluants professionnels, vaccin contre grippe et pneumocoque, aérosols en air ambiant (bronchodilatateurs [Fiche 120], corticoïdes [Fiche 113]), antibiotiques (Fiche 112), oxygénothérapie (attention au risque d'arrêt respiratoire si saturation en O₂ supérieure à 92 %), kinésithérapie respiratoire.

Distinction entre asthme et BCPO

Asthme	BPCO
Inflammation réversible (crises et rémissions)	Inflammation chronique (absence de crises et rémissions)
Sujet jeune, allergique	Âge mûr, tabagisme, exacerbations
Grosses bronches	Petites bronches
Toux sèche, dyspnée paroxystique	Toux grasse, dyspnée d'effort
EFR : réversible	EFR : peu réversible

FICHE 57

Embolie pulmonaire

 **Embolie pulmonaire (EP)** : obstruction importante voire complète de l'artère pulmonaire ou de ses branches par un embole qui a migré depuis une veine thrombosée.

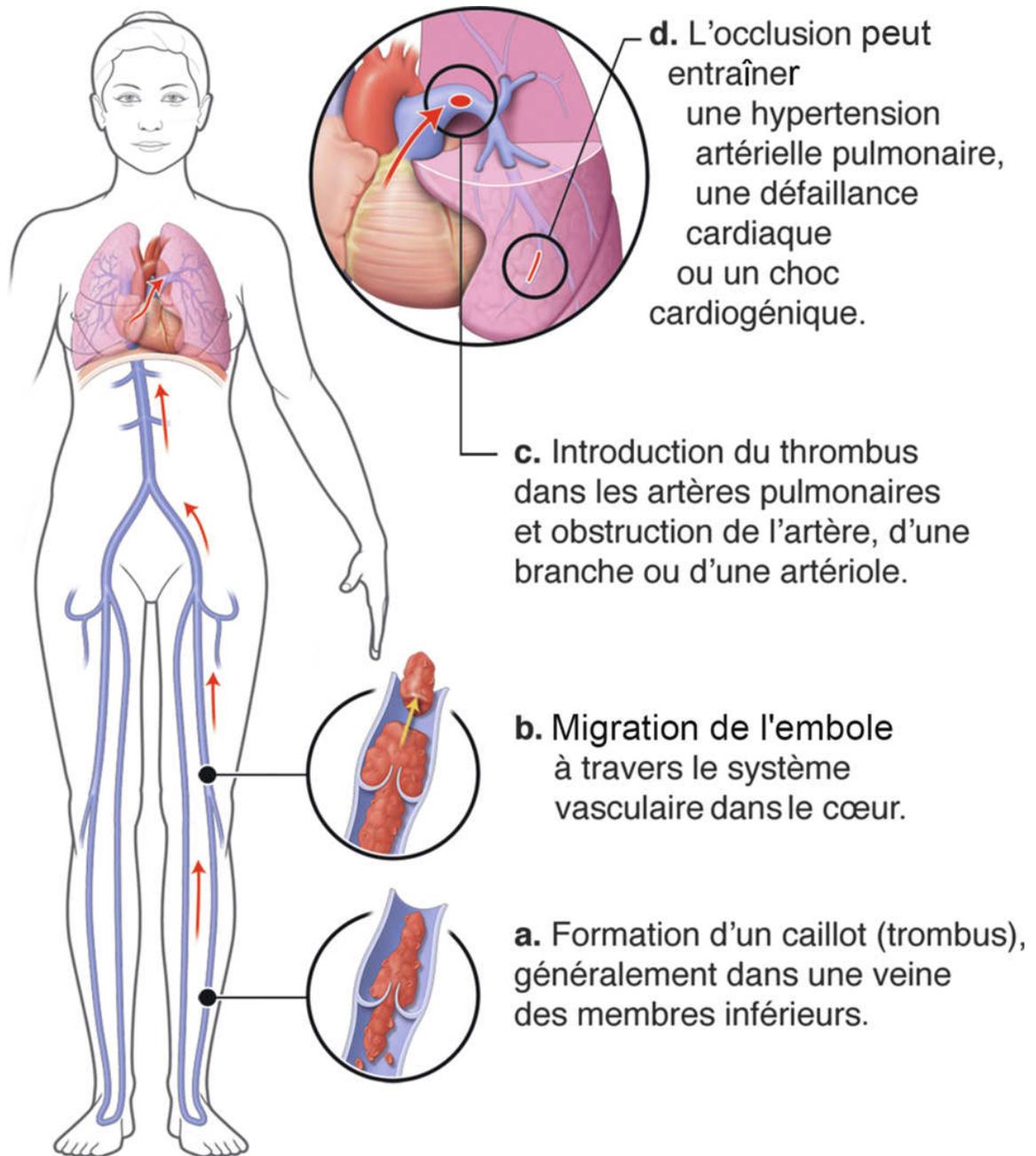


FIGURE 17 Physiopathologie de l'embolie pulmonaire.

Étiologie

En grande majorité à la suite d'une TVP.

- **Causes chirurgicales** : intervention chirurgicale.

- **Causes médicales** : cancers, cardiopathies décompensées, alitement, hémopathies, relâchement du tonus veineux, etc.

Évolution

Perturbation des échanges gazeux avec essentiellement une hypoxémie (diminution de la pression en oxygène dans le sang) et hypoperfusion tissulaire et organique pouvant engendrer une défaillance cardiocirculatoire, voire un arrêt cardiorespiratoire (infarctus pulmonaire).

Signes et symptômes

Clinique

Polypnée, douleur thoracique à type de point de côté, toux irritative, hémoptysie (rejet par la bouche de sang provenant des poumons), syncope, fièvre modérée avec sueurs, cyanose des extrémités, tachycardie, recherche des signes de TVP (Fiche 61).

Examens complémentaires

- Scintigraphie, angioscanner, angiographie, échographie cardiaque.
- Bilan sanguin avec dosage des D-dimères (Annexe IV).

Prise en charge

- *Non médicamenteuse* : repos au lit maximum 24–48 heures, reprise rapide de la marche, contention élastique ;
- *Médicamenteuse* : anticoagulants (Fiche 116, Fiche 117, Fiche 118), (héparine IV en phase aiguë avec relais par AVK pour le long cours, nouveaux anticoagulants oraux) voire fibrinolyse veineuse selon la gravité (détruit tout type de caillot mais risque hémorragique très élevé).
- *Chirurgicale* : thrombectomie veineuse si traitement médicamenteux inefficace, interruption partielle de la veine cave (filtre cave, prévention des récurrences).

FICHE 58

Lithiase urinaire, lithiase biliaire

Lithiase urinaire

 **Lithiase urinaire** : affection caractérisée par l'apparition d'une masse minérale dans les uretères, vessie, urètres, calices et/ou bassinets.

Facteurs de risque

→ [Fiche 52](#)

Types

Oxalocalcique, acide urique.

Évolution

Risques de rupture de la voie excrétrice (atténuation des douleurs puis reprise avec fièvre), récurrence, évolution locale en lithiase coralliforme.

Signes et symptômes

Clinique

Colique néphrétique (douleur lombaire unilatérale irradiant vers les organes génitaux externes avec début brutal et évolution paroxystique violente), nausées, vomissements, signes urinaires (urgenteurie, pollakiurie, hématurie, etc.).

Anurie et hyperthermie sont des signes de gravité.

Examens complémentaires

BU (hématurie, pH urinaire, leucocytes et nitrites), ECBU (pour rechercher une infection), tamassage des urines (pour récupérer le calcul), bilan phosphocalcique et, selon les cas, radiographie, échographie ou scanner.

Prise en charge

- *Systématique* : restriction hydrique, filtration des urines, anti-inflammatoires (Fiche 113, Fiche 114), antalgiques (Fiche 102 à Fiche 104), antispasmodiques (Fiche 126).
- *Autres* (selon le cas) : lithotritie extracorporelle (LEC), urétéroscopie, néphrolithotomie percutanée (pour les gros calculs), chirurgie à ciel ouvert et pose de sonde JJ.
- *Prévention de la récurrence* : hydratation (boissons alcalines si lithiase acide), enquête alimentaire, traitement des troubles métaboliques, traitement des malformations urinaires.

Lithiase biliaire

 **Lithiase biliaire** : affection caractérisée par la formation d'une masse minérale au niveau de la vésicule biliaire, du canal cystique ou du canal cholédoque.

Facteurs de risque

→ [Fiche 52](#)

Signes et symptômes

Clinique (selon sa gravité)

- **Colique hépatique** : douleur épigastrique à type de torsion, ou de l'hypochondre droit, nausées, vomissements, syndrome dyspepsique.
- **Cholécystite aiguë** : *idem* avec en plus fièvre, hyperleucocytose, syndrome inflammatoire visible sur le bilan sanguin.
- **Angiocholite** : cholécystite avec syndrome ictérique (ictère cutané-conjonctival, urines foncées, selles décolorées, prurit, cholestase, cytolyse, trouble de la coagulation).

Examens complémentaires

Échographie, IRM.

Bilan sanguin : bilirubine, ASAT, ALAT (Fiche 73), leucocytes (Annexe IV).

Prise en charge

- *Systématique* : glace, régime pauvre en graisse ou jeûne, antispasmodiques (Fiche 126), antalgiques (Fiche 102, Fiche 103, Fiche 104), antibiothérapie (Fiche 112).
- *Autres* : acide ursodésoxycholique, LEC, chirurgie.

FICHE 59

Occlusion intestinale

 **Occlusion intestinale** : association de symptômes définie par l'arrêt des matières et des gaz. C'est une urgence (qui peut être vitale).

Étiologie

- **Mécanique** :
 - obstruction : liée à un obstacle pariétal (tumeur) ou à un corps étranger migrant ;
 - strangulation : bride, volvulus (torsion), invagination (segment d'intestin qui rentre dans lui-même) ou oblitération des vaisseaux.
- **Fonctionnelle/paralytique** : foyer infectieux (appendice ou péritonite), foyer inflammatoire (pancréatite aiguë), hématome, postopératoire, thérapeutique (morphinique).

Types

- **Haute** : duodénum et grêle.
- **Basse** : côlon et rectum.

Évolution

Risque d'inhalation (vomissements), troubles du rythme cardiaque pouvant aller jusqu'à l'arrêt, choc septique (car amincissement de la paroi en amont de l'occlusion induisant une stase veineuse et une circulation artérielle gênée ayant pour conséquence une déshydratation avec diminution de K^+ , Cl^- et Na^+ , ainsi qu'un passage de germes).

Signes et symptômes

Clinique générale

Douleur initialement locale puis diffuse, intense et à type de colique violente. Vomissements (d'abord alimentaire, puis bilieux, puis fécaloïdes ; d'autant plus précoces que l'occlusion est haute) ; puis arrêt des matières et des gaz et apparition d'un météorisme et d'un tympanisme (attention aux fausses diarrhées). En dernier lieu viennent les signes de déshydratation.

Clinique selon le type d'occlusion et son étiologie

- **Haute** : douleur brutale et vive, début des vomissements précoces, arrêt des matières et des gaz peu nets, discret météorisme.
- **Basse** : douleur moindre et progressive, apparition de vomissements retardés, arrêt des matières et des gaz nets, météorisme franc.
- **Par strangulation** : douleur vive et brutale, état général qui se dégrade rapidement, météorisme asymétrique et localisé.
- **Par obstruction** : douleur moindre et progressive, avec un bon état général longtemps conservé et un météorisme diffus et symétrique.

Examens complémentaires

Abdomen sans préparation, scanner.

Prise en charge

Bilan sanguin (ionogramme) et équilibre des ions si nécessaire avec surveillance par ECG (Fiche 133), réhydratation IV si déshydratation, sonde nasogastrique (Fiche 135) si nausées et vomissements. Traitement par lavement ou extraction mécanique du fécalome, sauf occlusion aiguë mécanique (presque toujours chirurgicale, avec pour but de lever l'obstacle, d'enlever les segments nécrosés ou douteux, de rétablir la continuité).

FICHE 60

Œdème aigu du poumon

 **Œdème aigu du poumon (OAP)** : accumulation de plasma dans l'espace interstitiel des alvéoles pulmonaires.

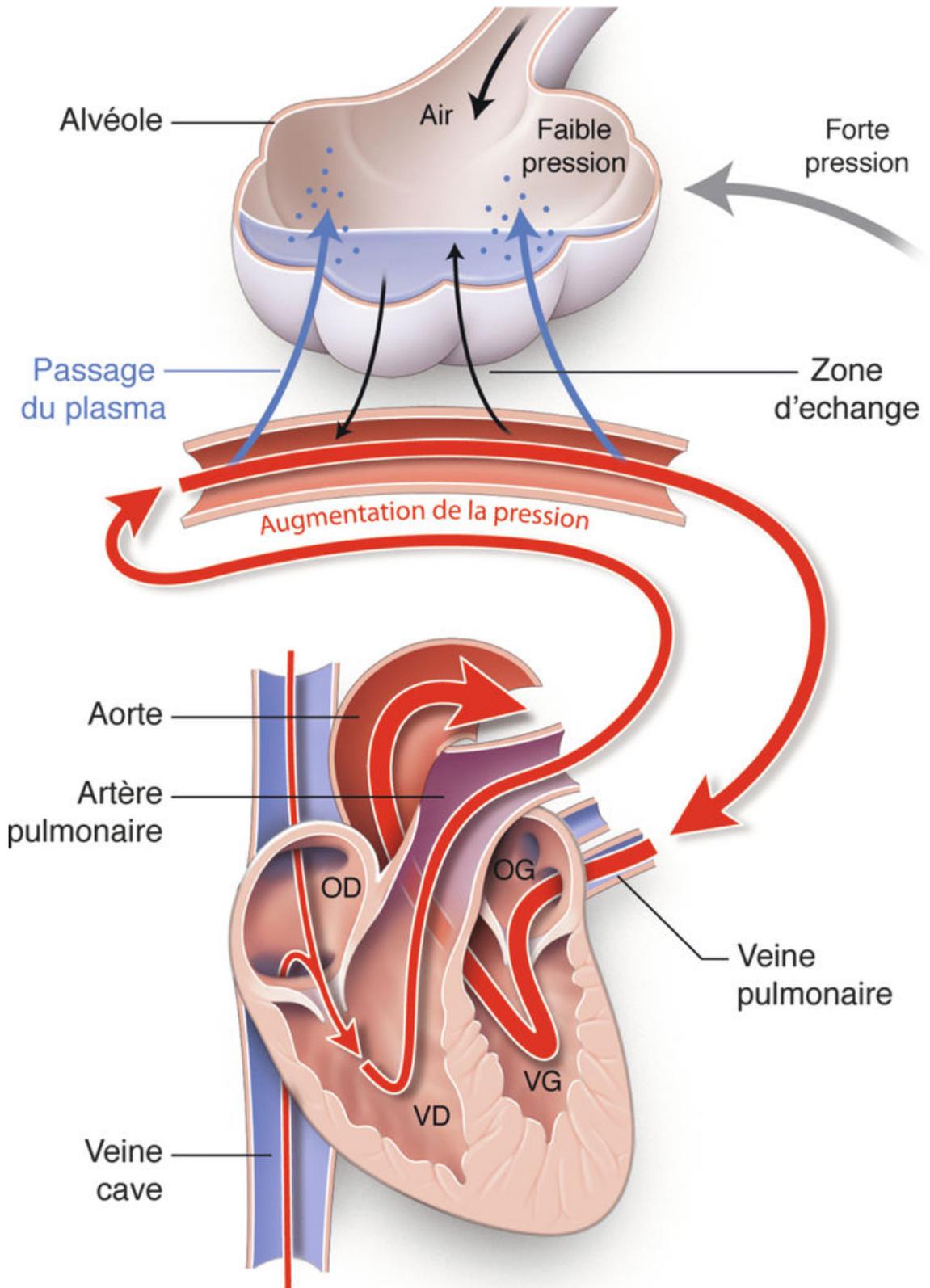


FIGURE 18 Physiopathologie de l'œdème aigu du poumon.

Étiologie

- **Défaillance cardiaque** : insuffisance cardiaque gauche ([Fiche 71](#)), valvulopathie, HTA.
- **Cause lésionnelle** : pneumopathie infectieuse, toxique, par inhalation, contusion pulmonaire.

Physiopathologie

Vidange inefficace entraînant une accumulation de sang dans le ventricule gauche et donc une augmentation de la pression et de la perméabilité en amont dans l'oreillette gauche et les capillaires pulmonaires ; d'où le passage de liquide plasmatique dans les zones extravasculaires du poumon.

Signes et symptômes

Clinique

Détresse respiratoire aiguë (polypnée), angoisse (yeux exorbités), agitation (ne supporte pas la position allongée), hypersudation, crépitant à l'auscultation, expectorations pouvant avoir quelques traces de sang.

Examens complémentaires

- Bilan sanguin (dont BNP afin de déterminer l'étiologie de OAP : insuffisance cardiaque ou autre) ([Fiche 76](#), [Annexe IV](#)).
- Surveillance et contrôle de l'étiologie par échographie cardiaque, radiographie pulmonaire.

Prise en charge

- *Non médicamenteuse* : position assise, oxygénothérapie (CPAP), sonde urinaire (pour quantifier les urines, s'assurer de l'efficacité des diurétiques et pour le confort du patient) ([Fiche 136](#)), rassurer, expliquer, pose de VVP.

- *Médicamenteuse* :
 - diurétiques et vasodilatateurs veineux (Fiche 122, Fiche 123, Fiche 124) : pour diminuer la pression au remplissage par le biais de la diminution du volume circulant et la diminution de la vitesse de remplissage ;
 - inotrope (Fiche 119, Fiche 120) : aide le cœur à se contracter ;
 - morphine, (Fiche 102, Fiche 103, Fiche 104) : à petite dose pour détendre le patient et donc diminuer la tension et supporter les appareils (selon protocoles de service, car ne fait pas encore consensus).
- *Prévention des récurrences* : recherche et correction des causes (ischémie, HTA, valvulaire...).

FICHE 61

Thrombose veineuse profonde

 **Thrombose veineuse profonde (TVP)** : correspond à l'obstruction de la lumière d'un vaisseau (du réseau veineux) par un thrombus. Cette obstruction, qui peut être partielle ou totale, concerne le plus souvent les membres inférieurs et le risque de complications y est d'ailleurs plus important.

Étiologie

Association de stase veineuse, de lésions de la paroi vasculaire et de troubles de l'hémostase (triade de Virchow).

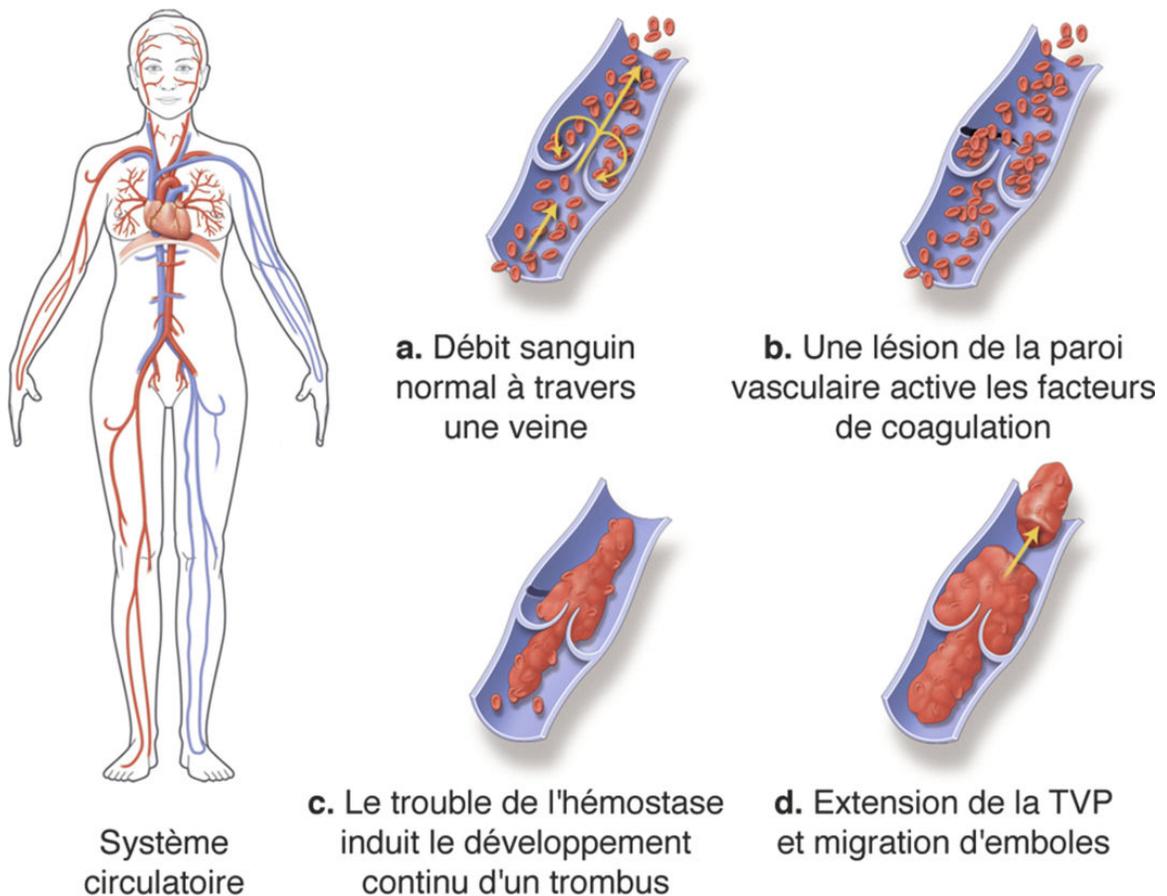


FIGURE 19 Physiopathologie de la thrombose veineuse profonde.

Facteurs de risque

Tabac conjugué à la prise de contraception (pilule), alcool, accouchement, allitement prolongé, troubles de la coagulation par déficit.

Évolution

- **À court terme** : risque de migration d'un embolie et EP (Fiche 57), extension de la TVP (pouvant aller jusqu'aux reins).
- **À long terme** : varices (Fiche 70), œdème dur et chronique, troubles thrombotiques (dermite ocre, hypodermite, etc.).

Attention !

Une TVP peut induire la migration d'un embolie vers les poumons (des veines à la veine cave, à l'oreillette droite, au ventricule droit, à l'artère pulmonaire). Le passage se fait des veines aux artères — mais un thrombus ne peut pas passer des artères aux veines (arrêté aux artérioles et veinules).

Signes et symptômes

Clinique

Moyen mnémotechnique « RDCB » (rez-de-chaussée bas) + tachycardie

Rougeur (avec inflammation locale et œdème)

Douleur (signe de Homans correspondant à une douleur à la dorsiflexion)

Chaleur et tachycardie (faisant partie des signes dits « de pancarte »)

Ballotement (absence de)

Examens complémentaires

- Écho-doppler, recherche d'EP (Fiche 57).
- Bilan biologique avec D-dimères et recherche d'un syndrome inflammatoire.

Prise en charge

- *Non médicamenteuse* : repos strict au lit 24 à 48 heures, contention élastique, reprise rapide de la marche, prise en charge des facteurs de risque.
- *Médicamenteuse* : anticoagulant (Fiche 116, Fiche 117, Fiche 118), (héparine en IV ou SC en phase aiguë puis relais par AVK, anticoagulants oraux directs).
- *Chirurgicale* : embolectomie (si pronostic vital engagé), interruption de la veine cave inférieure (filtre qui évite le passage de caillot dans le cas de haut risque de TVP ou de récurrence).

FICHE 62

Syndromes coronariens aigus

 **Syndrome coronarien aigu (SCA)** : obstruction de la lumière des coronaires par la constitution d'une plaque d'athérome ou d'un caillot sanguin, qui va entraîner soit un angor soit un infarctus du myocarde (IDM) selon le degré de sa gravité.

Étiologie

→ [Fiche 52](#)

Physiopathologie

- Réduction du flux sanguin de l'artère du fait du rétrécissement de la lumière par la formation d'une plaque d'athérome.
- Nécrose du territoire irrigué par cette artère défaillante : ischémie myocardique.
- Formation d'un infarctus en cas de persistance de l'ischémie.

Signes et symptômes

Clinique

Douleur rétro-sternale et médiathoracique en barre qui peut irradier vers le bras gauche ou la mâchoire, et à type de serrement (à l'effort ou sans effort).

Attention !

Formes atypiques : douleur épigastrique, teint grisâtre, sueurs, vomissements, patient qui dit se sentir mal mais n'arrive pas à décrire en quoi

Examens complémentaires

- Bilan sanguin avec dosage des troponines (composantes des cellules du myocarde libérées lors d'une ischémie).
- ECG 12 et 18 dérivations à la recherche d'une onde de Pardee/ sus-décalage de ST (Fiche 133) confirmé avec le dosage positif de la troponine.

Moyen mnémotechnique Pathologies pouvant expliquer une douleur thoracique « PIED »

Péricardite

Infarctus du myocarde

Embolie pulmonaire

Dissection aortique

Prise en charge

- *Phase aiguë* : anticoagulant et antiagrégant plaquettaire (pour toucher les deux voies de la coagulation) ; éviter la fibrinolyse. Bilan sanguin avec mesure de l'HbA^{1c} (permet de définir le diagnostic de diabète lors d'un SCA survenant chez un diabétique non connu si le chiffre est > 6,5 %) et hémogluco-test (permet de réduire la mortalité des patients diabétiques à la phase aiguë par régularisation de la glycémie).
- *Phase post-aiguë* : bêtabloquants (Fiche 123), AAP (Fiche 117), statines, inhibiteurs de l'enzyme de conversion (Fiche 123), AVK (Fiche 118).

Moyen mnémotechnique Prise en charge à la phase post-aiguë « BASIK »

Bêtabloquants

Antiagrégants plaquettares

Statines

Inhibiteurs de l'enzyme de conversion

Antivitamines K

Processus dégénératifs et défaillances organiques

FICHE 63

Processus dégénératifs et défaillances organiques

Généralités

Défaillances organiques

 **Défaillance organique** : incapacité d'un organe à remplir sa fonction. Sont principalement concernées les insuffisances circulatoire ([Fiche 70](#)), cardiaque ([Fiche 71](#)), hépatique ([Fiche 72](#)), rénale ([Fiche 74](#)).

Classification de Fagon

- Défaillance respiratoire (≥ 1 des critères suivants) :
 - $\text{PaCO}_2 < 60$ mm Hg avec $\text{FiO}_2 = 0,21$.
 - Nécessité d'une ventilation artificielle.
- Défaillance cardiovasculaire (≥ 1 des critères suivants en l'absence d'hypovolémie) :
 - $\text{PAS} < 90$ mm Hg avec signes d'hypoperfusion périphérique.
 - Nécessité d'utilisation de traitements inotropes ou vasopresseurs pour maintenir une $\text{PAS} > 90$ mm Hg.
- Défaillance rénale (≥ 1 des critères suivants en l'absence d'insuffisance rénale chronique) :
 - Créatininémie > 300 $\mu\text{mol/L}$.
 - Diurèse < 500 mL/24 heures ou < 180 mL/8 heures.
 - Nécessité d'une épuration extra-rénale.
- Défaillance neurologique (≥ 1 des critères suivants) :
 - Score de Glasgow ≤ 6 en l'absence de sédation, ([Fiche 4](#)).
 - Apparition brutale d'un syndrome confusionnel.
- Défaillance hépatique (≥ 1 des critères suivants) :
 - Bilirubine > 100 mmol/L .
 - Phosphatase alcalines > 3 fois la normale.
- Défaillance hématologique (≥ 1 des critères suivants) ([Fiche 91](#), [Fiche 92](#)) :
 - Hématocrite ≤ 20 %.
 - Leucocytose $< 2\,000/\text{mm}^3$.
 - Plaquettes $< 40\,000/\text{mm}^3$.

Processus dégénératifs

 **Processus dégénératif** : altération progressive des tissus ou cellules engendrant la perte de la fonction initiale. Sont principalement concernées les maladies neurodégénératives (SLA [Fiche 77], SEP [Fiche 79], maladie d'Alzheimer [Fiche 77], etc.) et visuelles (myopie, etc.).

 **Syndrome démentiel** : dégradation progressive des fonctions cognitives chez une personne ayant un état de vigilance normal, avec des conséquences comportementales, émotionnelles et sur l'autonomie du patient.

Altérations cognitives possibles

Amnésie

Incapacité à se souvenir d'informations et d'expériences (par exemple, ne se souvient plus d'une personne).

Aphasie

Incapacité à s'exprimer (par exemple, utilise le mauvais terme pour indiquer une action ou un objet).

Apraxie

Incapacité à effectuer un geste (par exemple, n'arrive plus à utiliser une brosse à cheveux).

Agnosie

Incapacité à nommer ou à distinguer des formes, objets complexes, son propre corps (par exemple, n'arrive pas à porter la cuillère à sa bouche).

Altération des fonctions exécutives

Difficulté à s'adapter sur le plan familial, social et professionnel ainsi qu'à faire face à des situations nouvelles (par exemple : ne va pas réussir à s'empêcher de lire le courrier de quelqu'un d'autre. Va intervenir dans les discussions des autres personnes dans un lieu public).

Évaluation des fonctions cognitives

- Test MMS pour l'évaluation des capacités cognitives.
- Test BREF pour l'évaluation des fonctions sociales et exécutives.

FICHE 64

Déficits visuels/1

Astigmatisme, myopie

Astigmatisme

 **Astigmatisme** : anomalie cornéenne (en ovale au lieu d'être sphérique) induisant un trouble de la réfraction.

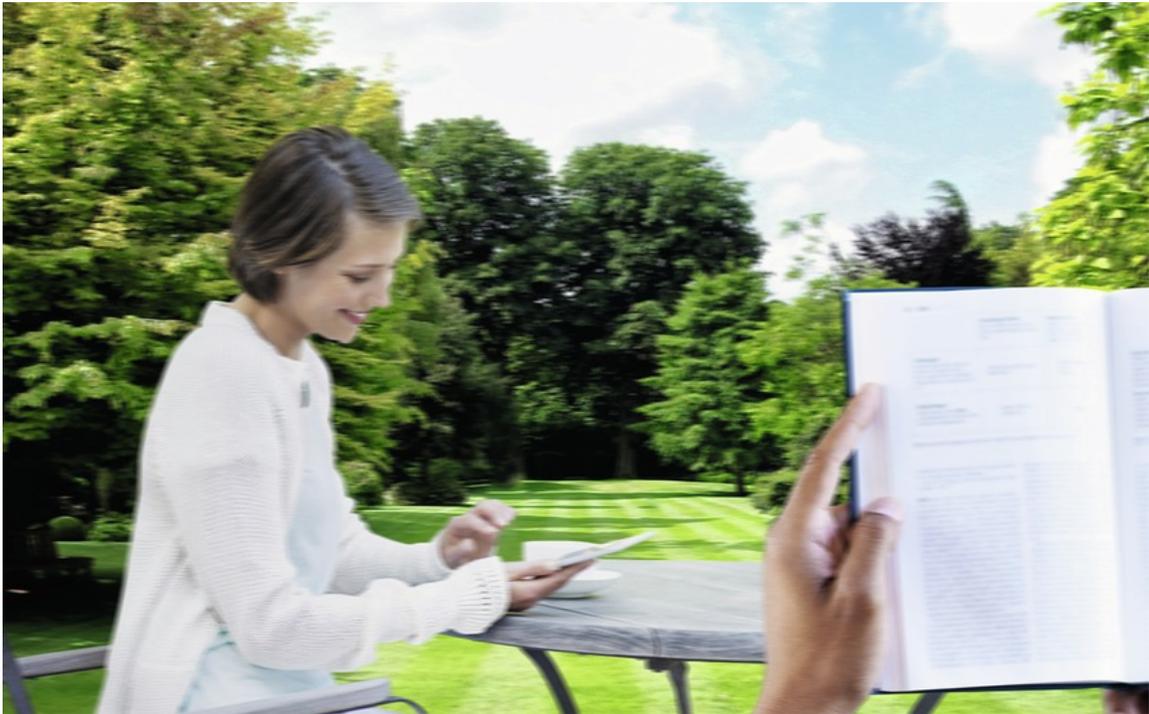


FIGURE 20 Vue d'un astigmate. Source: [Essilor.com](https://www.essilor.com)

Signes et symptômes

Gêne de la vision de près et de loin (confusion de certaines lettres, fatigue visuelle). Les lignes droites verticales et horizontales sont vues avec une inégale netteté.

Prise en charge

Lunettes, lentilles, chirurgie en cas d'échec (kératotomie : incisions cornéennes).

Myopie

 **Myopie** : trouble de la vision avec perte de netteté à distance, dû à une anomalie de la réfraction par augmentation du diamètre antéro-postérieur de l'œil.

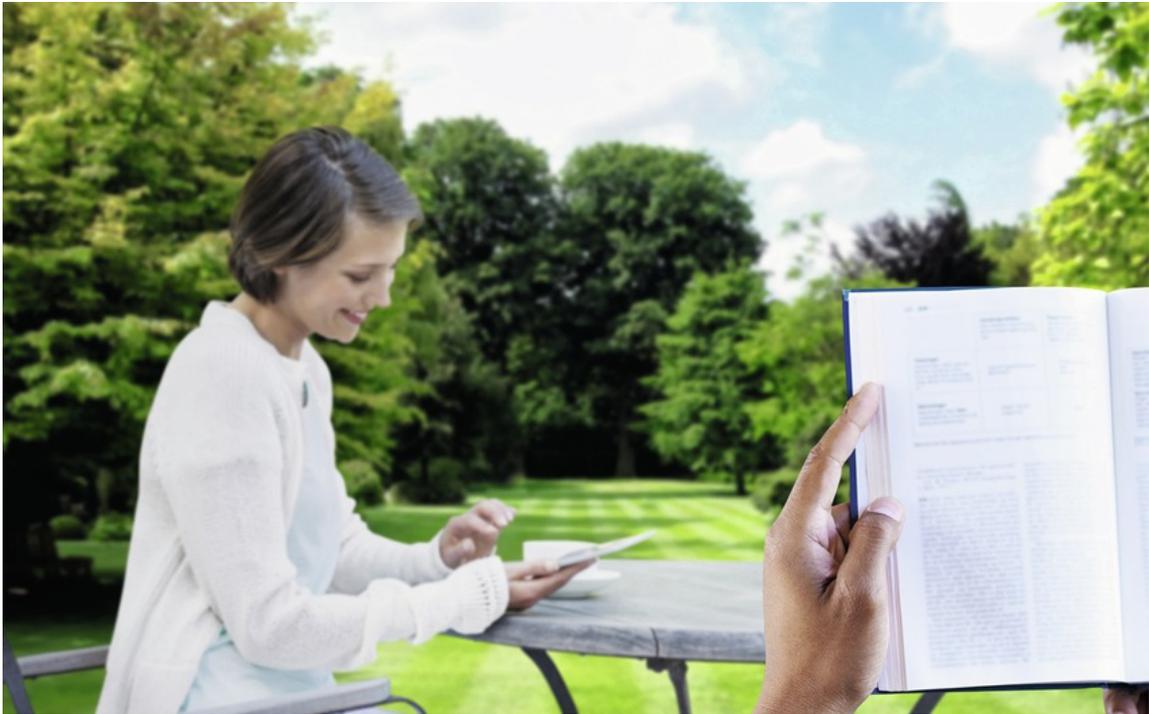


FIGURE 21 Vue d'un myope. Source: [Essilor.com](https://www.essilor.com)

Types

- **Myopie simple** : simple trouble de la réfraction.
- **Myopie grave** : affection héréditaire dégénérative.

Évolution

Débuté dans l'enfance. Présente des risques de cécité (détachement rétinien, glaucome).

Signes et symptômes

Gêne de la vision éloignée.

Prise en charge

Lunettes, lentilles ou chirurgie (kératotomie).

FICHE 65

Déficits visuels/2

Presbytie, cataracte

Presbytie

 **Presbytie** : diminution de la capacité d'accommodation.

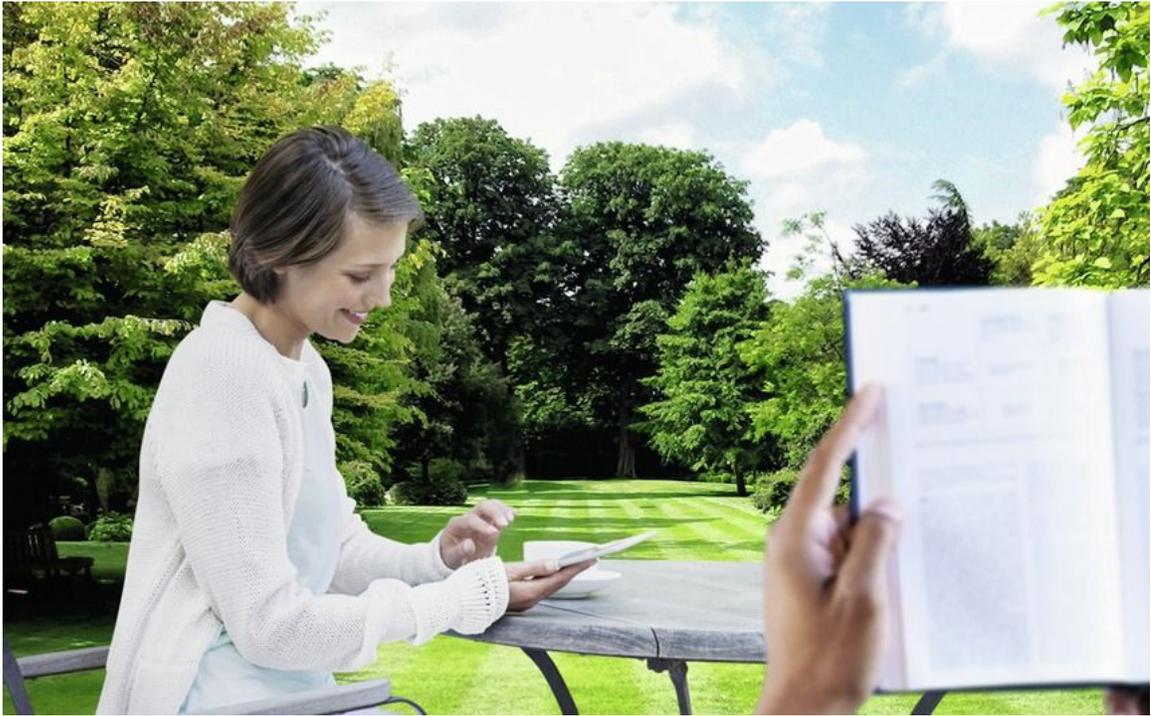


FIGURE 22 Vue d'un presbyte. Source: [Essilor.com](https://www.essilor.com)

Étiologie

Âge (vieillesse normale).

Signes et symptômes

Éloigne le plan de travail/de lecture afin de mieux percevoir.

Prise en charge

Lunette à doubles foyers, verres progressifs, lentilles.

Cataracte

 **Cataracte** : opacification du cristallin engendrant une diminution de la vision.



FIGURE 23 Vue d'un patient avec la cataracte. Source : Tous droits réservés © krys.com

Étiologie

- **Congénitale** : héréditaire, embryopathie.
- **Acquise** : vieillissement, diabète ([Fiche 67](#), [Fiche 68](#), [Fiche 69](#)), traumatisme, traitement corticoïde prolongé, associé à un glaucome ([Fiche 70](#)), etc.

Évolution

Cécité avec le temps.

Signes et symptômes

Diminution de l'acuité visuelle, photophobie, diplopie, modification de la perception des couleurs.

Prise en charge

Chirurgicale (ablation du cristallin, pose d'implant intraoculaire),
médicamenteuse (collyre mydriatique permet l'amélioration temporaire).

FICHE 66

Déficits visuels/3

Dégénérescence maculaire liée à l'âge, glaucome

Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA)



FIGURE 24 Vue d'un patient atteint de DMLA. Source : Cliniques universitaires Saint-Luc

Étiologie

Âge.

Évolution

Cécité.

Signes et symptômes

Vision déformée (lignes formant des courbes, des métamorphoses) et impression d'amputation du champ visuel central.

Prise en charge

Orthoptiste (mise en place de stratégies visuelles), aides optiques (grossissement vidéo, loupe, éclairage adapté, etc.), photocoagulation au laser (limite l'extension des lésions rétiniennes), médicaments (Visudyne®), injections intravitréennes (Lucentis®, Avastin®).

Glaucomes

 **Glaucome** : trouble de la vision dû à une augmentation de la pression oculaire.



FIGURE 25 Vue d'un patient atteint de glaucome. Source : Tous droits réservés © Glaucoma Research Society of Canada

Types

Aigu ou chronique.

Signes et symptômes

Ceil rouge, douloureux, diminution de l'acuité visuelle, myosis non réactif.

Évolution

Risque de perte fonctionnelle du globe oculaire.

Prise en charge

Médicaments visant à diminuer la pression oculaire (Diamox[®], mannitol et pilocarpine), iridectomie chirurgicale ou par laser.

FICHE 67

Diabète/1

Généralités

📄 **Diabète** : incapacité des cellules à métaboliser le glucose, soit du fait d'une libération insuffisante d'insuline par le pancréas, soit à cause d'une résistance à l'insuline. Norme glycémique à jeun : 3,8–6,7 mmol/L (soit 0,7–1,20 g/L).

📄 **Insuline** : hormone anabolisante (transforme les nutriments en tissus) et hypoglycémiante (sort le sucre du sang et le fait entrer dans les cellules) sécrétée par les cellules β des îlots de Langerhans.

📄 **Glucagon** : hormone catabolisante (utilise les tissus pour faire de l'énergie) et hyperglycémiante (ramène le sucre vers le sang) sécrétée par les cellules α des îlots de Langerhans. sa production est stimulée par une baisse de la glycémie.

Types

Diabète de type 1, de type 2, lent de « l'Africain », de type MODY, gestationnel, secondaire, etc.

Évolution

Développement de microangiopathie (rétinopathie, néphropathie, neuropathie) et de macroangiopathie (athérosclérose : angor, artérite, AVC).

Diabète de type 1

 **Diabète de type 1** : perte de la production d'insuline due à la destruction des îlots de Langerhans.

→ *Diabète insulino-dépendant (DID)*.

Étiologie

Maladie auto-immune : facteurs génétiques, facteurs déclenchants (infections virales).

Signes et symptômes de découverte

Polyurie, polydipsie, asthénie, amaigrissement (parfois hyperphagie sans prise de poids), BU avec glycosurie et acétonurie. Bilan sanguin à la recherche d'acidocétose.

Diabète de type 2

 **Diabète de type 2** : défaut d'action de l'insuline sur les tissus normalement insulino-sensibles (foie, tissu adipeux, muscle) dû à une résistance de ces tissus (insulino-résistance).

→ *Diabète non insulino-dépendant (DNID)*, pouvant devenir *insulino-requérant (DIR)*.

Étiologie

Âge, hérédité, surpoids, alimentation (trop riche en graisse), sédentarité, certains médicaments (corticothérapie).

Signes et symptômes de découverte

Maladie dite silencieuse qui n'est souvent découverte qu'à la suite de complications (neuropathie, rétinopathie, etc.).

Prise en charge des diabètes de type 1 et de type 2

- *Non médicamenteuse* :
 - hygiéno-diététiques : alimentation spécifique (apports sodés modérés, limiter l'alcool car hypoglycémiant), activité physique régulière, arrêt du tabac, etc. ;
 - surveillance : hygiène des pieds (prévention du pied diabétique), prévention des risques cardiovasculaires, glycémie capillaire au minimum 3 fois par jour jusqu'à équilibre du diabète ;
 - suivi : hémoglobine glyquée HbA^{1c} (norme à 6 %, objectif de 7 % jusqu'à 8 % selon les cas).
- *Médicamenteuse* (Fiche 121) : insuline dans le cas du diabète de type 1, antidiabétiques oraux (ADO) et traitements non insuliniques dans le cas du diabète de type 2, sauf s'ils sont insuffisants (passage à l'insuline).

FICHE 68

Diabète/2

Hypoglycémie, hyperglycémie

Hypoglycémie du diabétique

 **Hypoglycémie** : taux de sucre dans le sang inférieur à 2,8 mmol/L (soit 0,7 g/L).

 **Glucagon** : hormone fabriquée par le pancréas et dont le taux s'élève en cas d'hypoglycémie afin de libérer le glucose stocké dans le foie. Le glucagon n'est jamais dangereux même en cas d'hyperglycémie car, si le taux de sucre dans le sang est déjà élevé, il ne fera pas effet. Délai d'action de 10 à 15 minutes.

Étiologie

Effort physique important ou non prévu, surdosage en insuline ou ADO ([Fiche 121](#)), délai d'injection avant le repas non respecté, lipodystrophie, prise d'alcool à jeun (effet hypoglycémiant car l'alcool empêche le foie de produire du sucre quand les aliments n'en fournissent pas suffisamment), etc.

Règle

Dans le cas d'un diabète insulino-traité, une glycémie faite à un moment donné est le reflet de l'action de l'insuline qui agit à ce moment-là.

Signes et symptômes

Asthénie, céphalées, hyperphagie, tremblements, sensation de froid, crise convulsive, syndrome confusionnel, coma, tremblements, sueurs, trouble de la vue et de la parole, vertiges, palpitations, pâleur, agressivité, état semblable à l'ivresse (signes variables selon les individus).

Prise en charge

- *Patient conscient* : ressucrage *per os* avec une partie de sucre rapide et l'autre de sucre lent afin d'agir dans la durée (par exemple, tartine avec de la confiture et un jus de fruit).

- *Patient inconscient ou hypovigilant* : injection d'une ou deux ampoules G30 % et, si inefficace, injection de glucagon en IM ou SC.
- *Dans tous les cas* : il faut recontrôler la glycémie et rechercher l'étiologie.
- Si la cause est une dose d'insuline trop importante, il faut diminuer l'insuline du lendemain en respectant la logique suivante (sur prescription médicale) :
 - l'insuline lente, quand elle est faite le soir, s'adapte sur la glycémie du matin à jeun ;
 - les insuline rapides s'adaptent sur la glycémie postprandiale de la veille au même moment.

Hyperglycémie du diabète

 **Hyperglycémie** : taux de sucre dans le sang supérieur à 6,7 mmol/L (soit 1,20 g/L).

Étiologie

Manque d'insuline, médicament insuffisant ou non pris, manque d'activité physique régulière, maladie (infection, fièvre), stress, etc.

Signes et symptômes

Polyurie, polydipsie, amaigrissement, fatigue, troubles digestifs (nausées, vomissements, haleine à odeur de pomme reinette).

Prise en charge

Hémoglucotest et BU avec recherche de corps cétoniques urinaires (la présence de cétone indique un risque d'acidocétose). Insuline si besoin (sur prescription médicale) et contrôle de la glycémie de façon régulière après la prise en charge de l'urgence.

FICHE 69

Diabète/3

Acidocétose

Acidocétose

📄 **Acidocétose** : correspond à l'augmentation de l'acidité du sang du fait de l'augmentation des corps cétoniques (résultant de la dégradation des acides gras). Cela arrive lors d'une glycémie supérieure à 13,9 mmol/L (soit 2,5 g/L). Possible fausse hyperkaliémie associée du fait de la forte déshydratation.

📄 **Acétone/corps cétoniques** : produits de dégradation des graisses pour produire du glucose. En cas d'hypoglycémie, cet indicateur reste anodin puisqu'il est temporaire (traitement de l'hypoglycémie). En cas d'hyperglycémie, cela indique une grosse carence des tissus de l'organisme en glucose (qui ne peut être utilisé, par défaut d'insuline) et donc une accumulation d'acétone (qui est acide) et qui conduit à l'acidocétose.

Étiologie

Révélation de diabète, infection, arrêt d'insulinothérapie, lipodystrophie, chirurgie, grossesse.

Signes et symptômes

Clinique

Altération de la conscience pouvant évoluer vers la comas à cela s'ajoutent ensuite la polypnée, la déshydratation globale (anurie, collapsus cardiovasculaire), l'hypothermie, des signes digestifs (nausées, vomissements, douleurs abdominales violentes).

Examens complémentaires (urgents)

- Recherche de sucre et d'acétone dans les urines (BU et ECBU).
- Bilan biologique (hyponatrémie, hypokaliémie, etc.) avec ECG, gaz du sang (acidose métabolique).

Prise en charge

Mise en place d'insuline rapide en IV et continuer avec une perfusion de G5 % en « Y » pour prévenir l'hypoglycémie. Contrôle de la kaliémie (car perte potassique engendrée par l'acidocétose mais dont le constat n'est possible qu'après administration d'insuline).

Tableau de conversion des mmol/L en g/L

mmol/L ↔ g/L	mmol/L ↔ g/L	mmol/L ↔ g/L
2,0 ↔ 0,36	7,5 ↔ 1,35	13,0 ↔ 2,34
2,5 ↔ 0,45	8,0 ↔ 1,44	13,5 ↔ 2,43
3,0 ↔ 0,54	8,5 ↔ 1,53	14,0 ↔ 2,52
3,5 ↔ 0,63	9,0 ↔ 1,62	14,5 ↔ 2,61
4,0 ↔ 0,72	9,5 ↔ 1,71	15,0 ↔ 2,70
4,5 ↔ 0,81	10,0 ↔ 1,80	15,5 ↔ 2,79
5,0 ↔ 0,90	10,5 ↔ 1,89	16,0 ↔ 2,88
5,5 ↔ 0,99	11,0 ↔ 1,98	16,5 ↔ 2,97
6,0 ↔ 1,08	11,5 ↔ 2,07	17,0 ↔ 3,06
6,5 ↔ 1,17	12,0 ↔ 2,15	18,0 ↔ 3,24
7,0 ↔ 1,26	12,5 ↔ 2,25	

FICHE 70

**Insuffisance artérielle, insuffisance veineuse,
ulcère variqueux, esquarre**

Insuffisance artérielle

 **Insuffisance artérielle** : obstacle localisé au niveau artériel, empêchant les apports sanguins nécessaires au niveau périphérique.

Étiologie

Artériopathie, arthrite inflammatoire.

Facteurs de risque

Tabagisme, sédentarité, diabète, pathologies inflammatoires, etc.

Évolution

Circulation de suppléance si rééducation physique régulière, sinon ischémie voire nécrose définitive.

Signes et symptômes

Clinique

Douleurs et symptomatologie identique à l'AOMI (Fiche 53).

Examens complémentaires

- Doppler artériel, épreuve d'effort, artériographie sélective.
- Un bilan sanguin mettra en évidence les facteurs de risque.

Prise en charge

Selon le stade (classification de Leriche et Fontaine), correction des facteurs de risque, rééducation physique, traitement médicamenteux (vasodilatateurs artériels [Fiche 122, Fiche 123, Fiche 124] et AAP [Fiche 117]), thrombolyse voire chirurgie (revascularisation, endartériectomie, pontage, amputation, pose de stent).

Attention !

Bas de contention à proscrire car ils peuvent réduire une circulation déjà précaire et exposer à un risque de gangrène.

Insuffisance veineuse

 **Insuffisance veineuse** : déficience des veines à faire remonter le sang vers le cœur.

Étiologie

Âge, sexe (féminin).

Facteurs de risque

Hormones sexuelles, grossesse, sédentarité, obésité, chaleur.

Évolution

Dans un premier temps, l'hyperpression veineuse va favoriser des signes au niveau des jambes (varices, ulcères variqueux), mais va peu à peu avoir d'autres conséquences (hémorroïdes, varices vulvaires et périnéales, varices œsophagiennes, lymphœdème chez les personnes ayant eu un curage ganglionnaire).

Signes et symptômes

Clinique

Cœdème avec godet aux membres inférieurs, douleurs, fourmillements, impatiences, crampes nocturnes, dermatite eczéma, eczéma sur le trajet de varices, ulcères variqueux.

Examens complémentaires

- Écho-doppler.
- Bilan de la coagulation (éviter le risque de TVP) : Annexe IV.

Prise en charge

- *Préventive* : activité physique régulière, surélévation des jambes pendant le sommeil, contrôle des facteurs de risque (régime

alimentaire, arrêt du tabac et de l'alcool, etc.), bas de contention, éviter la station debout prolongée.

- *Curative* : compression élastique plus ou moins importante, prise en charge des plaies chroniques, anticoagulant si risque de TVP élevé (Fiche 116, Fiche 117, Fiche 118), et pentoxifylline (en usage hors AMM) recommandé par l'HAS. Si besoin, chirurgie (opération des varices, dérivation veineuse).

Ulcères variqueux

 **Ulcère variqueux** : plaie au niveau des membres inférieurs due à une mauvaise circulation sanguine (qu'elle soit veineuse ou artérielle).

Étiologie

Orthostatisme, traumatismes (coup, grattage, blessures), diabète, hypercholestérolémie, tabagisme, HTA, grossesse.

Évolution

Risque de chronicité et de surinfection.

Signes et symptômes

Ulcère veineux

Plaie généralement périmaléolaire, de grande taille, indolore, couleur rose/violet, aspect humide – le sang ne repart pas – berges en pente douce, fond de plaie bourgeonnante.

Ulcère artériel

Plaie distale ou « suspendue » (jambe plutôt que pied), de petite taille, douleur très importante, noire, grise ou blanche, aspect sec – le sang n'arrive pas – berges abruptes, fond de plaie creusante.

Prise en charge

- *Ulcère veineux* : traitement de l'insuffisance veineuse de la plaie (avec détersion, désinfection, fermeture de la plaie et couverture du bourgeonnement) (Fiche 105, Fiche 106), et traitement mécanique (surélévation des jambes, bas de contention), traitement par pression négative (TPN type VAC®, par exemple).
- *Ulcère artériel* : traitement de l'insuffisance artérielle de la plaie (comme toute autre plaie stérile) et possibilité de chirurgie

(pontage, désobstruction etc.) pour traiter l'étiologie.

Attention !

Pas de contention élastique en cas d'ulcère artériel !

Escarres

 **Escarre** [nom féminin] : lésion cutanée liée à la compression des tissus mous entre un plan dur et une saillie osseuse, entraînant une hypoperfusion locale pouvant évoluer en nécrose.

Étiologie

Troubles moteurs, sensitifs (coma, obésité), vasculaires, intervention chirurgicale, plâtre, compression mécanique, etc.

Facteur de risque

Âge, état nutritionnel, déshydratation, macération.

Localisation

Sacrum, talons, ischions, trochanters, zones d'appui (scapula, occiput, épineuse vertébrale, rotule, etc.).

Stades

Stade 0 – Rougeur effaçable à la pression du doigt.

Stade 1 – Érythème.

Stade 2 – Désépidermisation.

Stade 3 – Nécrose.

Stade 4 – Ulcération.

Prise en charge

- *Préventive* : effleurage, matériels anti-escarres (matelas, coussins), mobilisation, changement de protections, absence de plis dans les draps (massages contre-indiqués).
- *Curative* : poursuites des actions préventives à l'exception de l'effleurage. Selon le stade et le type de lésion, le type de pansement pourra être adapté (Fiche 105, Fiche 106). Généralement, les pansements sont refaits tous les 2 ou 3 jours. Un

avis médical sera indispensable s'il y a signes d'infection (écouvillonnage) ou si des tendons ou os sont apparents.

FICHE 71

Insuffisance cardiaque

 **Insuffisance cardiaque (IC)** : incapacité du cœur à assurer une circulation sanguine efficace qui répond aux besoins de l'organisme.

Étiologie de l'IC

Maladies coronariennes, cardiomyopathies (hypertensive, toxique, diabétique, myocardite, etc.), atteintes valvulaires (insuffisance mitrale, aortique, tricuspide, rétrécissement aortique), causes diverses (cardiopathies rythmiques, etc.).

Étiologie de la décompensation

Arrêt ou modification de traitement, écart de régime, passage en fibrillation auriculaire, infection, évolution naturelle de la maladie, etc.

Physiopathologie

- Diminution de la fonction de pompe du cœur avec pour conséquence la diminution des débits en aval et l'augmentation de la pression en amont.
- Se mettent alors en place des mécanismes compensatoires :
 - intrinsèques : étirement des fibres cardiaques (dilatation cardiaque) pour augmenter la force de contractilité ;
 - extrinsèques : mécanismes neuro-hormonaux (tachycardie, vasoconstriction, arythmie, rétention d'eau, etc.).
- Puis suit la phase de décompensation, qui se manifeste par :
 - des complications à court terme : dilatation de la valve mitrale, fibrillation auriculaire, troubles ventriculaires (tachycardie, fibrillation ventriculaire) ;
 - des complications à long terme : dysfonctionnement ventriculaire induit par une mise en jeu de mécanismes

inadaptés (stimulation neuro-hormonale excessive, charge sodique et calcique, stress oxydatif, apoptose).

Évolution

En fonction de la gravité et de la durée de l'insuffisance cardiaque, elle s'exprimera par un œdème aigu du poumon (insuffisance cardiaque gauche) ou par des œdèmes périphériques (insuffisance cardiaque droite). Dans certains cas, elle peut évoluer en choc cardiogénique.

Classification NYHA (*New York Hearts Association*)

Stade I – Pas de limitation d'activité physique, absence de dyspnée et de fatigue dans les actes de la vie courante.

Stade II – Limitation modérée des activités physiques, gêne lors d'activités physiques importantes, mais absence de gêne au repos.

Stade III – Limitation franche des activités physiques, gêne lors des activités même modérées de la vie courante mais sans gêne au repos.

Stade IV – Incapacité d'effectuer la plupart des actes de la vie courante avec une gêne au repos.

Signes et symptômes

Clinique

- **Insuffisance cardiaque gauche** : dyspnée (liée à l'effort, orthopnée, à paroxysme nocturne avec toux sèche) type polypnée, hémoptysie, cyanose, hypoxie, tachycardie, sueurs, angoisse, crépitants à l'auscultation.
- **Insuffisance cardiaque droite** : prise de poids, augmentation de la pression veineuse, hépatalgie, œdèmes périphériques (mou, déclive, prenant le godet), ascite, diminution de la perfusion tissulaire, asthénie, turgescence de la veine jugulaire.
- **Choc cardiogénique** : hypotension (PAS < 90 mm Hg), oligurie (< 30 mL/h), hypoxie, asthénie, aspect « gris » du malade,

cyanoses, froideurs des extrémités, hypersudation, confusion mentale, asthénie, ralentissement psychomoteur, douleurs abdominales, puis défaillance multiviscérale progressive (d'abord hépatique et rénale).

Examens complémentaires

ECG : Fiche 133, fraction d'éjection du ventricule gauche, échographie transthoracique, IRM, angiographie, scintigraphie, bilan sanguin (anémie, hyponatrémie, BNP, bilan hépatique : Annexe IV), ± coronarographie, ± holter tensionnel, ± épreuve d'effort.

Prise en charge

- *Médicamenteuse* : bêtabloquants (en post-aigu), IEC, ARA II, antagonistes de l'aldostérone, diurétiques (Fiche 122, Fiche 123, Fiche 124).
- *Non médicamenteuse* : traitement électrique (défibrillateur automatique implantable, resynchronisation), dispositif d'assistance ventriculaire gauche (figure 26), greffe (< 65 ans).

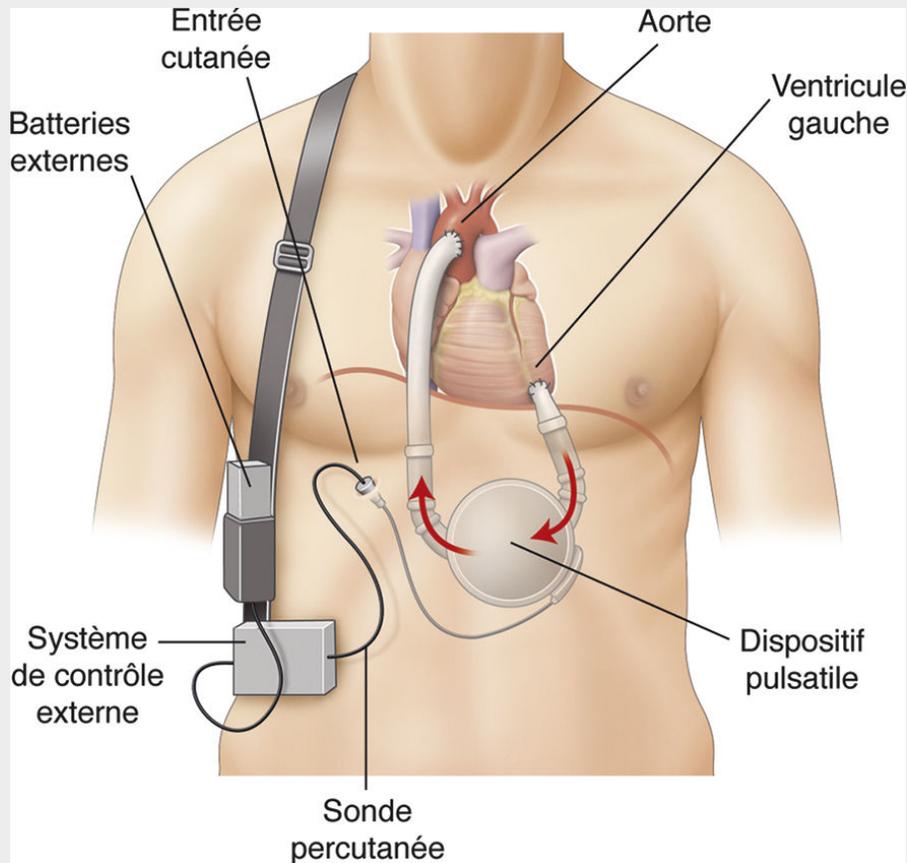


FIGURE 26 Dispositif d'assistance ventriculaire (DAV) gauche.

Éducation thérapeutique

Demander au patient de se peser régulièrement, de signaler au médecin les prises de poids et œdèmes, d'avoir un régime alimentaire spécifique (lutte contre l'obésité, régime hyposodé et contrôle des apports liquidiens), sevrage du tabac et de l'alcool indispensable, activité physique régulière.

FICHE 72

Insuffisance hépatocellulaire, hypertension portale

Fonctions du foie

- Synthèse et excrétion de la bile.
- Métabolisme des glucides, lipides et protéines.
- Synthèse de protéines (albumine, facteurs de coagulation) et autres molécules.
- Stockage de quelques vitamines (A, D, B12), du glucose (sous forme de glycogène hépatique) et du fer.
- Biotransformation d'hormones, de médicaments et de toxines.

Insuffisance hépatocellulaire

 **Insuffisance hépatocellulaire (IH)** : manifestations cliniques et biologiques secondaires à l'altération des fonctions hépatocytaires.

Étiologie

Hépatite cytolytique aiguë (médicamenteuse, toxique, ischémique), cirrhose, carcinome.

Évolution

Risque de trouble de la coagulation (thrombopénie) ([Fiche 57](#), [Fiche 61](#), [Annexe V](#)), de défaillance multiviscérale (détresse respiratoire par acidose, trouble cardiaque par hyponatrémie, etc.), d'anémie.

Signes et symptômes

Clinique

Signes cutanés (angiomes stellaires, érythrose palmaire, hippocratisme digital, ongles blancs), troubles endocriniens (hypogonadisme, aménorrhée, stérilité, dépilation, etc.), ictère, encéphalopathie (astérisis, confusion, trouble de la conscience, coma), *fœtor* hépatique (haleine à l'odeur de pomme aigrelette), autres (asthénie, syndrome hémorragique, anémie, infections, hypoglycémie, etc.).

Examens complémentaires

- Bilan biologique : albuminémie, facteur V et TP, bilirubine conjuguée.
- Ponction-biopsie hépatique.
- Échographie, IRM.

Prise en charge

- *Médicamenteuse* : antibiotique si origine infectieuse (Fiche 112), lactulose si encéphalopathie, correction des anomalies métaboliques, remplissage si besoin.
- *Non médicamenteuse* : surveillance de l'apparition d'un œdème cérébral, transplantation hépatique, transfusion (Fiche 137) si trouble de la coagulation ou anémie.

Hypertension portale

 **Hypertension portale (HTP)** : élévation du gradient de pression porto-cave supérieur à 5 mm Hg.

Étiologie

Obstacle circulatoire.

Évolution

Création de varices œsophagiennes, leucopénie, thrombopénie, encéphalopathie et formation d'ascite (risque infectieux, pleuropulmonaire).

Signes et symptômes

Clinique

Ascite, œdème des membres inférieurs, hydrothorax.

Examens complémentaires

- Endoscopie, radiographie, échographie.
- Bilan biologique (thrombopénie).
- Ponction-biopsie hépatique.

Prise en charge

- *Médicamenteuse* : traitement de l'étiologie, octréotide (Sandostatine®), bêtabloquants (Fiche 123).
- *Non médicamenteuse* : ligature des varices œsophagiennes (pour prévenir le risque de rupture), sclérose ou sonde de Blakemore (en cas d'urgence mais temporaire), ponction d'ascite.

FICHE 73

Exploration hépatique

Examen clinique

Palpation et percussion du foie afin de rechercher des signes d'insuffisance hépatique et d'hypertension portale (grosseur, dureté, etc.).

Examen biologique

→ [Annexe IV](#)

- **Bilirubine** conjuguée, bilirubine libre et bilirubine totale (somme des deux autres) : reflète une hémolyse ou des troubles hématologiques.
- **Transaminases** ASAT et ALAT : indicateurs de cytolyse, de nécrose cellulaire et relargage d'enzymes ; problème si transaminase > 10 fois la normale.
- **Phosphatases alcalines** : indicateur de cholestase - attention : dosage faussé chez la femme enceinte.
- **Gamma-GT** : indicateur de cholestase, stéatose, hyperthyroïdie, médicaments inducteurs enzymatiques, hépatopathie chronique quelle que soit la cause, consommation excessive d'alcool.
- **Taux de prothrombine** : évaluation fonctionnelle globale des facteurs II, V (uniquement foie), VII, IX et X. Le TP indiquera une insuffisance hépatique (diminution TP et du facteur V) ou un obstacle sur les voies biliaires (malabsorption de vitamine K, TP abaissé, facteur V normal).
- **Protidémie, albuminémie et dosage des immunoglobulines** : insuffisance hépatique (diminution de protidémie et d'albuminémie, augmentation des gammaglobulines), autres pathologies entraînant une hypoalbuminémie (dénutrition, syndrome néphrotique, etc.).

Examen morphologique

- Échographie hépatique, doppler, scanner, IRM.

Ponction-biopsie hépatique

- **Surveillance IDE post-ponction** : FC et PA toutes les 30 minutes durant les 3 premières heures, puis toutes les heures de H4 à H6. Repos au lit, en décubitus latéral droit pendant 2 heures puis dorsal pendant 5 heures, surveillance des douleurs (possible vessie de glace sur prescription) et du pansement.
- **Risques** : malaise vagal, douleurs, pneumothorax ou hémithorax, hématome intra-hépatique, hémorragie intrapéritonéale.

Marqueurs non invasifs de fibrose

- **Marqueurs biologiques** : acide hyaluronique, plaquettes, TP.
- **Mesure de l'élastométrie hépatique** (Fibroscan®).

FICHE 74

Insuffisance rénale

 **Insuffisance rénale (IR)** : diminution de la filtration glomérulaire en rapport avec une réduction du nombre de néphrons fonctionnels.

 **Insuffisance rénale aiguë (IRA)** : altération brutale de la fonction rénale, caractérisée par une élévation de la créatinine à caractère réversible.

 **Insuffisance rénale chronique (IRC)** : si la réduction du nombre de néphrons est permanente.

Fonctions du rein

- **Filtration, réabsorption et excrétion** : élimination des déchets (urée, créatinine, etc.), élimination des liquides en excès, régulation de l'équilibre acido-basique et électrolytique.
- **Fonctions endocrines** : production d'érythropoïétine, régulation de l'absorption du calcium (par l'activation rénale de la vitamine D), régulation de la PA (par la production de la rénine).

Étiologie

- **Insuffisance rénale aiguë**
 - Majoritairement cause pré-rénale, **fonctionnelle** (défaillance cardiaque, choc anaphylactique, hypovolémie, etc.).
 - Cause rénale propre, **organique** (toxiques, médicaments, obstruction, etc.).
 - Cause post-rénale, **obstructive** (obstacle entravant le flux urinaire : tumeur, lithiase, etc.).
- Insuffisance rénale chronique
 - Vascularites, myélome ([Fiche 99](#)), tuberculose ([Fiche 50](#)), déshydratation, toxiques, infection, obstruction des voies urinaires ([Fiche 58](#)), hypercalcémie, HTA maligne, etc.

Évolution

L'insuffisance rénale peut très rapidement se résorber de manière spontanée (avec surveillance médicale) ou évoluer vers la chronicité. L'évolution sera fonction du maintien en l'état ou de la dégradation, pouvant nécessiter une hémodialyse ou une greffe. L'insuffisance rénale va du syndrome néphrotique au syndrome néphritique.

Stades de la maladie rénale chronique

Stade	DFG (mL/min/1,73 m ²)	Définition
1	≥ 90	MRC avec DFG normal ou augmenté
2	Entre 60 et 89	MRC avec DFG légèrement diminué
3	Stade 3A : entre 45 et 59	MRC modérée
	Stade 3B : entre 30 et 44	
4	Entre 15 et 29	MRC sévère
5	< 15	MRC terminale

MRC, maladie rénale chronique.

Signes et symptômes

Clinique

- **Signes généraux** : oligurie, anurie, déshydratation, troubles cardiaques (du fait de l'hyperkaliémie).
- **Syndrome néphrotique** : protéinurie > 3 g, hypoalbuminémie, œdèmes des membres inférieurs, anomalie du bilan lipidique.
- **Syndrome néphritique** : hématurie, protéinurie, surcharge volémique avec HTA, augmentation de la créatinine.

Examens complémentaires

- Bilan sanguin (urée, créatininémie, calcium, potassium, sodium, hématies), calcul du débit de filtration glomérulaire (DFG).
- BU et ECBU (protéinurie, hématies, leucocytes).
- Échographie, scanner, IRM.

Prise en charge

Insuffisance rénale aiguë

- *Dans tous les cas*, prévenir et traiter :
 - l'hyperkaliémie : bilan sanguin et ECG, traitement par bicarbonate de sodium ou épuration extrarénale ;
 - l'infection urinaire, respiratoire et veineuse : sonde urinaire, kinésithérapie respiratoire ;
 - l'ulcère et l'hémorragie haute (risque favorisé par les troubles de l'hémostase, de l'urémie aiguë) : IPP ;
 - la dénutrition et la déshydratation : apports hydriques définis par le médecin, nutrition parentérale si besoin.
- *IRA obstructive* : suppression ou contournement de l'obstacle (sonde urinaire, sonde JJ ou autre chirurgie).
- *IRA fonctionnelle* : restriction hydrosodée stricte, pesée quotidienne, diurétiques.
- *IRA organique* : traitement de l'étiologie.

Insuffisance rénale chronique

- *Médicamenteuse* : IEC (Fiche 123) si HTA ou albuminurie, agents stimulants de l'érythropoïèse (Fiche 132) si anémie, correction de l'hypocalcémie, lutte contre l'hyperparathyroïdie, etc. Vaccins grippe et hépatite B.
- *Non médicamenteuse* :
 - dialyse péritonéale (Figure 27) : au domicile tous les jours. Échanges au travers du péritoine (surface vascularisée). Cathéter laissé à demeure pour permettre l'entrée et la sortie d'un liquide de dialyse stérile. Trois phases : injection, stase (2 litres/4 heures), drainage. Trois ou quatre échanges à faire par jour avec activité normale conservée pendant la phase de stase.

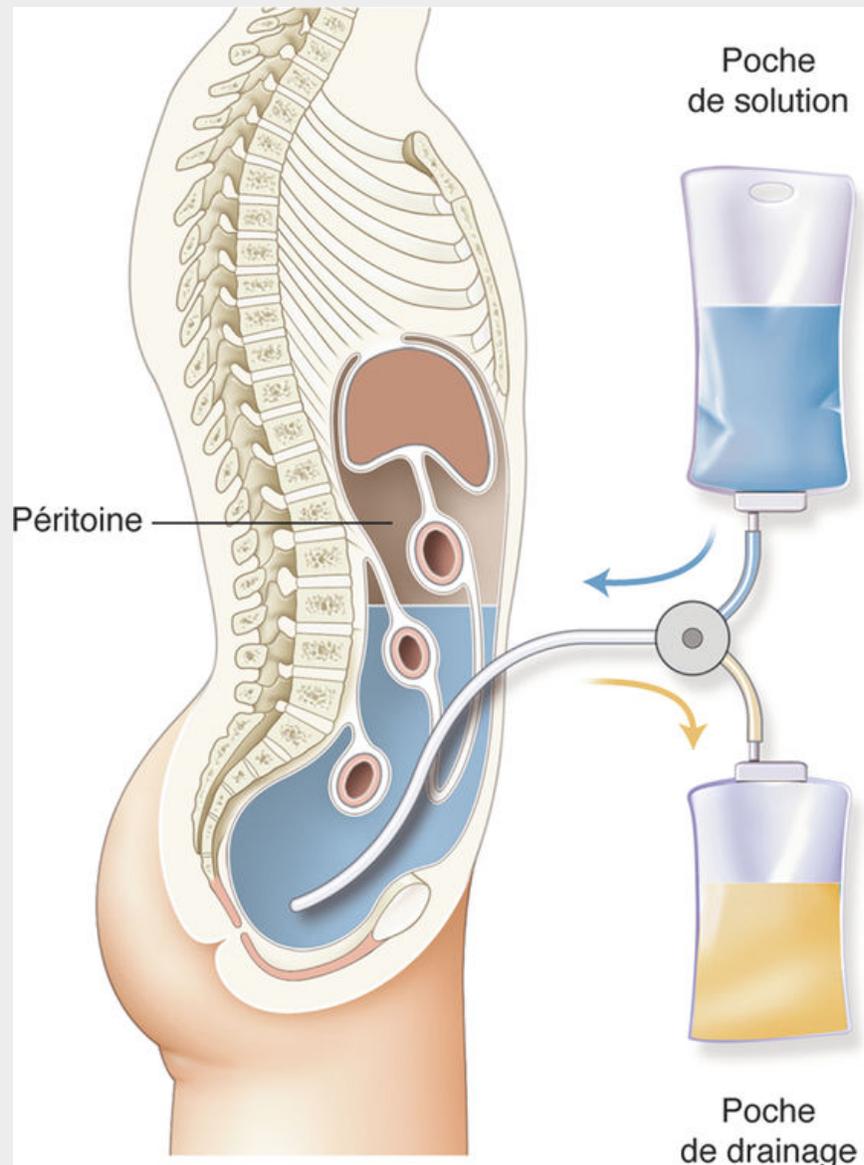


FIGURE 27 Schéma d'une dialyse péritonéale.

- hémodialyse : trois séances de 4 heures en moyenne par semaine. Le sang est épuré par un rein artificiel par le biais d'une circulation extracorporelle. L'abord vasculaire est une fistule artérioveineuse (Figure 28) ou par cathéter d'hémodialyse (au niveau du cœur). Par osmolarité, les déchets contenus dans le sang vont être transférés jusqu'au dialysat ;

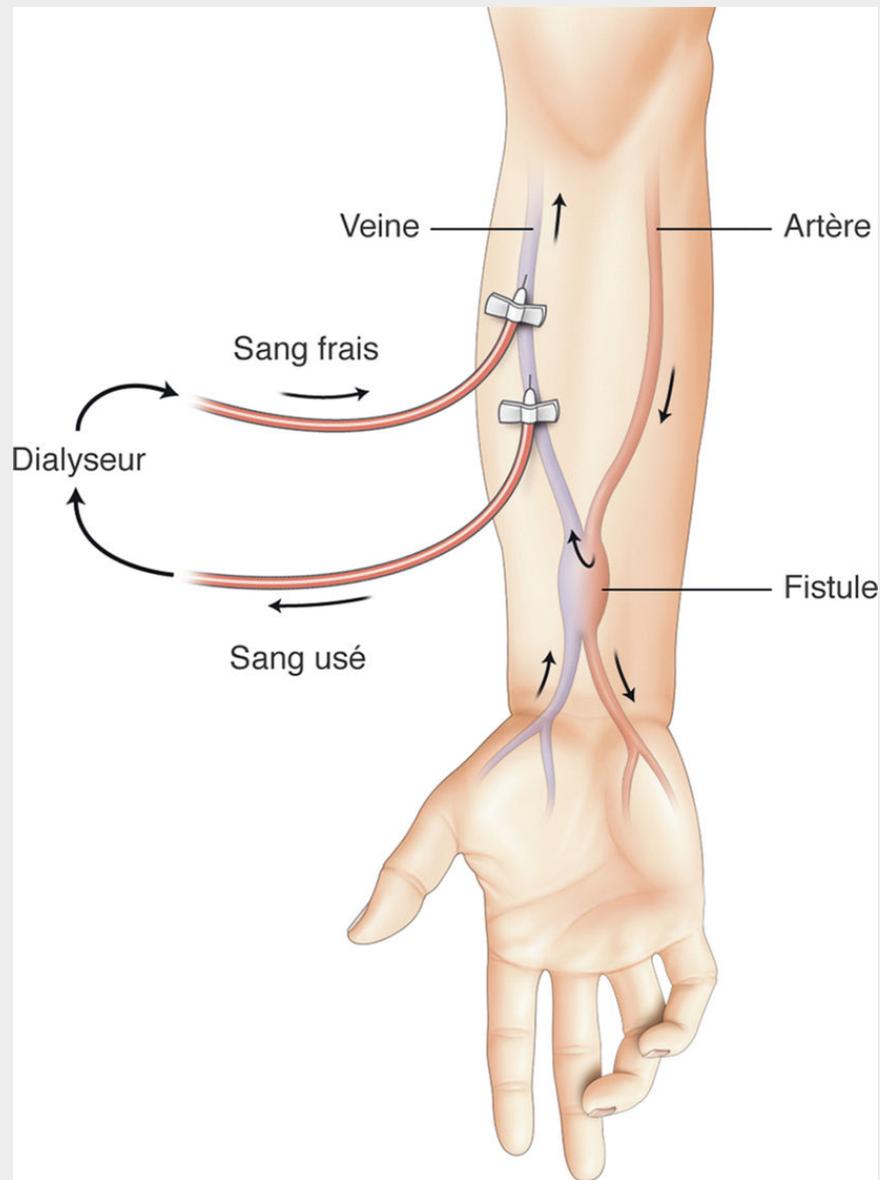


FIGURE 28 Schéma d'une fistule artérioveineuse.

– transplantation rénale.

Éducation thérapeutique du patient :

Connaissance des médicaments néphrotoxiques, prévenir les professionnels avant un examen radiologique, agir sur l'hygiène de vie, surveillance de la PA et du poids, surveillance de la diurèse et restriction hydrique, régime

hyposodé, sauvegarde du capital veineux en vue d'une éventuelle dialyse.

Attention !

Pas de bilan sanguin, prise de PA ou perfusion sur le bras fistulisé.

FICHE 75

Insuffisance respiratoire, ventilation assistée

Insuffisance respiratoire

 **Insuffisance respiratoire** : incapacité de l'appareil respiratoire à assumer les besoins de l'organisme sans mise en place de mécanisme de compensation.

Étiologie

Neuromusculaire, ostéoarticulaire, BPCO ([Fiche 56](#)), mucoviscidose, pneumo/hémothorax, EP ([Fiche 57](#)).

Évolution

Elle peut être aiguë ou chronique.

Au début, hématoxe anormale à l'effort puis installation dans la durée ; risque de développer une insuffisance cardiaque droite.

Types

- **Obstructive** : diminution du volume expiratoire maximum par seconde (VEMS) disproportionnée par rapport à la diminution de la capacité vitale (CV) : $VEMS/CV < 75 \%$.
- **Restrictive** : diminution de plus de 20 % de la CV, proportionnelle à celle du VEMS.

Signes et symptômes de l'insuffisance respiratoire aiguë

Clinique

Cyanose, tirage, douleur thoracique, toux, expectoration, sueurs froides, tachycardie, HTA, balancement thoraco-abdominal.

Examens complémentaires

Gazométrie perturbée : hypoxie, hypercapnie, acidose respiratoire, saturation en oxygène $< 90 \%$.

Signes et symptômes de l'insuffisance respiratoire chronique

Clinique

Dyspnée d'effort, essoufflement, cyanose.

Examens complémentaires

Bilan sanguin avec polyglobulie, gazométrie perturbée (hypoxie, hypercapnie et réserves alcalines augmentées).

Prise en charge

- **Aiguë** : oxygénothérapie (selon la gravité : masque haute concentration, VNI voire intubation si besoin), traitement de l'étiologie (ponction si pleurésie, ablation d'un corps étranger, fibrinolyse si EP, ponction si pneumothorax, etc.).
- **Chronique** : oxygénothérapie, fluidifiants, bronchodilatateurs (Fiche 120) corticoïdes (Fiche 113), antibiotiques selon l'étiologie (Fiche 112), kinésithérapie respiratoire.

Ventilation assistée

 **Ventilation assistée** : maintien d'une respiration efficace à l'aide d'un appareil.

Types

Ventilation assistée contrôlée ou ventilation spontanée avec aide inspiratoire (VSAI).

Pression de crête (Paw)

Hyperpression dans les voies aériennes proximales (sonde d'intubation bouchée, toux, tuyaux coudés).

Volume minute (VM)

Quantité d'air inspirée en une minute ($V_t \times FR$).

Pression de plateau

Peut indiquer une hyperpression alvéolaire (atélectasie, œdème pulmonaire, sang, intubation sélective, etc.).

Volume courant (Vt)

Volume d'air insufflé et exsufflé.

Fraction inspirée d'oxygène (FiO₂)

Taux d'oxygène contenu dans le mélange gazeux qui va vers le patient (21 % : norme en air ambiant).

Temps de plateau (TP)

Pression qui règne dans les alvéoles à la fin de l'inspiration : capacité des poumons à se détendre.

Pression expiratoire positive (PEP)

Un bon réglage permet d'éviter le collapsus alvéolaire.

FICHE 76

Explorations cardiorespiratoires

Examens biologiques sanguins

- **CPK** : enzyme qui transforme l'ATP et qui est libérée à la mort des cellules (indique une ischémie : cardiaque ou musculaire, dont rhabdomyolyse).
- **D-dimères** : produit de dégradation de la fibrine (mécanisme de coagulation) permettant de diagnostiquer des pathologies résultant d'une hypercoagulabilité (EP, TVP, CIVD). Attention aux faux positifs (personnes âgées, cancéreux, femmes enceintes, etc.). Un test négatif permet d'éliminer une EP ou une TVP (et d'éviter ainsi des examens invasifs en cas de doute clinique).
- **Lactates** : indiquent une hypoxie tissulaire ou un défaut de clairance métabolique. Risque d'acidose si taux trop important.
- **PaO₂, PaCO₂, bicarbonates, pH** : surveillance de l'acidose ou de l'alcalose, qu'elles soient respiratoires ou métaboliques.
- **Peptide natriurétique B (BNP)** : indique une pression au niveau du ventricule gauche, car les cellules cardiaques étirées sécrètent le BNP (insuffisance cardiaque gauche [[Fiche 71](#)]). Il permet de déterminer l'origine cardiaque ou pulmonaire d'une détresse.
- **Troponine** : indicateur de nécrose des cellules du myocarde (SCA, [Fiche 62](#), péricardite, etc.). Aux urgences, la mesure de la troponine doit être répétée (généralement délais de 6 à 12 heures) afin d'infirmier un diagnostic d'IDM.

Examens morphologiques

- **Cardiaque** : échographie, coronarographie, ECG ([Fiche 133](#)), monitoring/holter, épreuve d'effort, IRM, angioscanner.
- **Pulmonaire** : épreuve d'effort, *peakflow* (DEP), radiographie thoracique, scanner, TEP-scan, EFR.

Traitement et suivi

- **Ballon de contre-pulsion** : vise à améliorer le débit et la perfusion du myocarde (après IDM [[Fiche 62](#)], opération avec pontage coronaire, angor instable).
- **Stimulateur cardiaque, ou pacemaker** : indiqué pour les dysrythmies, bradycardie, faible débit cardiaque.
- **ECMO (*Extracorporeal Membrane Oxygenation*)** :
 - Veino-artérielle : vise à soulager le cœur ; elle est indiquée dans les cas de choc cardiogénique ([Fiche 71](#)), IDM ([Fiche 62](#)), myocardite aiguë, dysfonctionnement ventriculaire, rejet de greffe cardiaque, ACR, EP grave ([Fiche 57](#)).
 - Veino-veineuse : vise à soulager les poumons dans le cas de syndrome de défaillance respiratoire aiguë ([Fiche 75](#)).

FICHE 77

Maladies neurodégénératives/1

Maladie d'Alzheimer, sclérose latérale amyotrophique

Maladie d'Alzheimer

 **Maladie d'Alzheimer** : pathologie neurodégénérative qui entraîne une perte progressive et irréversible des fonctions cognitives. Touche en premier lieu les fonctions cognitives puis se répercute sur le comportement et l'adaptation sociale.

Facteurs de risque

Âge, prédisposition génétique, sexe (femme), facteurs de risque cardiovasculaire.

Physiopathologie

Accumulation de dépôts (plaques) amyloïdes, dégénérescence neurofibrillaire (agrégats de protéines Tau), atrophie corticale.

Signes et symptômes

- **Propres à la pathologie** : troubles de la mémoire des faits récents, désorientation temporo-spatiale, aphasie, apraxie gestuelle, agnosie.
- **Qui en découlent** : perte d'autonomie, déclin cognitif, troubles de l'humeur, troubles psycho-comportementaux, perte des capacités de communication et des fonctions motrices.

Prise en charge

- *Non spécifique* → Fiche 80.
- *Médicamenteuse spécifique* : symptomatique et ralentissement de l'évolution chez certaines personnes.

Sclérose latérale amyotrophique (ou maladie de Charcot)

 **Sclérose latérale amyotrophique (SLA)** : maladie dégénérative résultant d'une destruction des neurones moteurs caractérisée par un affaiblissement puis une paralysie musculaire.

Étiologie

Prédisposition génétique, facteurs environnementaux (virus, plomb, hormones), sexe (homme).

Évolution

Perte progressive de toute fonction musculaire (respiratoire y compris).

Signes et symptômes

- **Déficit moteur** : atteinte axiale tête-cou-tronc, respect des muscles oculomoteurs.
- **Signes pyramidaux** : spasticité, Babinski, réflexes ostéotendineux présents.
- **Signes neurogènes périphériques** : fasciculations, crampes, amyotrophie.
- **Signes bulbaires**, indiquant le pronostic : insuffisance respiratoire, troubles de la déglutition, langue atrophiée, dysarthrie paralytique, rires et pleurs spasmodiques.
- **Amaigrissement avec fonte de la masse musculaire.**
- **Autres** : pas ou peu de troubles sensitifs, pas de troubles sphinctériens, respect des fonctions encéphaliques (sauf dans 5 % des cas).

Prise en charge

- **Médicamenteuse** : traitement de la SLA (type riluzole, Rilutek®, qui prolonge la durée de la phase d'autonomie dans la maladie et

améliore le pronostic de 30 %), traitements symptomatiques (myorelaxants pour la spasticité, Lioresal® pour la spasticité et les crampes, utilisation de l'effet indésirable du Scopoderm® pour lutter contre l'hypersialhorrhée), antalgiques (Fiche 102, Fiche 103, Fiche 104).

- *Non médicamenteuse* : gastrostomie pour éviter la dénutrition, VNI voire trachéotomie.

FICHE 78

Maladies neurodégénératives/2

Maladie de Parkinson, maladie à corps de Lewy

Maladie de Parkinson

 **Maladie de Parkinson** : affection neurodégénérative, évolutive, qui touche les centres cérébraux régulateurs de mouvements involontaires.

Étiologie

Inconnue.

Physiopathologie

Dégénérescence progressive des neurones dopaminergiques de la substance noire (locus niger) par apoptose.

Évolution

Perte globale d'autonomie et décès du fait des complications (par exemple, pneumopathie).

Signes et symptômes

Triade parkinsonienne (syndrome parkinsonien)

- **Tremblements** : de repos, de faible amplitude, lents, distaux, augmentés par les émotions.
- **Akinésie** : lenteur et rareté des mouvements automatiques et volontaires avec difficulté d'initiation motrice.
- **Hypertonie extrapyramidale** : résistance constante lors de l'allongement passif des membres, cédant par à-coups successifs.

Autres

Troubles cognitifs (altérations des fonctions exécutives, démences parkinsoniennes), troubles affectifs (hyperémotivité, fluctuation thymique, anxiété, dépression, apathie), troubles végétatifs (hypotension orthostatique, troubles urinaires, sexuels, digestifs,

hypersudation, hypersialorrhée), troubles du sommeil, douleurs, etc.

Prise en charge

- *Médicamenteuse spécifique* → Fiche 125.
- *Chirurgicale spécifique* : stimulation cérébrale profonde.

Maladie (démence) à corps de Lewy

 **Corps de Lewy** : altération neurodégénérative caractérisée par le dépôt d'une protéine (l' α -synucléine) qui entraîne la mort des cellules nerveuses, s'exprimant par une fluctuation des capacités cognitives, des hallucinations et un syndrome parkinsonien.

Évolution

Aggravation plus rapide que la maladie d'Alzheimer en termes de perte d'autonomie, avec intrication d'hallucinations.

Signes et symptômes

Associe les troubles rencontrés :

- dans la maladie d'Alzheimer : troubles de la mémoire des faits récents moins marqués mais difficultés visuo-spatiales, visuo-constructives et d'organisation (habillage) plus précoces ;
- dans la maladie de Parkinson (avec des chutes plus fréquentes) ; à des hallucinations visuelles précoces.

Prise en charge

Anticholinestérasiques qui ont une bonne efficacité sur les troubles cognitifs et les hallucinations (Fiche 125). Antiparkinsoniens en cas de raideurs ou tremblements. Neuroleptiques atypiques si hallucinations et délires importants.

Attention !

Les neuroleptiques classiques aggravent les symptômes moteurs et le risque de chutes (Fiche 107).

FICHE 79

Maladies neurodégénératives/3

Sclérose en plaques

Sclérose en plaques

 **Sclérose en plaques (SEP)** : maladie auto-immune chronique inflammatoire qui provoque une dégénérescence du système nerveux central : la gaine de myéline qui protège les nerfs est détruite et remplacée par des plaques fibreuses.

Étiologie

Inconnue.

Facteurs déclenchants

Post-partum, infection, stress, traumatisme, vaccin.

Physiopathologie

Attaque des lymphocytes T contre la myéline du système nerveux central et création de lésions axonales secondaires (se manifestant par une atrophie cérébrale).

Types

- **Forme rémittente** : pas de séquelles après les poussées.
- **Forme secondairement progressive** : après plusieurs années de forme rémittente, le handicap s'accroît après chaque poussée.
- **Forme progressive d'emblée** : forme la plus sévère avec handicap rapidement invalidant.

Évolution

Handicap issu de séquelles de plus en plus invalidantes.

Espérance de vie de 66 ans.

Signes et symptômes

Clinique

- **Poussées** : syndrome extrapyramidal avec déficit moteur, plaintes subjectives au niveau sensitif, paresthésies voire douleurs, névrite optique rétrobulbaire, ophtalmoplégie internucléaire (ONI), vertiges, céphalées, ataxie, tremblements, dysarthrie, dysmétrie.
- **Handicap** : séquelles des poussées auxquelles s'ajoutent des troubles génito-sphinctériens et d'autres troubles invisibles (trouble de l'humeur, asthénie, troubles cognitifs, etc.).

Examens complémentaires

- IRM cérébrale et/ou médullaire.
- Bilan inflammatoire et infectieux complet.
- Ponction lombaire.

Prise en charge

- *Non médicamenteuse* : soutien psychologique, information sur le traitement et les effets indésirables, vaccination préconisée (grippe, VHA et VHB, pneumocoque) sauf vaccins vivants atténués, prévention et traitement des complications liées à l'alitement (escarres, infection pulmonaire, rétention d'urine, occlusion intestinale, etc.), maintenir autant que possible l'autonomie (mise en place d'aides techniques si besoin et surtout rééducation fonctionnelle : kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, etc.).
- *Médicamenteuse* :
 - traitement de fond (symptomatique : douleur, fatigue) ;
 - traitement ponctuel des poussées : hospitalisation, corticoïdes (Fiche 113) en bolus IV ;
 - formes récurrentes et durant la phase inflammatoire :
 - formes bénignes : pas de traitement médicamenteux autre que symptomatique ;
 - formes peu actives : immunomodulateurs ;
 - formes très actives malgré le traitement précédent : immunosuppresseurs sélectifs et chimiothérapie immunosuppressive (Fiche 128, Fiche 129).

FICHE 80

Maladies neurodégénératives/4

Prise en charge globale

Prise en charge

- *Médicamenteuse* :
 - dépression : antidépresseurs (Fiche 108), qui agissent aussi sur le ralentissement, l'émoussement affectif, l'irritabilité et l'impulsivité ;
 - comportement agressif : toujours chercher une cause somatique, un conflit, un syndrome confusionnel, les effets paradoxaux des traitements ; neuroleptique uniquement si nécessité de sédation (Fiche 107) (ont aussi des effets anticomitiaux) ; régulateurs de l'humeur (Fiche 109) ;
 - troubles du sommeil : galantamine (Fiche 125), zopiclone, miansérine (Fiche 110) ; attention aux effets paradoxaux ;
 - hallucinations et délires : neuroleptiques en faible dose.
- *Non médicamenteuse* : stimulation cognitive, activités occupationnelles, atelier de relaxation, art-thérapie, contact avec les animaux, kinésithérapie, ergothérapie, suivi neurologique, aides sociales et financières, etc.

Points clés des soins en fonction des stades

- **Stade débutant** : évaluation des capacités, directives anticipées et personne de confiance, protection juridique et préparation à l'admission en structure si seul(e) à domicile.
- **Stade modéré** : faciliter le repérage dans le temps et l'espace, maintien des capacités restantes ; élaborer un projet de vie et de soins ; ne pas raisonner, ne pas mettre en échec.
- **Stade sévère** : communication paraverbale et non verbale ; objectif : viser le plaisir du patient, son confort et son bien-être. Rechercher douleurs et problèmes somatiques lors d'agitation inhabituelle.

Processus tumoraux

FICHE 81

Processus tumoraux

Généralités

📄 **Cancer** : prolifération de cellules anormales et anarchiques capables d'envahir les tissus adjacents et de disséminer à distance. Cette dissémination se fait par voie sanguine, lymphatique ou endocavitaire, avec atteinte première des organes filtres (foie, poumons, os, rein, cerveau, ganglions).

📄 **Tumeur** : peut être bénigne ou maligne. Cancer = Tumeur maligne.

📄 **Métastase** : localisation cancéreuse secondaire située à distance du premier foyer, résultant de la migration de cellules tumorales par voie sanguine ou lymphatique.

📄 **Dysplasie** : phase précancéreuse qui traduit l'anomalie de développement d'un tissu ou organe.

📄 **Hyperplasie** : augmentation de volume d'un tissu ou d'un organe due à une augmentation du nombre de ses cellules.

Timing d'apparition

- **Cancer primitif**.
- **Cancer secondaire** : métastase d'un cancer primitif.
- **Cancers primitifs synchrones** : distincts mais concomitants (par exemple : cancers du sein bilatéraux ; cancer des VADS et cancer de l'œsophage) – à distinguer des métastases d'un cancer primitif unique.
- Tumeur révélatrice ou métastase **inaugurale** (par exemple, fracture sur métastase osseuse révélatrice d'un cancer primitif du poumon).
- Cancer **métachrone** (apparition 6–12 mois après un premier cancer).

Physiopathologie

- **Mécanisme de cancérogenèse** : perte du contrôle du cycle cellulaire, puis capacité d'invasion et de métastase ; néoangiogenèse (processus de croissance de nouveaux vaisseaux sanguins nourriciers de la tumeur à partir des vaisseaux préexistants) avec perte de l'apoptose et autosuffisance en facteurs de croissance.
- **Stades du processus tumoral** : lésion d'un ou plusieurs gènes d'une cellule, expansion clonale de celle-ci avec dysplasie (hyperplasie, dédifférenciation, anomalies cyto-nucléaires, anomalies de l'apoptose), invasion locale et enfin, généralisation avec apparition de métastases.

Classification TNM

- **T pour Tumeur** (T1 à T4) : définit la taille de la tumeur primitive et son extension locale. T1 correspond généralement à une petite tumeur confinée à l'organe et T4 à une tumeur qui envahit les organes voisins.
- **N pour Nodes (ganglions)** (N0 à N3) : correspond à la présence d'adénomégalies (ganglions augmentés de volume), détectables par des examens cliniques ou radiologiques. N0 correspond à l'absence d'adénomégalie détectable, N1 à un ganglion à proximité de l'organe atteint, N2 et N3 à des ganglions à distance.
- **M pour Métastase** : M0 correspond à l'absence de métastases osseuses et viscérales ; M1 à leur présence.

Stadification

Schématiquement :

- **Stade I** : tumeur limitée à l'organe initial, de petit volume, accessible à un traitement local curatif.
- **Stade II** : tumeur localement étendue pouvant bénéficier d'un traitement locorégional mais avec risque d'extension métastatique.
- **Stade III** : tumeur locorégionale avancée, étendue aux organes de voisinage avec risque métastatique important dont l'exérèse

complète est incertaine.

- **Stade IV** : tumeur métastatique ou très étendue avec de faibles chances de guérison.

Types de cancers

Cancers solides (cancers non hémopathiques)

- **Carcinomes et adénocarcinomes** : développés à partir de cellules épithéliales (par exemple, cancer colorectal [Fiche 83], de l'œsophage, de l'estomac [Fiche 86], du sein [Fiche 90], de l'ovaire [Fiche 87], de la prostate [Fiche 85], etc.).
- **Sarcomes** : développés à partir des tissus conjonctifs ou de soutien (localisations musculaires, osseuses, vasculaires, etc.) qui vont se reproduire rapidement et avoir une grande capacité à provoquer des métastases.

Cancers hémopathiques

Atteintes cancéreuses des cellules, des tissus ou organes qui produisent les lignes sanguines. Conséquences sur la composition du sang (par exemple, anémie).

- **Lymphomes** (Fiche 96, Fiche 97, Fiche 98) : concernent les ganglions et tissus lymphoïdes.
- **Leucémie** (Fiche 94) : cancer des cellules de la moelle osseuse caractérisé par une prolifération anormale et excessive de précurseurs des leucocytes (leucoblastes), qui finit par envahir la moelle osseuse puis le sang.

Principales manifestations cliniques du cancer

- **Syndrome tumoral** : en rapport direct avec le volume tumoral et lié à la présence de la tumeur primitive ou de métastases à distance :
 - signes liés à la tumeur primitive : hémorragies, douleurs, signes fonctionnels persistants (toux, troubles du transit, miction, dysphonie), signes physiques (déformation, tissus infiltrés) ;

- signes liés à des métastases à distance : douleurs osseuses, manifestations neurologiques.
- **Syndrome cachectique** : production par les cellules cancéreuses, ou entourant la tumeur, de substances pro-inflammatoires. Principalement : perte de poids, anorexie, AEG, fièvre et sueurs nocturnes, anomalies biologiques.
- **Syndrome thrombotique** : ensemble des symptômes associés à des troubles hématologiques (TVP, EP [[Fiche 57](#), [Fiche 61](#)], etc.).
- **Syndrome paranéoplasique** : induit par le cancer, à distance de tout volume tumoral : hypersécrétion d'une substance biologiquement active (par exemple, hormone corticoïde responsable d'un syndrome de Cushing) ou lésion auto-immune (polynévrite, myasthénie, syndrome cérébelleux, etc.).

FICHE 82

Dispositif d'annonce

 **Dispositif d'annonce** : doit permettre au malade d'avoir les meilleures conditions d'annonce de sa pathologie, en le faisant bénéficier :

- d'un temps médical d'annonce et de proposition de traitement ;
- d'un temps des soins et de soutien avec repérage des besoins ;
- d'un accès à des compétences en soins de support.

Cadre légal

La consultation infirmière doit être prescrite.

Intérêt de la consultation infirmière

- Une information doit être progressive et souvent répétée.
L'annonce remet en jeu le pronostic vital avec une désillusion quant à l'immortalité. Le dispositif d'annonce se doit de respecter le temps psychologique nécessaire à l'élaboration d'un nouveau schéma de vie (temps d'intégration) : toute bonne consultation médicale ne peut être suffisante (déli, sidération, traumatisme, etc.).
- Après cette « pré-digestion », apparition de questions de tout ordre : gravité, pronostic, vie professionnelle, vie familiale, traitements, effets secondaires, etc. Elle permet donc une implication du patient dans son parcours thérapeutique.
- Par ailleurs, elle permet de donner au patient et à ses proches l'ensemble des ressources à disposition.
- Enfin, elle permet d'anticiper les besoins (aides à domicile, rapprochement familial, etc.).

Contenu de la consultation infirmière

- État des lieux de ce qui a été dit, entendu, compris, et de ce qui ne l'est pas ou qui reste flou.

- Bilan sur la progression de l'information : documentations remises, lues, comprises ? Questionnements venant du patient ?
- Recherche des besoins du patient :
 - reformuler le diagnostic, les raisons des décisions thérapeutiques, les effets attendus et les effets secondaires des traitements, proposer des documentations supplémentaires (vidéos, images, livrets, etc.) ;
 - écouter (respect des étapes de deuil, peur, appréhension en rapport avec l'entourage, la sexualité, les enfants, l'image corporelle, recherche de causes, culpabilité, réflexion) ;
 - apporter des ressources (psychologue, assistante sociale, diététicienne, kinésithérapie, sophrologie, hypnose, associations, adresses pour perruque, prothèses, lingerie, etc.).
- Guider la convalescence et le retour à domicile (infirmière à domicile, aides ménagères, informations sur le sport, la reprise d'activité, l'arrêt de travail, le port de charge, la conduite automobile, etc.).

FICHE 83

Cancer du côlon, cancer du rectum

Cancer colorectal

Épidémiologie

Troisième cancer chez l'homme ; deuxième cause de décès par cancer. Survie moyenne de 50 % à 5 ans mais 0 % en cas de métastases.

Facteurs de risque

Diététiques (grosse consommation de graisses saturées et de viandes rouges, faible consommation de fibres, fruits et légumes), sédentarité, obésité, alcool, facteurs génétiques.

Évolution

Présence de masse(s) cancéreuse(s) diminuant le calibre de l'intestin, gênant ou empêchant le passage des matières fécales. Les principales complications sont les occlusions, les abcès et les perforations.

Diagnostic souvent tardif car les signes cliniques s'installent progressivement (latent), d'où l'intérêt du dépistage.

Signes et symptômes

Clinique

Troubles du transit récent, inhabituel et résistant à un traitement, hémorragies intestinales (rectorragie ou méléna) plus ou moins abondantes mais répétées, douleurs abdominales récentes et inexplicables, AEG, occlusions fréquentes, tension rectale (ténesme), anémie ferriprive sans cause, fièvre possible, toucher rectal.

Examens complémentaires

Échographie et radiographie thoracique ou scanner abdominopelvien, coloscopie avec biopsie (diagnostic), marqueurs tumoraux (ACE : antigène carcinoembryonnaire). Anémie possible.

Prise en charge

- **Préventive** : dépistage préconisé sur l'ensemble de la population entre 50 et 75 ans tous les 2 ans (test Hémocult® II) sur selles fraîches. De façon individuelle, coloscopie proposée selon les antécédents personnels ou familiaux.
- **Cancer colique** : traitement essentiellement chirurgical avec exérèse de la tumeur et curage ganglionnaire. Possible traitement néoadjuvant pour faire diminuer la tumeur, comme la chimiothérapie et les thérapies ciblées, avec ou sans chimiothérapie et hormonothérapie ciblée (Fiche 128, Fiche 129, Fiche 130, Fiche 131). Pas de radiothérapie pour le côlon, car risque d'irradiation du grêle et donc d'arrêt de sa motilité, voire sténose.
- **Cancer rectal** : traitement chirurgical avec, dans l'idéal, conservation du sphincter anal afin d'éviter la colostomie (Fiche 84). Radiothérapie ou chimiothérapie associées dans les stades avancés de la maladie.

FICHE 84

Colostomie, iléostomie

 **Stomie** : abouchement d'un organe à la peau. On parle d'iléostomie lorsqu'il s'agit de l'intestin grêle, de colostomie lorsqu'il s'agit du côlon.

Types

Temporaire ou définitive.

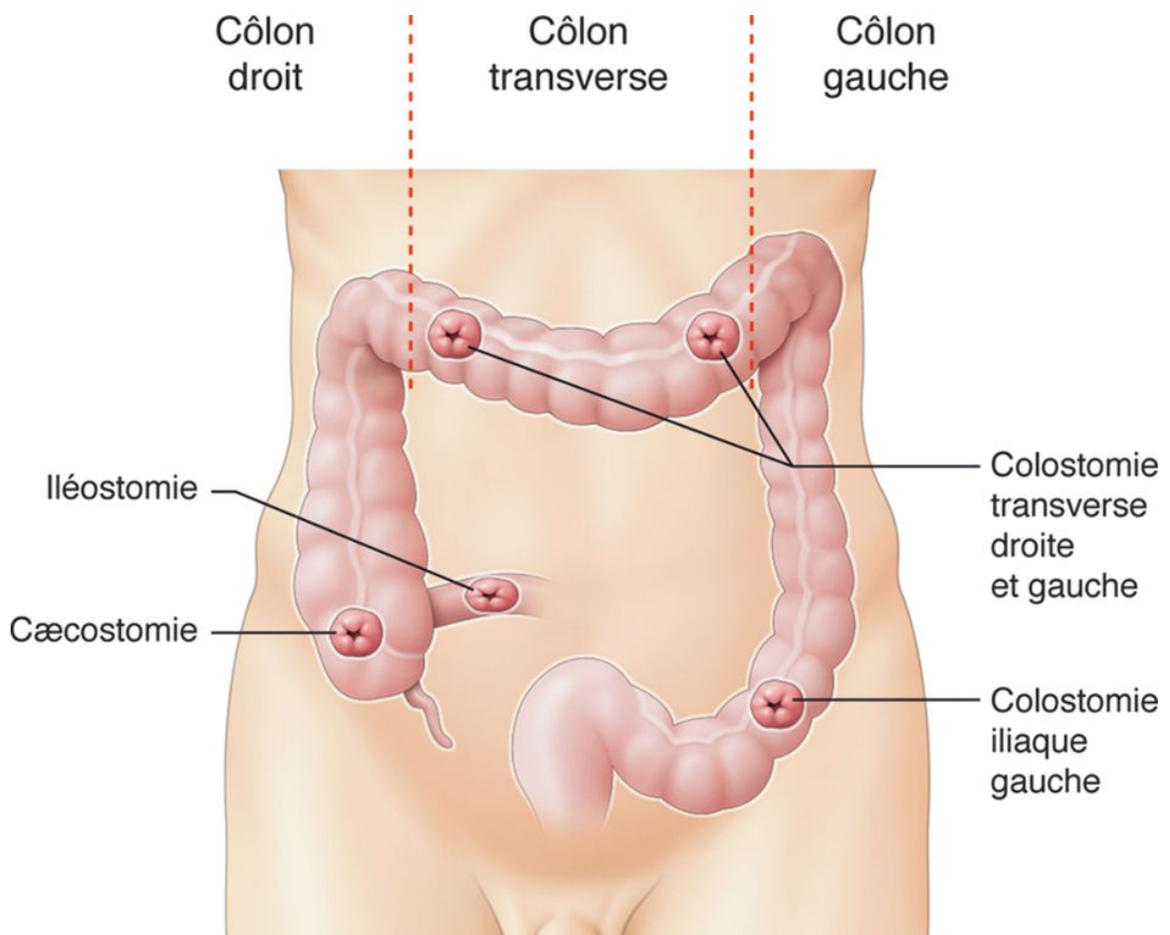


FIGURE 29 Localisation des stomies.

Matériel existant

- **En une pièce** : poche et socle ne font qu'un ; pour nettoyer la stomie, il faut retirer à la fois le socle et la poche.
- **En deux pièces** : poche et socle sont séparables ; il est possible de changer de poche sans changer de socle, ce qui permet de préserver la peau.
- **Vidangeable** : poche avec un embout permettant de vider le contenu au-dessus des toilettes, par exemple.
- **Non vidangeable** : changement de poche systématique lorsqu'elle est pleine.

Aspect des selles

- **Pour une iléostomie** : les selles sont liquides et d'aspect jaune verdâtre du fait de la présence de liquide gastrique en grande quantité.
- **Pour une colostomie** : les selles sont marron et légèrement plus molles que lors de la sortie par un orifice naturel.

Fréquence

- **Système une pièce** : support renouvelé à chaque changement de poche.
- **Système deux pièces** : poche changée en fonction des besoins, support changé tous les 2 à 3 jours.
- **Iléostomie** : poche vidée environ toutes les 2 heures (du fait de la proximité avec l'estomac et de la quantité de liquide gastrique qui s'évacue).
- **Colostomie** : poche vidée une à deux fois par jour.

Alimentation

- **Colostomie** : reprise rapide d'une alimentation normale.
- **Iléostomie** : la mise en place d'une iléostomie induit une modification du transit intestinal du fait de l'exclusion du côlon. Les selles sont plus liquides et plus abondantes qu'auparavant. Alimentation initialement sans résidu pour mettre au repos l'intestin, puis réintroduction progressive de fruits et légumes cuits, produits laitiers et enfin fruits et légumes crus.
- **Aliments provoquant des gaz** : champignons, navets, artichauts, salsifis, légumes secs (lentilles, pois cassés, flageolets) et boissons gazeuses.
- **Si constipation** : hydratation, mobilisation, éviter les laxatifs puissants, augmenter la ration de fruits et légumes et manger des pruneaux.

Ajouter du pain complet à l'alimentation.

- **Astuce** : pour déclencher une selle, consommer une glace suivie d'un café à la fin du repas – la glace accélère la progression du contenu intestinal et le café augmente la motilité digestive.
- **Si diarrhée** : riz bien cuit, pâtes, semoule en abondance. Suppression des produits laitiers et légumes.

Activités sportives

Dès que l'état de santé le permet, le stomisé peut reprendre l'activité physique qu'il pratiquait avant, avec pour seules exceptions les sports violents (combats, rugby, etc.) car ils pourraient blesser la stomie. Les activités aquatiques peuvent être pratiquées grâce aux appareillages étanches.

Il est conseillé de boire beaucoup d'eau et de prendre peu de sel pour éviter la déshydratation.

Irrigation colique

- **Description** : elle se fait sur la colostomie gauche terminale sur prescription du chirurgien ou du médecin référent. Cette technique permet de vider entièrement le côlon de son contenu et d'obtenir une absence d'émission de selles durant 2 à 3 jours.
- **Technique** : introduire 500 à 1 000 ml d'eau tiède du robinet par la stomie à l'aide d'une canule conique. L'évacuation se fait dans les WC par l'intermédiaire d'une très longue poche appelée manchon. Elle se pratique régulièrement toutes les 48 heures et dure de 30 à 45 minutes.
- **Avantages** : absence de selles entre deux irrigations, pas de fuites, port de mini-poches ou système obturateur, diminution de la quantité de gaz.
- **Contraintes** : temps d'adaptation pour obtenir un bon résultat (15 jours à 1 mois), régularité vivement conseillée, durée de l'irrigation.

FICHE 85

Hypertrophie bénigne de la prostate, cancer de la prostate

Hypertrophie bénigne de la prostate (HBP)

Épidémiologie

Touche 50 % des hommes de plus de 50 ans.

Étiologie

Possible influence androgénique et de la 5 α -réductase.

Évolution

Risque de rétention d'urine (aiguë ou chronique), infection (orchi-épididymite, prostatite, pyélonéphrite), lithiase urinaire, diverticule de vessie, insuffisance rénale.

Signes et symptômes

Clinique

Troubles mictionnels (pollakiurie nocturne/diurne, dysurie avec faiblesse de jet, gouttes retardataires, miction par poussée abdominale), toucher rectal (prostate augmentée de volume).

Examens complémentaires

Biologie augmentée (marqueur PSA spécifique de la prostate), échographie vésico-prostatique (possible globe et hernie inguinale, vessie de lutte, lobe médian, résidu post-mictionnel).

Prise en charge

- Selon la gravité et les complications : antibiotiques (Fiche 112), LEC, antalgiques (Fiche 102, Fiche 103, Fiche 104).
- *Généralement* : règles hygiéno-diététiques (éviter l'alcool, les épices), alphabloquants (diminution du tonus musculaire), inhibiteur de la 5 α -réductase (diminution du volume de la prostate), suivi annuel.

- *Chirurgical* : résection endoscopique de prostate (ou RTUP), photovaporisation laser, adénomectomie par voie haute (énucléation sus-pubienne), endoprothèse urétrale pour les soins palliatifs/patients inopérables.

Cancer de la prostate

Épidémiologie

Premier cancer chez l'homme, deuxième cause de mortalité par cancer chez l'homme.

Facteurs de risque

Âge, ethnie (Afro-Antillais), facteurs génétiques.

Évolution

Survie relative de 94 % à 1 an contre 80 % à 5 ans.

Signes et symptômes

Clinique

Induration au toucher rectal, symptômes urinaires (pollakiurie, dysurie, urétrorragie, douleurs mictionnelles), symptômes généraux (douleurs osseuses, AEG, anémie).

Examens complémentaires

Dosage du PSA, biopsie endorectale, bilan d'extension (scintigraphie osseuse, IRM de prostate).

Prise en charge

En fonction de l'agressivité, prostatectomie, radiothérapie, curiethérapie, hormonothérapie (castration médicale) (Fiche 130, Fiche 131). Mais tous ces traitements présentent des risques de lymphocèle, incontinence urinaire (atteinte du sphincter), impuissance (atteinte des bandelettes neurovasculaires). Surveillance et suivi par dosage du PSA et testostéronémie si hormonothérapie.

FICHE 86

Cancer de l'œsophage, cancer de l'estomac

Cancer de l'œsophage

Épidémiologie

5 % des cancers.

Facteurs de risque

Alcool, tabac, mégaoesophage, cancer ORL associé, antécédents de brûlures caustiques (RGO), irritation chronique de l'œsophage.

Évolution

Complications par fistule œsotrachéale et obstruction de l'œsophage.

Taux de survie à 5 ans : < 5 %.

Signes et symptômes

Clinique

Dysphagie, douleurs rétro-sternales, AEG, dysphonie.

Examens complémentaires

Endoscopie/fibroskopie, biopsies et bilan d'extension (TEP-scan, scanner) pour recherche de métastases.

Prise en charge

Traitement chirurgical dans la moitié des cas (destruction par laser ou mise en place d'une prothèse œsophagienne) avec ou sans gastrostomie transitoire. Chimiothérapie (Fiche 128, Fiche 129) préopératoire pour faciliter l'ablation chirurgicale. Radiothérapie pour améliorer le pronostic de survie (Fiche 131).

Cancer de l'estomac

Facteurs de risque

Infections à *Helicobacter pylori*, alcool, tabac.

Évolution

Le diagnostic est souvent tardif du fait des signes peu spécifiques ; la découverte peut même se faire au stade de métastases hépatiques avec ascite.

Survie médiane > 3 ans ; 23 % de survie à 5 ans.

Signes et symptômes

Clinique

Non spécifiques, tels qu'AEG, dysphagie, vomissements, syndrome ulcéreux, syndrome dyspeptique ou anorexique, douleurs épigastriques, complications hémorragiques, anémie, phlébite.

Examens complémentaires

- Fibroscopie avec biopsie (diagnostic), endoscopie, scanner, échographie.
- Bilan d'opérabilité.
- Marqueurs tumoraux : ACE, CA 19-9.

Prise en charge

Chirurgicale par gastrectomie (partielle ou totale) et curage ganglionnaire. Chimiothérapie et radiothérapie si métastase ou à visée palliative (Fiche 128, Fiche 129, Fiche 131). Prise en charge nutritionnelle.

FICHE 87

Cancer de l'ovaire, cancer du col de l'utérus

Cancer de l'ovaire

Sa gravité s'explique par le fait qu'il est majoritairement diagnostiqué à un stade avancé.

Facteurs de risque

Prédisposition héréditaire.

Évolution

Survie globale de 30 % à 5 ans.

Dépistage

Dans les formes familiales : conseil génétique, dépistage et possibilité d'ovariectomie chez les femmes de plus de 35 ans ne désirant plus d'enfants.

Signes et symptômes

Clinique

- Douleurs abdomino-pelviennes, augmentation du volume de l'abdomen (ascite), hémorragies génitales, troubles digestifs (vomissements, anorexie, parfois occlusion [Fiche 59]).
- En cas d'extension : torsion, hémorragie intratumorale ou intrapéritonéale, compression des voies urinaires, troubles circulatoires des membres inférieurs, infection.

Examens complémentaires

- Échographie abdomino-pelvienne pour la recherche d'ascite et de métastases hépatiques, puis scanner thoraco-abdomino-pelvien pour localiser les adénopathies et extensions cancéreuses au niveau du pelvis et la recherche de métastases.
- Exploration chirurgicale indispensable.

- Marqueurs tumoraux : dosage du CA 125 (proportionnel à la taille de la tumeur).

Prise en charge

Chirurgie, chimiothérapie, éventuellement hormonothérapie et immunothérapie par voie intrapéritonéale (Fiche 128, Fiche 129, Fiche 130, Fiche 131).

Cancer du col de l'utérus

Épidémiologie

Cinquième cancer chez la femme.

Facteurs de risque

Partenaires multiples (infections par HPV, responsable de dysplasie et d'évolution en cancer).

Évolution

Taux de survie proche de 90 % à 5 ans.

Signes et symptômes

Clinique

- Métrorragie, anomalies au frottis cervico-vaginal de dépistage.
- Si extension : douleurs pelviennes à type de sciatique, insuffisance rénale par compression des uretères (Fiche 74), occlusion (Fiche 59). Toucher vaginal et rectal.

Examens complémentaires

Scanner abdomino-pelvien et surtout IRM permettent de préciser l'extension aux organes voisins.

Prise en charge

- *Préventive* : vaccin contre le cancer du col de l'utérus qui protège contre les infections à HPV (Fiche 42) et empêche la formation de dysplasies ; dépistage par frottis tous les 3 ans.
- *Curative* : selon le stade, vaporisation laser, électro-conisation, hystérectomie, chimiothérapie, curiethérapie, radiothérapie (Fiche 128, Fiche 129, Fiche 130, Fiche 131).

FICHE 88

Cancer du poumon, cancer des voies aérodigestives supérieures

Cancer du poumon

Épidémiologie

Première cause de mortalité par cancer ; âge médian du diagnostic à 65 ans ; 5 hommes pour 1 femme ; 20 % sont non-fumeurs.

Facteurs de risque

Tabac (probabilité = Quantité tabac × Temps⁴), amiante, silice, âge.

Types

- **Cancers bronchiques à petites cellules** (20 %).
- **Cancers bronchiques non à petites cellules** (80 %) :
 - carcinomes épidermoïdes (60 %) ;
 - adénocarcinomes (15 %) ;
 - indifférenciés à grandes cellules (5 %).

Évolution

- Cancer à petites cellules : évolution très rapide (jour ou semaines), qui répond à la chimiothérapie.
- Cancers non à petites cellules : taux de récurrence à 5 ans de 65 %.

Signes et symptômes

Clinique

Modification de la toux, hémoptysie, dyspnée, hypercalcémie du fait de la lyse osseuse, hyperparathyroïdie, douleurs osseuses (métastases), ictères et hépatomégalie (métastase au foie), amaigrissement.

Examens complémentaires

- Radiographie pulmonaire, scanner.
- Biopsie (soit par fibroscopie bronchique soit par ponction transpariétale).
- Recherche de contre-indications opératoires (TEP-scan, bilan cardiaque, fonction rénale, etc.).

Prise en charge

Selon le type de cancer et sa gravité : chimiothérapie (Fiche 128, Fiche 129) et/ou chirurgie.

Cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS)

Les VADS regroupent l'oropharynx (amygdales, voile du palais), le rhinopharynx (ou cavum), l'hypopharynx, le larynx, les sinus de la face et les glandes salivaires.

Épidémiologie

15 % du nombre total des cancers ; 7 hommes pour 1 femme.

Facteurs de risque

Synergie tabac-alcool, mauvaise hygiène dentaire.

Évolution

Extension ganglionnaire précoce (cerveau, poumons, foie).

Taux de survie à 5 ans : 50 %.

Signes et symptômes

Clinique

Dysphonie avec ou sans hypoacousie ou autophonie, dysphagie avec ou sans douleur à la déglutition (odynophagie), dyspnée, otalgie.

Examens complémentaires

- Biopsie, scanner du cou et de la face, panoramique dentaire.
- Recherche de métastases à distance (radiographie du thorax, échographie hépatique) et d'un cancer synchrone (œsophage, poumon).
- Marqueurs tumoraux : recherche d'anticorps contre l'EBV (cancer du cavum).

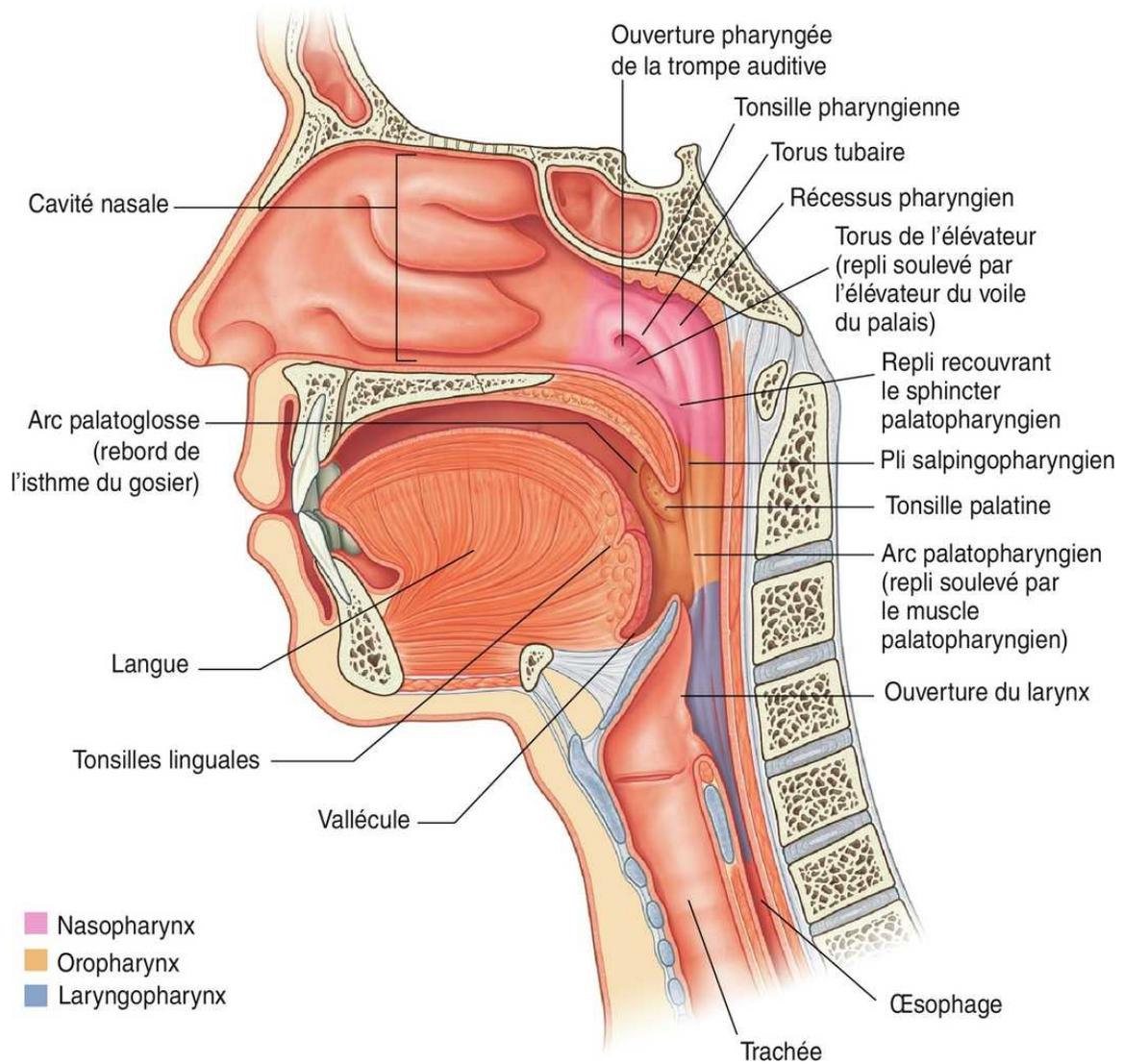


FIGURE 30 Voies aérodigestives supérieures. Gray's anatomy for students, 3rd Edition, par R.L. Drake, A. Wayne Vogl, A.W.M. Mitchell, © 2015 Churchill Livingstone, an imprint of Elsevier Inc. © 2015 Elsevier Masson SAS.

Prise en charge

Chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie (Fiche 128, Fiche 129, Fiche 131).

FICHE 89

Trachéotomie, trachéostomie

Trachéotomie

 **Trachéotomie** : ouverture provisoire chirurgicale au niveau de la face antérieure de la trachée, maintenue béante au moyen d'une canule.

Indications

- **Transitoire** : existence d'un obstacle respiratoire laryngé constituant une menace d'ordre vital ou nécessité d'une ventilation mécanique longue.
- **Définitive** : en cas de ventilation assistée [Fiche 76](#) ou de cancer du larynx.

Conséquences

Absence de modification anatomique, respiration par les voies aériennes supérieures et par l'orifice trachéal, fonction phonatoire et de déglutition partielle ou totale avec alimentation *per os*.

Laryngectomie totale, trachéostomie

 **Trachéostomie** : ablation définitive du larynx (donc de la glotte et des cordes vocales), avec séparation du système respiratoire et du système digestif par un abouchement de la trachée à la peau.

Indication

Ablation d'un carcinome envahissant le larynx.

Conséquences

Perte de la fonction respiratoire initiale (bucco-nasale), perte de la fonction phonatoire laryngée, perte sensorielle de l'odorat et/ou du goût, perte des efforts à glotte fermée, perturbation de l'image corporelle (identité et schéma).

Restauration vocale possible

- Voix œsophagienne : induction d'air dans l'estomac (ventriloquie).
- Voix prothétique : amplificateur électrique.
- Voix trachéo-œsophagienne : pose de prothèse phonatoire.

Cadre légal

R. 4311-7 du Code de la santé publique : « Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule étant effectué par un médecin. »

FICHE 90

Cancer du sein

Cancer du sein

Épidémiologie

Premier cancer chez la femme et première cause de mortalité par cancer ; 10 femmes pour 1 homme.

Facteurs de risque

Génétiques (BRCA1, BRCA2), hormonaux (puberté précoce, cycles anovulatoires, nullipare, première grossesse tardive, absence d'allaitement, ménopause tardive).

Types

Non infiltrant (*in situ*)

Reste situé au niveau des canaux galactophores ou des lobules du sein.

- Carcinome canalaire *in situ* (CCIS) : il ne peut pas s'étendre aux ganglions lymphatiques ou ailleurs et est asymptomatique.
- Carcinome lobulaire *in situ* (CLIS) : risque accru de développer un cancer du sein infiltrant. Il ne présente généralement pas de masse ou de symptômes.

Infiltrant

- Carcinome canalaire infiltrant (CCI) : il envahit le tissu mammaire avoisinant et peut se métastaser. Symptomato­logie possible.
- Carcinome lobulaire infiltrant (CLI) : il envahit le tissu mammaire avoisinant et peut se métastaser. Symptomato­logie possible.

Inflammatoire

Le cancer du sein inflammatoire (CSI) prend naissance dans les canaux galactophores du sein et se propage aux vaisseaux lymphatiques. Symptomatique.

Maladie du mamelon (maladie de Paget)

Cellules cancéreuses à l'intérieur et autour du mamelon.
Symptomatique.

Évolution

Survie globale : 65 % à 5 ans, 50 % à 10 ans.

Dépistage

Mammographie tous les 2 ans entre 50 et 65 ans. Dépistage plus précoce en cas de facteurs de risque.

Signes et symptômes

Clinique

Fossette, tuméfaction, anomalie de surface (ride, peau d'orange, œdème, rougeur, etc.), nodule ou ulcération, anomalie du mamelon (rétractation, surélévation, érosion).

Examens complémentaires

- Mammographie bilatérale, échographie, cytoponction à l'aiguille ou biopsie percutanée (permettant d'éviter une biopsie chirurgicale).
- Marqueurs tumoraux : CA 15-3 et ACE.

Prise en charge

Selon le type et l'étendue : possible chirurgie (tumorectomie, mammectomie avec curage ganglionnaire et reconstruction mammaire immédiate ou différée), radiothérapie systématique en postopératoire (Fiche 131), chimiothérapie dans le cas de cancers évolués ou à nombreux foyers (Fiche 128, Fiche 129) ; hormonothérapie (Fiche 130) souvent associée aux autres traitements. Surveillance trimestrielle pendant 4 ans.

Attention !

Faire attention au lymphœdème : en cas de mastectomie, mobilité du bras gênée, peau fine, œdème, bras douloureux. Éviter les prises de sang, prise de PA et traumatisme sur le bras mastectomisé.

FICHE 91

Sémiologie des hémopathies/1

Neutropénie, lymphopénie, anémie

Pour un rappel sur la composition du sang : voir [Annexe IV](#).

Neutropénie

 **Neutropénie** : taux de PNN < 1 500/mm³ ; sauf Magrébins et Africains : < 800/mm³.

Étiologie

Toxique (post-chimiothérapie [[Fiche 128](#), [Fiche 129](#)], médicament), envahissement médullaire (hémopathie, cancer).

Signes et symptômes

- **Neutropénie** : choc septique (Fiche 31), infections à répétition (virale, bactérienne, fongique), aphtose buccale.
- **Neutropénie fébrile** : même indicateur avec en plus une fièvre associée (> 38 °C deux fois à 3 heures d'intervalle, une fois > 38,3 °C avec taux < 500 PNN/mm³ ; ou si hypothermie < 36 °C) ; urgence absolue car risque de choc septique.

Prise en charge

Bilan sanguin, hémocultures, ECBU, radiographie thoracique, antibiotiques, isolement du patient.

Lymphopénie

 **Lymphopénie** : taux de lymphocytes < 1 500/mm³.

Étiologie

Toxique (corticothérapie, chimiothérapie), infectieuse (VIH, CMV, grippe...), tumorale (hémopathies lymphoïdes, myélome [[Fiche 96](#), [Fiche 97](#), [Fiche 98](#), [Fiche 99](#)]).

Signes et symptômes

Variables en fonction du type de déficit (lymphocytes T ou B) : multiples infections opportunistes, déficit humoral (infections ORL, gammopathies, etc.).

Prise en charge

NFS, immunophénotype des lymphocytes circulants (CD19, CD3, CD4, CD8, etc.), électrophorèse des protéines sériques, dosage pondéral des immunoglobulines, protéinurie de Bence-Jones.

Anémie

 **Anémie** : taux d'Hb < 12 g/dL pour un homme, < 11,5 g/dL pour une femme.

Étiologie par types d'anémie

- **Anémie aiguë** : hémodilution, saignement aigu ou hémorragique.
- **Anémie chronique** :
 - **Microcytaire non régénérative** : souvent un manque de fer (anémie ferriprive), fréquente chez les femmes jeunes en période d'activité génitale.
 - **Normocytaire non régénérative** : manifestation d'une maladie de la moelle osseuse (myélodysplasie).
 - **Macrocytaire non régénérative** : carence en folates (vitamine B9) et/ou en vitamine B12.
 - **Régénérative** : destruction des globules rouges ; la cause peut être auto-immune, toxique, par microangiopathie thrombotique, congénitale.

Signes et symptômes

Anémie aiguë

Pâleur, hypotension, asthénie brutale, tachycardie, dyspnée, souffrance myocardique et cérébrale.

Anémie chronique

Mêmes signes d'installation progressive, avec ou sans syndrome inflammatoire, amaigrissement, fièvre, sueurs nocturnes, ictère, splénomégalie.

Prise en charge

Selon la gravité, RAI en urgence pour transfusion (Fiche 137) ; exploration et recherche de causes.

FICHE 92

Sémiologie des hémopathies/2

Thrombopénie, aplasie médullaire

Thrombopénie

 **Thrombopénie** : plaquettes < 150 000/ μ L (soit 150 Giga/L).
Symptomatique à partir de moins de 50 000/ μ L.

Étiologie

- **Thrombopénie aiguë/auto-immune** : purpura thrombopénique idiopathique (PTI), coagulation intravasculaire disséminée (CIVD), leucémie ([Fiche 94](#)), aplasie médullaire.
- **Thrombopénie chronique** : PTI chronique, hypertension portale, cirrhose, dysmyélopoïèse, carence en vitamine B12.

Signes et symptômes

Purpura pétéchial, bulles hémorragiques, hémorragie des muqueuses.

Prise en charge

En urgence, un bilan de coagulation (NFS, TP, TCA) (Annexe IV) ; selon la cause, corticothérapie (Fiche 113), immunoglobulines IV, folates.

Aplasia médullaire

 **Définition** : atteinte de la moelle osseuse entraînant une chute de la production des globules rouges, des globules blancs et des plaquettes (pancytopénie). Les risques majeurs sont hémorragiques et infectieux, pouvant aller jusqu'au choc septique ([Fiche 31](#)). Sortie d'aplasie après 2–3 semaines.

Étiologie

Toxique (anticancéreux ([Fiche 128](#), [Fiche 129](#)), autres médicaments, irradiation [[Fiche 131](#)], génétique (maladie de Fanconi), infectieuse (hépatite virale [[Fiche 36](#), [Fiche 37](#)]).

Signes et symptômes

Asthénie, pâleur, pétéchies, ecchymoses, hémorragies gingivales, nasales ou digestives, infections, céphalées persistantes, essoufflement.

Prise en charge

- Hémogramme, ponction et biopsie médullaire.
- *Non médicamenteuse* :
 - biologie : bilan sanguin, hémocultures, coproculture, ECBU ;
 - bilan d'extension si besoin : radiographie pulmonaire, échographie cardiaque, scanner TEP-scan ou IRM, myélogramme (ponction sternale ou iliaque, qui détermine le type morphologique ou cytogénétique), ponction et biopsie médullaire (carottage iliaque pour examen morphologique ou pour immuno-marquage dans le cas d'un cancer liquide, solide ou d'une aplasia médullaire) ;
 - prise en charge associée à l'isolement : fonte musculaire, état psychologique ;
 - éducation du patient : lavage des mains, toilette et soins d'aplasie quotidien (Bétadine® dermique ou chlorexidine) au niveau des

plis et zones de contact et explication de l'isolement.

- *Médicamenteuse* : transfusion (Fiche 137) et facteurs de croissance (Neupogen® = leucocytes, Nplate®, Revolade® = plaquettes, érythropoïétine = hémoglobine) (Fiche 132).

FICHE 93

Hémopathies malignes

Généralités

 **Hémopathie maligne** : atteinte cancéreuse des cellules, tissus ou organes qui produisent les lignées sanguines.

Type selon la localisation

- **Leucémie** (Fiche 94) : atteinte de la moelle osseuse.
- **Lymphome** (Fiche 96, Fiche 97, Fiche 98) : atteinte du système lymphatique (ganglions, rate, thymus, lymphes, tissus lymphoïdes diffus).

Catégorie selon la lignée impliquée

- **Myéloïde** (hématies, plaquettes, polynucléaires, monocytes : Fiche 94, Fiche 95).
- **Lymphoïde B** : Fiche 96, Fiche 97, Fiche 98.

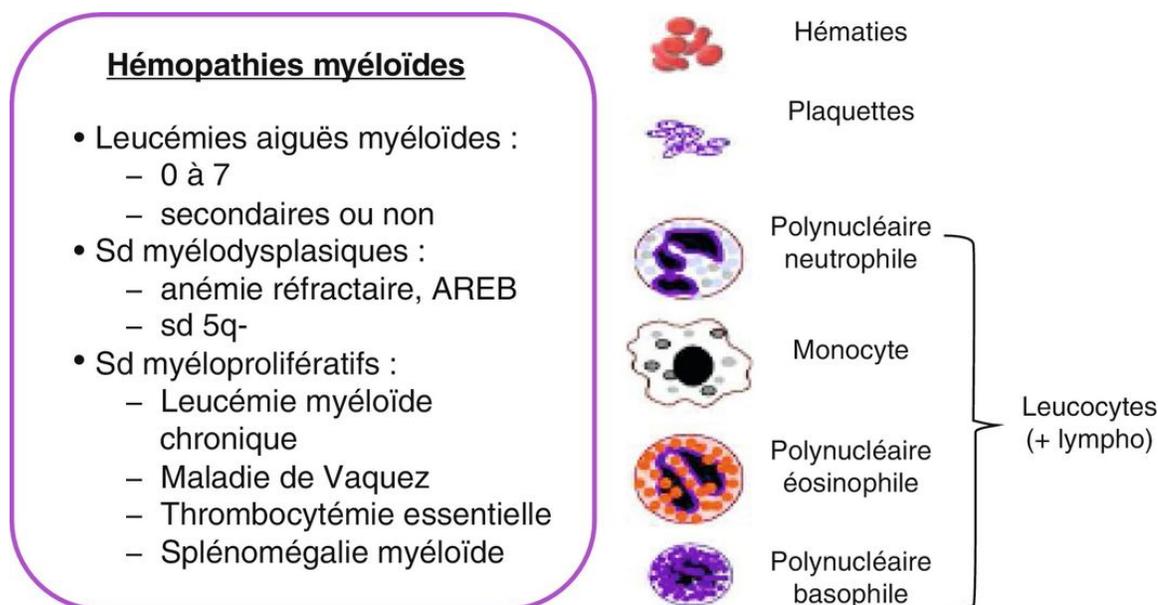
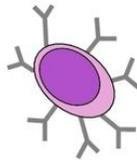


FIGURE 31 Hémopathies myéloïdes et cellules touchées.

Lymphocytes T {
CD4
CD8
NK



Lymphocytes B {
Plasmocytes
Lymphocytes
mémoire



Hémopathies lymphoïdes

- Hémopathies T :
 - Mycosis fungoïde/Sézary
 - Lymphomes T
 - Leucémie aiguë (LA) lymphoïde T
- Hémopathies B :
 - Leucémie lymphoïde chronique
 - Lymphomes B
 - Myélome
 - Leucémie à tricholeucocytes
 - LAL B
- Maladie de Hodgkin

FIGURE 32 Hémopathies lymphoïdes et cellules touchées.

FICHE 94

Hémopathies myéloïdes/1

Leucémie aiguë, syndrome myélodysplasique

 **Hémopathies myéloïdes** : atteinte des globules rouges, plaquettes, monocytes et polynucléaires.

Leucémie aiguë

 **Leucémie aiguë** : prolifération cancéreuse des précurseurs (lymphoblastes et myéloblastes en fonction du type de leucémie LAM/LAL) dans la moelle osseuse avec arrêt de maturation des leucocytes.

Types

Leucémie aiguë lymphoblastique (LAL)

Caractérisée par une prolifération de lymphoblastes (lignée lymphocytaire). Atteint surtout les enfants et adolescents.

Leucémie aiguë myéloblastique (LAM)

Caractérisée par une prolifération de myéloblastes (lignée granulocytaire). Atteint surtout les adultes.

Signes et symptômes

Clinique

- AEG rapide (syndrome anémique), signes hémorragiques (purpura, gingivorragies), infections, angine nécrotique, adénopathie, splénomégalie, atteinte du système nerveux central, atteinte cutanée, hyperuricémie, hyperphosphatémie, hyperkaliémie (insuffisance rénale).
- Facteurs aggravants (**urgence**) : hyperleucocytose > 100 000/ μ L, choc septique (Fiche 31), syndrome hémorragique ou CIVD, atteinte du SNC, troubles métaboliques ou hydroélectrolytiques.

Examens complémentaires

Bilan biologique (hyperleucocytose ou pancytopenie, troubles du bilan de coagulation, augmentation des D-dimères) (Annexe IV), myélogramme.

Échographie cardiaque, radiographie pulmonaire.

Prise en charge

Hydratation, antibiotiques si fièvre, transfusion (Fiche 137), correction des troubles hydroélectriques, chimiothérapie d'induction (Fiche 128, Fiche 129). Possible allogreffe (Fiche 100). Pose de PICC line.

Syndrome myélodysplasique

 **Syndrome myélodysplasique** : ensemble de pathologies caractérisées par un déficit de production, par la moelle osseuse, des cellules d'une ou plusieurs lignées myéloïdes avec une maturation normale des cellules sanguines.

Signes et symptômes

Clinique

Découverte fortuite dans la majorité des cas : syndrome anémique chronique, syndrome hémorragique si thrombopénie, infections à répétition si neutropénie sévère, amaigrissement, asthénie.

Examens complémentaires

Bilan biologique (anémie avec ou sans neutropénie ou thrombopénie), myélogramme riche avec signes de dysplasie.

Prise en charge

Transfusion (Fiche 137), EPO (Fiche 132), antibiotiques (Fiche 112), chimiothérapie intensive ou palliative (Fiche 128, Fiche 129) et greffe de moelle (Fiche 100).

FICHE 95

Hémopathies myéloïdes/2

Syndrome myéloprolifératif

 **Syndrome myéloprolifératif** : ensemble des pathologies clonales affectant les cellules souches et progénitrices et aboutissant à la surproduction de formes matures des éléments figurés.

Leucémie myéloïde chronique (LMC)

 LMC : cancer des cellules de la moelle osseuse sans arrêt de maturation et aux dépens des myéloblastes.

Signes et symptômes

Clinique

Pauvre, découverte fortuite : AEG, amaigrissement, thromboses profondes, hémorragies rétinienne, ± splénomégalie.

Examens complémentaires

Hyperleucocytose blastique, myélémie, myélogramme avec richesse augmentée, caryotype avec spécificité génétique.

Prise en charge

Inhibiteurs de tyrosine kinase.

Maladie de Vaquez

 **Maladie de Vaquez** (ou polyglobulie primitive [PV]) : prolifération du nombre d'hématies au niveau de la moelle.

Signes et symptômes

Clinique

Érythrose faciale, signe d'hyperviscosité (HTA, acouphènes, céphalées, troubles visuels), AEG, amaigrissement, thromboses profondes (Fiche 61), hémorragies rétinienne, avec ou sans splénomégalie.

Examens complémentaires

Hématocrite > 49 % pour les femmes et > 55 % pour les hommes, myélogramme riche, mutation de *JAK2* sur les éléments du sang.

Prise en charge

Saignées, chimiothérapie (hydroxyurée) (Fiche 128, Fiche 129), AAP (Fiche 117), interféron, inhibiteurs de *JAK2*.

Thrombocytémie essentielle

 **Thrombocytémie essentielle** : prolifération monoclonale de la lignée plaquettaire au niveau de la moelle.

Signes et symptômes

Clinique

Découverte asymptomatique, thrombose veineuse ou artérielle, AEG, amaigrissement, avec ou sans splénomégalie.

Examens complémentaires

Plaquette > 450 000 sans syndrome inflammatoire et sans carence martiale. Biopsie ostéomédullaire avec une prolifération mégacaryocytaire. Mutation *JAK2*, *CALR*, *MPL*.

Prise en charge

Idem maladie de Vaquez.

Myélofibrose primitive, splénomégalie myéloïde

 **Myélofibrose primitive** : prolifération d'éléments du sang entraînant, dans la moelle osseuse, une fibrose et une splénomégalie.

Signes et symptômes

Clinique

Asthénie, AEG, amaigrissement, thrombose veineuse ou artérielle (Fiche 61), splénomégalie.

Examens complémentaires

Soit hyperleucocytose, soit leucopénie et myélémie au bilan sanguin. Biopsie ostéomédullaire qui montre une prolifération des lignées myéloïdes et mégacaryocytaires avec mutation *JAK2*, *CALR*, *MPL*.

Prise en charge

Chimiothérapie à faible dose (hydroxyurée) (Fiche 128, Fiche 129), inhibiteur de *JAK2* (ruxolitinib), interféron, greffe (Fiche 100).

FICHE 96

Hémopathies lymphoïdes/1

Lymphomes : généralités

 **Lymphomes** : développement cellulaire pathologique monoclonal de lymphocyte T ou B au niveau des organes lymphoïdes (rate, thymus) et des ganglions lymphatiques.

Parmi les lymphomes, on distingue :

- les lymphomes hodgkiniens, ou maladie de Hodgkin (20 %) ;
- les lymphomes non hodgkiniens :
 - de type B (65 %) ;
 - de type T (15 %).

Étiologie

Infections, pollution et toxines, immunodépression (médicamenteuse après allogreffe, déficit congénital ou sida), maladies auto-immunes, facteurs génétiques.

Types

Les lymphomes peuvent être de type B ou de type T selon la nature de la cellule atteinte ; la classification se fait ensuite selon le stade de maturation où apparaît l'anomalie :

- au niveau du centre germinatif, les cellules cancéreuses sont très grosses avec un développement très rapide et agressif (haut grade) ;
- au niveau du manteau, les cellules sont plutôt petites, d'évolution lente (bas grade).

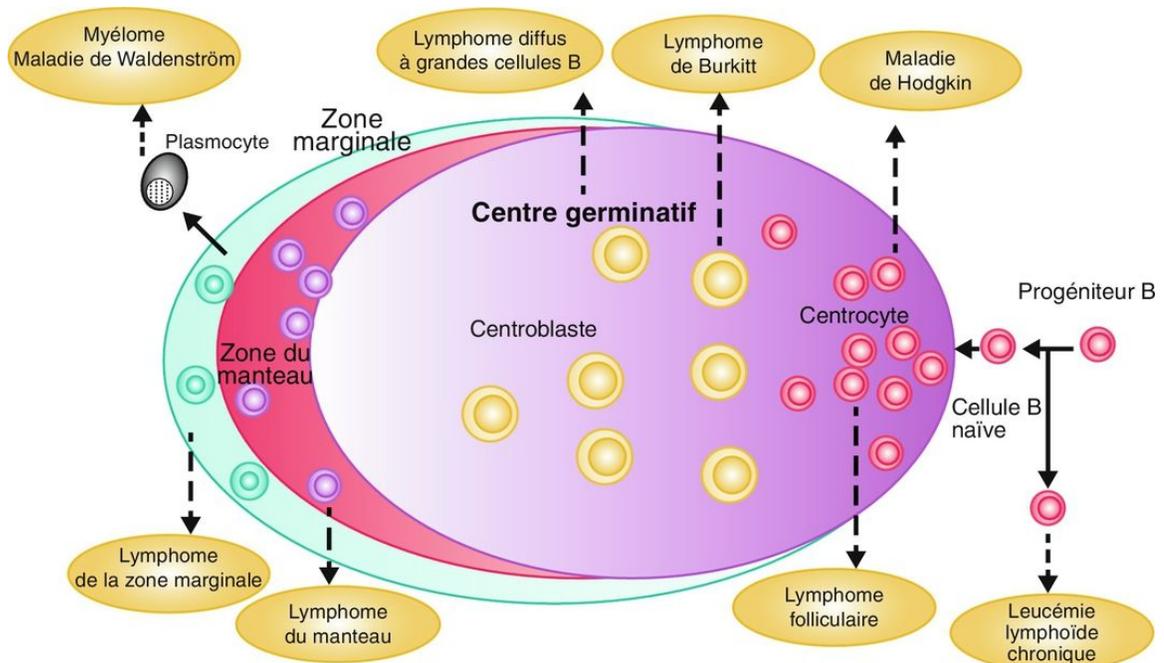


FIGURE 33 Type de lymphomes B en fonction de la localisation de l'anomalie au niveau de la maturation cellulaire.

Signes et symptômes

Clinique

Adénopathie (> 2 cm) de taille ou d'aspect pathologique (induré, rond, non douloureux) depuis plus de 3 semaines, splénomégalie, symptômes généraux (hyperthermie de plus de 8 jours, amaigrissement, sueurs profuses).

Examens complémentaires

Bilan biologique souvent peu informatif mais nécessaire pour le pronostic (LDH), biopsie indispensable au diagnostic, immunophénotypage des lymphocytes, scanner, TEP-scan, évaluation de la fonction cardiaque, ± biopsie ostéomédullaire.

FICHE 97

Hémopathies lymphoïdes/2

Lymphomes B

Lymphomes B diffus à grandes cellules

Lymphomes B : 65 % des lymphomes.

Évolution

Cancer très agressif et mortel. Guérison possible.

Signes et symptômes

- Ganglions enflés, signes généraux (fièvre, sueurs, perte de poids).
- Biologie inflammatoire et augmentation des LDH.
- TDM, PET-scan.

Prise en charge

Immunothérapie et chimiothérapie (Fiche 128, Fiche 129, Fiche 131) avec possible autogreffe (Fiche 100).

Lymphomes B folliculaires

Évolution

Indolente, chronique, avec possible évolution en lymphome diffus à grandes cellules. Toutefois, les formes localisées peuvent involuer.

Signes et symptômes

Découverte souvent fortuite car patient asymptomatique malgré l'évolution de la maladie depuis plusieurs années.

Prise en charge

Selon le stade : abstention, immunothérapie seule ou couplée à une chimiothérapie ou encore immunothérapie d'entretien pendant 2 ans (Fiche 128, Fiche 129, Fiche 131).

Lymphomes B du manteau

Évolution

Atteinte disséminée (moelle osseuse, tube digestif). Indolent, pronostic grave, médiane de survie 3–4 ans.

Signes et symptômes

→ Fiche 96

Prise en charge

Lymphome qu'on ne sait pas guérir d'où inclusion des patients dans des essais thérapeutiques. Possible autogreffe ou allogreffe.

Lymphomes B de la zone marginale

Types

Ganglionnaire, splénique, extra-ganglionnaire (autres tissus lymphoïdes).

Évolution

Indolente, survie prolongée, guérison uniquement des formes localisées.

Signes et symptômes

→ Fiche 96

Prise en charge

Si associé à une infection par *Helicobacter* (certains lymphomes MALT des muqueuses du tube digestif) : par antibiothérapie puis immunothérapie préventive (Fiche 131) ; sinon chimiothérapie (Fiche 128, Fiche 129) et immunothérapie (voire radiothérapie pour les formes localisées).

Lymphome à petits lymphocytes, leucémie lymphoïde chronique (LLC)

Évolution

Souvent indolente, avec complications infectieuses et pancytopénie.

Signes et symptômes

Petites adénopathies symétriques et splénomégalie, hyperlymphocytose en phase leucémique.

Prise en charge

Seulement en cas d'adénopathies volumineuses, de complications hématologiques ou infectieuses : chimiothérapie et immunothérapie adaptées selon l'âge et les antécédents (Fiche 128, Fiche 129, Fiche 131).

Lymphomes de Burkitt

Lymphomes rares, très agressifs, plutôt chez les enfants (> 50 % des lymphomes).

Formes

Lié à l'EBV dans la forme africaine avec tumeur de la mâchoire ; non lié à l'EBV avec tumeur abdominale.

Évolution

Favorable avec plus de 90 % de guérison chez l'enfant et 60 % chez l'adulte. Rechutes toujours dans la première année.

Prise en charge

Chimiothérapie en urgence (Fiche 128, Fiche 129).

Maladie de Hodgkin

 **Maladie de Hodgkin** : prolifération anormale de lymphocytes B avec présence de cellules de Sternberg.

Étiologie

En partie expliquée par les infections par EBV et possibles autres facteurs (VIH, autres infections, etc.).

Évolution

Positive dans la majorité des cas avec taux de survie de 80 % à 10 ans.

Prise en charge

Chimiothérapie, radiothérapie (Fiche 128, Fiche 129, Fiche 130).

FICHE 98

Hémopathies lymphoïdes/3

Lymphomes T

Lymphomes T : 15 % des lymphomes.

Lymphomes T périphériques

Catégorie de lymphomes qui affecte surtout les ganglions lymphatiques mais peut s'attaquer à des organes ou à des tissus autres que les ganglions lymphatiques (sièges extra-ganglionnaires) comme la moelle osseuse, la peau, le foie, la rate, les poumons ou le tube digestif.

Évolution

Tendance à évoluer rapidement et à se répandre ; on le considère alors comme un lymphome agressif avec moins de 20 % de survivants à long terme.

Types possibles

- **Mycosis fongoïde** : forme la plus fréquente avec évolution sur des dizaines d'années, rare extension viscérale.
- **Syndrome de Sézary** (érythrodermie diffuse) : évolution du mycosis ; de mauvais pronostic.

Signes et symptômes

Souvent bruyants avec fièvre, sueurs, prurit, AEG.

Prise en charge

Chimiothérapie (Fiche 128, Fiche 129), autogreffe et allogreffe (Fiche 100), inclusion dans des essais thérapeutiques. Traitement du mycosis fongoïde par corticoïdes (Fiche 113) et UV (Fiche 131) ; traitement du syndrome de Sézary par photothérapie et chimiothérapie.

Lymphomes T lymphoblastiques

Se développe surtout au niveau thymique.

Évolution

Rechutes rares, surviennent le plus souvent en cours de traitement.

Signes et symptômes

Compression avec essoufflement, toux sèche, œdème de la partie supérieure du corps, avec ou sans épanchement pleural ou péricardique, adénopathies cervicales et axillaires.

Prise en charge

Chimiothérapie ; radiothérapie si atteinte méningée initiale (Fiche 128, Fiche 129, Fiche 131).

FICHE 99

Hémopathies lymphoïdes/4

Myélome

Myélome multiple (ou maladie de Kahler)

 **Myélome multiple** : hémopathie maligne caractérisée par la prolifération médullaire d'un clone de plasmocytes (leucocytes qui produisent les anticorps) anormaux.

Physiopathologie

La première mutation résulte en une prolifération cellulaire dénommée gammopathie monoclonale bénigne ; c'est à la suite d'autres mutations que cette prolifération va acquérir un caractère agressif qui caractérise le myélome.

Évolution

Cancer incurable avec phases aiguës et phases de plateau. Survie médiane comprise entre 29 et 62 mois.

Signes et symptômes

Sécrétion d'immunoglobuline

Syndrome d'hyperviscosité (troubles neurologiques, altération sensorielle, troubles de l'hémostase), insuffisance rénale (aiguë ou chronique).

Prolifération médullaire

Inhibition des autres lignées sanguines (anémie avec asthénie, thrombopénie avec saignement, leucopénie avec infections [Fiche 91, Fiche 92]) et destruction osseuse (douleurs du rachis, du bassin).

Signes généraux

Amaigrissement, hypercalcémie, compression médullaire (Fiche 5).

Examens complémentaires

- Électrophorèse des protéines sanguines (pic monoclonal et diminution des autres immunoglobulines), dosage des chaînes légères, protéinurie des 24 heures et protéine de Bence-Jones, bilan sanguin (β_2 -microglobuline, LDH, etc.).
- Myélogramme.
- Radiographie du squelette.

- IRM du corps entier.

Prise en charge

Selon le stade, traitement antitumoral, prise en charge des complications osseuses (antalgiques [Fiche 102, Fiche 103, Fiche 104], bisphosphonates, radiothérapie antalgique et décompressive (Fiche 131), chirurgie), érythropoïétine (Fiche 132), transfusion (Fiche 137), prise en charge de l'insuffisance rénale (Fiche 74).

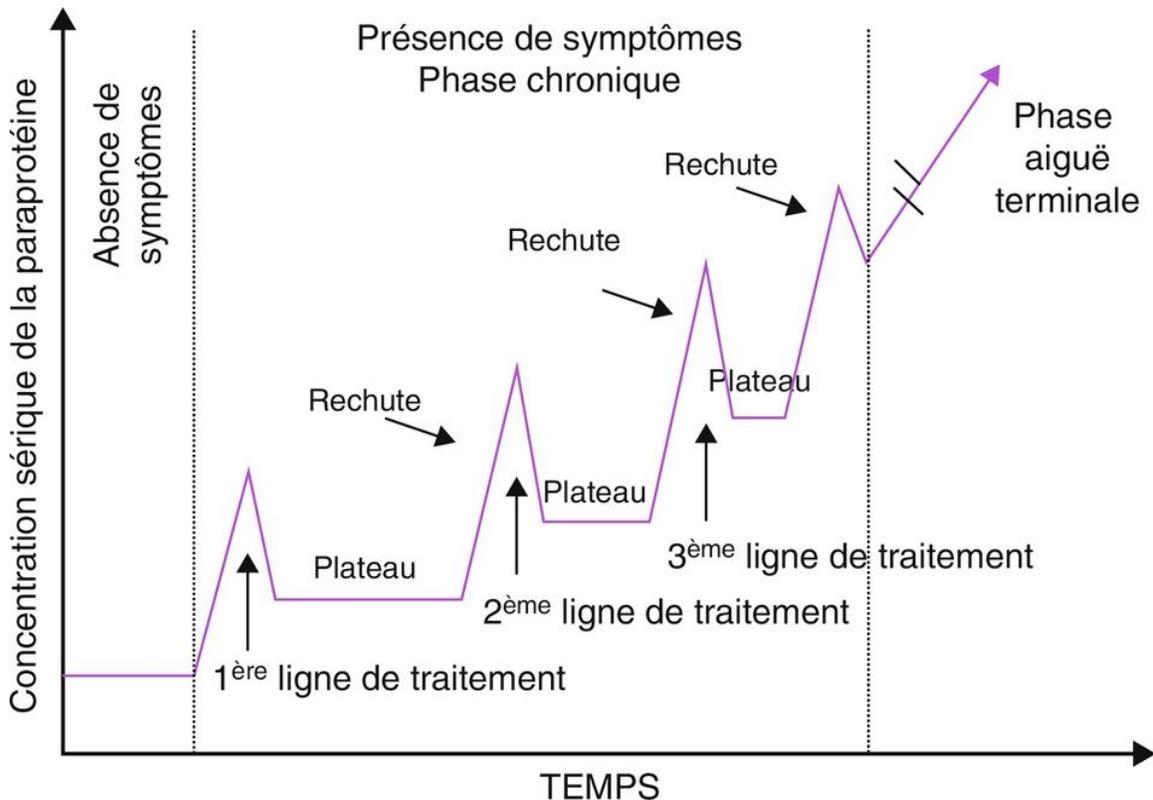


FIGURE 34 Évolution du myélome multiple (ou maladie de Kahler).

FICHE 100

Greffe de moelle osseuse

📄 **Autogreffe** : transfusion de cellules hématopoïétiques autologues.

📄 **Allogreffe** : transfusion de cellules hématopoïétiques allogéniques par donneur familial, sur fichier national/international, sur sang de cordon ombilical.

📄 **Haplogreffe** : transfusion de cellules hématopoïétiques allogéniques issues d'un donneur familial ascendant ou descendant (parents ou enfants) haplo-identique (autrement dit « semi-compatible »).

Indications

Leucémies ([Fiche 94](#)), du fait que les cellules du système allogénique (du donneur) sont capables de reconnaître et d'éliminer les cellules tumorales (du receveur), tout en reconstituant un système immunitaire compétent.

Déroulement

- Recherche de donneur.
- Conditionnement (chimiothérapie et/ou radiothérapie de forte intensité) : diminution de la masse tumorale, effet immunosuppresseur.
- Injection du greffon : de type moelle pleine ou cellules souches périphériques.
- Sortie progressive d'aplasie.

Évolution

- Complications infectieuses
Par l'aplasie et l'immunosuppression.
- Complications toxiques
Troubles digestifs, trophiques.
- Complications immunologiques : maladie du greffon contre l'hôte

- **Maladie du greffon** : les cellules du greffon considèrent les cellules de l'hôte comme des étrangères et commencent à les détruire. Les risques sont plus élevés chez les personnes âgées ou qui reçoivent des cellules souches d'un donneur non apparenté ou non compatible. Elle peut être aiguë ou chronique (après 100 jours) ;
- **Types** :
 - cutanée : picotements, rougeurs et/ou sensation de brûlure au niveau des paumes, des plantes, du torse et des bras, puis de l'ensemble du corps,
 - digestive : nausées, vomissements persistants et à distance des chimiothérapies, douleurs abdominales, apparition de diarrhées profuses et fréquentes, malodorantes et verdâtres ; selles très caractéristiques qui réagissent à l'eau oxygénée,
 - hépatique : cytolyse caractérisée par une augmentation de la bilirubine et des transaminases, apparition d'ictère, de douleur hépatique ou d'hépatomégalie.

Prise en charge

- *Médicamenteuse* :
 - conditionnements : cyclophosphamide, busulfan, fludarabine, cytarabine, clofarabine, SAL (sérum antilymphocytaire de lapin) ;
 - immunosuppresseurs : ciclosporine, Cellcept®, méthotrexate, cyclophosphamide.
- *Non médicamenteuse post-greffe* : documents de sortie de greffe, consignes alimentaires, d'hygiène et de vie sociale, suivi en hôpital de jour (généralement deux fois par semaine), éducation du patient avec autosurveillance (température, signes de GVH ou réapparition des symptômes).



Thérapeutiques

Processus traumatiques

FICHE 101

Anesthésiants

 **Anesthésie** : suppression des sensations qui vise un membre, une région ou l'ensemble du corps.

Complications post-anesthésiques

- **Respiratoires** : risque d'effet résiduel de l'anesthésie sur la fonction respiratoire, obstruction des voies aériennes, hypoxémie postopératoire, inhalation du contenu gastrique.
- **Cardiaques** : risque d'hypotension ou d'hypertension artérielle, de troubles du rythme cardiaque, d'accident cardiaque sévère.
- **Neurologiques** : risque de confusion mentale, d'agitation postopératoire (urgence médicale).
- **Autres** : risque d'hypothermie, de troubles digestifs (nausées, vomissements), de complications urinaires, de retard de réveil.

Principales interactions médicamenteuses

- **Bêta-bloquants** : maintenus jusqu'au matin de l'intervention.
- **Antagonistes du système rénine-angiotensine (SRA)** : arrêtés avant l'intervention chez les patients hypertendus mais maintenus chez les insuffisants cardiaques.
- **IMAO** : interrompus 24 à 48 heures avant l'intervention.
- **L-DOPA** : ne doit pas être interrompue (risque de syndrome extrapyramidal et équivalent d'un syndrome malin).
- **Biguanides** : arrêtés 48 heures avant en raison du risque d'acidose lactique.
- **Contraception orale et traitements hormonaux substitutifs** : arrêtés 4 semaines avant une chirurgie à haut risque thromboembolique.
- **Corticothérapie au long cours** : ne doit jamais être suspendue brutalement.
- **Isoniazide** : arrêté 8 jours avant un geste chirurgical et 15 jours après.

- **ADO** : maintenus jusqu'au matin, sauf biguanides (Stagid®, Glucophage®) qui doivent être arrêtés 48 heures avant.

Anesthésie générale

 **Anesthésie générale** : association d'un sédatif, d'un morphinique et d'un curare visant la perte de connaissance, l'absence de douleur et le relâchement musculaire. Elle requiert nécessairement l'intubation ou la mise en place d'un masque facial et le contrôle des fonctions vitales.

Indications

- Dans le cas d'un acte chirurgical ne pouvant se faire en anesthésie locorégionale ou si celle-ci est contre-indiquée.
- Dans le cas d'une intervention longue et complexe.
- Dans des cas d'urgence.

Contre-indications

Fonctions cardiovasculaire, respiratoire, rénale ou hépatique représentant un risque.

Déroulement

- **Endormissement** : par voie veineuse ou inhalation, contrôle des voies aériennes suite à la diminution, voire à l'arrêt, de la ventilation.
- **Entretien** : appréciation de la qualité de l'anesthésie par la variation de PA et de FC. Réchauffement du patient. Compensation des pertes hydroélectrolytiques et sanguines si nécessaire.
- **Réveil** : résultat de l'élimination partielle ou totale des agents anesthésiques administrés ; surveillance en SSPI (salle de surveillance post-interventionnelle).

Anesthésie locorégionale

📄 **Anesthésie locorégionale** : injection d'anesthésique au niveau des nerfs ou de la moelle spinale (moelle épinière) de sorte que le patient reste conscient.

📄 **Rachianesthésie** : localisée au bas de la moelle spinale, par ponction/injection d'anesthésiques au niveau des lombaires dans le sac dural, directement au contact des racines nerveuses, afin d'anesthésier l'abdomen et les membres inférieurs : anesthésie rapide et puissante, à la fois sensitive et motrice.

📄 **Épidurale/péridurale** : infiltration faite dans le sac péri-dural (autour de la moelle spinale) afin d'anesthésier la moitié inférieure du corps : anesthésie plus lente, principalement sensitive, qui peut être prolongée (cathéter laissé en place).

📄 **Bloc tronculaire** : infiltration du tronc nerveux pour obtenir l'anesthésie de son territoire.

📄 **Bloc plexique** : infiltration du plexus pour anesthésier toute la région.

Types d'anesthésies locorégionales

- **Blocs centraux** : rachianesthésie, épidurale.
- **Blocs périphériques** : tronculaire, plexique.

Indications

Prévention de la douleur, que ce soit pour un acte chirurgical ou dans certains cas de douleurs aiguës.

Contre-indications

Allergie confirmée. Atteinte d'un niveau d'anesthésie locale insuffisant.

FICHE 102

Antalgiques/1

Généralités sur la douleur

 **Douleur** : selon l'*International Association for Study of Pain* (IASP), la douleur est une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes ».

Étiologie

Somatique, psychosomatique (neurologique, psychologique ou idiopathique).

Mécanisme physiologique du déclenchement de la douleur

- Passe par les nocicepteurs qui sont les récepteurs de la douleur.
- Transmission de l'information vers la moelle spinale (moelle épinière) et vers le thalamus, par le biais du premier et du deuxième neurone.
- Enfin, passage au troisième neurone qui se trouve dans le thalamus et qui déclenche la sensation douloureuse ([Figure 35](#)).

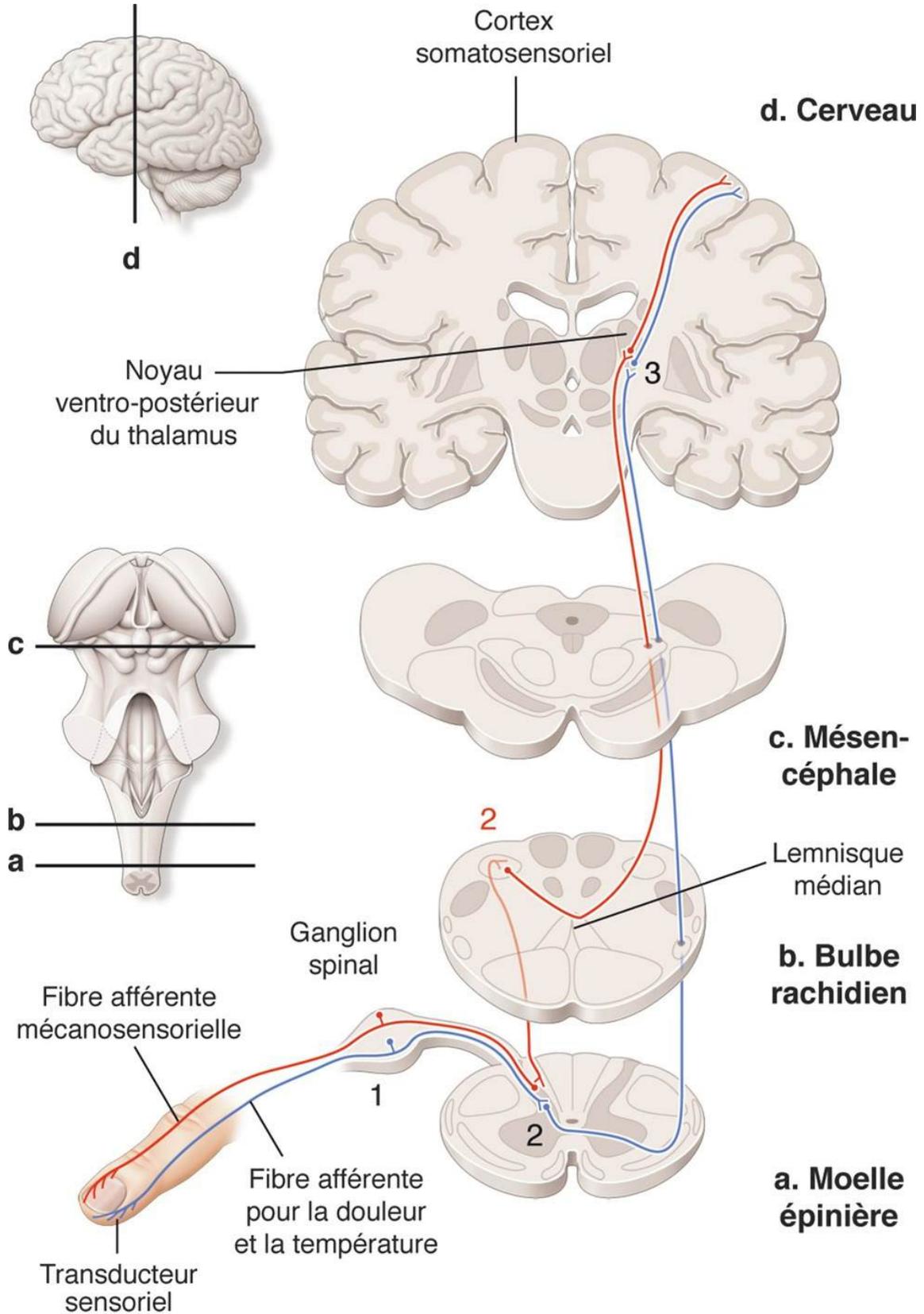


FIGURE 35 Déclenchement de la douleur.

Types de douleurs

- **Douleur aiguë** : transitoire, déclenche des réponses physiologiques ou comportementales, correspond à un signal d'alarme de l'organisme.
- **Douleur chronique** : permanente, inutile, difficile à soulager, peut être progressive et avoir des conséquences sur les capacités fonctionnelles et relationnelles.

Différentes caractéristiques

- **Par excès de nociception ou inflammatoire** : fracture, brûlure, etc.
- **Neuropathique** : atteinte du système nerveux avec une douleur de type brûlure, décharge électrique et/ou hypoesthésie, allodynie (par exemple, VIH, post-zona, arthrose, pied diabétique).
- **Dysfonctionnelle** : atteinte du centre de contrôle de la douleur sans qu'une lésion ne soit identifiée (par exemple, fibromyalgie).

Principales échelles de la douleur

Échelle verbale simple (EVS), échelle numérique (EN), échelle verbale analogique (EVA), Doloplus, Algoplus, échelle comportementale pour personnes âgées (ECPA), *Behavior Pain Scale* (BPS), questionnaire de la douleur de Saint-Antoine (QDSA), *Hospital Anxiety and Depressive scale* (HAD).

FICHE 103

Antalgiques/2

Généralités sur les traitements de la douleur

Traitements non médicamenteux de la douleur

- **Physiques** : kinésithérapie, fasciathérapie, physiothérapie, balnéothérapie, hypnose, acupuncture, etc.
- **Chirurgicaux** : blocs anesthésiques (rhizolyse, infiltration), implantation de matériel de stimulation (stimulation médullaire) et de morphinothérapie (pompe intrathécale).
- **Neurostimulations** : application d'un courant électrique faible qui supprime toute sensation douloureuse par hyperstimulation des récepteurs (stimulation magnétique transcrânienne, SMT ; neurostimulation électrique transcutanée, TENS).

Traitements médicamenteux de la douleur

(En fonction de l'atteinte.)

- Récepteurs (AINS, antalgique de palier I, anesthésie locale).
- Voies de conduction (anesthésie locale).
- Moelle spinale (opiacés, anesthésiques, certains antiépileptiques et antidépresseurs, anesthésie locale).
- Cortex (opiacés, anesthésiques, AINS).

Principaux antalgiques selon les paliers de l'OMS

- **Palier I** : acide acétylsalicylique, certains AINS, paracétamol.
- **Palier II** : codéine, codéine et paracétamol, tramadol, tramadol-paracétamol.
- **Palier III** : alfentanil, buprénorphine, fentanyl, hydromorphone, morphine, nalbuphine, naloxone, naltrexone oxycodone, pentazocine, rémifentanil, sulfentanil.

Surdosages et antidotes !

- **Signes et symptômes du surdosage en opiacés** : altération de la conscience, bradypnée, myosis, bradycardie, hypotension artérielle, arrêt respiratoire.
- **Signes et symptômes du surdosage en paracétamol** (cytolyse hépatique) : nausées, vomissements, douleurs abdominales.
- **Antidote à la morphine** → Naloxone (Narcan®).
- **Antidote au paracétamol** → N-acétylcystéine.

FICHE 104

Antalgiques/3

Antalgiques de paliers I, II, III

Antalgiques de palier I

Acide acétylsalicylique (Aspégic®, Aspirine®, Kardegic®)

Effets

Anti-inflammatoire, antipyrétique, antalgique, antiagrégant.

Contre-indications

Ulcères en évolution, risque hémorragique.

Effets indésirables

Troubles digestifs, hémorragie, accidents rénaux, asthme.

Posologie et surdosage

Prises toutes les 6 heures. Dose toxique : 10 g.

Certains AINS (Advil®, Nureflex®, Nurofen®)

Effets

Antalgique, antipyrétique, anti-inflammatoire.

Contre-indications, effets indésirables

→ [Fiche 120](#)

Paracétamol (Doliprane®, Dafalgan®, Efferalgan®, Perfalgan®)

Effets

Antalgique, antipyrétique.

Contre-indications

Allergie, insuffisance hépatique.

Posologie

Prise toutes les 4 à 6 heures. Maximum 4 g par jour. Dose toxique : 8 g, avec risque de cytolyse hépatique irréversible.

Antalgiques de palier II

Codéine (Néo-Codion®), codéine-paracétamol (Efferalgan® codéiné, Codoliprane®)

Effets

Antalgique, antitussif, antidiarrhéique.

Effets indésirables

Troubles digestifs, vertiges, accoutumance.

Posologie

20–30 mg par prise. 120 mg par jour maximum, en 6 fois.

Tramadol (Contramal®, Topalgic®, Orozamudol®), tramadol-paracétamol (Ixprim®, Zaldiar®)

Indications

Douleurs modérées à intenses, notamment postopératoires.

Contre-indications

Insuffisance respiratoire, insuffisance hépatique.

Effets indésirables

Troubles digestifs, céphalées, somnolence, accoutumance.

Antalgiques de palier III

Morphine (morphine Cooper[®], Actiskenan[®], Sévrédol[®], Oramorph[®])

Posologie

60 mg par jour répartis toutes les 4 heures en LI et toutes les 12 heures en LP.

Contre-indications

Insuffisance respiratoire, insuffisance rénale, insuffisance hépatique, syndrome abdominal aigu d'origine inconnue.

Effets indésirables

Accoutumance, troubles digestifs dont nausées et vomissements, dépression respiratoire, bradycardie, hypotension, altération de la conscience, myosis.

Fentanyl

Contre-indications

Dépression respiratoire.

Effets indésirables

Semblables à la morphine.

Posologie

Patch : 1 tous les 3 jours. Comprimés : 4 par jour.

FICHE 105

Plaies chroniques et cicatrisation/1

Rappels

Une plaie chronique a besoin de bactéries pour cicatriser : donc pas de désinfection et pansements stériles nécessaires.

Rappels sur l'asepsie

- Temps de contact des antiseptiques : Dakin® 1 minute, Biseptine® 30 secondes, Bétadine® dermique 1 minute, Bétadine® alcoolique 30 secondes.
- Asepsie simple en deux temps : deux applications.
- Asepsie en quatre temps : pour pose de VVP, agrafes, fils.
- Ne pas utiliser deux antiseptiques de familles différentes.
- Date de péremption : Bétadine® 1 mois, Biseptine® 28 jours.

Évaluation de la plaie

Elle permet de choisir un traitement, de mettre en place des objectifs de prise en charge (curative ou palliative) et d'établir un suivi de l'évolution.

Au niveau du patient

- Recherche de la cause : déficit psychique, traumatisme, compression, etc.
- Définir l'état général du patient : nutrition, alitement prolongé, incontinence, etc.
- Rechercher les conséquences sociales : image de soi, transformation, douleur, etc.

Au niveau de la plaie

- **Regarder l'aspect** : profondeur (possible évaluation de la profondeur en remplissant la plaie avec une seringue NaCl : atteinte osseuse), taille (photographie), couleur, bords de plaie, exsudat, odeur.
- **Noter le stade** : nécrose, fibrine, bourgeonnement, désépidermisation.

Conduite à tenir

- **Nettoyage** : sérum physiologique ou eau et savon.
- **Séchage** : contour de plaie, centre inutile.
- **Détersion** (retrait des tissus nécrosés et de la fibrine) :
 - mécanique : bistouri, curette ;
 - autolytique : Purilon®, hydrogel ;
 - thérapie par pression négative (VAC®), hydrojet (Jetox®), larvothérapie, miel.
- **Bourgeonnement** : espacement de la réfection.

FICHE 106

Plaies chroniques et cicatrisation/2

Produits

Familles	Produits	Utilisations
Hydrocolloïdes	Algoplaque®, Askina® Biofilm, Askina® Hydro, Comfeel® Plus, Duoderm® E, Hydrocoll®, Epicol®, Sureskin®, Tegaserb®, Urgomed®	Types de plaies : prévention sur rougeur, phlyctène, fibrineuses sèches Fréquence : en phase de détersion 2-3 jours ; en phase d'épidermisation jusqu'à 7 jours Remarque : peut dégager une mauvaise odeur Précautions : ne pas utiliser éosine, alcool, Dakin®, Bétadine®
Hydrogels	Askina® gel, Duoderm® hydrogel, Intrasite®, Normigel®, Nu-Gel®, Purilon® gel, Sureskin® hydrogel, Urgo® hydrogel	Types de plaies : nécrotiques Fréquence : tous les jours au début puis tous les 2 jours Précautions : pas de pansement très absorbant car risque d'absorber l'eau de l'hydrogel
Hydrofibres	Aquacel Ag®, Aquacel®	Types de plaies : fibrineuses exsudatives Fréquence : à saturation tous les 2-4 jours Mécanisme : favorise le milieu humide et absorbant au niveau de la plaie (éponge) ; possibilité de multicouches et association avec supra absorbant
Hydrocellulaires	Alleveryn®, Askina Transorbent®, Askina Touch®, Biatain®, Ceollosorb®, Combiderm®, Cutinova®, Hydrosorb®, Mepilex®, Tielle®	Types de plaies : bourgeonnantes, plaies partiellement détergées Fréquence : tous les 4-5 jours (jusqu'à ce que l'exsudat soit visible à 2 cm du bord) Mécanisme : absorbant, maintien de l'humidité, diminution du risque de macération Précautions : pas d'agents oxydants (Dakin®, eau oxygénée)
Alginate	Algisite M®, Algosteril®, Askina Sorb®, Seasorb Soft®, Sorbalgon®, Melgisorb®, Urgosorb®	Types de plaies : hémorragiques, exsudatives Fréquence : tous les 1-2 jours Mécanisme : permet de sortir l'exsudat vers l'extérieur (va assécher), pouvoir hémostatique Précautions : contre-indiqués avec Dakin® ; humidifier la compresse ou la mèche avant, sauf si très exsudative
Au charbon	Actisorb Plus®, Alione®, Carbone®, Carboflex®, Vliwaktiv®	Types de plaies : infectées, malodorantes, cancéreuses, en détersion Fréquence : tous les jours au début puis tous les 2 jours
Tulle	Adaptic®, Antibiotulle®, Cuticerin®, Corticotulle®, Jelonet®, Lomatuell®, Mepitel®, Physiottulle®, Tulle Gras®, Vaselitulle®, Urgotul®	Types de plaies : greffes en pastille, eczéma, fin de cicatrisation Fréquence : 2-3 fois par semaine Remarque : le bourgeonnement peut se prendre dans les mailles Précaution (allergies) : baume du Pérou dans le Tulle Gras® et néomycine dans Antibiotulle®
À l'argent	Acticoat®, Flammazine®, Ialuset sag®, Sicazine®	Types de plaies : infectées, inflammatoires Fréquence : en fonction de l'évolution Mécanisme : action antibactérienne et anti-inflammatoire
Solution filmogène	Cavillon®, Spray bravate®	Types de plaies : stomies, prévention d'escarre Fréquence : en fonction de l'objectif thérapeutique Mécanisme : film protecteur qui part au nettoyage
Acide hyaluronique	Ialuset®, Hyalofill®, Convatec®, Effidia®	Types de plaies : retard de bourgeonnement Mécanisme : stimule le bourgeonnement et la cicatrisation Fréquence : tous les 3-4 jours (Hyalogran®, Convatec®) ou tous les jours (Ialuset®, Effidia®)
Democorticoïdes	Tridesonit®, Betneval®, Demoval®	Types de plaies : hyper-bourgeonnantes Fréquence : application 1 à 2 fois par jour, ne pas dépasser 3 jours d'application Précaution : si infection, faire précéder les corticoïdes d'un traitement antibiotique
Autres	Urgo start®	Types de plaies : fin de détersion et début de bourgeonnement (quand le bourgeonnement ne vient pas) Fréquence : réfection tous les 2 jours Précaution : pansement sur au moins 30 jours

Processus psychopathologiques

FICHE 107

Introduction aux psychotropes – Neuroleptiques

 **Psychotropes** : médicaments agissant sur le SNC et permettant de traiter les maladies mentales.

Types

- Neuroleptiques, ou antipsychotiques.
- Antidépresseurs, ou psychoanaleptiques.
- Tranquillisants, ou anxiolytiques.
- Régulateurs de l'humeur, ou thymorégulateurs.
- Hypnotiques.

Actions des benzodiazépines

Hypnotique, myorelaxante, antiépileptique, sédatrice, anxiolytique, antidépresseur.

Neuroleptiques

 **Neuroleptiques** : traitement symptomatique des psychoses (améliore l'état psychique sans traiter la cause) à l'aide d'actions antihallucinatoire, antidélirante, sédatrice, désinhibitrice, neurologique et neurovégétative. Les neuroleptiques de deuxième génération sont un peu plus efficaces pour les signes « négatifs » et facilitent l'observance.

Réponse au traitement

4–6 semaines.

Contre-indications

Maladie de Parkinson, glaucome, antécédents d'agranulocytose ou porphyrie.

Produits

Voir le tableau des neuroleptiques de première et deuxième génération, ci-après.

Première génération		
Phénothiazines (« -azine »)	Butyrophénones (« -ridol »)	Benzamides
Chlorpromazine (Largactil®)	Dropéridol (Droleptan®)	Amisulpride (Solian®)
Cyaméazine (Tercian®)	Halopéridol (Haldol®)	Sulpiride (Dogmatil®, Synédil®)
Fluphénazine (Modécate®)	Pipampérone (Dipipéron®)	Tiapride (Tiapridal®)
Lévomépromazine (Nozinar®)	Penfluridol (Sémap®)	
Pipotiazine (Piportil®)		
Propériciazine (Neuleptil®)		
Deuxième génération		
Dibenzoazépines	Quinolines	Benzisoxazoles
Clozapine (Leponex®)	Aripiprazole (Abilify®)	Risperidone (Risperidal®)
Loxapine (Loxapac®)		
Olanzapine (Zyprexa®, Zalasta®)		
Quétiapine (Seroquel®)		
Quiétiline (Xéroquel®)		

Effets indésirables

- **Syndrome malin** : raideur musculaire, hyperthermie (≥ 39 °C), altération de la conscience, hypersudation, arythmie, tremblements.
- **Psychiques** : asthénie, somnolence, perte d'activité, catalepsie.
- **Neurologiques extrapyramidaux** : akathisie, dyskinésie, hypertonie, syndrome extrapyramidal.
- **Neurovégétatifs** : hypotension orthostatique, trouble thermique, sécheresse buccale, constipation.
- **Endocriniens** : prise de poids, impuissance, absence de libido, aménorrhée, gynécomastie.
- **Autres** : photosensibilisation, troubles cardiaques, troubles hématologiques, troubles cutanés.

Surveillance

Clinique, biologique, ECG, EEG, bilan ophtalmologique.

Correcteurs des neuroleptiques

Sulfarlem® (sécheresse buccale), Lepticur®/Parkinane® (dyskinésie), Hept-A-My1® (hypotension orthostatique).

FICHE 108

Antidépresseurs

 **Antidépresseurs** : médicaments visant à traiter l'épisode dépressif majeur. Cet état résulte principalement de la baisse de concentration cérébrale en sérotonine et noradrénaline.

Surveillance

Résultat à 2–3 semaines avec risque de virage maniaque, levée de l'inhibition (risque suicidaire). Syndrome de sevrage.

Imipraminiques, tricycliques (« -pine », « -pramine », « -triptyline »)

Produits

Amitriptyline (Laroxyl®), Elavil®), amoxapine (Défanyl®), clomipramine (Anafranil®), dosulépine (Prothiaden®), imipramine (Tofranil®).

Contre-indications

Glaucome, adénome de la prostate, IDM récent, association au sultopride et IMAO.

Effets indésirables

Effets atropiniques (sécheresse buccale, constipation, mydriase, troubles de l'accommodation, tachycardie, rétention urinaire), hypotension orthostatique, prise de poids, impuissance, troubles du rythme et de la conduction (ECG systématique en début de traitement).

Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS)

Produits

Citalopram (Séropram®), duloxétine (Cymbalta®), escitalopram (Séroplex®), fluoxétine (Prozac®), fluvoxamine (Floxyfral®), milnacipran (Ixel®), paroxétine (Déroxat®, Divarius®), sertaline (Zoloft®), venlafaxine (Effexor®).

Contre-indications

IMAO et antimigraineux (triptans), adénome de la prostate pour le milnacipran.

Effets indésirables

Troubles digestifs, tremblements, céphalées, insomnie, nervosité.

Inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)

Produits

Iproniazide (Marsilid®), moclobémide (Moclamine®).

Contre-indications

HTA, atteinte hépatique, sujet âgé ou ayant des antécédents d'AVC, alcoolisme chronique, insuffisance cardiaque, syndrome délirant et maniaque.

Aliments interdits

Les IMAO interagissent avec les aliments riches en tyramine, ce qui provoque des crises hypertensives.

Alcool, chocolat, fèves, ginseng, abats, banane, figue, fromage fermenté, avocat, figue, viandes et poissons fumés ou séchés, saucisson, soja, soupes en sachets ou boîtes, levure de bière.

Effets indésirables

Insomnie, vertiges, sueurs, céphalées, hypotension orthostatique.

Divers

Produits

Agomélatine (Valdoxan®), miansérine, mirtazapine, tianeptine (Stablon®).

Contre-indications

Peu.

Surveillance

Pour miansérine et mirtazapine à cause du risque d'agranulocytose pendant les premiers mois.

FICHE 109

Anxiolytiques, thymorégulateurs

Anxiolytiques

 **Anxiolytiques** : médicaments symptomatiques rapidement efficaces pour lever l'anxiété.

Surveillance

Levée de l'inhibition car pas d'effet sur la dépression.

Benzodiazépines (« -zépam »)

Produits

Alprazolam (Xanax®), bromazépam (Lexomil®), clobazam (Urbanyl®), clonazépam (Rivotril®), clorazépate dipotassique (Tranxène®), diazépam (Valium®), lorazépam (Témesta®), oxazépam (Séresta®), prazépam (Lysanxia®).

Indications

États anxieux, agitations, sevrage alcoolique.

Contre-indications

Myasthénie, insuffisance respiratoire sévère et syndrome d'apnées du sommeil, insuffisance hépatique sévère (déconseillées aux personnes âgées).

Effets indésirables

Altération des fonctions cognitives (amnésie antérograde), somnolence, effets paradoxaux.

Carbamates

Produit

Méprobamate (Equanyl®) ; retiré du marché.

Indications

États anxieux aigus.

Contre-indications

Insuffisance respiratoire et SAS, insuffisance hépatique sévère.

Effets indésirables

Amnésie, somnolence, effets paradoxaux.

Antihistaminiques

Produit

Hydroxyzine (Atarax®).

Indications

Formes modérées d'anxiété.

Contre-indications

Glaucome à angle fermé, obstacle urétr prostatique, rétention urinaire, constipation, sécheresse buccale.

Effets indésirables

Hyperphagie ; altération des fonctions cognitives possible, mais rare.

Antidépresseurs à action sérotoninergique

Produits

Citalopram (Séropram®), fluoxétine (Prozac®), fluvoxamine (Floxyfral®), paroxétine (Seroxat®, Paxil®), sertraline (Zoloft®).

Indications

Trouble panique, TOC, phobies sociales, anxiété généralisée et stress post-traumatique.

Contre-indications

Glaucome à angle fermé, obstacle urétroprostatique, rétention urinaire.

Effets indésirables

Hyperphagie, peu d'altération des fonctions cognitives ; constipation, sécheresse buccale.

Action différée

5–6 semaines.

Thymorégulateurs

 **Thymorégulateurs** : traitement des épisodes dépressifs survenant dans le cadre de troubles bipolaires afin de prévenir la survenue d'épisodes aigus.

Lithium (Théralithe®)

Effets indésirables

Tremblements, troubles mnésiques, prise de poids, polydipsie, goitre, alopecie, goût métallique, hyperleucocytose, divers (cardiaque, tératogène).

Surveillance

Lithiémie plasmatique.

Anticonvulsivants avec indication thymorégulateur

Produits

Valproate et ses dérivés (Dépakote®, Dépakine®, Dépamine®, Micropakine®), carbamazépine (TégrétoL®).

Effets indésirables

Hyponatrémie pour le TégrétoL®, atteintes hépatiques pour les valproates, pancytopenie, diminution des facteurs de coagulation, somnolence, vertiges, confusion, troubles digestifs, divers (constipation, sécheresse buccale, trouble de l'accommodation, prise de poids), alternative aux valproates ou information en cas de désir de grossesse.

Surveillance

Carbamazépinémie.

FICHE 110

Hypnotiques, antiépileptiques

Hypnotiques

 **Hypnotiques** : traitement qui induit et régule le sommeil.
Toujours rechercher une étiologie psychiatrique et somatique aux troubles du sommeil.

Attention !

Ne pas associer deux spécialités de la même famille.

Benzodiazépines

Produits

Lormétazépam (Noctamide®), estazolam (Nuctalon®), loprazolam (Havlane®), nitrazépam (Mogadon®).

Action

Augmentent la durée de sommeil et raccourcissent le délai d'endormissement.

Précaution

Phénomène de tolérance rapide (perte d'efficacité objective en quelques semaines).

Effets indésirables

Amnésie antérograde importante, levée de l'inhibition, hallucinations hypnagogiques (avant l'endormissement), risque de chute, somnolence résiduelle, altération des fonctions cognitives.

Dépendance

Physique et psychique.

Apparentés aux benzodiazépines

Produits

Zopiclone (Imovane®), zolpidem (Stilnox®).

Action

Augmentent la durée de sommeil et raccourcissent le temps d'endormissement mais ne possèdent pas de propriété myorelaxantes ou anticonvulsivantes.

Effets indésirables

Idem benzodiazépines, mais moindres.

Dépendance

Moindre que pour les benzodiazépines, notamment en ce qui concerne la dépendance physique.

Neuroleptiques phénothiaziniques

Produit

Alimémazine (Théralène®).

Dépendance

Faible.

Antidépresseurs sédatifs

Produits

Miansérine (Athymil®), amitriptyline (Laroxyl®).

Dépendance

Faible.

Antiépileptiques

Attention !

Nécessité d'observance et risque de syndrome de sevrage.

Acide valproïque (Dépakine®, Micropakine® LP, valproate de sodium)

Contre-indications

Hépatite ou antécédents familiaux d'hépatite, association à la méfloquine (Lariam®), grossesse.

Effets indésirables

Toxicité hépatique, tremblements, prise de poids, arrêt ou irrégularité des règles, troubles digestifs.

Barbituriques

Produits

Phénobarbital (Aparoxal®, Gardéнал®), primidone (Mysoline®).

Contre-indications

Insuffisance respiratoire sévère.

Effets indésirables

Somnolence, trouble de la coordination ou de l'équilibre, vertiges, trouble de l'humeur, anémie, douleurs articulaires.

Benzodiazépines

Produits

Diazépam (Valium®), clonazépam (Rivotril®), clobazam (Urbanyl®), midazolam (Buccolam®).

Contre-indications

Myasthénie, insuffisance respiratoire sévère et syndrome d'apnées du sommeil, insuffisance hépatique sévère (déconseillées : personnes âgées).

Effets indésirables

Altération des fonctions cognitives (amnésie antérograde), somnolence, effets paradoxaux.

Carbamazépine (Tégréto[®])

Contre-indications

BAV, adénome prostatique, insuffisance cardiaque, insuffisance hépatique, insuffisance rénale.

Effets indésirables

Troubles digestifs, somnolence, prise de poids, pancytopénie.

Phénytoïne

Produits

Di-Hydan[®], Dilantin[®], ProDilantin[®].

Effets indésirables

Troubles digestifs, troubles visuels, troubles de l'équilibre, confusion, toxicité (leucopénie sévère), éruption cutanée, hépatite.

FICHE 111

Médicaments du sevrage alcoolique, tabagique, opioïde

 **Sevrage** : période d'abstinence pendant laquelle l'organisme se réadapte en augmentant le nombre de récepteurs à l'agoniste, créant une sensation inverse au plaisir éprouvé lors de la prise de substance.

 **Tolérance** (*down régulation*) : pour obtenir un même effet, il faut augmenter la dose car, suite à une exposition prolongée à un agoniste, l'organisme est capable de diminuer le nombre de récepteurs à cet agoniste (avec comme objectif de restaurer le fonctionnement normal).

Installation de la dépendance

Les substances augmentent anormalement la quantité de dopamine disponible dans la zone du cerveau correspondant au circuit de la récompense. Il y a alors déséquilibre permanent du circuit de la récompense.

Principales substances

- **Sédatifs** : opiacés, benzodiazépines, alcool, anesthésiques, GHB.
- **Stimulants** : cocaïne, amphétamine, méthyphénidate, éphédrine, nicotine, caféine.
- **Hallucinogènes** : LSD, champignons, mescaline, MDMA, cannabis, kétamine.

Sevrage alcoolique

Produits

Acamprosate (Aotal®), naltrexone (Revia®), baclofène (Liorésal®), disulfiram (Espéral®), nalméfène (Selincro®).

Indications

Diminution de l'appétence à l'alcool, effet antabuse.

Précautions

- Couverture par benzodiazépine pour éviter le *delirium tremens* (alprazolam, diazépam, oxazépam...).
- Hydratation : > 2 litres par jour.
- Apport vitaminique (B1, B6, PP, acide folique).

Sevrage aux opiacés

Produits

Buprénorphine (Subutex®), méthadone, suboxone.

Précaution

Ordonnances limitées respectivement à 28 et 14 jours.

Indications

- Dépendance récente : traitement symptomatique.

- Dépendance majeure : mise en place de méthadone ou de buprénorphine.

Effets indésirables

Troubles thymiques, digestifs, sédation et somnolence, œdèmes, dépression respiratoire, hypotension.

Sevrage tabagique

Produits

Varénicline (Champix®), bupropion (Zyban®).

Processus inflammatoires et infectieux

FICHE 112

Antibiotiques

 **Antibiotiques** : substances chimiques naturelles ou synthétiques capables d'inhiber la multiplication ou de tuer des micro-organismes.

Élimination

Voies urinaires et biliaires.

Modes d'actions

Atteinte de la paroi bactérienne, membrane cytoplasmique, ARN des ribosomes, ADN bactérien.

Soit bactéricides, soit bactériostatiques.

Indications

- **Prophylactiques** : pré/post-chirurgie, patients immunodéprimés.
- **Curatives** : existence de germes et d'une infection.

Contre-indications

- **Spécifiques** : indiquées plus bas.
- **Générales** : réactions allergiques à l'un des composants.

Effets indésirables

- **Spécifiques** : indiqués plus bas.
- **Généraux** : réactions allergiques, troubles digestifs (diarrhée, nausées, vomissements, candidoses digestives), troubles rares (neutropénie, anémie hémolytique, thrombopénie, atteinte hépatique).

Surveillance

- **Efficacité du traitement** : signes généraux (fièvre et signes accompagnateurs), signes cliniques locaux (douleurs, inflammation, aspect de la radiographie pulmonaire, etc.), signes biologiques.
- **Effets indésirables** : cutanés, allergiques, biologiques, spécifiques à chaque antibiotique.

Éducation thérapeutique

Respecter les posologies (dose, horaire, durée pour éviter la rechute et l'antibiorésistance), prévenir le médecin en cas d'effets indésirables, ne pas utiliser d'antibiotique d'une prescription antérieure.

Principales familles

- Aminocyclitolides (« **-micine** », « **-acine** »).
- Bêtalactamines :
 - Carbapénèmes.
 - Céphalosporine (« **céf-** »).
 - Monobactames.
 - Pénicillines (« **-icilline** »).
- Glycopeptides.
- Imidazoles (« **-azole** »).
- Macrolides (« **-mycine** »).
- Quinolones (« **-oxacine** »).
- Tétracyclines (« **-cycline** »).
- Sulfamides.

Aminosides (« -micine », « -acine »)

Produits

Gentamicine (Gentalline®), amikacine (Amiklin®).

Indications

Diverses.

Contre-indications

Myasthénie.

Effets indésirables

Ototoxicité, toxicité rénale.

Carbapénèmes

Produit

Imipénème (Tienam®).

Indications

Infections sévères.

Céphalosporines (« céf- »)

Produits

Cefepim (Axépin®), céfotaxime, ceftriaxone (Rocéphine®), Triacefan®).

Indications

Infections ORL, respiratoires, gynéco-urinaires, ostéoarticulaires, cutanées.

Effets indésirables

Candidoses.

Monobactames

Produits

Aztréonam (Azactam[®], Cayston[®]).

Indications

Infections urinaires, pulmonaires.

Pénicillines (« -icilline »)

Produits

Amoxicilline (Amodex[®], Clamoxyl[®]), amoxicilline et acide clavulanique (Augmentin[®]), ticarcilline (Ticarpen[®]), pipéracilline et tazobactam (Tazocilline[®]).

Indications

Diverses.

Préparation et administration

Augmentin[®] : en dilution avec NaCl uniquement.

Glycopeptides

Produits

Téicoplanine (Targocid®), vancomycine.

Indications

Infections résistantes aux autres antibiotiques.

Effets indésirables

Ototoxicité, pas de troubles digestifs.

Imidazoles (« -azole »)

Produits

Métronidazole (Flagyl®), ornidazole (Tibéral®).

Indications

Infections à germe anaérobie.

Effets indésirables

Goût métallique dans la bouche, glossite, stomatite.

Macrolides (« -mycine »)

Produits

Josamycine (Josacine®), roxithromycine (Clavomid®), spiramycine (Rovamycine®), érythromycine.

Indications

Infections ORL, pulmonaires ; alternative aux pénicillines.

Contre-indications

Allongement de l'espace QT.

Effets indésirables

L'érythromycine IV provoque des troubles du rythme cardiaque et a une toxicité veineuse.

Préparation et administration

Rovamycine® : dilution uniquement avec du G5 %.

Quinolones, fluroquinolones (« -oxacine »)

Produits

Ciprofloxacin (Ciflox®), énoxacin (Enoxor®), lévofloxacin (Tavanic®), ofloxacin (Oflocet®).

Indications

Infections sévères, à large spectre.

Contre-indications

Antécédents de tendinopathie, épilepsie.

Effets indésirables

Douleurs musculaires, articulaires, toxicité rénale, hépatique et hématologique.

Préparation et administration

Tavanic® : passage en 1 heure minimum.

Tétracyclines (« -cycline »)

Produit

Vibramycine (Doxycycline®).

Indications

Maladies infectieuses transmises par les animaux, affections dermatologiques.

Contre-indications

Insuffisance hépatique, rénale, exposition soleil ou aux UV.

Effets indésirables

Ulcères gastriques, hypoplasie de l'émail des dents, photosensibilité cutanée, leucopénie, thrombopénie.

Sulfamides

Produit

Cotrimoxazole (Bactrim®).

Indications

Infections urinaires et génitales, toxoplasmose.

Contre-indications

Insuffisance hépatique.

Effets indésirables

Anorexie, troubles hématologiques (anémie, thrombopénie, neutropénie).

Préparation et administration

Bactrim® : temps de passage recommandé en 1 heure 30.

Autres

Préparation et administration

- Fosfomycine : passage à 1 g/h.
- Acide fusidique : passage en 2 heures minimum.
- Rifampicine : passage en 1 heure 30 et dilution uniquement avec G5 %.
- Antituberculeux : toujours à jeun.

FICHE 113

Anti-inflammatoires stéroïdiens

 **Anti-inflammatoire stéroïdien (AIS)** : thérapeutique symptomatique à visée anti-inflammatoire mais avec des effets immunosuppresseurs en fonction des doses administrées. Surveillance systématique de la glycémie et de la kaliémie lors de l'induction.

Produits (« -sone », « -solone »)

- Prednisone (Cortancyl®), prednisolone (Solupred®), méthylprednisolone (Medrol®).
- Bétaméthasone (Betnesol®, Célestène®, Célestamine®).
- Dexaméthasone (Dectancyl®, Neodex®).

Principes

- **Traitement d'attaque** : posologie élevée, courte durée.
- **Traitement d'entretien** : diminution progressive des doses jusqu'à obtenir la posologie minimale efficace.

Indications

- Rhumatologie : polyarthrite rhumatoïde, rhumatisme articulaire aigu, arthrose, lupus érythémateux disséminé.
- Allergologie : asthme, rhinite, eczéma, urticaire, œdème de Quincke, choc anaphylactique.
- Hématologie, oncologie : leucémie lymphoïde chronique, myélome, maladie auto-immune, purpura thrombopénique.
- Transplantations d'organes.
- Infectiologie : fièvre typhoïde à forme viscérale.
- Dermatologie.
- Gastro-entérologie : maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, hépatite chronique.
- Neurologie : myasthénie, sclérose en plaques, polyradiculonévrite.
- Ophtalmologie.
- ORL.
- Néphrologie : glomérulonéphrite, syndrome néphrotique.

Contre-indications

Pas de contre-indication absolue.

Déconseillés : psychoses graves, hémorragie digestive ou antécédents, infection non contrôlée, goutte.

Effets indésirables

Moyen mnémotechnique « GLUCOCORTIKOIDE »

- Glycémie (diabète sucré).
- Lourdeur (prise de poids).
- Ulcère.
- Cataracte.
- Œdèmes rétentionnels.
- Cutanée.
- Obnubilation psychique.
- Rhumatologie (ostéoporose, ostéonécrose de la tête fémorale).
- Tension (HTA).
- Infection (aggravation d'infection non contrôlée).
- HypoKaliémie.
- Oligoménorrhée.
- Insuffisance surrénale aiguë.
- Dystrophie musculaire (amyotrophie).
- Eosinophilie et autres troubles sanguins (neutrophilie...).

Associations

Pansement gastrique, antiulcéreux, vitamine D, calcium, antibiotiques, antiviraux, potassium.

Interactions médicamenteuses

Médicaments donnant des torsades de pointes, antiarythmiques, anticoagulants, antidiabétiques, médicaments hypokaliémiants, pansements gastriques.

Surveillance du traitement

Diabète, régime hyposodé, poids, HTA, examens microbactériologiques, aseptie, nouveau-nés (risque d'insuffisance rénale néonatale).

Précautions

Arrêt toujours progressif car risque d'insuffisance surrénalienne ; prise le matin (car stimulant).

FICHE 114

Anti-inflammatoires non stéroïdiens

 **Anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS)** : médicament symptomatique à action rapide avec propriété antalgique, antipyrétique et anti-inflammatoire.

Produits (« -fène »)

Acide acétylsalicylique (Aspirine®), Aspégic®, Salipran®), indométacine (Indocid®), acide tiaprofénique (Surgam®), alminoprofène (Minalfène®), diclofénac (Voltarène®), flurbiprofène (Cebutid®), ibuprofène (Advil®, Nureflex®), kétoprofène (Profénid®), célécoxib (Celebrex®).

Indications

- Traumatologie.
- Chirurgie orthopédique.
- ORL.
- Stomatologie.
- Rhumatologie :
 - au long cours : inflammations chroniques, arthroses invalidantes, polyarthrite rhumatoïde ;
 - de courte durée : arthrose, lombalgie, radiculalgie.

Contre-indications

Ulcère gastroduodéal en évolution, insuffisance hépatique, rénale ou cardiaque sévère.

Effets indésirables

Néphrotoxicité, spasme bronchique, diminution des défenses immunitaires, ulcères gastroduodéaux, risque hémorragique, photosensibilisation, effet antiagrégant plaquettaire, agranulocytose et aplasie médullaire (phénylbutazone).

Interactions médicamenteuses

- Potentialisation du risque hémorragique : anticoagulants, antiagrégants plaquettaires, thrombolytiques.
- Diminution de l'effet antihypertenseur : bêtabloquants, IEC, diurétiques.
- Diminution de l'efficacité des dispositifs intra-utérins.

Précautions d'emploi

- Prendre pendant les repas (diminue le risque d'ulcère).
- Association possible à un pansement gastrique (Cytotec®) ou à un inhibiteur de la pompe à protons chez les sujets à risque d'ulcère (Mopral®).
- Protection cutanée (photosensibilisation).

Surveillance

Fonction rénale (diurèse, ionogramme, fonction rénale).

FICHE 115

Vaccins, sérothérapies

 **Vaccination** : introduction de l'antigène d'un agent infectieux pour créer une réponse immunitaire qui protégera d'une future infection.

 **Sérothérapie** : injection d'anticorps sous forme de produits dérivés du sang ; l'effet protecteur ne dure qu'environ 1 mois.

Différence entre vaccination et sérothérapie

	Vaccination	Sérothérapie
Composition	Antigène	Anticorps
Immunoprophylaxie	Active	Passive
Délai d'efficacité	Efficacité différée	Efficacité immédiate
Durée d'action	Longue (plusieurs années)	Courte (quelques semaines)
Utilisation	Pré-exposition	Post-exposition
Conséquence	Empêche l'infection Prévention primaire	Empêche la maladie Prévention secondaire

Différents types de vaccins

	Vaccins bactériens	Vaccins viraux
Vaccins vivants atténués	BCG	Rougeole, oreillons, rubéole, fièvre jaune, grippe (vaccin vivant nasal), rotavirus, varicelle
Vaccins inertes	Choléra, leptospirose, tétanos, diphtérie, pneumocoque, méningocoque, typhoïde, coqueluche	Grippe, poliomyélite (vaccin injectable), hépatite A, B, HPV, rage, encéphalite à tiques, encéphalite japonaise

Objectifs de la vaccination

- **Éradication** : faire disparaître la maladie de la planète.
- **Élimination** : diminuer l'incidence à zéro.
- **Contrôle** : diminuer l'incidence et la prévalence, mais la maladie est toujours présente ; réduire l'incidence de formes graves.

Types de vaccins

- **Vivants** : germes atténués avec propriétés antigéniques très fortes, immunité au bout de 15 jours.
- **Inertes** :

- à germe entier inactivé ;
- fraction antigénique ou sous-unitaire.

Contre-indications

- **Vaccins inactivés** : allergies, infection en cours.
- **Vaccins vivants** : immunodépression, allergie, infection en cours, âge < 6 mois.

Obligatoires en France

- DTP (2, 4, 11 mois, 6, 13, 25, 45 ans, puis tous les 10 ans).
- Pour le personnel médical : VHB (2, 4, 11 mois) et BCG.

Autres vaccins

Grippe (tous les ans), HPV (13, 14 ans), ROR (12, 16/18 mois), méningocoque C (12 mois), pneumocoque (2, 4, 11 mois).

Vaccination : êtes-vous à jour ?

2017 calendrier simplifié des vaccinations

Âge approprié	1 mois	2 mois	4 mois	5 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois	6 ans	11-13 ans	14 ans	25 ans	45 ans	65 ans et +
BCG	■												
Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite		■	■		■			■	■		■	■	Tous les 10 ans
Coqueluche		■	■		■			■	■		■		
Haemophilus Influenzae de type b (HIB)		■	■		■			■	■		■		
Hépatite B		■	■		■		Rattrapage possible jusqu'à 15 ans						
Pneumocoque		■	■		■								
Méningocoque C				■		■	Rattrapage possible jusqu'à 24 ans				■		
Rougeole-Oreillons-Rubéole						■	■						
Papillomavirus humain (HPV)									■	■			
Grippe													Tous les ans
Zona													■

FIGURE 36 Calendrier vaccinal 2017. Source : Santé publique France/www.santepublique.fr

Processus obstructifs

FICHE 116

Anticoagulants/1

Hémostase, composition du sang, généralités sur les anticoagulants

 **Hémostase** : ensemble des mécanismes qui concourent à maintenir le sang à l'état fluide à l'intérieur des vaisseaux.

Chronologie de la coagulation

- **Hémostase primaire** : formation du clou plaquettaire (arrêt du saignement) par la paroi vasculaire, les plaquettes, le facteur de Willebrand et le fibrinogène.
- **Hémostase secondaire** : coagulation renforçant le clou plaquettaire grâce à la cascade de facteurs.
- **Fibrinolyse** : empêche l'installation et l'extension du thrombus formé par coagulation.

Composition du sang

- Hématies (ou globules rouges ou érythrocytes).
- Leucocytes (ou globules blancs).
- Plaquettes (ou thrombocytes).
- Facteurs de coagulation.
- Plasma.

 **Éléments figurés du sang** : désignent les cellules sanguines et les plaquettes.

 **Sérum** : désigne le plasma.

 **Hématocrite** : désigne le volume d'hématies divisé par le volume de sang total.

Types de cellules sanguines

- **Hématies** (ou globules rouges ou érythrocytes).

- **Leucocytes** (ou globules blancs) :
 - *granulocytes* (ou *polynucléaires*) : éosinophiles, basophiles, neutrophiles.
 - *agranulocytes* (ou *mononucléaires*) : lymphocytes, monocytes.

 **Anticoagulant** : thérapeutique destinée à prévenir la formation de thrombus pouvant être à l'origine de complications graves. Les anticoagulants agissent sur l'hémostase secondaire.

Types d'anticoagulants

- AVK : modifient la synthèse des facteurs de coagulation vitamine K-dépendants.
- Héparines et antithrombines : inhibent l'activité des facteurs IIa et Xa :
 - héparines : HNF, HBPM, héparinoïdes ;
 - antithrombines/hirudines recombinantes ;
 - inhibiteurs spécifiques du facteur Xa.

Indications

- **Traitement préventif** : péri-opératoire, alitement prolongé, antécédents thromboemboliques, valve cardiaque mécanique, anomalies constitutionnelles de la coagulation.
- **Traitement curatif** (aigu) : thromboses veineuse ou artérielle pathologiques (phlébite, EP, AVC, IDM), prothèse vasculaire cardiaque, arythmie cardiaque, anomalie de la coagulation.

Contre-indications

Patient incapable de gérer correctement le traitement, risque de chute, anomalie de la coagulation (hémophiles, etc.), ulcères non cicatrisés, post-chirurgie à risque, insuffisances hépatique et rénale sévères, saignements en cours.

Bilan minimum avant tout début de traitement

- Numération plaquettaire.

- Exploration sommaire de l'hémostase par TCA et TP ou TQ (pour explorer les deux voies).

FICHE 117

Anticoagulants/2

Antiagrégants plaquettaires, nouveaux anticoagulants oraux, héparines

Antiagrégants plaquettaires (AAP)

 **AAP** : traitement préventif anticoagulant agissant sur l'hémostase primaire.

Produits

Acide acétylsalicylique (Aspirine protect[®], Aspirine UPSA[®], Kardégic[®]), flurbiprofène (Cebutid[®]), clopidogrel (Plavix[®]), dipyridamole (Persantine[®], Cléridium[®]), ticlopidine (Ticlid[®]), abciximad (Réopro[®]), eptifibatide (Integrilin[®]), tirofiban (Agrastat[®]).

Aspirine : compétence hémostatique récupérée 3–4 jours après arrêt du traitement.

AINS : action sur les plaquettes réversible en moins de 24 heures.

Contre-indications

Héparine standard, AVK, viroses.

Effets indésirables

- Tous : risque hémorragique, ulcères digestifs hauts.
- Ticlopidine : risque de neutropénie, agranulocytose et thrombopénie.

Surveillance

- Ticlopidine : NFS toutes les 2 semaines les 3 premiers mois.
- Abciximab, tirofiban, eptifibatide en association avec héparine : avant traitement NFS-plaquettes et TCA, puis TCA régulier et contrôle des plaquettes une fois après le début du traitement.

Nouveaux anticoagulants oraux (NACO)

Produits encore peu ou mal connus, qui semblent avoir une efficacité égale à celle des AVK mais avec des risques hémorragiques moins importants.

À noter : pas d'antidotes à ce jour – sauf pour le dabigatran (antidote Praxbind®, récemment commercialisé, à usage hospitalier) – : les AVK restent le premier choix.

Produits

Dabigatran (Pradaxa®), rivaroxaban (Xarelto®), apixaban (Eliquis®).

Contre-indications

Insuffisance rénale, imidazolés.

Surveillance

Aucune.

Relais héparine

Arrêt héparine, début des NACO.

Héparines

 **Héparine** : traitement temporaire et injectable qui augmente l'action de l'antithrombine II et inactive les facteurs IIa et Xa, engendrant un effet anticoagulant.

Antidote

HNF et HBPM → Sulfate de protamine.

Héparine non fractionnée (HNF)

Produits

Héparine calcique (Calciparine®), héparine sodique (Héparine Choay®).

Effets indésirables

Thrombopénie.

Surveillance

- **Lors d'un traitement préventif** : taux de plaquettes 1 à 2 fois par semaine.
- **Lors d'un traitement curatif** : TCA ou activité anti-Xa dès H + 6 (1,5 à 3 N).

Héparine de bas poids moléculaire (HBPM)

Produits

Enoxaparine (Lovenox®), daltéparine (Fragmine®), nadroparine (Fraxiparine®), tinzaparine (Innohep®).

Effets indésirables

Thrombopénie.

Surveillance

- **Lors d'un traitement préventif** : taux de plaquettes 2 fois par semaine.
- **Lors d'un traitement curatif** : activité anti-Xa H + 4–6 après la deuxième injection.

Héparinoïdes

Produit

Danaparoïde (Orgaran®).

Indications

Utilisé dans le cas de contre-indication ou d'intolérance aux HNF ou HBPM.

Pentasaccharides

Produit

Fondaparinux (Arixtra®).

Antithrombines/hirudines recombinantes

Produits

Bivalirudine (Angiox®), désirudine (Revasc®), lépirudine (Refludan®), dabigatran (Pradaxa®).

Inhibiteur du facteur Xa

Produit

Rivaroxaban (Xarelto®).

FICHE 118

Anticoagulants/3

Antivitamines K

 **Antivitamines K (AVK)** : traitement médicamenteux *per os* qui empêche la synthèse de facteurs de la coagulation (II, VII, IX et X) et de protéines coagulantes (C et S).

Antidote

- Vitamine K pour les saignements mineurs.
- PPSB pour les saignements majeurs.

Attention !

Nécessité d'au moins 36 à 72 heures pour que la thérapeutique fasse effet.

Action persistant plusieurs jours après l'arrêt du traitement.

Produits

Acénocoumarol (Sintrom®), fluindione (Préviscan®), warfarine (Coumadine®).

Contre-indications

Insuffisance hépatique, association avec des anti-inflammatoires et antiagrégants plaquettaires (aspirine à forte dose, Daktarin®, phénylbutazone, millepertuis).

Surveillance

INR au moins une fois par mois et plus fréquemment lors de la mise en place du traitement :

- INR < 2 : anticoagulation insuffisante ;
- INR > 3 : excès d'anticoagulation ;
- INR > 5 : risque hémorragique excessif.

Mesures correctives (sur prescription médicale)

Mesures correctives		
INR mesuré	INR cible 2,5	INR cible ≥ 3
INR < 4	Pas de saut de prise Pas d'apport de vitamine K	
$4 \leq \text{INR} \leq 6$	Saut d'une prise Pas d'apport de vitamine K	Pas de saut de prise Pas d'apport de vitamine K
$6 \leq \text{INR} \leq 10$	Arrêt du traitement 2 mg de vitamine K par voie orale	Saut d'une prise Avis spécialisé
INR ≥ 10	Arrêt du traitement 5 mg de vitamine K	Avis spécialisé sans délai ou hospitalisation

Posologie

Une dose (selon prescription médicale) par jour, à heure fixe et idéalement à 2 heures du repas, le soir.

Mise en route du traitement

- Bilan pré-traitement : TP, TCA et plaquettes (pour évaluer les deux voies de l'hémostase).
- Premier bilan à prise H + 48 : si INR > 2, réduction de posologie et nouveau contrôle 3 à 6 jours après la première prise.
- Bilan tous les 2–4 jours après modification de la dose et jusqu'à stabilisation.
- Arrêt de l'héparine uniquement après atteinte du niveau d'équilibre de l'AVK (2 INR corrects à 24 heures d'intervalle).
- Bilan après tout changement de traitement.
- Une fois stabilisé : bilan 1 fois par mois.

Éducation thérapeutique

- Signes de surveillance du risque hémorragique : épistaxis, gingivorragies, hématurie, rectorragie, hématomes spontanés.
- Carnet de surveillance de l'INR et signification de l'INR obtenu.
- Prévention diététique : aliments apportant de la vitamine K à limiter (choux, épinards, foie, salades vertes, tomates).
- Activités non conseillées : sports violents, travaux à risque, gestes traumatisants (injections, pédicure, etc.).
- Signaler la prise d'AVK à tout professionnel médical ou paramédical.
- Si oubli d'une prise, rattrapage possible dans un délai de 8 heures.

FICHE 119

Urgences/1

Médicaments cardioactifs, catécholamines

 **Inotrope** : agit sur la contraction cardiaque.

 **Chronotrope** : agit sur la fréquence cardiaque.

 **Bathmotrope** : agit sur l'excitabilité cardiaque.

 **Dromotrope** : agit sur la vitesse de conduction auriculoventriculaire.

 **Effet alpha** : agit sur les vaisseaux et la pompe cardiaque :

- alpha 1 : bronchoconstriction ;
- alpha 2 : vasoconstriction, effets inotrope et bathmotrope positifs.

 **Effet bêta** : agit sur la pompe cardiaque, le rein, les muscles lisses des vaisseaux et les bronches :

- bêta 1 : effets inotrope, chronotrope, dromotrope et bathmotrope positifs, relâchement des muscles gastroduodénaux ;
- bêta 2 : bronchodilatation, relâchement des muscles lisses (bronches, utérus, intestin, vaisseaux).

Catécholamines

Adrénaline (épinéphrine)

Effets

- Alpha 1 : vasoconstriction.
- Bêta 1 : effets inotrope, chronotrope et bathmotrope positifs.
- Bêta 2 : bronchodilatateur.

Indications

Arrêt cardiaque, état de choc anaphylactique, asthme aigu grave.

Contre-indications

Préparation NaCl, bicarbonates, insuffisance coronaire, trouble ventriculaire.

Effets indésirables

Angor, arythmie, mydriase.

Administration

IVD toutes les 3–5 minutes 10 µg/kg ou 0,1–1 µg/kg/min.

Noradrénaline

Effets

- Majoritairement alpha 1 : vasoconstricteur.
- Moyennement bêta 1 : effets inotrope, chronotrope et bathmotrope positifs.

Indications

Choc septique, cardiogénique, hypovolémique.

Contre-indications

Hypovolémie, insuffisance cardiaque aiguë, IDM récent, arythmie.

Effets indésirables

Gêne respiratoire, photophobie, ischémie des extrémités, douleur rétro-sternale.

Administration

IVD 1–0,5 µg/kg/min.

Dobutamine (Dobutrex®)

Effets

- Majoritairement bêta 1 : effets inotrope, chronotrope et bathmotrope positifs.
- Alpha 1 : vasoconstricteur.

Indications

Choc cardiaque (syndrome de bas débit), septique.

Souvent associée à l'adrénaline pour état de choc, car inadéquation entre débit cardiaque et demande du métabolisme.

Contre-indications

Préparation NaCl, bicarbonates, acidose métabolique, cardiomyopathie obstructive.

Effets indésirables

Arythmie, phlébite.

Administration

IVL 10–20 µg/kg/min.

Dopamine

Effets

- Bêta 1 (plus la dose augmente plus l'effet devient alpha) : effets inotrope, chronotrope et bathmotrope positifs.
- Alpha 1 : vasoconstricteur.
- Améliore la fonction rénale.

Indications

États de choc après expansion volémique.

Contre-indications

Bicarbonates, hypovolémie, tachycardie ventriculaire, cardiomyopathie obstructive.

Effets indésirables

Arythmie, crise angineuse, bronchospasme.

Administration

IVL 5–20 µg/kg/min.

Sulfate d'atropium (Atropine®)

Effets

Vagolytique, effets chronotrope et bathmotrope positifs.

Indications

Malaise vagal, bradycardie, BAV, intoxication par champignons vénéneux.

Contre-indications

Glaucome, adénome de la prostate.

Administration

IVD 10 µg/kg, IM ou IV 1 mg toutes les 5 minutes à visée antidote.

Isoprénaline (Isuprel®)

Effets

- Bêta 1 : effet inotrope positif.
- Bêta 2 : vasodilatateur, bronchodilatateur.

Indications

BAV, intoxication aux bêtabloquants.

Contre-indications

NaCl, bicarbonates, tachycardie sinusale, hyperthyroïdie, insuffisance coronaire aiguë.

Effets indésirables

Tachycardie, angor.

Administration

IVL 20–60 µg ou IVL 0,1 µg/kg/min.

FICHE 120

Urgences/2

Autres médicaments de l'urgence

Les chocs

Éphédrine 3–9 mg

Vasoconstricteur direct (augmente la production de catécholamines au niveau des corticosurrénales : effet tampon).

Vérapamil (Isoptine®)

Inhibiteur calcique bradycardisant.

Striadyne®

Bloqueur auriculoventriculaire (indication : tachycardie de Bouveret).

Antiarythmiques

Cordarone®, Xylocaïne® (1 mg/kg), Digoxine®.

Antiangoreux

Risordan®.

Anesthésiques

Hypnotiques

Propofol (Diprivan®), kétamine, etomidate (Hypnomidate®), midazolam (Hypnovel®).

Morphiniques

→ [Fiche 110](#)

Curares

Chlorure de suxaméthonium (Célocurine®), bésilate d'atracurium (Tracrium®).

Benzodiazépines

Anxiolytique

Bromazépam (Lexomil®).

Myorelaxant

Tétrazépam (myorelaxant).

Amnésiant

Midazolam (Hypnovel®).

Anticonvulsivant

Clonazépam (Rivotril®).

Fibrinolytiques

Produits

Métalyse[®], Actilyse[®], RéoPro[®].

Antiépileptiques

Produits (du plus fort au moins fort)

Clonazépam (Rivotril®), diazépam (Valium®), phénobarbital (Gardéнал®), phénytoïne (ProDilantin®), barbiturique (Penthotal®).

Bronchodilatateurs

Produits

Terbutaline (Bricanyl®), salbutamol (Ventoline®).

Antihistaminique

Produit

Polaramine.

Hyperthermie maligne

Produit

Dantrolène (Dantrium®).

Processus dégénératifs et défaillances organiques

FICHE 121

Antidiabétiques oraux, insulines

Antidiabétiques oraux (ADO)

Sont indiqués pour les diabètes de type 2.

Insulino-sensibilisateurs : biguanides

Produit

Metformine (Glucophage®).

Contre-indications

Plus de 70 ans ; insuffisance rénale, insuffisance hépatique, hypoxie tissulaire, insuffisance respiratoire.

Effets indésirables

Troubles digestifs, risque d'hypoglycémie si associé à l'alcool.

Administration

À prendre au cours des repas.

Insulino-sécréteurs

Produits

Glimepiride (Diamicron®, Amarel®), glibenclamide (Daonil®), repaglinide (Novonorm®) ; action sur la voie des incrétines (Januvia®, Xelevia®, Galvus®, Victoza®, Byetta®).

Contre-indications

Insuffisance rénale ou hépatique sévère (sauf Novonorm®), allergie aux sulfamides, association au miconazole.

Administration

À prendre 30 minutes avant le repas.

Inhibiteurs de l'absorption de glucose (inhibiteurs de la glucosidase)

Produit

Glucor®.

Contre-indications

Maladies digestives. Insuffisance rénale grave.

Pas de contre-indications : insuffisance hépatique, personnes âgées.

Effets indésirables

Troubles digestifs.

Antidiabétiques injectables : insulines

Sont indiqués pour les diabètes de type 1, diabètes gestationnels ou pour les diabètes de type 2 lorsque les ADO sont insuffisants.

Éducation thérapeutique

- Toujours changer d'endroit d'injection (risque de lipodystrophie).
- Toujours sous-cutanée.
- Laisser l'aiguille 10 secondes après l'injection.
- Pas de désinfection à l'alcool.
- Injection à heure régulière.
- Si activité physique, diminution de la dose d'environ 30 %.
- Schéma habituel :
 - insuline lente le soir (basale, « sert à vivre » : ne jamais arrêter) ;
 - insuline rapide dans les 5 minutes précédant chaque repas (« sert à manger » : donc arrêt si à jeun ou vomissements).

Ultrarapides

Produits

Humalog®, Novorapid®, Apidra®.

Action

Immédiate et pendant 4 heures.

Rapides

Produits

Actrapid®, Umuline® Rapid, Insuman® Rapid.

Action

30 minutes et pendant 6 heures.

Semi-lents

Produits

NPH (Insulatard® NPH, Umuline® NPH), Insuman Basal®.

Action

1 heure et pendant 12 heures.

Lents

Produits

Lantus®, Levemir®.

Action

2 heures et pendant 18 à 24 heures.

Mélanges

Produits

Mix : NovoMix® (le chiffre désigne le % de rapide), Humalog Mix®.

Attention !

Bien mélanger le produit avant injection.

Moyen mnémotechnique intoxications dans lesquelles peut apparaître une hyperglycémie, « BICS » :

- **B**arbituriques.
- **I**mipraminiques, **I**MAO.
- **C**arbamates.
- **S**alicylés.

FICHE 122

Antihypertenseurs, médicaments en cardiologie/1

Généralités – Diurétiques

Définition de l'hypertension selon l'OMS

- HTA légère : PAS 140–159 ou PAD 90–99 mm Hg
- HTA modérée : PAS 160–179 ou PAD 100–109 mm Hg.
- HTA sévère : PAS > 180 ou PAD > 110 mm Hg.

Médicaments antihypertenseurs

- Diurétiques.
- Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II).
- Bêtabloquants.
- Inhibiteurs calciques.
- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC).
- Antihypertenseurs centraux.
- Alphabloquants.

Associations possibles

- Bêtabloquants avec : diurétiques thiazidiques, inhibiteurs calciques.
- ARA II avec : diurétiques thiazidiques, inhibiteurs calciques.
- IEC avec : inhibiteurs calciques, diurétiques thiazidiques.

Attention !

Ne jamais associer deux molécules de la même classe.

Surveillance

PA, poids, surveillance biologique (NFS, fonction rénale, fonction hépatique, ECG, glycémie, cholestérol, triglycérides, kaliémie, natrémie).

Diurétiques

Produits

- **Diurétiques de l'anse** : furosémide (Lasilix®).
- **Diurétiques thiazidiques et apparentés** : hydrochlorothiazide (Esidrex®), indapamide (Fludrex®).
- **Diurétiques du tube proximal** : acétazolamide (Diamox®).
- **Épargneurs de potassium** : spironolactone (Aldactone®), modamide (Amiloride®).

Indications

HTA, insuffisance cardiaque, OAP, œdème et ascite des cirrhotiques, reprise de la diurèse lors des IRA.

Contre-indications

- **Diurétiques de l'anse** : déshydratation, hypovolémie, obstacle sur les voies urinaires, encéphalopathie hépatique, allergie aux sulfamides.
- **Diurétiques thiazidiques** : insuffisance rénale sévère, encéphalopathie hépatique, allergie aux sulfamides.
- **Diurétiques hyperkaliémiants** : insuffisance rénale sévère, hyperkaliémie sévère.

Effets indésirables

Perte hydro-sodée excessive (hyponatrémie, déshydratation), troubles de la kaliémie, diminution de la tolérance glucidique (diurétiques de l'anse, thiazidiques), hyperuricémie.

Interactions médicamenteuses

Médicaments hypokaliémiants (laxatifs stimulants, etc.), médicaments dont la toxicité est majorée par une hypokaliémie, aminosides et diurétique de l'anse (augmentation de l'ototoxicité), AINS (majoration de la néphrotoxicité).

FICHE 123

Antihypertenseurs, médicaments en cardiologie/2

Bêtabloquants, inhibiteurs calciques, médicaments du SRA, IEC

Bêtabloquants (BB) (« -ol »)

Produits

Acébutolol (Sectral®), aténolol (Ténormine®, Bétatop®), bisoprolol (Bisoce®, Cardensiel®, Cardiacor®, Détensiel®), carvedilol (Krédex®), céliprolol (Célectol®), nébivolol (Nébilox®, Témérit®), propranolol (Avlocardyl®, Karnodyl®), tertatolol (Artex®).

Effets

- Effet inotrope négatif (diminution de la contractilité myocardique).
- Effet chronotrope négatif (diminution de la fréquence cardiaque).
- Effet dromotrope négatif (ralentissement de la conduction).
- Vasoconstriction.
- Bronchoconstriction.
- Hypoglycémiant.

Indications

Insuffisance cardiaque, tachycardie, hypotension, préventif des SCA.

Contre-indications

Moyen mnémotechnique contre-indications des bêtabloquants,
« BARBI » :

- **B**AV de haut degré non appareillé.
- **A**sthme.
- **R**aynaud.
- **B**radycardie importante (< 45/min).
- **I**nsuffisance cardiaque congestive non contrôlée.

Effets indésirables

Insuffisance cardiaque, bradycardie, BAV, hypotension, asthme, hypoglycémie, altération du sommeil.

Administration

Introduction progressive. Éviter en phase aiguë (par exemple, d'OAP).

Attention !

Ne jamais arrêter un traitement bêtabloquant brutalement.

Surveillance

Diminution et stabilisation de la PA, diminution des signes congestifs (œdème des membres inférieurs, dyspnée).

Inhibiteurs calciques (IC) (« -dipine »)

Produits

Amlodipine (Amlor®), lercanidipine (Lercan®, Zanidip®), nicardipine (Loxen®), vérapamil (Isoptine®).

Effets

- Effet inotrope négatif.
- Effet chronotrope négatif.
- Effet dromotrope négatif.

Contre-indications

BAV non appareillé, dysfonctionnement sinusal, insuffisance ventriculaire gauche, hypotension sévère.

Effets indésirables

Cedèmes, bradycardie, BAV, hypotension.

Médicaments du système rénine-angiotensine (SRA)

Antagonistes de l'angiotensine II (« -sartan »)

Produits

Candésartan (Atacand®), Kenzen®), eprosartan (Tévéten®), irbésartan (Aprovel®, Ifirmasta®), losartan (Cozaar®), olmésartan (Altéis®, Olmétec®), telmisartan (Micardis®, Pritor®), valsartan (Nisis®, Tareg®).

Indications

HTA.

Contre-indications

Insuffisance rénale, insuffisance hépatique pour le telmisartan.

Effets indésirables

Hyperkaliémie, hypotension.

Interactions médicamenteuses

Diurétiques hyperkaliémiants, IEC, lithium.

Inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) (« -opril »)

Produits

- IEC purs : ramipril (Triatec®), imidapril (Tanatril®), bénazépril (Cibacène®), fosinopril (Fozitec®), quinapril (Acuitel®, Korec®).
- IEC associés à un diurétique : ramipril et hydrochlorothiazide (Cotriatec®).
- IEC associés à un inhibiteur calcique : énalapril et lercanidipine (Lercapress®, Zanextra®).

Indications

HTA, insuffisance cardiaque.

Contre-indications

Œdème de Quincke.

Effets indésirables

Hypotension brutale, insuffisance rénale, diarrhée, crampes musculaires, alopécie, toux sèche.

Interactions médicamenteuses

Diurétiques hyperkaliémiants.

FICHE 124

Antihypertenseurs, médicaments en cardiologie/3

Antihypertenseurs centraux, alphabloquants, dérivés nitrés

Antihypertenseurs centraux

Produits

Clonidine (Catapressan®), méthyldopa (Aldomet®), moxonidine (Physiotens®), rilmenidine (Hypérium®), guanfacine (Estulic®).

Indications

HTA. Peut être utilisé chez la femme enceinte.

Contre-indications

État dépressif grave, AVC ou cardiopathie ischémique récente (méthyldopa), atteinte hépatique aiguë (méthyldopa).

Effets indésirables

Hypotension, anémie hémolytique (méthyldopa), effet rebond (ne pas interrompre brutalement le traitement), syndrome dépressif, altération de la vigilance et du sommeil.

Interactions médicamenteuses

IMAO non sélectifs, antidépresseurs, imipraminiques (Hyperium®), médicaments hépatotoxiques (méthyldopa).

Alphabloquants (« -azosine »)

Produits

Alfuzosine (Xatral®), Urion®), doxazosine (Zoxan®), tamsulosine (Josir®, Omix®), térazosine (Dysalfa®, Hytrine®), prazosine (Alpress®, Minipress®).

Indications

HTA, urgence hypertensive, insuffisance cardiaque congestive, phénomène de Raynaud, adénome prostatique (Alpress®, Minipress®).

Contre-indications

Rétrécissement aortique, insuffisance cardiaque, angor non contrôlé.

Effets indésirables

Hypotension, œdèmes, prise de poids chez l'insuffisant cardiaque, palpitations, angor.

Interactions médicamenteuses

Alphabloquants associés entre eux.

Précaution

Posologie progressive.

Dérivés nitrés

Produits

Isosorbide (Risordan®), trinitrine (Natispray®, Discotrine®).

Effets

- Relâchement des muscles lisses (sauf le cœur).
- Action vasorelaxante (diminution du retour veineux et de la PA).
- Diminution de la consommation en O₂.

Effets indésirables

Hypotension majeure.

Administration

Phase aiguë ou angine de poitrine (angor).

Statines (« -statine »)

Produits

Atorvastatine (Tahor®), rosuvastatine (Crestor®), pravastatine (Elisor®).

Effets

Action anticholestérolémiant par diminution de la synthèse du cholestérol (diminue le bon et augmente le mauvais), effet stabilisateur de la plaque d'athérome.

Effets indésirables

Crampes musculaires.

Surveillance

Biologique (LDL-cholestérol), équilibre alimentaire associé.

Antiarythmiques

Produits

Hydroquinidine (Sérécor®), disopyramide (Isorythm®), Rythmodan®), lidocaïne (Xylocard®), acébutolol (Sectral®), aténolol (Bétatop®, Ténormine®), propranolol (Avlocardyl®, Karnodyl®), amiodarone (Cordarone®), vérapamil (Isoptine®).

Effets

Effets dromotrope négatif, inotrope négatif, bathmotrope négatif pour certains produits.

Contre-indications

Asthme.

Effets indésirables

Photosensibilisation, dysthyroïdie pour la Cordarone®, hypotension, hypoglycémie.

Synthèse des indications

HTA		Insuffisance coronaire		Insuffisance cardiaque	
Bêtabloquants	IEC	Bêtabloquants	IEC	Bêtabloquants	Inotropes positifs
Inhibiteurs calciques	Autres	AAP (× 2)	Dérivés nitrés	IEC ± ARA II	Dérivés nitrés
		Statines		Diurétiques	
Pathologies veineuses		Pathologies artérielles		Troubles du rythme	
Anticoagulants		AAP		Bêtabloquants	
		Statines		Antiarythmiques	
		IEC		Anticoagulants	

FICHE 125

Médicaments de la démence

Maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer,
maladie à corps de Lewy

Maladie de Parkinson

Levodopa

Produits

L-DOPA + carbidopa (Sinemet®), L-DOPA + bensérazide (Modopar®, Stalevo®).

Indications

Traitement de première intention chez les patients parkinsoniens de plus de 70 ans.

Effets indésirables

Hypotension orthostatique, arythmie, nausées, vomissements, confusion et hallucinations.

Au long cours, fluctuation motrice (effet « on/off ») avec dyskinésie.

Administration

Doses progressives pour améliorer la tolérance, fractionnées en plusieurs prises par jour avec horaires réguliers à respecter.

Agonistes dopaminergiques

Produits

Bromocriptine (Parlodel®), pergolide (Celance®), lisuride (Dopergine®), ropinirole (Requip®), pramipexole (Sifrol®), piribédil (Trivastal®), apomorphine, rotigotine (Neupro®).

Indications

Retardent la survenue de dyskinésie (pour les sujets jeunes), mais efficacité moindre sur les symptômes moteurs et effets indésirables plus sévères.

Effets indésirables

Confusion, cauchemars, hallucinations, trouble du contrôle des impulsions.

Administration

Doses progressives fractionnées, augmentation jusqu'à posologie maximale tolérée avec horaires réguliers.

Lepticur®

Effets indésirables

Troubles confusionnels, sécheresse buccale.

Pompe à apomorphine

Indications

Fluctuations motrices importantes sous traitement médicamenteux. Généralement utilisée lors de stades évolués avec blocages brutaux.

Contre-indications

Chirurgie.

Effets indésirables

Nodules SC.

Sonde à DuoDOPA

Action

Voie entérale directe par gastrostomie, débit continu 24 heures/24 ± bolus.

Indications

Fluctuations motrices importantes, existence de troubles de la déglutition.

Contre-indications

Chirurgie.

Maladie d'Alzheimer

Anticholinestérasiques

Produits

Donépézil (Aricept®), rivastigmine (Exelon®), galantamine (Rémínyl®).

Indications

Stade léger et modéré ; évitent la dégradation de l'acétylcholine ; efficaces sur l'apathie.

Contre-indications relatives

Asthme, trouble de la conduction cardiaque, rétention urinaire, ulcère gastroduodéal.

Effets indésirables

Intolérance digestive, bradycardie.

Mémantine

Produit

Mémantine (Ebixa®).

Indications

Stade modéré et sévère ; prévient l'apparition de certains troubles du comportement.

Effets indésirables

Hallucinations, vertiges, céphalées.

Démences à corps de Lewy

Anticholinestérasiques

Indications

Efficacité sur les troubles cognitifs et les hallucinations.

Antiparkinsoniens

Indications

Raideurs et/ou tremblements.

Neuroleptiques atypiques

Indications

Hallucinations et délires importants.

Attention !

Les neuroleptiques classiques aggravent les symptômes moteurs et le risque de chute.

FICHE 126

Traitements symptomatiques/1

Antiulcéreux, antiémétiques,
antispasmodiques

Antiulcéreux

Antihistaminiques H2 (« -tidine »)

Produits

Cimétidine, famotidine, nizatidine (Nizaxid®), ranitidine (Azantac®, Raniplex®).

Propriété

Réduction de la sécrétion gastrique acide.

Effets indésirables

Troubles digestifs, céphalées, douleurs musculaires, syndrome confusionnel.

Inhibiteurs de la pompe à protons (« -prazole »)

Produits

Ésoméprazole (Inexium®), lansoprazole (Lanzor®, Ogast®), oméprazole (Mopral®, Zoltum®), pantoprazole (Inipomp®, Eupantol®), rabéprazole.

Effets indésirables

Troubles digestifs, céphalées, vertiges, hyponatrémie, troubles du sommeil.

Antiémétiques

Produits indiqués dans les vomissements et/ou le RGO

Produits

Alizapride (Plitican®), dompéridone (Bipéridys®, Bipéridysflash®, Motilium®, Périidys®), métoclopramide (Anausin®, Primpéran®, Prokinyl® LP), métopimazine (Vogalène®, Vogalib®).

Contre-indications

Hémorragie, obstruction ou perforation digestives, association avec les antifongiques nitro-azolés et macrolides.

Antagonistes des récepteurs 5-HT₃ de la sérotonine

Produits

Granisétron (Kytril®), Ondansétron (Zophren®).

Effets indésirables

Céphalées, constipation, bouffées de chaleur.

Interactions médicamenteuses

Effet potentialisé par les corticoïdes.

Neuroleptiques

Produits

Aprépitant (Emend®), dropéridol (Droleptan®), halopéridol (Haldol®), alizapride (Plitican®), métoclopramide (Primpéran®).

Effet

Certains neuroleptiques ont des effets antiémétiques.

Effets indésirables

L'aprépitant peut donner une élévation des transaminases, un hoquet, des éructations, constipations ou diarrhées, céphalées, étourdissements.

Produits contre le mal des transports

Produits

Dimenhydrinate (Mercalm®, Nausicalm®), diphenhydramine (Nautamine®), méclizine (Agyrax®), scopolamine (Scopoderm® TTS).

Contre-indications

Glaucome, hypertrophie de la prostate, grossesse, allaitement, enfants < 2 ans.

Effets indésirables

Somnolence, sécheresse buccale, constipation, risque de rétention urinaire et crise de glaucome.

Antispasmodiques

Anticholinergiques

Produits

Atropine, dihexyvérine (Spasmodex®), scopolamine (Scoburen®), tiémonium (Viscéralgine®), Librax®.

Contre-indications

Glaucome, adénome de la prostate.

Effets indésirables

Bouche sèche, constipation, mydriase, tachycardie, rétention urinaire.

Attention !

Utiliser avec prudence chez les personnes âgées et en cas de pathologie cardiaque.

Non anticholinergiques

Produits

Mébévérine (Spasmopriv®), papavérine, phloroglucinol (Spasfon®), pinavérium (Dicétel®), trimébutine (Débricalm®, Débridat®, Transacalm®).

Effets indésirables

Épigastralgie.

FICHE 127

Traitements symptomatiques/2

Antivertigineux, antidiarrhéiques, laxatifs

Antivertigineux

Acétyl-DL-leucine (Tanganil®)

Effets indésirables, contre-indications

Pas de contre-indications ni d'effets indésirables connus.

Bétahistine (Bétaserc®, Extovyl®, Lectil®, Serc®)

Contre-indications

Ulcère digestif.

Effets indésirables

Troubles digestifs, risque de bronchoconstriction.

Funarizine (Sibélium®)

Contre-indications

Parkinson, antécédents de syndrome dépressif.

Effets indésirables

Prise de poids, somnolence, troubles digestifs, céphalées.

Méclizine (Agyrax®)

Contre-indications

Glaucome, adénome de la prostate.

Effets indésirables

Sécheresse buccale, mydriase, constipation, risque rétention urinaire.

Antidiarrhéiques

Ralentisseurs du transit intestinal

Produits

Lopéramide (Arestal[®], Diarétyl[®], Diastrolib[®], Dyspagon[®], Ercéstop[®], Imodium[®], Imodium Caps[®], Imodium Lingual[®], Indiaral[®], Péracel[®]), en association avec siméticone (ImodiumDuo[®]).

Contre-indications

Poussées aiguës de rectocolite hémorragique, colites pseudomembraneuses post-antibiotiques et, uniquement pour le diphénoxylate, glaucome et adénome de la prostate.

Effets indésirables

- Diarsed[®] : sécheresse buccale, somnolence, céphalées, nausées, détresse respiratoire.
- Autres produits : régularisation avec régime sans résidus et boisson abondante.

Antisécrétoires

Produit

Racécadotril (Tiorfan[®]).

Argiles

Produits

Attapulгите (Actapulгите[®]), Diosmectite (Smecta[®]).

Produits d'origine microbienne

Produits

Probiotiques : Bacilor® (*Lactophilus casei*), Lactéol® (*Lactobacillus LB*),
Ultra-Levure® (*Saccharomyces boulardii*)...

Laxatifs

Laxatifs de lest

Produits

Sterculia ou gomme de karaya (Normacol[®], Karayal[®]), psyllium ou ispaghul (Psyliam[®], Spagulax[®]).

Contre-indications

Affections sténosantes du tube digestif, syndromes douloureux abdominaux d'origine inconnue.

Effets indésirables

Ballonnements.

Laxatifs osmotiques

Produits

Macrogol (Forlax[®], Transipeg[®]), pentaérythritol (Auxitrans[®]), movicol, sorbitol.

Contre-indications

Colopathie inflammatoire, syndrome occlusif, syndrome douloureux sans origine connue.

Effets indésirables

Diarrhée, douleurs abdominales.

Lubrifiants

Produits

Huile de paraffine, vaseline ou arachide (Lubentyl[®], Lansoyl[®], Mexalose[®], Transulose[®], Restrical[®]).

Effets indésirables

L'utilisation prolongée peut être responsable d'une malabsorption des vitamines A, D, E et K. Suintement anal fréquent.

Laxatifs stimulants

Produits

Prucalopride (Resolor®), bromure de méthylnaltrexone (Relistor®), bisacodyl (Contalax®, Dulcolax®), docusate sodique (Jamylène®), picosulfate de sodium (Fructines®).

Contre-indications

Colopathie inflammatoire, syndrome douloureux indéterminé.

Laxatifs par voie rectale

Produits

Bicarbonate de sodium (Eductyl®), sorbitol + citrate de sodium (Microlax®), Norgalax®.

Contre-indications

Poussées hémorroïdaires, fissures anales, anites, rectites.

Effets indésirables

Rectite en cas d'emploi prolongé.

Processus tumoraux

FICHE 128

Chimiothérapies cytotoxiques et non cytotoxiques/1

Généralités

 **Chimiothérapie** : médicaments qui provoquent la mort des cellules cancéreuses en ciblant leur ADN ou le fuseau mitotique.

Spécificités de la chimiothérapie IV

- Posologie adaptée à la surface corporelle du patient.
- Souvent utilisé avec un G5 % comme soluté.

Condition d'administration

Absence de température, HTA, tachycardie ou bradycardie ; bilan biologique stable (NFS, créatininémie, bilan hépatique).

Indications

Traitement adjuvant

Après exérèse, elle permet de détruire les micrométastases et de diminuer le risque de rechute.

Traitement d'induction

Avant chirurgie ou radiothérapie, lorsque l'extension de la tumeur est importante et qu'elle rend impossible un traitement local ou qu'elle contraint à une chirurgie très mutilante. La chimiothérapie permet dans certains cas de diminuer la taille de la tumeur et de faciliter un traitement local conservateur.

Phase métastatique

Rarement à objectif curatif mais permet d'améliorer l'espérance de vie et les symptômes en induisant une rémission transitoire.

Effets indésirables

Toxicités aiguës

De quelques heures à quelques jours et souvent réversibles.

- Asthénie.
- Hématologique : altération des trois lignées avec retour à la normale entre J + 5 et J + 15 à la fin du traitement (notion de nadir à J8 : pic d'effondrement des lignées).
- Gastro-intestinale : nausées, vomissements, perte d'appétit, diarrhées, déshydratation, déséquilibre ionique, etc.
- Mucites.
- Veineuse : avec risque de nécrose des tissus si extravasation.
- Rénale et vésicale : cystite hémorragique, globe, insuffisance rénale.
- Neurotoxicité : périphérique (polynévrite) ou centrale (encéphalopathie, syndrome cérébelleux, AVC, etc.) avec manifestation par fourmillements, perte de la sensibilité, etc.
- Dermatologique : alopecie, fragilité des ongles, syndrome main-pied.

Toxicités tardives

Apparition après une chimiothérapie.

- Toxicité gonadique : stérilité, ménopause précoce.
- Effet mutagène : risque tératogène et leucémies aiguës dites secondaires de très mauvais pronostic (alkylants, étoposides, anthracyclines).
- Toxicité organique : hépatique, cardiaque, pulmonaire.

Pouvoir émétisant des principales chimiothérapies

Faible	Intermédiaire	Élevé
Vinorelbine	Irinotécan	Cisplatine
5-Fluoro-uracile	Topotécan	Cyclophosphamide
Methotrexate	Taxanes	Ifosfamide
Bléomycine	Étoposide	Anthracyclines
Gemcitabine		Cytarabine

Risque d'alopecie pour les principaux médicaments anticancéreux

Nul	Faible	Modéré	Élevé
Cisplatine Gemcitabine	Carboplatine 5-Fluoro-uracile Bléomycine	Cytarabine Méthotrexate Vinorelbine	Anthracyclines Taxanes Cyclophosphamide Ifosfamide

FICHE 129

Chimiothérapies cytotoxiques et non cytotoxiques/2

Chimiothérapies cytotoxiques

Alkylants

Produits

Cyclophosphamide (Endoxan®), ifosfamide (Holoxan®), chlorambucil.

Indications

Cancer du sein, sarcome, mélanome.

Contre-indications

Insuffisance médullaire, infection urinaire (ifosfamide et cyclophosphamide), insuffisance rénale (ifosfamide).

Effets indésirables

Hématologiques, digestifs, alopecie, cystite hémorragique.

Antimétabolites

Produits

6-mercaptopurine, fludarabine, méthotrexate, raltitrexed, pémétrexed, 5-fluoro-uracile.

Indications

Cancers ORL, du sein, du poumon, digestif, gynécologique, du testicule, hématologique.

Contre-indications

AINS, insuffisance rénale, épanchement pleural ou abdominal.

Effets indésirables

Hématologiques, digestifs, mucite, toxicité rénale (méthotrexate, hydroxycarbamide), neurologique et cardiaque (5-FU).

Prévention

- Pemetrexed : folates et vitamines B12 8 jours avant.
- Méthotrexate : bicarbonate de sodium (insuffisance rénale) et injection d'acide folinique.

Poisons du fuseau

Produits

- Alcaloïdes de la pervenche : vincristine (Oncovin®), vinblastine (Velbé®), vinorelbine (Navelbine®).
- Taxanes : docétaxel (Taxotere®), paclitaxel (Taxol®).

Indications

Leucémie, lymphome, cancers du testicule, du poumon (taxanes), du sein (alcaloïdes), de l'ovaire.

Contre-indications

Insuffisance hépatique, neuropathie existante.

Effets indésirables

Hématologique, causticité veineuse, alopecie, neuropathie périphérique.

Prévention

- Alcaloïdes : laxatif systématique.
- Taxanes : prémédication de corticoïde systématique pour effet antiallergique.

Anthracyclines (« -rubicine »)

Produits

Doxorubicine (Adriamycine®), daunorubicine, mitoxantrone, épirubicine (Farmorubicine®).

Indications

Cancer du sein, leucémie, lymphome, sarcome.

Contre-indications

Insuffisance cardiaque, insuffisance hépatique.

Effets indésirables

Hématologiques, digestifs, alopecie, toxicité cardiaque.

Inhibiteurs de la topoisomérase

Produits

Irinotécan, topotécan, étoposide.

Indications

Cancers du côlon, ORL, des ovaires, du poumon, du testicule, sarcome.

Effets indésirables

Hématologiques, digestifs, alopecie, muqueuse.

Dérivés du platine (« -tine »)

Produits

Cisplatine, carboplatine, oxaplatine.

Indications

Cancers du testicule, de l'ovaire, du poumon, sarcome, lymphome.

Contre-indications

Insuffisance rénale, déshydratation et neuropathie (cisplatine).

Effets indésirables

Hématologiques, insuffisance rénale, ototoxicité, neuropathie périphérique.

Prévention

Pour le cisplatine (insuffisance rénale), nécessité d'hyperhydratation, d'apports ioniques et d'une surveillance de la diurèse.

Chimiothérapies non cytotoxiques

Font partie des chimiothérapies car elles agissent sur tous les types de cellules et pas uniquement sur les cellules tumorales comme le font les thérapies ciblées ([Fiche 131](#)).

Anticorps monoclonaux

Produits

Trastuzumab (Herceptin®), rituximab, cétuximab (Erbix®), panitumumab (Vectibix®) et autres cités dans d'autres familles.

Effets indésirables

Sensation de malaise général, hyperthermie, nausées.

Cytokines antitumorales

Produits

Interféron, interleukine 2.

FICHE 130

Hormonothérapie

 **Hormonothérapie** : traitement qui consiste à empêcher l'action stimulante des hormones sur les cellules cancéreuses ; elle est généralement indiquée pour les cancers hormonodépendants (sein, prostate, utérus, thyroïde, ovaire, rein).

Effets indésirables communs

Bouffées de chaleurs, ostéoporose, troubles digestifs, métrorragies.

Anti-œstrogènes

Produits

Anastrozole (Arimidex®), exémestane (Aromasine®), fulvestrant (Faslodex®), létrozole (Fémara®), tamoxifène (Nolvadex®), torémifène (Fareston®).

Effets indésirables

Prurit valvulaire, thrombose veineuse.

Interactions médicamenteuses

Augmentation de l'effet des AVK.

Antiandrogènes

Produits

Abiratérone (Zytiga®), bicalutamide (Casodex®), cyprotérone (Androcur®), dégalix (Firmagon®), flutamide, nilutamide (Anandron®).

Indications

- Prostate métastasée, en association avec une castration chirurgicale ou médicamenteuse.
- Cyprotérone : hirsutisme non tumoral, diminution des pulsions sexuelles des paraphilies.

Contre-indications

Insuffisance hépatique ; cyprotérone : antécédents thromboemboliques, diabète.

Effets indésirables

Troubles de la vision, impuissance, risque d'hépatite, risque de pneumopathie et de méthémoglobinémie (flutamide).

Interactions médicamenteuses

AVK, bêtabloquants, benzodiazépines.

Anti-aromatases

Produits

Létrozole, anastrozole, exémestane.

Effets indésirables

Douleurs articulaires, musculaires, céphalées, vertiges, asthénie, sueurs nocturnes.

Analogues de la LH-RH (« -reliné »)

Produits

Buséréline (Supréfact®), Bigonist®), goséréline (Zoladex®), leucoproréline (Lucrin®, Enantone®), naféréline (Synarel®), triporéline (Décapeptyl®, Gonapeptyl®).

Mécanisme

En 2 à 4 semaines, diminution de la sécrétion d'hormones sexuelles (castration médicale).

Contre-indications

Allergie, grossesse, allaitement.

Effets indésirables

Perte de la libido, impuissance, prise de poids, douleurs musculaires, œdèmes, syndrome dépressif (effets majorés dans le cas du cancer de la prostate), endométrioses.

FICHE 131

Radiothérapie, thérapie ciblée, immunothérapie

Radiothérapie

 **Radiothérapie** : rayonnements ionisants qui détruisent les cellules cancéreuses ; elle peut être externe ou interne (aussi appelée curiethérapie).

Radiothérapie externe

 **Radiothérapie externe** : rayons ionisants émis à distance du patient, en plusieurs séances par semaine, en fonction de la tumeur.

Indications

- À visée curative ou de rémission prolongée.
- À visée palliative pour soulager les symptômes.

Effets indésirables

- **Précoces** (dans les jours qui suivent, sans séquelles) : érythème puis épithélite exsudative, œsophagite et dysphagie, stomatite, perte du goût, arrêt de la sécrétion salivaire, troubles digestifs, cystite, rectite.
- **Tardifs** (plusieurs mois à années après, irréversibles) : sténoses locales, destruction du poumon irradié, petite vessie, sténose du rectum, du vagin, rectorragies, cancer secondaire en zone irradiée.

Curiethérapie

 **Curiethérapie** : source radioactive placée directement dans le corps du patient, au contact de la tumeur (dans une cavité naturelle ou par implantation).

Types

- **Interstitielle** : source radioactive mise au sein même de la tumeur.
- **De contact** : source radioactive mise contre l'organe.

Administration

- À bas débit : nécessitant une application continue et donc une hospitalisation.
- À haut débit de dose : application courte en ambulatoire.

Thérapies ciblées

 **Thérapies ciblées** : ciblent des molécules présentes en quantité importante au niveau des cellules tumorales mais rares dans le reste du corps.

Inhibiteurs enzymatiques (« -ib »)

Produits

Imatinib, géfitinib, sunitinib (Sutent®), erlotinib (Tarceva®), vismodegib.

Mécanisme

Diminution du nombre de cellules cancéreuses permettant de renforcer l'efficacité de la chimiothérapie et prolonger l'espérance de vie.

Effets indésirables

Troubles cardiaques, altération cutanée, troubles digestifs.

Antiangiogéniques

Produits

Bévacizumab (Avastin®), sunitinib (Sutent®), sorafénib (Nexavar®).

Mécanisme

Capacité à bloquer la formation des nouveaux vaisseaux produits par les cellules cancéreuses.

Indications

Cancers du côlon, du sein, du poumon (bévacizumab), du foie, du rein (sorafénib, sunitinib).

Effets indésirables

Hémorragies digestives, HTA, asthénie, décoloration capillaire, ralentissement de la cicatrisation.

Médicaments induisant l'apoptose

Produits

Bortézomib, navitoclax.

Immunothérapies

 **Immunothérapie** : stimulation du système immunitaire pour qu'il rejette la tumeur ; elle peut être locale (instillation vésicale de BCG dans le cancer de la vessie) ou générale (actions par anticorps, cytokines ou modifications géniques sur les cellules immunitaires du patient afin de rompre leur tolérance vis-à-vis des cellules cancéreuses : nombreux essais cliniques en cours).

FICHE 132

Stimulants de l'hématopoïèse

Facteurs de croissance érythrocytaire (érythropoïétine)

Produits

Aranesp®, Binocrit®, Eporatio®, Eprex®, Mircera®, Néorecormon®, Rétacrit®.

Indications

Hémoglobine entre 10 et 12 g/dL, que l'anémie soit liée à une IRC, une chimiothérapie, une augmentation des dons de sang (programme de transfusions autologues différées). En prévision d'une intervention chirurgicale orthopédique lourde programmée chez un patient à risque transfusionnel.

Contre-indications

Allergie au produit, HTA mal contrôlée.

Effets indésirables

HTA, thromboses des voies d'abord, céphalées.

Posologie

Injection SC 1 fois par semaine ou 1 fois toutes les 3 semaines. Efficacité évaluée au bout de 4 semaines. Surveillance mensuelle du taux d'hémoglobine.

Spécificités

Conservation au frais, alternance des sites d'injections.

Facteurs de croissance leucocytaire (cytokines) (« -stim »)

Produits

Lénograstim (Granocyte®), filgrastim (Neupogen®, Ratiograstim®), Tévagrastim®, Zarzio®), pegfilgrastim (Neulasta®).

Indications

Diminution de la durée des neutropénies des chimiothérapies ou avant une greffe de moelle.

Effets indésirables

Troubles digestifs, élévation des transaminases et gamma-GT, céphalées, anorexie, douleurs thoraciques.

Spécificités

Conservation au frais, utilisation immédiate après reconstitution.

Facteurs de croissance plaquettaire (thrombopoïétine)

Produits

Eltrombopag (Révolade®), romiplostim (Nplate®).

Indications

Adulte splénectomisé avec un purpura thrombopénique auto-immun (PTI) chronique réfractaire aux autres traitements ; comme traitement de seconde intention chez les patients non splénectomisés lorsque la chirurgie est contre-indiquée.

Effets indésirables

Réapparition de la thrombopénie et saignements après arrêt du traitement ; complications thromboemboliques, céphalées, insomnies, troubles digestifs, arthralgie, myalgie, spasmes musculaires, asthénie, syndrome pseudogrippal, œdèmes périphériques. Spécifiques à l'eltrombopag : toxicité hépatique, cataracte.

Spécificités

Romiplostim (Nplate®) : au frais.



Actes infirmiers

FICHE 133

Électrocardiogramme

 **Électrocardiogramme (ECG)** : examen indolore et non invasif qui permet d'enregistrer l'activité électrique du cœur ; il a un rôle diagnostique primordial et peut relever du rôle propre de l'infirmier en cas d'urgence.

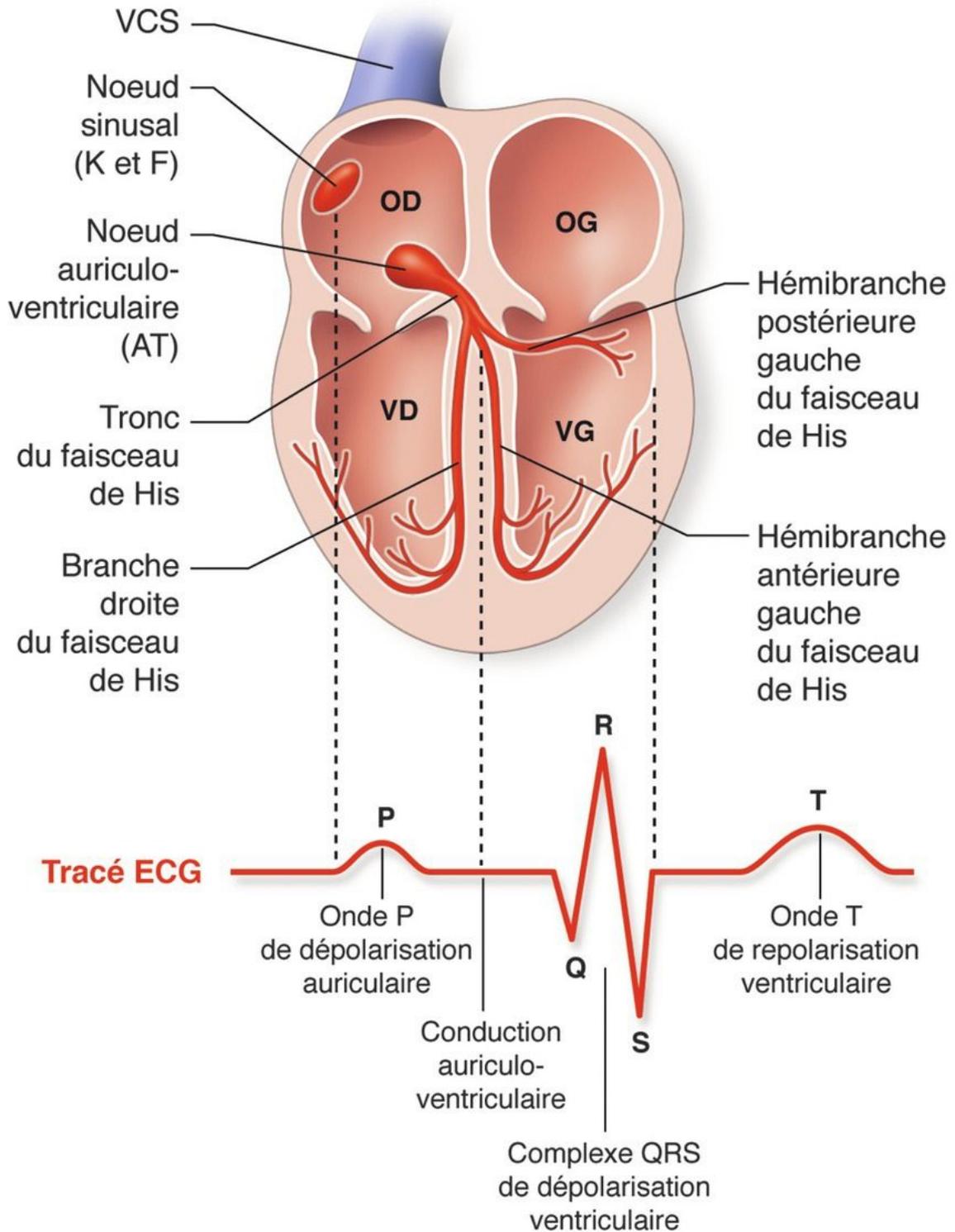


FIGURE 37 Traduction schématique de l'activité cardiaque par un ECG.

Physiologie

Le muscle cardiaque se contracte de façon autonome grâce à une activité électrique produite par des cellules spécifiques. On parle de rythme sinusal lorsque l'activité électrique du cœur présente un cycle PQRS dans la norme ; de rythme jonctionnel lorsque le nœud sinusal ne fonctionne plus et que le nœud auriculo-ventriculaire (AV) prend le relais.

Indications

Bilan préopératoire, troubles du rythme (fibrillation, flutter), troubles de la conduction (BAV, bloc de branche), ischémie myocardique, péricardite, problèmes métaboliques et médicamenteux, dilatations cardiaques (hypertrophies auriculaire ou ventriculaire)...

Contre-indications

Aucune.

Étapes de pose

Attention au situs inversus.

- Patient allongé, torse nu, bras le long du corps, jambes décroisées, reposé (10 minutes avant enregistrement).
- Retrait montre, téléphone, débrancher le lit, éloigner les appareils électroniques.
- Pose des électrodes (12 dérivations) :
 - 4 électrodes : en commençant en haut à gauche jusqu'en haut à droite (avec moyen mnémotechnique) :
 - « jeune voyou non recommandable » : jaune, vert, noir, rouge ;
 - « soleil sur la prairie » (jaune sur vert) et « sauce tomate sur le steak » (rouge sur noir).
 - 6 électrodes précordiales :
 - V1 : 4^e intercostale bord droit du sternum.
 - V2 : 4^e intercostale bord gauche du sternum.
 - V4 : 5^e intercostale sur la ligne médio-claviculaire gauche.
 - V6 : 5^e intercostale sur la ligne axillaire.
 - V3 : entre V2 et V4 (en ligne et non en arc de cercle).

- V5 : entre V4 et V6 (*idem*).

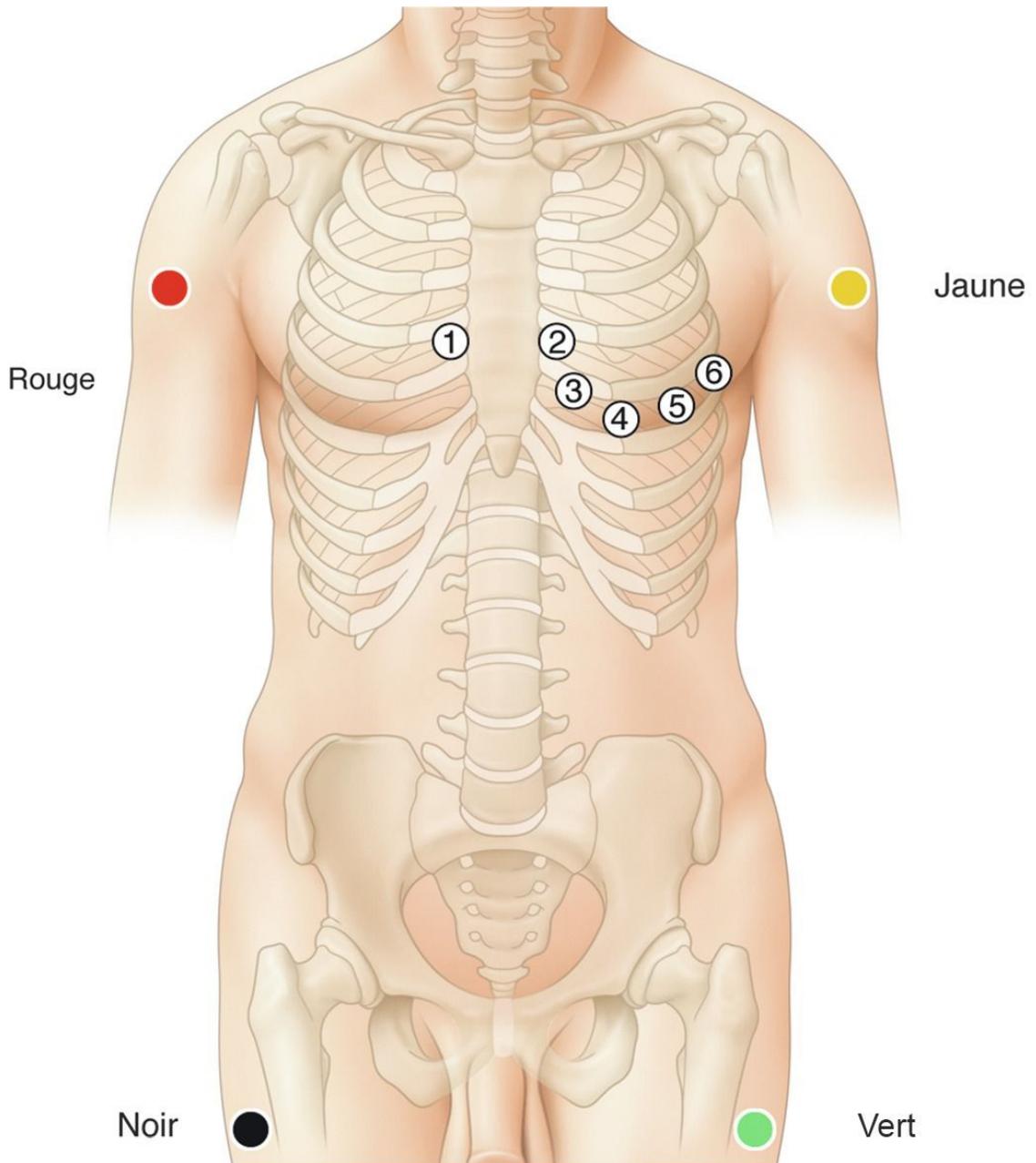


FIGURE 38 Pose des électrodes pour un ECG 12 dérivations.

Infarctus du myocarde (IDM)

 **Onde de Pardee** : sus-décalage du segment ST qui se voit en V2-V3 et en miroir sur D3 et AVF.

- Sus-ST + et troponine⁺ : obstruction complète de la lumière artérielle indiquant un IDM avec pronostic vital (intervention immédiate).
- Absence de ST + et troponine⁺ : obstruction importante mais marquant une urgence relative (intervention dans les 24 heures).
- Absence de ST + et troponine⁻ : angor instable (test de sensibilité à la trinitrine positif s'il normalise la repolarisation de l'ECG et supprime la douleur thoracique en quelques minutes).

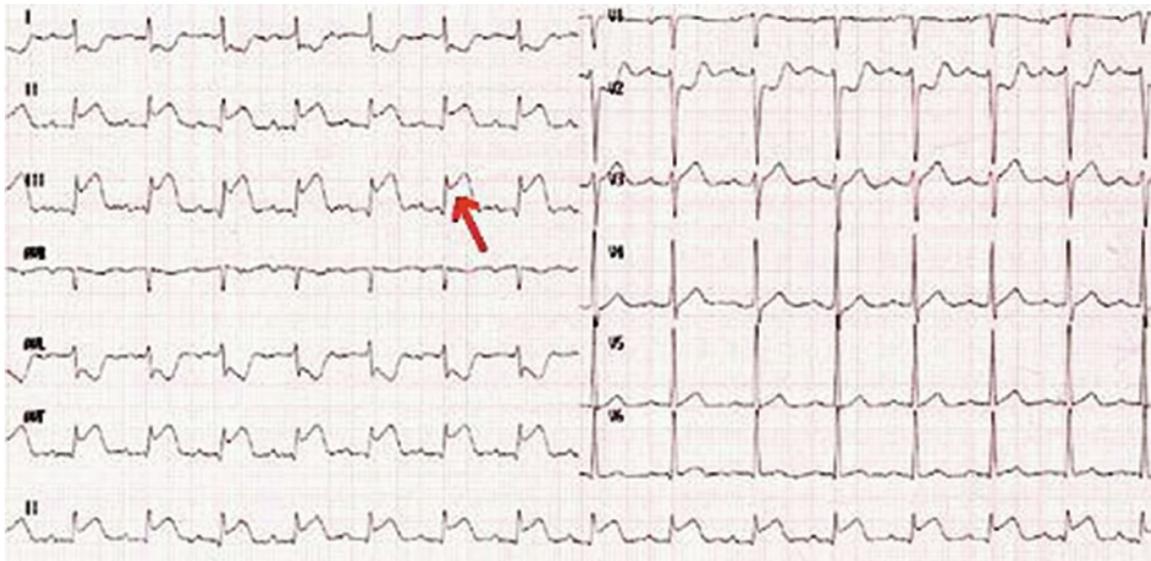


FIGURE 39 Onde de Pardee sur ECG.

Troubles du rythme

Fibrillation auriculaire

Traduit une désorganisation des courants électriques dans les atriums (oreillettes). On note l'absence d'ondes P et d'activité mécanique auriculaire + trémulation de la ligne basse. Risque d'AVC majeur.

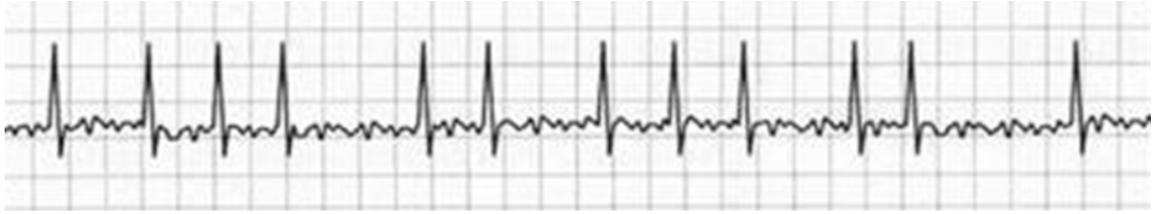


FIGURE 40 Fibrillation auriculaire sur ECG.

Flutter auriculaire

Activité régulière rapide des atriums (oreillettes) qui battent à 300/min. La fréquence ventriculaire est divisée par 2 soit 150/min. La ligne isoélectrique dessine des dents de scie/en toit d'usine.

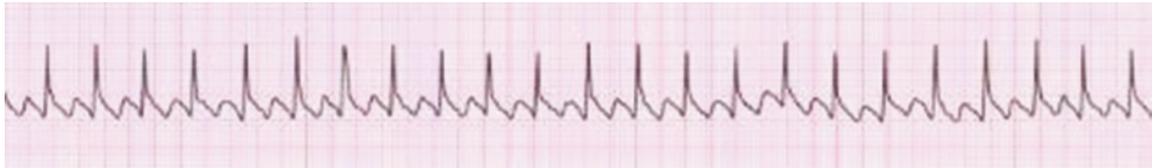


FIGURE 41 Flutter auriculaire sur ECG.

Tachycardie ventriculaire

Naît d'un foyer d'hyperexcitabilité situé dans les ventricules. Risque de fibrillation ventriculaire. Une salve : 1 complexe irrégulier puis 4 normaux.



FIGURE 42 Tachycardie ventriculaire sur ECG.

Fibrillation ventriculaire (BAV)

Désorganisation complète des courants électriques pouvant conduire à l'arrêt cardiocirculatoire.



FIGURE 43 Fibrillation ventriculaire sur ECG.

Troubles de la conduction

Bloc auriculoventriculaire

Ralentissement de la conduction électrique entre le nœud auriculoventriculaire et le faisceau de His.

Il existe trois types de BAV :

- BAV1 : diminution de la conduction de l'influx entre les atriums et les ventricules (espace PR allongé).
- BAV2 : interruptions périodiques de la conduction (onde T pointue, onde P bloquée).
- BAV3/complet : interruption complète de la conduction auriculoventriculaire (ondes P régulières et dissociées des complexes QRS et QRS plus larges et plus ou moins fréquents). C'est une urgence vitale.



FIGURE 44 BAV sur ECG.

Bloc de branches droite ou gauche

Ralentissement de la conduction électrique sur l'une des branches du faisceau de His (élargissement du QRS). Le bloc de branche gauche rend l'interprétation plus difficile.

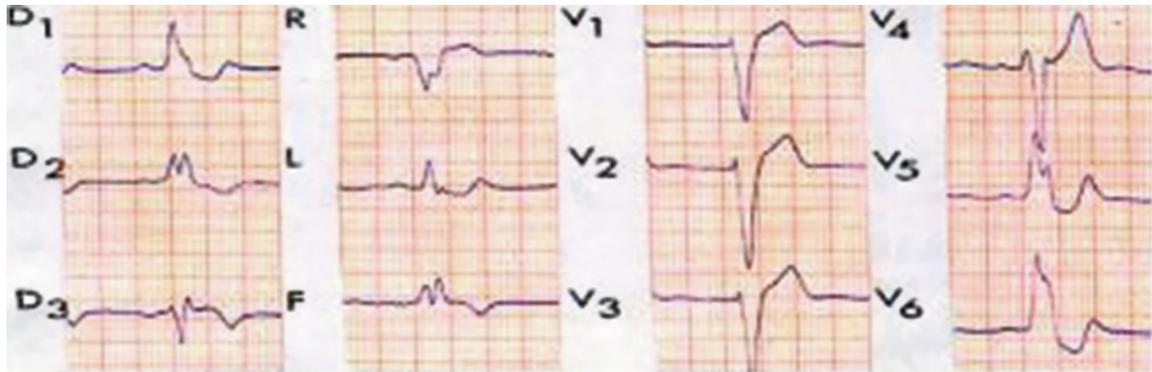


FIGURE 45 Bloc de branches droite et gauche sur ECG.

Hypokaliémie

L'hypokaliémie joue sur la conduction cardiaque et peut être repérée par un allongement du segment PR, un sous-décalage ST, une inversion de l'onde T ou une apparition d'onde U.

- 1 : ECG normal
- 2 : Allongement du segment PR
- 3 : Sous-décalage du segment ST
- 4 : Inversion de l'onde T
- 5 : Apparition de l'onde U

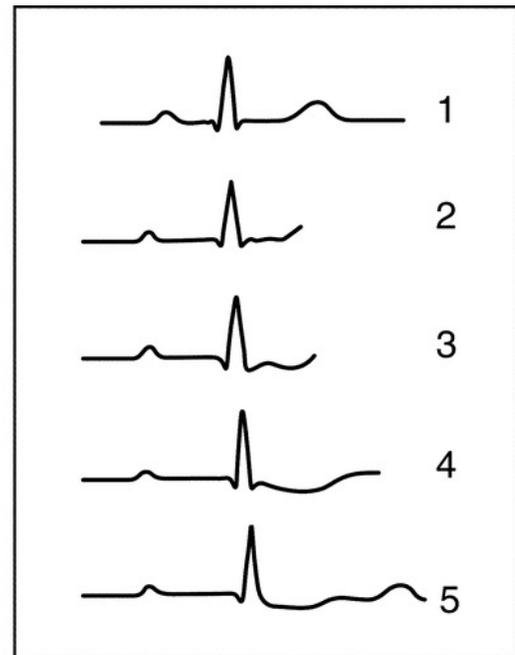


FIGURE 46 Hypokaliémie sur ECG.

FICHE 134

Prélèvement sanguin

 **Prélèvement sanguin** : consiste à prélever une petite quantité de sang (veineux ou artériel) afin de réaliser des analyses biologiques. Selon le Code de la santé publique (R. 4311-7), il se fait uniquement sur prescription médicale ou sur protocole.

Type

Prélèvement artériel

Il nécessite de piquer dans l'artère radiale après manœuvre d'Allen.

Attention !

Ne pas oublier de faire le vide dans la seringue avant de piquer (selon les modèles).

Prélèvement veineux

Il peut servir à dépister des troubles biologiques, aider au diagnostic médical, permettre de suivre l'évolution d'un traitement ou d'une maladie. Ce qui implique pour l'IDE de faire attention aux fistules artérioveineuses, au côté mammectomie ou curage ganglionnaire axillaire, au bras hémiparétique (tous du fait du risque important de lymphœdème), mais également aux lésions cutanées et aux membres perfusés (car dilution du sang avec le produit injecté).

Matériel

Prélèvement artériel

Gants non stériles, poubelle (avec tri des déchets selon recommandations du CLIN), container à aiguilles, chariot ou plan de soins, seringue de gaz du sang et aiguille, compresses stériles, désinfectant (quatre temps), pansement ou sparadrap.

Prélèvement veineux

Gants non stériles, poubelle de déchets ménagers et DASRI, container à aiguilles, chariot ou plan de soins, garrot, aiguille de prélèvement ou épicrot, tubes à prélever, compresses stériles, désinfectant (deux temps), pansement ou sparadrap.

Principales aiguilles (à titre indicatif)

- Blanche : ' = 1,6 mm, pompeuse/transfert.
- Rose : ' = 1,25 mm, pompeuse/transfert.
- Noire : ' = 0,7 mm, prélèvement IV/injection IV, IM.
- Bleu : ' = 0,6 mm, prélèvement IV/injection SC, IM, IV.
- Orange : ' = 0,5 mm, injection SC.

Prélèvements à faire à jeun

- Impérativement : bilan lipidique, glycémie.
- Idéalement : bilans hépatique, pancréatique, infectieux (pour la CRP et VS), rénal.

Ordre des tubes

Selon les endroits, la couleur des tubes peut changer mais l'ordre des tubes respectera systématiquement la fonction : hémocultures, hémostase, ionogramme puis les autres, sans importance d'ordre.

Tubes	Examens possibles
Hémocultures	En premier aérobique, puis anaérobique
Tube citrate (bleu)	Hémostase (TP, TQ, TCA, INR, fibrinogène...)
Tube héparine (vert)	Biochimie (ionogramme, urée, créatinine, ASAT, ALAT, gamma-GT...)
Tube sec (rouge)	NFS (leucocytes, hématies, taux d'hémoglobine, CRP, VS, plaquettes...), marqueurs tumoraux, immunologie
Tube EDTA (mauve)	Groupe sanguin, recherche d'agglutinines irrégulières, plaquettes
Tube fluore (gris)	Glycémie, alcoolémie

FICHE 135

Sonde nasogastrique

 **Sonde nasogastrique (SNG)** : tuyau introduit par voie nasale jusque dans l'estomac, permettant l'aspiration douce du contenu gastrique ou l'alimentation d'un patient qui n'est plus en capacité de le faire naturellement. Se pose uniquement sur prescription médicale.

Indications

Occlusions intestinales, vomissements à répétition avec thérapeutique non effective, mucite et autres inflammations oro-œsophagiennes dues, ou non, à des anticancéreux, alimentation parentérale normale impossible.

Contre-indications

Antécédents ORL, varices œsophagiennes, douleurs abdominales d'origine non déterminée.

Matériel

Poubelle à déchets ménagers, gants non stériles, anesthésie locale, sonde nasogastrique, seringue de gavage, compresses stériles, seringue/verre avec de l'eau, sparadrap, matériel d'aspiration prêt et vérifié, stéthoscope, haricot si régurgitation.

Étapes de pose

- Position assise/demi-assise du patient.
- Mesure de la distance nez-oreille-ombilic.
- Explication au patient : pas agréable, nécessité d'avaler en permanence : aide avec eau du verre ou seringue, tête toujours penchée vers l'avant.
- Anesthésie locale de la cavité nasale (selon protocole de service).
- Préparation de la sonde avec lubrifiant (attention au choix du lubrifiant selon le matériau de la sonde).
- Introduction par une narine et installation jusqu'à la mesure prise.
- Fixation avec du sparadrap (coupé en V et enroulé autour de la sonde) ou dispositif adapté.
- Test de bonne position avec stéthoscope (pose du stéthoscope au niveau de l'estomac et poussée franche de seringue de gavage remplie d'air au

niveau de l'embout de la sonde : on doit entendre des bulles ; si sonde au niveau des poumons : toux).

- Contrôle systématique par radiographie pulmonaire (surtout en cas de gavage).

Attention !

Toujours faire le test avec une seringue remplie d'air et non d'eau (car risque que la sonde aille dans les poumons). Si le flux d'air est audible, cela témoigne d'une sonde trop haute.

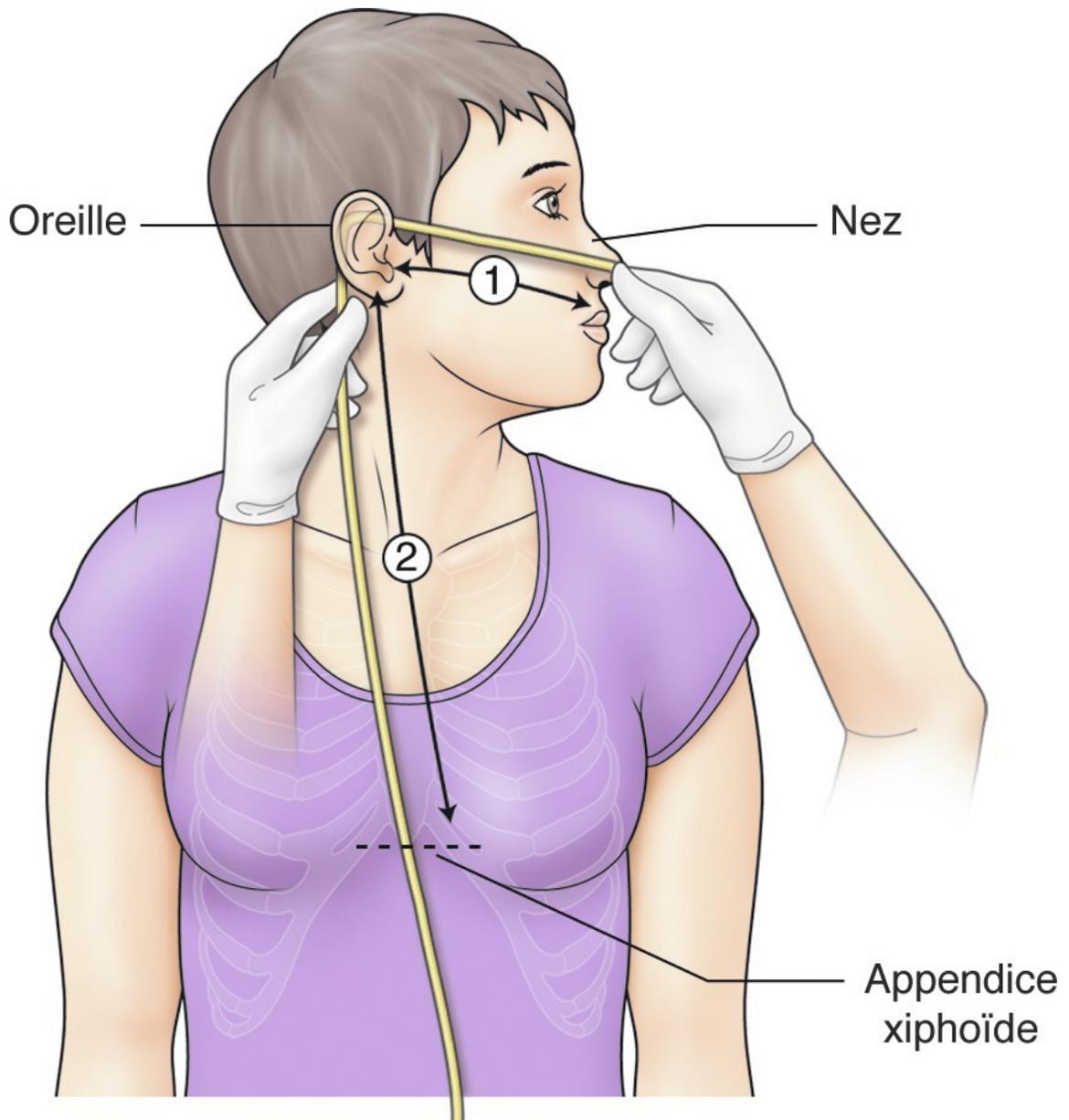


FIGURE 47 Mesure de la taille de la sonde nasogastrique.

FICHE 136

Sonde urinaire

 **Sonde urinaire** : système évacuateur au niveau de la vessie afin d'en permettre la vidange en passant par l'urètre. Toujours sur prescription médicale ; la pose de la première sonde chez l'homme doit se faire par le médecin en cas de rétention urinaire (R. 4311-10 du Code de la santé publique).

Indications

Rétention d'urine, opération chirurgicale, mise en place de traitement diurétique chez un patient incontinent, inflammation ou obstacle au niveau de l'urètre.

Contre-indications

Traumatisme ou sténose de l'urètre, prostatite aiguë, prothèses urétrales ou prostatiques.

Matériel

Gants stériles, compresses stériles, désinfectant (chloré ou iodé selon protocole), eau et savon, poubelle à déchets ménagers, poche urinaire, sonde urinaire (généralement 16 CH ou 18 CH), seringue et NaCl de la quantité du ballonnet, champ stérile troué, champ stérile non troué, lubrifiant, anesthésiant pour homme.

Étapes de pose

- Toilette intime à l'eau et au savon.
- Installer champ et matériel stériles.
- Mettre désinfectant sur compresses stériles dans le champ stérile.
- Mettre les gants stériles.
- Anesthésier.
- Raccorder la sonde à la poche urinaire.
- Tester le ballonnet de la sonde avec la seringue remplie de NaCl.

- Désinfecter le méat urinaire à l'aide de compresses stériles sans le stériliser.
- Se positionner avec des compresses afin de tenir la verge au zénith ou d'écartier les lèvres et ainsi voir le méat urinaire de la femme.
- Introduction de la sonde avec l'autre main (chez l'homme lorsque cela butte contre la prostate, mettre la verge à l'horizontale en tirant doucement sur le pénis et poursuivre la progression) jusqu'à la butée finale.
- Gonfler le ballonnet.
- Tirer en douceur pour s'assurer d'être au niveau de la vessie.
- Prélèvement d'ECBU selon protocole de service.

Si l'introduction de la sonde urinaire chez l'homme est difficile, penser à lui demander de bouger doucement les pieds et orteils. Si passage impossible, prendre une sonde plus rigide et donc de diamètre plus important.

Il existe plusieurs types de sondes (silicone, PVC, double courant, avec thermomètre intégré...) avec des durées de vie différentes. En général, les sondes silicones nécessitent un changement tous les 15 jours et les sondes en latex tous les 21 jours.

FICHE 137

Transfusion

Produits disponibles et conservation

Type PSL	Température de conservation	Durée de conservation	Délai après délivrance
Concentrés de globules rouges (CGR)	2 à 6 °C	42 jours	6 heures
Concentrés plaquettaire (CPA/MCP)	20 à 24 °C sous agitation	5 jours	Immédiat
Plasma thérapeutique	< - 25 °C	1 an	Si décongelé : 6 heures à température ambiante

Système ABO

La présence de l'antigène définit le groupe sanguin : A, B, AB ou O si pas d'antigène.

Nous possédons des anticorps contre les antigènes que nous ne possédons pas.

Lors du CUPT (contrôle ultime pré-transfusionnel)

- Agglutination : présence d'un antigène = réaction positive.
- Pas d'agglutination : absence de l'antigène = réaction négative.

Risques associés à une transfusion

- Allergique : choc anaphylactique.
- Immunologique : hémolyse :
 - érythrocytaire : création d'anticorps irréguliers ;
 - leucocytaire : syndrome de détresse respiratoire post-transfusionnelle (OAP et hyperthermie).
- Surcharge volémique : OAP.
- Infection : choc septique.

Éléments nécessaires pour une transfusion sanguine

- Prescription médicale valide : date, identité du patient, type de produit et quantité, signature et nom du prescripteur.
- Carte de groupe valide : identité du patient, deux déterminations identiques (à deux moments différents), signature du biologiste avec nom lisible, nom du laboratoire, datant d'après 1985 et sans annotations manuscrites.

- Recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) : inférieure à 72 heures.
- Fiche de délivrance des produits sanguins labiles (PSL).
- Le PSL.
- S'assurer qu'un médecin peut intervenir à tout moment.
- Consentement éclairé du patient (par exemple, patient non étiqueté LATA, pas d'opposition culturelle ou religieuse...).

Contrôle de réception des PSL

- Temps de transport entre l'EFS et le service.
- Aspect, intégrité de la poche, température, date et heure de péremption.
- Concordance identité, produit (poche non percée ou endommagée), numéro de poche au lit du patient, prescription (groupe, phénotypage, irradiation, etc.).
- Valider la réception.

Déroulement

Acte uniquement sur prescription médicale.

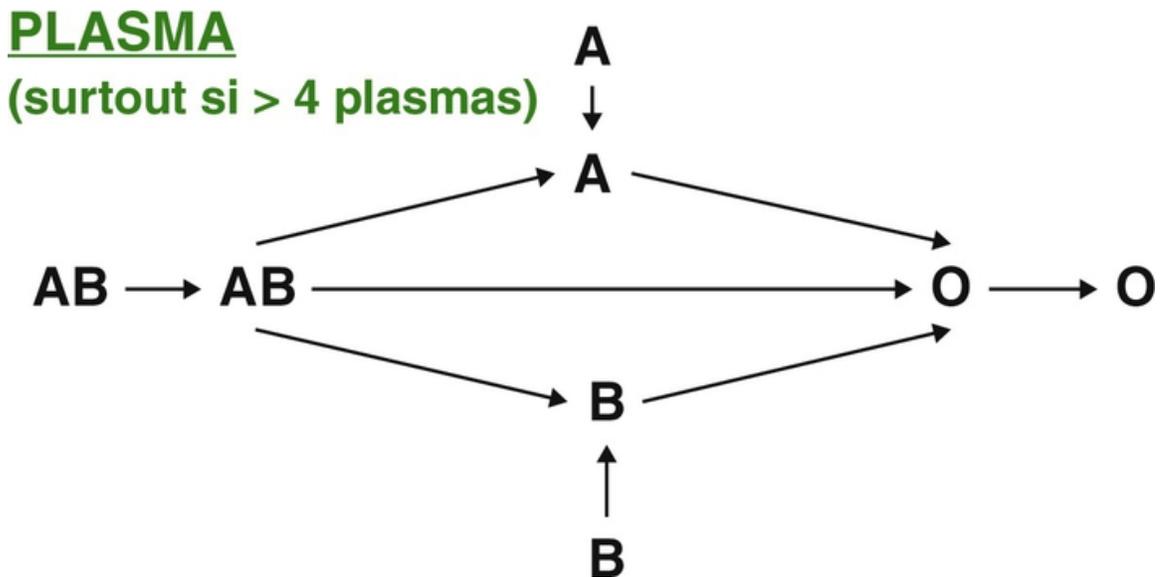
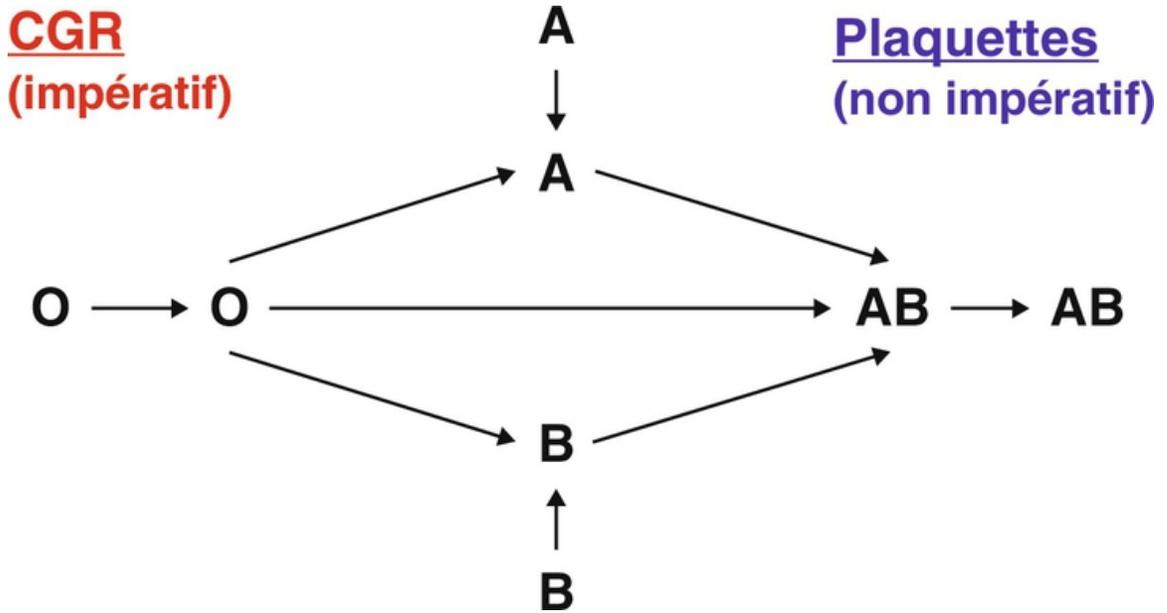
1. Vérifier que le contrôle, à la réception de la poche de PSL, a été effectué.
2. Se rendre au lit du patient avec :
 - prescription médicale ;
 - fiche de délivrance nominative ;
 - PSL livré correspondant ;
 - fiche historique ;
 - carte de groupe ABO Rh phénotype ;
 - pour une transfusion de CGR : RAI et dispositif de contrôle ultime pré-transfusionnel.
3. Contrôle de l'identité :
 - nom, prénom, nom de jeune fille, date de naissance ;
 - vérifier concordance avec bracelet d'identité ;
 - vérifier l'identité avec tous les documents du point 2.
4. Vérifier les concordances de groupe, produit, numéro et protocole des différents documents et la validité des RAI.
5. S'assurer que le patient a été informé de la transfusion par le médecin.
6. Prise des constantes (T°, PA, FC) avec surveillance de la diurèse, de l'apparition de bouffées de chaleur et sensation de malaise ou douleur thoracique ou lombaire pouvant indiquer une réaction immunologique.
7. Transfusion :

- de concentré plaquettaire ou de plasma : se rendre au point 12 ;
 - de CGR : continuer au point 8.
8. Contrôle du dispositif de contrôle ultime pré-transfusionnel (CUPT) :
- date de péremption ;
 - intégrité de l'emballage ;
 - couleur des réactifs ;
 - sens de lecture repéré.
9. Noter sur la carte de contrôle ultime :
- nom, prénom, date de naissance ou son étiquette ;
 - numéro du CGR (étiquette code-barres) ;
 - date de transfusion ;
 - nom de l'infirmier(e) ;
 - nom du médecin responsable de la transfusion.
10. Faire le CUPT au lit du malade (attention : chalouper la poche 30 secondes).
11. Vérifier que les résultats sont bien ceux attendus au vu du groupe ABO figurant sur le document de groupage et sur l'étiquette du CGR → décision de transfuser.
12. Mise en route de la transfusion.
13. Surveillance attentive et continue les 15 premières minutes avec prise des constantes.
14. Coller le numéro de poche :
- dans le dossier de soins ;
 - sur la fiche de délivrance nominative.
15. Noter l'heure de début de la transfusion dans le dossier de soins et sur la fiche de délivrance nominative.
16. Constantes toutes les 20–30 minutes jusqu'à la fin de la transfusion.
17. En fin de transfusion :
- surveiller le patient pendant au moins 1 heure (T°, PA, FC, faciès, téguments) ;
 - mettre à jour le dossier transfusionnel hémoservice avec la traçabilité ;
 - conserver la poche avec la tubulure clampée ainsi que la carte de contrôle ultime dans la pochette plastique de livraison au moins 2 heures.

En cas d'incident transfusionnel ou de doute

- Arrêter la transfusion.
- Alerter le médecin.

- Suivre la procédure de signalement d'incident transfusionnel (fiche d'événement indésirable d'hémovigilance envoyée à l'EFS avec la poche et la tubulure de sang, le carton de CPTU et les tubes de sang).



Annexe I. Antidotes

Intoxication par	Antidote
Antiarythmique	Lactate/bicarbonate de sodium molaire
Antidépresseurs tricycliques	
AVK	Vitamine K (petits saignements)
	PPSB (hémorragies)
Bêtabloquants	Glucagon (Glucagon Novo®), isoprénaline, dobutamine, adrénaline
Benzodiazépines et apparentés	Flumazénil (Anexate®)
Carbamates (Insecticides)	Atropine
Chloroquine	Diazépam (Valium®), adrénaline
Cyanures	Hydroxocobalamine (Cyanokit®), oxygène
Digitaliques	Fragments Fab (Digidot®), atropine
Éthylène-glycol	Éthanol (Curéthyl A®), fomepizole (4MP®)
Héparine	Protamine
Méthanol	Éthanol (Curéthyl A®)
Méthémoglobinisants	Bleu de méthylène
Monoxyde de carbone	Oxygène
Neuroleptiques	Dantrolène (Dantrium®)
Opiacé (morphine)	Naloxone (Narcan®)
Organophosphorés	Atropine, pralidoxime (Contrathion®)
Paracétamol, tétrachlorure de carbone	N-acétylcystéine (Fluimicil®)
Plomb	EDTA (calcitétracémate disodique), Succimer (Succinaptal®)
Théophylline	Propranolol (Avlocardyl®)

Annexe II. Calculs de doses et de débits

Concentration

Rapport entre la quantité de produit actif et sa solution.

Règle

10 % = 10 g de principe actif pour 100 mL de solution.

Débit

Rapport d'un volume sur une unité de temps = Quantité/Temps.
En gouttes/min ou en mL/h.

Règle

1 mL = 20 gouttes.

Sauf transfusion et poche d'alimentation : 1 mL = 15 gouttes.

Calcul débit

Règle

Perfusion : toujours en gouttes par minute :

Quantité [en mL] \times 20/Temps [en min]

Pousse-seringue électrique : toujours en mL par heure.

Compte - gouttes et pousse - seringues électriques (PSE)

Règle

Le résultat du calcul de dose d'un compte-gouttes s'exprime toujours en gouttes/min tandis que celui du PSE s'exprime en mL/heure.

Tableau de débit en gouttes par minute

	½ h	1 h	2 h	3 h	4 h	6 h	8 h	12 h	24 h
50 mL	33	17	8	6					
100 mL	66	33	17	11	8	6			
125 mL	83	41	21	14	10	7	5		
250 mL	166	83	41	28	21	14	10	7	
500 mL		166	83	56	41	28	21	14	7
750 mL			125	83	56	41	31	21	10
1000 mL			166	111	83	56	41	28	14
1500 mL				166	125	83	62	41	21
2000 mL					166	111	83	56	28

Tableau de débit en mL par heure

	½ h	1 h	2 h	3 h	4 h	6 h	8 h	12 h	24 h
50 mL	100	50	25	17					
100 mL	200	100	50	33	25	17			
125 mL	250	125	63	42	31	21	16		
250 mL	500	250	125	83	63	42	31	21	
500 mL	1000	500	250	166	125	83	63	42	21
750 mL		750	375	250	188	125	94	63	31
1000 mL			500	333	250	167	125	83	42
1500 mL			750	500	375	250	188	125	60
2000 mL				667	500	333	250	167	83
2500 mL				833	625	417	313	208	104
3000 mL					750	500	375	250	125

Annexe III. Équivalence princeps–DCI

Princes : DCI	Fiches correspondantes
A	
Abilify® : aripiprazole	Neuroleptique Fiche 107
Abstral® : fentanyl	Antalgique de palier III Fiche 103 Fiche 104
Actilyse® : alteplase	Thrombolytique Fiche 120
Actiq® : fentanyl	Antalgique de palier III Fiche 103 Fiche 104
Actiskévan® : morphine	Antalgique de palier III Fiche 103 Fiche 104
Acuté® : quinsapril	IEC Fiche 123
Adriamycine® : doxorubicine	Chimiothérapie Fiche 128 Fiche 129
Aldactone® : spironolactone	Diurétique Fiche 122
Aldomet® : méthyllopa	Antihypertenseur central Fiche 124
Anafanil® : clomipramine	Antidépresseur Fiche 108
Aotal® : acamprosate	Sevrage, alcool Fiche 111
Atropine® : sulfate d'atropium	Médicament cardioactif Fiche 119
Avlocardyl® : propranolol	Bêtabloquant, antiarythmique Fiche 123 Fiche 124
Avare® : gliméridide	ADO Fiche 121
Amiklin® : amikacine	Antibiotique Fiche 112
Amiloride® : moxamide	Diurétique Fiche 122
Amlor® : amlodipine	Inhibiteur calcique Fiche 123
Anasin® : métoclopramide	Antémétique Fiche 126
Androcur® : cyprotérone	Antiandrogène Fiche 130
Anesate® : flumazénil	Antidote benzodiazépines Annexe I
Angiox® : bivalirudine	Anticoagulant, hirudine Fiche 117
Apranax® : naproxène	AINS Fiche 114
Aprovel® : irbésartan	Médicament du SRA Fiche 123
Aptoval® : phénobarbital	Antiépileptique Fiche 110
Atacand® : candésartan	Médicament du SRA Fiche 123
Atarax® : hydroxyzine	Anticholinergique, antihistaminique Fiche 109
Athyxil® : miansérine	Antidépresseur sédatif Fiche 108
Aranesp® : epoéitine	Stimulant de l'hématopoïèse Fiche 132
Aricept® : donépézil	Médicament de la démence Fiche 125
Arifrat® : fondaparinux	Anticoagulant, pentasaccharide Fiche 117
Aromasine® : exemestane	Anti-œstrogène Fiche 130
Artex® : tertatolol	Bêtabloquant Fiche 123
Arthrocline® : sulindac	AINS Fiche 114
Augmentin® : amoxicilline et acide clavulanique	Antibiotique Fiche 112
Arimide® : anastrozole	Anti-œstrogène Fiche 130
Aspegic® : acide acétylsalicylique	AINS Fiche 114
Aspirine® : acide acétylsalicylique	AAP Fiche 117
Asépin® : cefepim	Antibiotique Fiche 112
B	
Bactrim® : cotrimoxazole	Antibiotique Fiche 112
Bactrox® : amoxicilline	Antibiotique Fiche 112
Betnesol® : bétaméthasone	AS Fiche 113
Bifulin® : acide rilumique	AINS Fiche 114
Bincrit® : époéitine alpha	Stimulant de l'hématopoïèse Fiche 132
Bisoce® : bisoprolol	Bêtabloquant Fiche 123
Buspar® : buspirone	Benzodiazépine, anxiolytique Fiche 109
Bricaryl® : sulfate de terbutaline	Bronchodilatateur Fiche 120
C	
Calciparine® : héparine sodique	Anticoagulant, HNF Fiche 117
Cardesiel® : bisoprolol	Bêtabloquant Fiche 123
Casodex® : bicalutamide	Antiandrogène Fiche 130
Catapressan® : clonidine	Antihypertenseur central Fiche 123
Cébutid® : flurbiprofène	AINS, AAP Fiche 114 Fiche 117
Céfaclor® : céfalexine	Antibiotique Fiche 112
Celance® : pergolide	Antiparkinsonien Fiche 125
Céléctol® : céliprolol	Bêtabloquant Fiche 123
Célestamine® : bétaméthasone	AS Fiche 113
Célestène® : bétaméthasone	AS Fiche 113
Célocurine® : chlorure de susaméthorium	Curare Fiche 120
Champix® : varénicline	Sevrage du tabac Fiche 111
Cibacène® : bémazépril	IEC Fiche 123
Ciflox® : ciprofloxacine	Antibiotique Fiche 112
Claforan® : céfotaxime	Antibiotique Fiche 112
Clamoxyl® : amoxicilline	Antibiotique Fiche 112
Clavomid® : roxithromycine	Antibiotique Fiche 112
Cléridium® : dipyridamole	AAP Fiche 117
Codilprane® : codéine + paracétamol	Antalgique de palier II Fiche 103 Fiche 104
Contramal® : tramadol	Antalgique de palier II Fiche 103 Fiche 104
Cordarone® : amiodarone	Antiarythmique Fiche 124
Cortancy® : prednisone	AS Fiche 113
Coumadine® : warfarine	Anticoagulant, AVK Fiche 118
Cozaar® : losartan	Médicament du SRA Fiche 123
Crestor® : rosuvastatine	Statine Fiche 124
Cymbalta® : duloxétine	Antidépresseur (IRS) Fiche 108
D	
Dafalgan® : paracétamol	Antalgique de palier I Fiche 103 Fiche 104
Dantrium® : clonitrolène	Antidote neuroleptiques Annexe I
Daonil® : glibenclamide	ADO Fiche 121
Princes : DCI	Fiches correspondantes

Décapeptyl® : triporéline	Analogue LH RH Fiche 130
Dectancy® : dexaméthasone	AINS Fiche 113
Défany® : amoxapine	Antidépresseur Fiche 108
Dépanide® : calproate de sodium	Antiépileptique, thyrorégulateur Fiche 109 Fiche 110
Dépakine® : acide valproïque	Antiépileptique, thyrorégulateur Fiche 109 Fiche 110
Dépakote® : acide valproïque	Antiépileptique, thyrorégulateur Fiche 109 Fiche 110
Dérosat® : parosétine	Antidépresseur Fiche 108
Détensiel® : bisoprolol	Bêta-bloquant Fiche 123
Dexe® : céfradine	Antibiotique Fiche 112
Diamicron® : glimepiride	ADO Fiche 121
Diamox® : acétazolamide	Diurétique Fiche 122
Didipéron® : pipampéron	Neuroleptique Fiche 107
Dilantin® : phénytoïne	Antiépileptique Fiche 110
Diprivan® : propofol	Anesthésique Fiche 101
Discotrine® : trinitrine	Dérivé nitré Fiche 124
Dobutres® : dobutamine	Catécholamine Fiche 119
Dogmatil® : sulpiride	Neuroleptique Fiche 107
Doliprane® : paracétamol	Antalgique de palier I Fiche 103 Fiche 104
Dopergine	Antiparkinsonien Fiche 125
Droleptan® : dropéridol	Neuroleptique, antiémétique Fiche 107 Fiche 126
Durogesic® : fentanyl	Antalgique de palier III Fiche 103 Fiche 104
Dysalfar® : térazosine	Alphabloquant Fiche 124
E	
Ebixa® : mémantine	Médicament de la démence Fiche 125
Eductyl® : bicarbonate de sodium	Lasatif Fiche 127
Efficor® : venlafaxine	Antidépresseur Fiche 108
Elavil® : amitriptyline	Antidépresseur Fiche 108
Eliquis® : apixaban	Anticoagulant, NACO Fiche 117
Eliso® : pravastatine	Statine Fiche 124
Emend® : aprépitant	Antiémétique Fiche 126
Erosor® : enoxacine	Antibiotique Fiche 112
Épinephrine® : adrénaline	Catécholamine Fiche 119
Eprex® : epoétine alpha	Stimulant de l'hématopoïèse Fiche 132
Equaryl® : méprobamate	Ansiolytique Fiche 109
Érythrocin® : érythromycine	Antibiotique Fiche 112
Esidrex® : hydrochlorothiazide	Diurétique Fiche 122
Espéral® : disulfiram	Sevrage de l'alcool Fiche 111
Estalic® : guanfacine	Antihypertenseur central Fiche 124
Eupanto® : pantoprazole	Antiacides Fiche 126
Exelon® : rivastigmine	Médicament de la démence Fiche 125
F	
Fareston® : torémifène	Anti-ostrogène Fiche 130
Farmorubicine® : épirubicine	Chimiothérapie Fiche 128 Fiche 129
Feldène® : piroxicam	AINS Fiche 114
Flagyl® : métronidazole	Antibiotique Fiche 112
Floxyfral® : fluvoxamine	Antidépresseur Fiche 108
Fludrex® : indapamide	Diurétique Fiche 122
Fluimucil® : N-acétylcystéine	Anticléfate paracétamol Annexe 1
Forlas® : macrogol	Lasatif Fiche 127
Fortal® : paracétamol	Antalgique de palier III Fiche 103 Fiche 104
Fragmine® : daltéparine	Anticoagulant, HBPM Fiche 117
Frasparine® : nadroparine	Anticoagulant, HBPM Fiche 117
Fozitec® : fosinopril	IEC Fiche 123
G	
Gardénal® : phénobarbital	Antiépileptique Fiche 110
Gentalline® : gentamicine	Antibiotique Fiche 112
Gonsapeptyl® : triporéline	Analogue LH RH Fiche 130
Glucophage® : metformine	ADO Fiche 121
Grancocyte® : léno-grasim	Facteur de croissance Fiche 132
H	
Haldol® : halopéridol	Neuroleptique, antiémétique Fiche 107 Fiche 126
Havlane® : loprazolam	Benzodiazépine, hypnotique Fiche 110
Hémigoxine® : digoxine	inotrope positif Fiche 119
Herceptine® : trastuzumab	Chimiothérapie Fiche 128 Fiche 129
Hyperium® : riménidine	Antihypertenseur central Fiche 124
Hypromidate® : etomidate	Anesthésique Fiche 101
Hytrine® : térazosine	Alphabloquant Fiche 124
I	
Ictrac® : floctafénine	Antalgique de palier I Fiche 103 Fiche 104
Imodium® : loperamide	Antidiarrhéique Fiche 127
Imovane® : zopiclone	Apparenté benzodiazépine Fiche 110
Indocid® : indométacine	AINS Fiche 114
Inexium® : esoméprazole	Antiacides Fiche 126
Inipomp® : pantoprazole	Antiacides Fiche 126
Inohép® : tirzaparine	Anticoagulant, HBPM Fiche 117
Isoptine® : vérapamil	Inhibiteur calcique, antiarythmique Fiche 120 Fiche 123 Fiche 124
Isolythril® : disopyramide	Antiarythmique Fiche 124
Isuprel® : isoprénaline	Médicament cardioactif Fiche 119
Isprim® : tramadol + paracétamol	Antalgique de palier II Fiche 103 Fiche 104

Principes : DCI	Fiches correspondantes
J	
Josacine® : josamycine	Antibiotique Fiche 112
Josir® : tamsulosine	Alphabloquant Fiche 124
K	
Kardegic® : acide acétylsalicylique	AAP Fiche 117
Keppra® : lévitéracétam	Antiépileptique Fiche 110
Körec® : quinapril	IEC Fiche 123
Kredrex® : carvedilol	Bétabloquant Fiche 123
Krénosin® : adénosine	Antiarythmique Fiche 124
L	
Lamictal® : lamotrigine	Antiépileptique Fiche 110
Lasix® : furosémide	Diurétique Fiche 122
Laroxyl® : amitriptyline	Antidépresseur sédatif Fiche 108
Léponex® : clozapine	Neuroleptique Fiche 107
Lercan® : lercanidipine	Inhibiteur calcique Fiche 123
Lercapress® : lercanidipine + éralapril	Inhibiteur calcique + IEC Fiche 123
Léxonil® : bromazépam	Benzodiazépine, anxiolytique Fiche 109
Lionéal® : baclofène	Sevrage alcoolique Fiche 111
Loxapac® : loxapine	Neuroleptique Fiche 107
Loxen® : nicardipine	Inhibiteur calcique Fiche 123
Lovenox® : enoxaparine	Anticoagulant, HBPM Fiche 117
Lyrical® : prégabaline	Antiépileptique Fiche 110
Lysanxia® : prazépam	Benzodiazépine, anxiolytique Fiche 109
M	
Méthadone® : idem	Sevrage des opiacés Fiche 111
Mircéna® : époétine bêta	Stimulant de l'hématopoïèse Fiche 132
Microlax® : sorbitol et citrate de sodium	Lasatif Fiche 127
Minalfène® : alminoprofène	AINS Fiche 114
Minipress® : prazosine	Alphabloquant Fiche 124
Mobic® : méloxicam	AINS Fiche 114
Moclamine® : moclobémide	Antidépresseur Fiche 108
Modopar® : L-DOPA + bensérazide	Antiparkinsonien Fiche 125
Mogador® : nitrazépam	Benzodiazépine, hypnotique Fiche 110
Mopral® : omeprazole	Antifalciéux Fiche 126
Motilium® : dompéridone	Antémétique Fiche 126
Mysoline® : primidone	Antiépileptique Fiche 110
N	
Nalorex® : naltrexone	Antalgique de palier III Fiche 103 Fiche 104
Narcan® : naloxone	Antalgique de palier III Fiche 103 Fiche 104
Nátspray® : trinitrine	Dérivé nitré Fiche 124
Natromycine® : nétilmicine	Antibiotique Fiche 112
Nébilox® : nébivolol	Bétabloquant Fiche 123
Néo-Codion® : codéine	Antalgique de palier II Fiche 103 Fiche 104
Néorécomon® : epoétine bêta	Stimulant de l'hématopoïèse Fiche 132
Neupogen® : filgrastim	Facteur de croissance Fiche 132
Neupro® : rotigotine	Antiparkinsonien Fiche 125
Neurontin® : gabapentine	Antiépileptique Fiche 110
Nifluril® : acide niflurique	AINS Fiche 114
Noctamide® : lométazépam	Benzodiazépine, hypnotique Fiche 110
Noedex® : dexaméthasone	AS Fiche 113
Noivadex® : tamoxifène	Anti-carcinogène Fiche 130
Normacol® : sterculia	Lasatif Fiche 127
Normison® : témozépam	Benzodiazépine, hypnotique Fiche 110
Novonorm® : répaglinide	ADO Fiche 121
Nubain® : nalbuphine	Antalgique de palier III Fiche 103 Fiche 104
O	
Oflocet® : ofloxacine	Antibiotique Fiche 112
Olmétec® : olmésetan	Médicament du SRA Fiche 123
Omix® : tamsulosine	Alphabloquant Fiche 124
Oncovin® : vincristine	Chimiothérapie Fiche 128 Fiche 129
Oracéfal® : céfuroxime	Antibiotique Fiche 112
Oracilline® : pénicilline V	Antibiotique Fiche 112
Oramorph® : morphine	Antalgique de palier III Fiche 103 Fiche 104
Orgaran® : danaparouïde	Anticoagulant, héparinoïde Fiche 117
Orozamudol® : tramadol	Antalgique de palier II Fiche 103 Fiche 104
P	
Parlodel® : bromocriptine	Antiparkinsonien Fiche 125
Paxil® : paroxétine	Anxiolytique Fiche 109
Parfalgan® : paracétamol	Antalgique de palier I Fiche 103 Fiche 104
Persantine® : dipyridamole	AAP Fiche 117
Physiotens® : moxonidine	Antihypertenseur central Fiche 124
Pipartil® : pipotiazine	Neuroleptique Fiche 107
Plavis® : clopidogrel	AAP Fiche 117
Polaramine® : doxchlorphérinamine	Antihistaminique
Pradaxa® : débigatran	Anticoagulant, NACO Fiche 117
Préviscan® : fluindione	Anticoagulant, AVK Fiche 118
Primpéran® : métoclopramide	Antémétique Fiche 126
Profénid® : kétoprofène	AINS Fiche 114
Prozac® : fluoxétine	Antidépresseur Fiche 108

Principes : DCI	Fiches correspondantes
Primpéran® : métoclopramide	Antémétique Fiche 126
R	
Refludan® : lépirudine	Anticoagulant, hirudine Fiche 117
Rémiryl® : galantamine	Médicament de la démence Fiche 125
Révaudin® : nalbuphine	Antalgique de palier III Fiche 103 Fiche 104
Réopro® : abciximab	AAP Fiche 117
Requip® : ropinirole	Antiparkinsonien Fiche 125
Rétacrit® : époétine zéta	Stimulant de l'hématopoïèse Fiche 132
Revasc® : désirudine	Anticoagulant, hirudine Fiche 117
Révia® : naltrexone	Sevrage alcoolique Fiche 111
Révolade® : eltrombopag	Facteur de croissance plaquettaire Fiche 132
Risordan® : isosorbide	Dérivé nitré Fiche 124
Risperidal® : risperidone	Neuroleptique Fiche 107
Rivotril® : lorazépam	Benzodiazépine, antiépileptique Fiche 110
Rocéphine® : ceftriaxone	Antibiotique Fiche 112
Rovamycine® : spiramycine	Antibiotique Fiche 112
S	
Salipran® : acide acétylsalicylique	AINS Fiche 114
Scopoderm® : scopolamine	Antémétique Fiche 126
Sectral® : acébutolol	Bêtabloquant Fiche 123
Serc® : bétahistine	Antivertigineux Fiche 127
Séresta® : oxazépam	Benzodiazépine, anxiolytique Fiche 109
Seroque® : quétiapine	Neuroleptique Fiche 107
Séropam® : citalopram	Anxiolytique Fiche 109
Séroplex® : escitalopram	Antidépresseur Fiche 108
Séropram® : citalopram	Antidépresseur Fiche 108
Sérosat® : paroxétine	Anxiolytique Fiche 109
Sévédo® : morphine	Antalgique de palier III Fiche 103 Fiche 104
Sifrol® : pramipexole	Antiparkinsonien Fiche 125
Sinemet® : L-DOPA + carbidopa	Antiparkinsonien Fiche 125
Sintrom® : acénocoumarol	Anticoagulant, AVK Fiche 118
Solian® : amisulpride	Neuroleptique Fiche 107
Solupred® : prednisolone	AS Fiche 113
Sopitidone® : hydromorphone	Antalgique de palier III Fiche 103 Fiche 104
Spasfon® : phloroglucinol	Antispasmodique Fiche 126
Stablon® : tiarépine	Antidépresseur Fiche 108
Stilnox® : zolpidem	Apparenté benzodiazépine Fiche 110
Stiadyre® : triphasadénine	Antiarithmique Fiche 120 Fiche 124
Subutex® : buprénorphine	Sevrage des opiacés Fiche 111
Synédol® : sulpiride	Neuroleptique Fiche 107
T	
Tavatri® : imidapril	IEC Fiche 123
Tahor® : atorvastatine	Statine Fiche 124
Tanganil® : acétyl-DL-leucine	Antivertigineux Fiche 127
Tareg® : valsartan	Médicament du SRA Fiche 123
Targocid® : téicoplanine	Antibiotique Fiche 112
Tavanic® : lévofloxacine	Antibiotique Fiche 112
Taxol® : paclitaxel	Chimiothérapie Fiche 128 Fiche 129
Taxotere® : docétaxel	Chimiothérapie Fiche 128 Fiche 129
Tazocilline® : pipéracilline/tazobactam	Antibiotique Fiche 112
Tégretol® : carbamazépine	Antiépileptique, thyrorégulateur Fiche 109 Fiche 110
Témérit® : rébivazolol	Bêtabloquant Fiche 123
Témesta® : lorazépam	Benzodiazépine, anxiolytique Fiche 109
Temgesic® : buprénorphine	Antalgique de palier III Fiche 103 Fiche 104
Ténoamine® : aténolol	Bêtabloquant, antiarythmique Fiche 123
Tercian® : cyaméazine	Neuroleptique Fiche 107
Théralite® : lithium	Thyrorégulateur Fiche 109
Thapridal® : triaprone	Neuroleptique Fiche 107
Tibéral® : omidazole	Antibiotique Fiche 112
Ticarpen® : ticarcilline	Antibiotique Fiche 112
Ticlid® : ticlopidine	AAP Fiche 117
Tiénam® : imipénem + cilastine	Antibiotique Fiche 112
Tildiem® : diltiazem	Inhibiteur calcique Fiche 123
Tiorfan® : racécadotril	Antidiarrhéique Fiche 127
Topalgic® : tramadol	Antalgique de palier II Fiche 103 Fiche 104
Tractium® : bésilate d'atracurium	Curare Fiche 120
Tramène® : clorazépam dipotassique	Benzodiazépine, anxiolytique Fiche 109
Transpeg® : macrogol	Laxatif Fiche 127
Triacefan® : ceftioxone	Antibiotique Fiche 112
Triatec® : ramipril	IEC Fiche 123
Trileptal® : oxcarbazépine	Antiépileptique, thyrorégulateur Fiche 109 Fiche 110
Trivastal® : piribédil	Antiparkinsonien Fiche 125
U	
Urbany® : clobazam	Benzodiazépine, antiépileptique Fiche 109 Fiche 110
V	
Ventoline® : salbutamol	Bronchodilatateur Fiche 120
Valdoxan® : agomélatine	Antidépresseur Fiche 108
Valium® : diazépam	Benzodiazépine, antidote : chloroquine Amrose 1
Vecitib® : pinitumumab	Chimiothérapie Fiche 128 Fiche 129

Princeps : DCI	Fiches correspondantes
Vibramycine® : doxycycline	Antibiotique Fiche 112
Vimpat® : lacosamide	Antiépileptique Fiche 110
Vogalène® : métopimazine	Antiémétique Fiche 126
Vogalib® : métopimazine	Antiémétique Fiche 126
Voltarène® : diclofénac	AINS Fiche 114
X	
Xarelto® : rivaroxaban	Anticoagulant, NACO Fiche 117
Xanax® : alprazolam	Benzodiazépine, anxiolytique Fiche 109
Xatral® : alfuzosine	Alphabloquant Fiche 124
Xéroquel® : quétiapiline	Neuroleptique Fiche 107
Xylocard® : lidocaïne	Anesthésiant local, antiarythmique Fiche 101 Fiche 120 Fiche 124
Z	
Zalasta® : olanzapine	Neuroleptique Fiche 107
Zaldiar® : tramadol + paracétamol	Antalgique de palier II Fiche 103 Fiche 104
Zanextra® : leucandipine	IEC Fiche 123
Zanidip® : leucandipine	Inhibiteur calcique Fiche 123
Zoladex® : goséréline	Analogue LH RH Fiche 130
Zoloft® : sertraline	Antidépresseur Fiche 108
Zophren® : ondasetron	Antiémétique Fiche 126
Zoxan® : doxazosine	Alphabloquant Fiche 124
Zyban® : bupropion	Sevrage du tabac Fiche 111
Zyprexa® : olanzapine	Neuroleptique Fiche 107
Zytiga® : abiratéron	Antiandrogène Fiche 130

Annexe IV. Normes biologiques

Numération-formule sanguine (NFS)

Leucocytes (/mm ³) :	4 000–10 000
Neutrophiles :	1 700–7 000
Éosinophiles :	50–500
Basophiles :	0–100
Plaquettes (/mm ³) :	150 000–400 000
Hématies (millions/mm ³) :	4–5,3 (femmes), 4,2–5,7 (hommes)
Hémoglobine (g/100 mL) :	12–15 (femmes), 14–17 (hommes)

Ionogramme

Sodium (mmol/L) :	133–143
Potassium (mmol/L) :	3,5–5
Calcium (mmol/L) :	2,25–2,5
Chlore (mmol/L) :	95–105
Magnésium (mmol/L) :	0,75–1
Fer (µmol/L) :	10–30

Bilan inflammatoire

VS (mm) :	< 20
CRP (mg/L) :	< 5

Système cardiorespiratoire

CPK (UI/L) :	< 170
BNP (pg/mL) :	< 100
Troponine (ng/mL) :	< 0,5
D-dimères :	< 500

Gaz du sang

Artériels

PO ₂ (mm Hg) :	80–100
PCO ₂ (mm Hg) :	35–45
pH :	7,38–7,42
Bicarbonates (mmol/L) :	22–26
Lactates :	< 2

Veineux

PO ₂ (mm Hg) :	35–45
PCO ₂ (mm Hg) :	42–50
pH :	7,35–7,37
Bicarbonates (mmol/L) :	23–27

Fonction rénale

Urée (mmol/L) :	2,5–7,5
Créatinine (μmol/L) :	50–115
Acide urique (μmol/L) :	120–420
Clearance (μmol/L) :	70–100

Fonction hépatique

ASAT (UI/L) :	< 40
ALAT (UI/L) :	< 40
Gamma-GT (UI/L) :	21–58
Bilirubine conjuguée (μmol/L) :	< 5

Fonction pancréatique

Amylasémie (UI/L) :	60–100
Lipasémie (UI/L) :	50–240

Coagulation

Fibrinogène (g/L) :	2–4
TCA (secondes) :	35

INR : 1
TQ/TP (%) : 80–100

Bilan lipidique

Cholestérol total (mmol/L) : 2,5–6,8
Triglycérides (mmol/L) : 0,8–1,8
LDL-cholestérol (mmol/L) : 1–1,6
HDL-cholestérol (mmol/L) : 1–1,6

Index

A

Accès

maniaques [56](#), [64](#)

mélancoliques [56](#)

Accident

ischémique transitoire (AIT) [124](#)

vasculaire cérébral (AVC) [124](#)

Accueil familial thérapeutique [35](#)

Acidocétose [161](#)

Addictions [42–43](#)

Adénocarcinomes [195](#)

Agnosie [149](#)

Akinésie [187](#)

ALAT [173](#)

Alkylants [326](#)

Allergie [74](#)

Alopécie [325](#)

Alphabloquants [310](#)

Alzheimer (maladie d') [185](#), [314](#)

Aminosides [273](#)

Amnésie [149](#)

Amputation [22–23](#)

Analogues de la LH-RH [330](#)
Anémie [217](#)
Anesthésie [242](#)
 générale [243](#)
 locorégionale [243](#)
Angiocholite [136](#)
Angiomes stellaires [170](#)
Anorexie mentale [44](#)
Antalgique [245–246](#)
 selon les paliers de l'OMS [247](#)
Anthracyclines [327](#)
Antiagrégants plaquettaires (AAP) [288](#)
Antiandrogènes [329](#)
Anti-aromatases [330](#)
Antiarythmiques [312](#)
Antibiotiques [271–276](#)
Anticoagulant [287](#)
Anticonvulsivants [264](#)
Anticorps monoclonaux [328](#)
Antidépresseurs [258, 260](#)
Antidiabétiques oraux (ADO) [302](#)
Antidiarrhéiques [319](#)
Antidotes [357](#)
Antiémétiques [316](#)
Antiépileptiques [266, 299](#)

Antihistaminique [263](#), [299](#)
Antihypertenseurs [305](#), [310](#)
Anti-inflammatoire
 non stéroïdiens (AINS) [279](#)
 stéroïdiens (AIS) [277](#)
Antimétabolites [326](#)
Anti-œstrogènes [329](#)
Antipsychotiques [258](#)
Antiseptiques [251](#)
Antispasmodiques [317](#)
Antiulcéreux [316](#)
Antivertigineux [319](#)
Anxiolytiques [258](#), [262](#)
Aphasie [149](#)
Aplasia médullaire [218](#)
Appartement thérapeutique [35](#)
Apraxie [149](#)
Arthrite [102](#)
 infectieuse [86](#)
Arthrose [103](#)
Articulation [24](#)
ASAT [173](#)
Asepsie [251](#)
Asperger (syndrome d') [67](#)
Astigmatisme [150](#)

Athérosclérose [120](#)

B

Bactériémie [70](#)

Ballon de contre-pulsion [183](#)

Barbituriques [266](#)

Bathmotrope [294](#)

Benzodiazépines [262](#), [265](#), [267](#), [298](#)

Bêtabloquants (BB) [307](#)

Bêtalactamines [273](#)

Bicarbonates [183](#)

Bilan sanguin (prélèvement) [344](#)

Bilirubine [173](#)

Bipolaires (troubles de) [64](#)

BK tubage [114](#)

Blakemore (sonde de) [172](#)

Bloc

 auriculoventriculaire [341](#)

 de branches [342](#)

Bouffée délirante aiguë [53](#)

Bronchite chronique obstructive (BCO) [130](#)

Bronchodilatateurs [299](#)

Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) [131](#)

Brûlure [8–11](#)

Bruszinski (signes de) [98](#)

C

Cachectique (syndrome) [196](#)

Calculs

de débits [358](#)

de doses [358](#)

Cancer [194](#)

colorectal [199](#)

de l'estomac [206](#)

de l'œsophage [206](#)

de la prostate [205](#)

des ovaires [208](#)

des voies aérodigestives supérieures (VADS) [211](#)

du col de l'utérus [209](#)

du poumon [210](#)

du sein [214](#)

Carbamates [262](#)

Carbapénèmes [273](#)

Carcinomes [195](#)

Cardioactifs (médicaments) [294](#)

Cataracte [153](#)

Catécholamines [294](#)

Centre

d'accueil et de crise (CAC) [35](#)

d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) [35](#)

médico-psychologique (CMP) [35](#)

Céphalosporine [273](#)

Charcot (maladie de) [186](#)

Chimiothérapie [324](#)

 cytotoxique [326](#)

 non cytotoxique [326](#)

Chlamydiae [95](#)

Choc

 anaphylactique [76](#)

 cardiogénique [168](#)

 septique [70](#)

Cholécystite aiguë [136](#)

Chronotrope [294](#)

Cicatrisation [251–252](#)

Classification

 de Fagon [148](#)

 NYHA (New York Hearts Association) [168](#)

 TNM [195](#)

Claudication intermittente [122](#)

Colique

 hépatique [136](#)

 néphrétique [135](#)

Colostomie [202](#)

Coma [18](#)

Complexe d'Œdipe [40](#)

Comportement alimentaire (TCA) (trouble du) [44–47](#)

Conduction (trouble de la) [341](#)
Confusion mentale [55](#)
Conjonctivite [75](#)
Contrôle ultime pré-transfusionnel [350](#)
Coqueluche [111](#)
Coronarien aigu (SCA) (syndrome) [144](#)
CPK [183](#)
Crise suicidaire [48–48](#)
Crohn (MC) (maladie de) [100](#)
Curatelle [33](#)
Curiethérapie [331](#)
Cushman (score de) [43](#)
Cytokines antitumorales [328](#)

D

D-dimères [183](#)
Défaillance multiviscérale (syndrome de) [71](#)
Défaillance organique [148](#)
Défaut d'*insight* [59](#)
Dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) [154](#)
Délires paranoïdes [61](#)
Delirium tremens [43, 55](#)
Démence [68](#)
Démentiel (syndrome) [68](#)
Dépressions [63](#)

Dérivés du platine [328](#)

Dérivés nitrés [311](#)

Diabète

de type 1 [157](#)

de type 2 [158](#)

Diphthérie [110](#)

Directives anticipées [34](#)

Dissociatif (syndrome) [57](#)

Diurétiques [305](#)

Douleur

échelles [245](#)

Douleurs de décubitus [122](#)

Dromotrope [294](#)

Dysharmonies évolutives [67](#)

Dysplasie [194](#)

E

ECMO (*Extracorporeal Membrane Oxygenation*) [184](#)

Électrocardiogramme (ECG) [337](#)

Embolie pulmonaire (EP) [133](#)

Entorse [24](#)

Érythrose palmaire [170](#)

Escarres [166](#)

État végétatif [18](#)

chronique (EVC) [19](#)

pauci-relationnel (EPR) 19

Exaltation 63

Expérience de mort imminente (EMI) 21

F

Facteurs de croissance

érythrocytaire 333

leucocytaire 333

plaquettaire 334

Fibrillation

auriculaire 340

ventriculaire 341

Fibrinolytiques 299

Fistulisé 178

Fluroquinolones 275

Flutter auriculaire 341

Fætor hépatique 170

Foyer

d'accueil médicalisé (FAM) 35

de post-cure 35

Fracture 6–7

G

Gamma-GT 173

Gérontopsychiatrie 67–68

Glasgow (score de) [13](#)
Glaucome [155](#)
Glucagon [157](#)
Glycopeptides [273–274](#)
Gonocoque [94](#)
Greffe de moelle osseuse [237–238](#)
Greffon contre l'hôte (maladie du) [237](#)

H

Hallucinations auditives [57](#)
Hallucinose [22](#)
Hémopathie [220](#)
Hémostase [286](#)
Héparines [289](#)
Hépatite
 A (VHA) [81](#)
 B (VHB) [83](#)
 C (VHC) [84](#)
 Delta [84](#)
 E (VHE) [82](#)
Herpès [96](#)
Hippocratisme digital [170](#)
Hodgkin (maladie de) [232](#)
Hôpital de jour (HDJ) [35](#)
Hormonothérapie [329](#)

HPV (*Human Papilloma Virus*) 95
Humeur (troubles de l') 63
Hyperactivité avec déficit attentionnel (THADA) (trouble d') 68
Hyperglycémie 160
Hyperphagie 44
Hyperplasie 194
Hypertension 305
 portale (HTP) 171
Hyperthermie maligne 299
Hypertrophie bénigne de la prostate (HBP) 204
Hypnotiques 258, 265
Hypoglycémie du diabétique 159
Hypokaliémie 343

I

Iléostomie 202
Imidazoles 273–274
Imipraminiques 260
Immunodéficience acquise (sida) (syndrome d') 115
Immunothérapie 332
Index de pression systolique (IPS) 123
Indice de Baux 9
Infarctus du myocarde 340
Infection de matériel 89
Infections

osseuses et articulaires (IOA) [86](#)
sexuellement transmissibles (IST) [93](#)

Inhibiteurs

calciques [308](#)
de la monoamine oxydase (IMAO) [261](#)
de la recapture de la sérotonine (ISRS) [260](#)

Inhibiteurs de la topoisomérase [327](#)

Inobservance [59](#)

Inotrope [294](#)

INR [291](#)

Insuffisance

artérielle [163](#)
cardiaque (IC) [167](#)
cardiaque droite [168](#)
cardiaque gauche [168](#)
hépatique [173](#)
hépatocellulaire (IH) [170](#)
rénale (IR) [175–179](#)
respiratoire [180](#)
veineuse [164](#)

Insuffisance cardiaque [167](#)

Insuline [157](#), [303](#)

Irrigation colique [203](#)

Isolement(s)

protecteur [73](#)

septiques [72](#)

K

Kahler (maladie de) [235](#)

Kernig (signes de) [97](#)

L

Lactates [183](#)

Laxatifs [320](#)

Lessof (syndrome de) [76](#)

Leucémie [196](#), [220](#)

 aiguë [222](#)

 aiguë lymphoblastique [222](#)

 aiguë myéloblastique [222](#)

 lymphoïde chronique (LLC) [231](#)

 myéloïde chronique (LMC) [224](#)

Lewy (maladie à corps de) [188](#), [315](#)

Ligament [24](#)

Lithiase [120](#)

 biliaire [136](#)

 urinaire [135](#)

Locked-in syndrome [20](#)

Luxation [24](#)

Lymphomes [196](#), [220](#), [227–228](#)

 à petits lymphocytes [231](#)

B de la zone marginale [230](#)
B diffus à grandes cellules [229](#)
B du manteau [230](#)
B folliculaires [229](#)
de Burkitt [231](#)
T lymphoblastiques [234](#)
T périphériques [233](#)
Lymphopénie [216](#)

M

Macrolides [273](#), [275](#)
Maison d'accueil spécialisée (MAS) [35](#)
Malin (syndrome) [259](#)
Mal perforant plantaire [89](#)
Mandat de protection future [34](#)
Manœuvre d'Allen [344](#)
Médicaments du système rénine-angiotensine (SRA) [308](#)
Mélancolie [63](#)
Méningite [97–99](#)
Métastase [194](#)
Miliaire tuberculeuse [114](#)
Monobactames [273–274](#)
Myélodysplasique (syndrome) [223](#)
Myélofibrose primitive [225](#)
Myélome [235–236](#)

Myéloprolifératifs (syndromes) [224](#)

Myopie [151](#)

N

Nasogastrique (SNG) (sonde) [346](#)

Néphritique (syndrome) [176](#)

Néphrotique (syndrome) [176](#)

Neuroleptiques [258](#)

Neutropénie [216](#)

Névrose [49–50](#)

- d'angoisse [49](#)

- de caractère [66](#)

- hystérique [51](#)

- obsessionnelle [50](#)

- phobique [49](#)

- traumatique [52](#)

Nouveaux anticoagulants oraux (NACO) [288](#)

O

Occlusion intestinale [137](#)

Œdème

- aigu du poumon (OAP) [139](#)

- de Quincke [75](#)

- et obstruction biologiques [121](#)

Onde de Pardee [144, 340](#)

Organisations narcissiques [65–66](#)
Ostéite du pied diabétique [89](#)

P

Pacemaker [183](#)

Paget (maladie de) [214](#)

Paranéoplasique (syndrome) [196](#)

Paraphrénie [61](#)

Parkinson (maladie de) [187](#), [313](#)

Parkinsonien (syndrome) [187](#)

Pédopsychiatrie [67–68](#)

Pénicillines [273–274](#)

Peptide natriurétique B (BNP) [183](#)

Personnalité borderline [65](#)

Personne de confiance [34](#)

Perversions [66](#)

Phosphatases alcalines [173](#)

Plaies [251–252](#)

Plâtres [28](#)

Poisons du fuseau [327](#)

Poliomyélite [111](#)

Ponction-biopsie hépatique [173](#)

Presbytie [152](#)

Princeps–DCI [360](#)

Processus dégénératifs [149](#)

Produits sanguins labiles (PSL) [351](#)

Prostatite [91](#)

Protection juridique [33](#)

Psychanalyse [40](#)

Psychoanaleptiques [258](#)

Psychopathie [65](#)

Psychose(s)

 aiguës [53–54](#)

 chroniques [57–58](#)

 hallucinatoire chronique [62](#)

 puerpérole [54](#)

Psychoses aiguës

delirium tremens [55](#)

Psychoses chroniques

 troubles bipolaires [64](#)

Psychotropes [258](#)

Q

Quinolones [273, 275](#)

R

Radiothérapie [331](#)

Recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) [351](#)

Rectocolite hémorragique chronique [101](#)

Repli autistique [57](#)

Résines [28](#)

Rett (syndrome de) [67](#)

Rougeole [112](#)

Rythme (trouble du) [340](#)

S

Sang (Composition du) [286](#)

Sarcomes [195](#)

Sauvegarde de justice [33](#)

Schizophrénie [57](#)

Sclérose

 en plaques (SEP) [189](#)

 latérale amyotrophique [186](#)

Sémiologie [37–39](#)

Sepsis [70](#)

Sérothérapie [281](#)

Sevrage [43, 268](#)

 aux opiacés [269](#)

 tabagique [269](#)

Soins

 de péril imminent (SPI) [32](#)

 en hospitalisation libre (HL) [32](#)

 sur décision d'un représentant de l'État (SDRE) [32](#)

 sur demande d'un tiers (SDT) [32](#)

Spectre autistique (TSA) (trouble du) [67](#)

Spondylarthrite ankylosante [106](#)

Spondylarthropathies [106](#)

Spondylodiscite [88](#)

Statines [311](#)

Stomie [201](#)

Sulfamides [273](#), [276](#)

Surdosages [247](#)

Syphilis [93](#)

T

Tachycardie ventriculaire [341](#)

Taux de prothrombine [173](#)

Tendon [24](#)

Test MMS [149](#)

Tétanos [110](#)

Tétracyclines [273](#), [275](#)

Thérapie

 ciblée [332](#)

 par pression négative [252](#)

Thrombocytémie essentielle [225](#)

Thrombopénie [218](#)

Thrombose veineuse profonde (TVP) [141](#)

Thrombotique (syndrome) [196](#)

Thymorégulateurs [258](#), [263](#)

Tolérance (*down régulation*) [268](#)

Trachéostomie [213](#)
Trachéotomie [213](#)
Tranquillisants [258](#)
Transfusion [350–354](#)
Traumatisme [3](#)
 crânien [12–14](#)
 médullaire [15–17](#)
 rachidien [15–17](#)
Tricycliques [260](#)
Troponine [144](#), [183](#)
Troubles
 du comportement alimentaire [46–47](#)
Tumeur [194](#)
Tumoral (syndrome) [196](#)
Tutelle [33](#)

U

Ulcère
 artériel [165](#)
 variqueux [165](#)
 veineux [165](#)
Unité
 gérontopsychiatrique [36](#)
 spécifique [36](#)
Urinaire (sonde) [348](#)

Urticaire [75](#)

V

Vaccination [281](#)

antigrippale [80](#)

Vaquez (maladie de) [224](#)

Varices œsophagiennes [172](#)

Ventilation assistée [181](#)

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) [115](#)

Volkman (syndrome de) [29](#)