

ACRP

Référentiel Pré-rentrée des externes



Du 28 septembre au 1er octobre

Cette impression a été
permise par notre
partenaire historique



BNP PARIBAS



SOMMAIRES

Fiche 1 Rédaction d'observation par Valentin de Lanoue	p.2
Fiche 2 Pneumologie par Valentin De Lanoue	p.5
Fiche 3 Réanimation par Guillaume Creuzet.....	p.6
Fiche 4 Dermatologie.....	p.17
Fiche 5 Endocrinologie par Pierre Hannoun	p.20
Fiche 6 Infectiologie par Louis Pot	p.25
Fiche 7 Radiologie par Thomas Samoyeau	p.26
Fiche 8 diabétologie par Eric de Labrouhe	p.28
Fiche 9 Rhumatologie par Liloïe Houette	p.39
Fiche 10 Gastrologie et hépatologie par Clotilde Dupré Latour ..	p.49
Fiche 11 Hépatologie par Sophie Villard	p.50
Fiche 12 Analyses Biologiques par Anna Borovkov.....	p.51
Aides pour les stages	p.53
Habillage au bloc par Ophélie Manchec	p.56
Instrumentalisation par Ophélie Manchec	p.60
ECG anomalies fréquentes et graves.....	p.68
ECG Normal.....	p.69
ABRÉVIATIONS fréquentes dans les livres et observation médicales	p.70
Remerciements.....	p.77

Fiche 1 Rédaction d'observation par Valentin de Lanoue

Modèle type d'observation médicale										
Madame X, XX ans Motif d'admission	FC = XX bpm FR = XX cycles / mn GCS = XX/15 Dextro = X,XX g/L	PA = XX mmHg SpO ₂ = XX % T° = XX,X°C								
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;"><u>ATCD</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - FdRCV - ATCD chir - ATCD med - ATCD familiaux - FdRCV </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;"><u>Ttt</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - NOM COMMERCIAL®, dci, classe pharmacothérapeutique </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;"><u>MdV</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - vit seul / en couple / en famille / en institution - métier / occupation - tabac (en paquets-années) - OH (préciser le type d'alcool, quantité en g/j) - autres toxiques - activité sexuelle - vaccinations (★★★) - voyages récents - animaux de compagnie </td> <td style="vertical-align: top; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;"><u>HdM</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - date de début - raison justifiant la consultation ce jour particulièrement (aggravation ? nouveau signe associé ?) - mode évolutif - description précise de tous les symptômes </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;"><u>CI</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>TAILLE, POIDS</u> - examen abdominal - examen gynécologique - examen urologique - examen cardiovasculaire - examen pneumologique - ± examen neuro </td> <td style="vertical-align: top; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;"><u>PCI</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - examens biologiques - imagerie - ECG - bandelette urinaire </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;"><u>Hypothèses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - causes digestives - causes gynécologiques </td> <td style="vertical-align: top; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;"><u>Conduite à tenir</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - examens biologiques nécessaires - imagerie à réaliser (en urgence ou non) - geste à réaliser (en urgence ou non) - ttt à introduire (en urgence ou non) - avis spécialiste (en urgence ou non) - devenir : hospitalisation ? en salle ou en réa ? </td> </tr> </table>			<p style="text-align: center;"><u>ATCD</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - FdRCV - ATCD chir - ATCD med - ATCD familiaux - FdRCV 	<p style="text-align: center;"><u>Ttt</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - NOM COMMERCIAL®, dci, classe pharmacothérapeutique 	<p style="text-align: center;"><u>MdV</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - vit seul / en couple / en famille / en institution - métier / occupation - tabac (en paquets-années) - OH (préciser le type d'alcool, quantité en g/j) - autres toxiques - activité sexuelle - vaccinations (★★★) - voyages récents - animaux de compagnie 	<p style="text-align: center;"><u>HdM</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - date de début - raison justifiant la consultation ce jour particulièrement (aggravation ? nouveau signe associé ?) - mode évolutif - description précise de tous les symptômes 	<p style="text-align: center;"><u>CI</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>TAILLE, POIDS</u> - examen abdominal - examen gynécologique - examen urologique - examen cardiovasculaire - examen pneumologique - ± examen neuro 	<p style="text-align: center;"><u>PCI</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - examens biologiques - imagerie - ECG - bandelette urinaire 	<p style="text-align: center;"><u>Hypothèses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - causes digestives - causes gynécologiques 	<p style="text-align: center;"><u>Conduite à tenir</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - examens biologiques nécessaires - imagerie à réaliser (en urgence ou non) - geste à réaliser (en urgence ou non) - ttt à introduire (en urgence ou non) - avis spécialiste (en urgence ou non) - devenir : hospitalisation ? en salle ou en réa ?
<p style="text-align: center;"><u>ATCD</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - FdRCV - ATCD chir - ATCD med - ATCD familiaux - FdRCV 	<p style="text-align: center;"><u>Ttt</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - NOM COMMERCIAL®, dci, classe pharmacothérapeutique 									
<p style="text-align: center;"><u>MdV</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - vit seul / en couple / en famille / en institution - métier / occupation - tabac (en paquets-années) - OH (préciser le type d'alcool, quantité en g/j) - autres toxiques - activité sexuelle - vaccinations (★★★) - voyages récents - animaux de compagnie 	<p style="text-align: center;"><u>HdM</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - date de début - raison justifiant la consultation ce jour particulièrement (aggravation ? nouveau signe associé ?) - mode évolutif - description précise de tous les symptômes 									
<p style="text-align: center;"><u>CI</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>TAILLE, POIDS</u> - examen abdominal - examen gynécologique - examen urologique - examen cardiovasculaire - examen pneumologique - ± examen neuro 	<p style="text-align: center;"><u>PCI</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - examens biologiques - imagerie - ECG - bandelette urinaire 									
<p style="text-align: center;"><u>Hypothèses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - causes digestives - causes gynécologiques 	<p style="text-align: center;"><u>Conduite à tenir</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - examens biologiques nécessaires - imagerie à réaliser (en urgence ou non) - geste à réaliser (en urgence ou non) - ttt à introduire (en urgence ou non) - avis spécialiste (en urgence ou non) - devenir : hospitalisation ? en salle ou en réa ? 									

Exemple d'observation médicale

Madame X, 43 ans
Douleurs abdominales siégeant en hypo-
chondre droit, depuis 4h

FC = 75 bpm
FR = 26 cycles / mn
GCS = 15/15
Dextro = 1,10 g/L

PA = 136/87 mmHg
SpO₂ = 100 %
T° = 37,6°C

ATCD

- dyslipidémie
- diabète de type II diagnostiqué en 2017
- appendicectomie dans l'enfance
- G3P2
- DDR : il y a une semaine

Ttt

- contraception par stérilet
- GLUCOPHAGE®, metformine, antidiabétique oral
- TAHOR®, atorvastatine, statine

MdV

- secrétaire de direction
- divorcée
- vit avec ses 2 enfants de 8 et 12 ans
- tabac sevré 18 PA
- OH occasionnel (contexte festif)
- pas de toxiques
- vaccinations à jour
- pas d'animaux à domicile
- pas de voyage récent

HdM

- douleur apparue subitement ce matin à 09h45 alors qu'elle était assise au travail
- EVA 8/10, non soulagée par paracétamol et SPASFON®
- à type de crampe
- douleur continue, non fluctuante
- pas de facteur aggravant
- pas de position antalgique
- pas nausées / vomissements
- pas de diarrhées
- pas de ménométrorragies, pas de pertes
- pas de symptomatologie identique dans l'entourage proche

CI

- 163 cm, 78 kg
- examen abdominal : [...]
- examen gynécologique : [...]
- examen urologique : [...]
- examen cardiovasculaire : [...]
- examen pneumologique : [...]
- ± examen neuro : [...]

PCI

- ECG : FC 75 bpm, rythme sinusal régulier, axe normal, pas de trouble de conduction, pas de trouble de repolarisation
- Bio :

Hypothèses

- causes digestives : [...]
- causes gynécologiques : [...]

Conduite à tenir

- bilan biologique
- bandelette urinaire
- β-hCG
- imagerie ?

Comment caractériser une douleur ?

☺ **MÉMO : MISTIDRACS**

M	Mode d'apparition	<ul style="list-style-type: none"> - soudainement ? (« coup de tonnerre dans un ciel bleu ») - sur plusieurs jours ? - sur plusieurs semaines ? - facteur déclenchant : au décours d'un effort physique ? d'un mouvement particulier ?
I	Intensité	- EN de 0 à 10
S	Siège	<ul style="list-style-type: none"> - préciser le quadrant pour une douleur abdominale - la zone du crâne pour des céphalées
T	Type	<ul style="list-style-type: none"> - demander au patient à quoi ressemble sa douleur - « ça brûle, ça pique, ça serre, ça tord » (éviter ces questions qui ont tendance à orienter les réponses du patient)
I	Irradiations	- ex. : douleur thoracique siégeant dans la poitrine avec irradiations dans le bras gauche et dans la mâchoire
D	Durée	<ul style="list-style-type: none"> - « depuis X heures » - « pendant quelques secondes puis plus rien »
R	Rythme	<ul style="list-style-type: none"> - rythme inflammatoire : majoré en fin de nuit et le matin, atténué au fil de la journée - rythme mécanique : majoré par l'effort
A	facteurs Aggravants	<ul style="list-style-type: none"> - pour les céphalées : lumière, bruit - pour les douleurs articulaires : activité, ou repos - pour la douleur thoracique : modifiée par la respiration, par la palpation, par l'effort
C	facteurs Calmants	- pour les douleurs abdominales : aggravé par l'alimentation, soulagé par l'alimentation, soulagé par les vomissements ou l'exonération des selles
S	Signes fonctionnels associés	<ul style="list-style-type: none"> - nausées / vomissements ? - limitation des amplitudes articulaires ? - dyspnée ? - aspect inflammatoire : rougeur, douleur, tuméfaction ? - AEG = « les 3 A » : asthénie, anorexie, amaigrissement ?

Fiche 2 Pneumologie par Valentin De Lanoue

FICHE PRE-RENTREE PNEUMOLOGIE : ORIENTATION DEVANT UNE DYSPNEE AIGUE					
TYPE DYSPNEE	DIAGNOSTIC	TERRAIN/ANAMNESE	EXAMEN CLINIQUE	EXAMEN COMPLEMENTAIRE	TRAITEMENT
Inspiratoire	Inhalation corps étranger (CE)	Début brutal, chez l'enfant ou le sujet âgé	Recherche syndrome de pénétration (toux, tirage, cornage, cyanose)	Radio thorax : Recherche hyperclarté, atelectasie +/- CE	Extraction par bronchoscopie souple (rigide si échec)
Inspiratoire	Laryngite sous-glottique	Enfant de 1 à 3 ans, début essentiellement nocturne Rechercher une infection virale récente	Fièvre, toux rauque ou aboyante, signes cliniques de rhinopharyngite	Aucun indispensable	Corticothérapie
Inspiratoire	Cedème de Quincke	Terrain allergique, rechercher des expositions à risque	Signes cutanéomuqueux (urticairre, prurit, angio-œdème), cardiovasculaires (pâleur, hypotension, tachycardie), respiratoires (crise d'asthme, bronchospasme), digestives (diarrhées, vomissements, hypersialorrhées), signes de choc anaphylactique	Aucun ne doit retarder la prise en charge ++ Dosage de la tryptase sérique	Adrénaline + O2 + remplissage si choc
Expiratoire	Crise d'asthme	Sujet jeune, début nocturne Rechercher une exposition à des facteurs environnementaux favorisants, traitement actuel si asthme connu	Signes de rhinite allergique, critères de gravité, sibilants à l'auscultation	Radio thorax (diagnostic différentiel)	<u>Crise légère ou modérée</u> : BDCA inhalé + corticoïde oral + O2 <u>Crise grave</u> : BDCA + Anticholinergique + corticoïde systémique + O2
Expiratoire	Exacerbation de BPCO	ATCD de BPCO, sujet âgé fumeur, exposition à un facteur favorisant, traitement actuel si BPCO connue	Critères de gravité (détresse respiratoire aigue) et d'hospitalisation (terrain), foyer à l'auscultation	Radio thorax + ECG + NFS/CRP + GDS	O2 + BDCA +/- Anticholinergique +/- ATB
Expiratoire	œdème aigu du poumon (OAP)	Sujet âgé, ATCD cardio (HTA, coronaropathie, valvulopathie), rechercher un agent causal (surcharge hémodynamique, IDM...)	Orthopnée, expectorations mousseuses, râles crépitants à l'auscultation	ECG + BNP + ETT + Radio thorax (cardiomégalie, flou péri-hilaire)	Diurétique + Dérivés nitrés (si absence d'hypotension) + O2
Pas de trouble du cycle respiratoire	Pneumopathie infectieuse	Contage, immunodépression, tuberculose	Douleur thoracique pleurale, polypnée, toux et expectorations, crépitants à l'auscultation <u>Gravité</u> : Evaluation CRB 65	Radio thorax (sd alvéolaire ou interstitiel) + hémocultures + ECBC + antigénurie pneumocoque et légionelle si réa (BK crachats et LBA selon contexte)	ATB probabiliste (traiter en 1ère intention pneumocoque et légionelle) en attendant résultats biologiques +/- O2 si besoin
Pas de trouble du cycle respiratoire	Embolie pulmonaire (EP)	Rechercher des facteurs de risque (trouble constitutionnel de l'hémostase, cancer, traumatisme récent, immobilisation, chirurgie récente, ATCD MTEV, grossesse, contraception oestroprogestative, etc...)	Présentation en choc ou tableau polymorphe (douleur thoracique, signes TVP...) Attention l'examen clinique peut être normal ++ Estimation d'une probabilité clinique	<u>Proba non forte</u> : D-Dimères <u>Proba forte</u> : Angio-TDM ou Scintigraphie ventilatoire <u>Patient en choc</u> : ETT	Anticoagulation curative <u>Patient en choc</u> : Fibrinolyse <u>Si CI à l'anticoagulation ou récidence sous TTT anticoagulant bien conduit</u> : Filtre cave
Pas de trouble du cycle respiratoire	Pneumothorax (PNO)	Sujet jeune longiligne, ATCD de PNO, rechercher un traumatisme thoracique récent	Douleur thoracique brutale homolatérale rythmée par la respiration, toux sèche, tympanisme à la percussion, abolition VV, diminution MV	Radio thorax : Décollement du poumon par rapport à la plèvre + refoulement du médiastin côté controlatéral +/- épanchement pleural	Abstention thérapeutique ou drainage pleural <u>Si PNO compressif</u> : Exsufflation en urgence à l'aiguille puis drainage pleural

**AIDES COGNITIVES EN ANESTHESIE –
REANIMATION**

**SOCIETE FRANCAISE D'ANESTHESIE –
REANIMATION (SFAR)**

<https://sfar.org/espace-professionel-anesthesiste-reanimateur/outils-professionnels/boite-a-outils/aides-cognitives-en-anesthesie-reanimation/>





ARRET CARDIAQUE EN SERVICE DE RÉANIMATION ADULTE

- Appeler renfort médical - Tél:
- Noter l'heureh.....
- Désigner un leader
- Personne dédiée au chronomètre / rapport écrit

VERIFIER

- Validité de l'ACR (Scope, SPO2, EtCO2, pression)
- Absence de **LATA**
- Chariot d'urgence sur place / Plan dur
- Arrêt médicaments hypotenseurs

Réanimation IMMEDIATE et CONTINUE

- MCE 100 / minute
- Dépression sternale ≥ 5 cm
- Décollement des mains du sternum entre les compressions
- Relai toutes les 2 min

ET

- VENTILATION** sur Sonde ou Masque Facial / BAVU
- Mettre en FIO₂ 1
- FR basse 10/min
- Patient intubé : **vérifier Intubation**, sinon : **Intuber**

- Vérification / Pose voie veineuse ou intra osseuse

- Monitoring (Scope, Pression invasive, EtCO₂)

ASYSTOLIE

- Adrénaline 1 mg IVD / 3 à 5 min

- Evaluation / 2 min de l'efficacité de la RCP :**
- EtCO₂ > 12 mm Hg
 - PAD > 20 mm Hg
 - reprise activité cardiaque efficace

FV ou TV

- CEE Biphase 200J
- Monophasique 360J
- suivi de 2 min de RCP

Répéter 3 fois si nécessaire

Après 3^{ème} CEE

- Adrénaline 1 mg IVD
- Amiodarone IVD
- 1^{ère} dose = 300 mg
- 2^{ème} dose = 150 mg (CI si intoxic A. Locaux)

ACR REFRACTAIRE

- Echec RCP: évaluer rapidement indication / faisabilité d'assistance circulatoire extracorporelle.
- Tel:

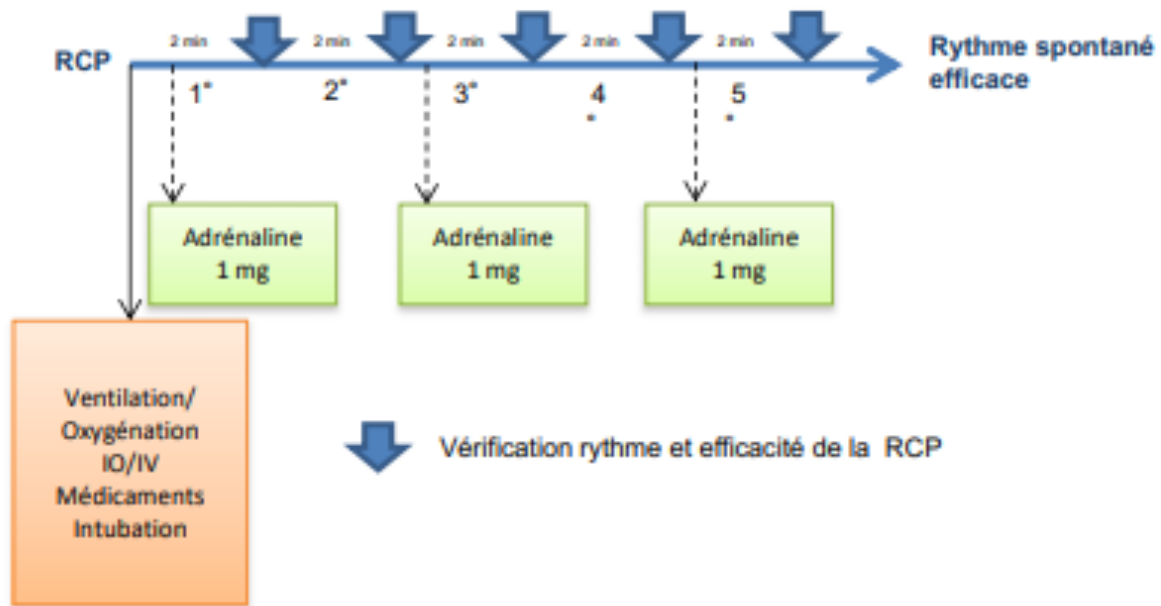
REPRISE RYTHME SPONTANE

- Discuter :
- L'indication d'hypothermie thérapeutique (32 – 35°C) pendant 12 à 24h
 - La nécessité d'une coronarographie
 - La sédation post arrêt cardiaque (n'a pas démontré d'effet neuroprotecteur)

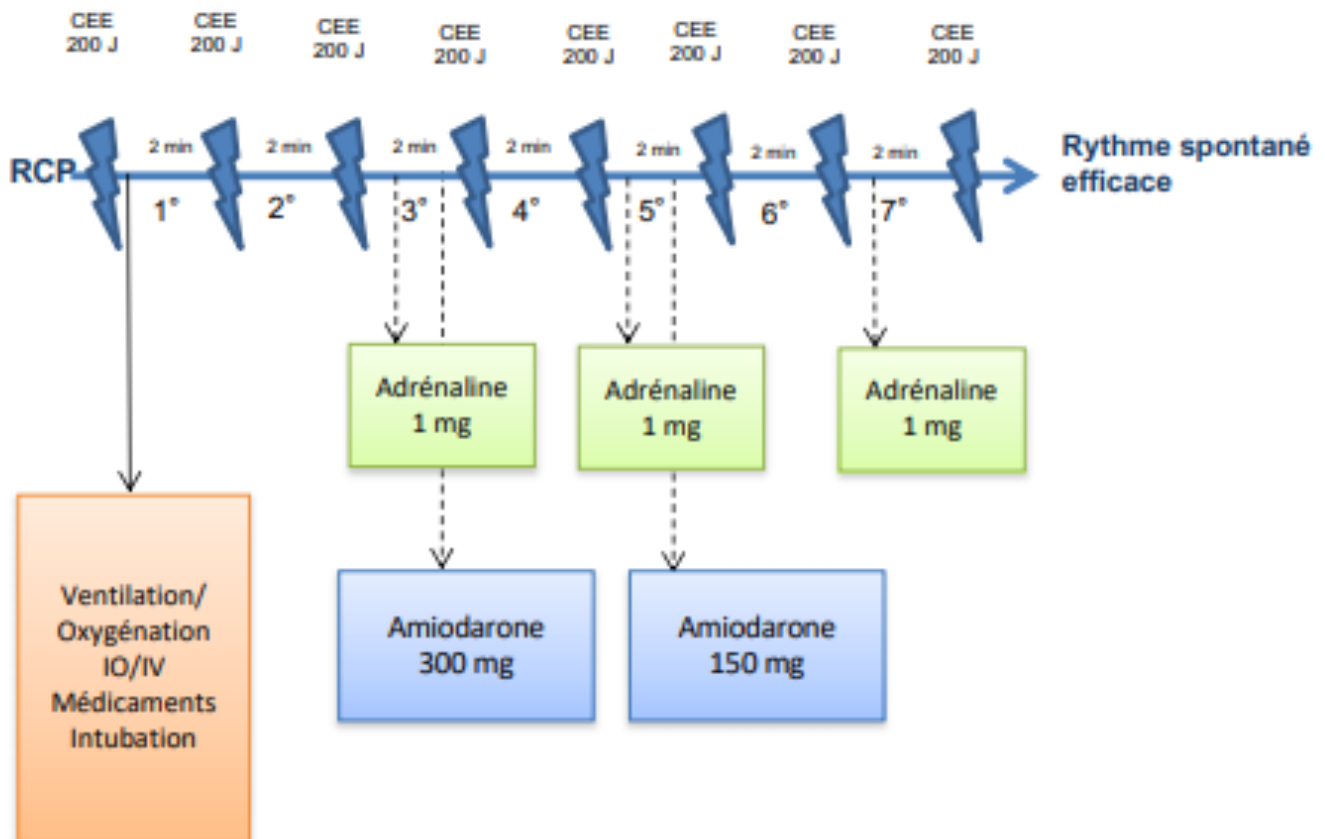
- recherche de la cause pour traitement (en même temps que la RCP)

Cause	Exemples (Outils)	Mécanismes ACR	Initier un traitement
Matérielle	Panne PSE (amines) Extubation accidentelle Débranchement du respi Déconnexion KTC / dialyse / KTA / drain pleural	Hémodynamique Hypoxie Embolie gazeuse, hémorragie Epanchement compressif	Changement PSE Oxygénation / ventilation Remplissage / transfusion Drainage
Médicamenteuse	Allergie Intoxication AL Erreur médicamenteuse	Hémodynamique Troubles du rythme Surdosage / sous dosage	Cf fiche « allergie » Cf fiche « intox AL » Antidote (ex : glucagon, CaCl ₂ , Intralipides ...)
Hémodynamique	Embolique Cardiogénique (Echographie) Rythmique / conductive Hypovolémique / Septique	Gazeuse, cruorique Nécrose myocardique Epanchement compressif Insuffisance cardiaque BAV, Torsade de pointe	O ₂ hyperbare, fibrinolyse Coronarographie Drainage EES/SO ₄ Mg ₂ /Isoprénaline Remplissage / Amines / ATB
Respiratoire Métabolique	Cf « fiche désaturation » Acidose (Gaz du sang) dyskaliémie, dyscalcémie	Hypoxie Troubles du rythme	Cf « fiche désaturation » Correction troubles métaboliques Réchauffement
Hypothermie			
Evolution maladie initiale			

Algorithme : ACR et rythme NON choquable



Algorithme: ACR et rythme choquable



Référentiels: *Operating Room Crisis Checklists* (<http://www.projectcheck.org/crisis-checklistsregistration.html>)
RFE SFAR et SRLF « Prise en charge de l'arrêt cardiaque » 2006 et ILCOR/ERC guidelines 2010
J Soar et al. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Section 3. Adult Advanced life support. Resuscitation 2015;95:100-147.



ANAPHYLAXIE GRADE III /IV (CHOC , BRONCHOSPASME)



CONFIRMER

- Hypotension,
- Tachycardie
- Bronchospasme, EtCO2 basse
- Rash retardé, angio-oedème (plutôt œdème laryngé , confusion avec OAN?)
- ACR (cf. aide cognitive ACR)

ELIMINER

- Embolie pulmonaire , amniotique
- IDM
- Surdosage anesthésique
- Pneumothorax, obstruction trachéo-bronchique
- hémorragie

APPEL à l'AIDE
INTERROMPRE L'administration du produit suspecté
ARRETER L'INTERVENTION
chariot d'urgence

TRAITER

- OXYGENE PUR, CONTRÔLE DES VOIES AERIENNES et VVP de bon calibre
- REMPLISSAGE VACULAIRE RAPIDE : cristalloïdes (30 mL/kg) puis amidons (30 mL/kg)
- ADRENALINE IVD (amp de 1 mg diluée dans 10mL = 0,1mg/mL)
 - Grade 3 : en titration de 0,1à 0,2 mg toutes les 1 à 2 min
 - Grade 4 : 1 à 2 mg toutes les 2 min
 - Si objectif tensionnel non atteint adrénaline IVSE à débiter à 0,2 mg/h
- EN CAS D'INEFFICACITE DE L'ADRENALINE
 - Bleu de méthylène : 1 à 3 mg/kg IVDL
 - Glucagon : 1 à 2 mg IVDL toutes les 5 min (patient sous B Bloquant)
 - Noradrénaline IVSE
 - Discuter Sugammadex 16 mg/kg si rocuronium
- BRONCHOSPASME
 - Si hypotension artérielle adrénaline en 1^{er} intention (avant le salbutamol pouvant majorer l'hypotension)
 - Salbutamol en nébulisation (spray peu efficace dans la sonde d'intubation)
 - Salbutamol IVD : 0,1 à 0,2 (ampoule de 0,5 mg diluée dans 10 ml = 0,05mg/mL)
 - Salbutamol IVSE : 0,3 à 1,5 mg /h
- Faire impérativement les premiers prélèvements
- Hemisuccinate d'hydrocortisone 200 mg IVDL (dose unique)
- FEMME ENCEINTE : discuter une extraction fœtale immédiate
 - Décubitus latéral gauche
 - Remplissage idem
 - Adrénaline idem
 - ACR : cf AC ACR de la femme enceinte
- En cas d'arrêt cardiaque réfractaire : envisager une assistance cardio-circulatoire (ECLS/ECMO: tél)

dosage	Tube	< 30 min	1 à 2h	> 24h
Histamine sur glace	EDTA	+	OU +	+
tryptase	EDTA /sec	+	+	+
IgE anti AQ	Sec	À faire une fois		

Après :

- Surveillance intensive au moins 24 h récurrence
- Information du patient et prise de RV en consultation d'allergologie
- Déclaration CRPV



CHOC HEMORRAGIQUE post TRAUMATIQUE



CONFIRMER et RECHERCHER ORIGINE SAIGNEMENT: évaluer et anticiper

- Shock index = FC/PAS (>1 = sévère)
- Chute Hb (parfois retardée)
- Hémorragie extériorisée ou non
- Fast echo
- Radio bassin
- BodyTDM

ELIMINER

- Autres causes choc

Appel à l'aide

PRIORITE : ARRÊTER LE SAIGNEMENT

- Compression/garrot si site accessible (noter l'horaire)
- Ceinture pelvienne si trauma pelvien
- Chirurgie ? Bloc direct ?
- Radiologie interventionnelle ?

FAIRE

- 2 VVP de bon calibre (14 ou 16 gauges) (si échec: KT intraosseux, KT central)
- KTA/KTC si personnel en nombre et sans retarder la prise en charge
- Prélever groupes, Rhésus, RAI, NFS, hémostase, fibrinogène, lactate artériel
- Contact EFS / Activation procédure locale de transfusion massive

TRAITER = HÉMODYNAMIQUE ET COAGULATION

- Remplissage vasculaire (accélérateur réchauffeur): Stratégie restrictive, cristalloïdes en priorité (pas de soluté hypotonique si Trauma crânien grave)
- Oxygénation
- Noradrénaline IVSE pour objectif de pression artérielle
- Acide tranexamique 1g IV sur 10 min puis 1g IVSE sur 8h (1ere dose <3h)
- Transfusion :
 - Ratio PFC/CGR 1/1 à 1/2
 - Fibrinogène (50mg/kg)
 - Plaquettes (dès la 2^e commande PSL)

ABSENCE de Trauma Crânien

Objectif de pression artérielle

- PA SYSTolique ≥ 80 mmHg

Objectifs transfusionnels

- Hb 7-9 g/dl
- Ratio TCA < 1,5, TP > 40%, rTQ < 1,5
- Plaquettes $>50.10^9$ (100.10^9 si saignement non contrôlé)
- Fibrinogène $\geq 1,5-2g/dl$

PRESENCE Trauma Crânien grave (GCS ≤ 8)

Objectif de pression artérielle

- PA MOYenne ≥ 80 mmHg

Objectifs transfusionnels

- Hb ≥ 10 g/dl
- Ratio TCA < 1,5, TP > 60%, rTQ < 1,2
- Plaquettes $\geq 100.10^9$
- Fibrinogène $\geq 1,5-2g/dl$

TRAITER/SURVEILLER

- Lutter contre hypothermie
- Maintenir Calcium ionisé 1,1 – 1,3 mmol/L (Chlorure de calcium 1g IV)
- Monitoring hémodynamique (PA invasive, KT central...)
- Bilans biologiques répétés (hémoglobine, hémostase, fibrinogène, lactate artériel, GDS...), intérêt biologie délocalisée
- rFVIIa si incontrôlé malgré traitement bien conduit: 100 $\mu g/kg$ IV (pas en 1^{er} intention, renouvelable)
- Penser à l'antibiothérapie si indiquée

BodyTDM

OUI

HEMODYNAMIQUE STABILISEE ?

NON

- Chirurgie ? Bloc direct ?
- Radiologie interventionnelle ?
- BodyTDM ?

CAS PARTICULIERS – Patient sous:

(CCP= concentrés de complexe prothrombinique)

- AVK: CCP 25 UI/kg IV (+ 10mg vitamine K) pour objectif INR <1,5 (1,2 si Trauma crânien)
- Anticoagulant oral direct: antagoniste spécifique (si dabigatran: idarucizumab 5g IV) selon dosage AOD sinon : CCP 50 UI/kg IV
- Antiagrégant plaquettaire: Discuter transfusion plaquettaire si clopidogrel ou prasugrel ou ticagrelor (mais inefficace si prise ticagrelor <12h)

Références: RFE 2014- choc hémorragique : <http://sfar.org/recommandations-sur-la-reanimation-du-choc-hemorragique/>

The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: 5 edition. Crit Care. 2019 <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2347-3>

Réalisation en 2019 par le CAMR et validation comités ACLUTE et Réa



TACHYCARDIE BRUTALE (Bloc opératoire ou Réanimation)



CONFIRMER

- Accélération brutale du rythme cardiaque
- Eliminer et traiter une tachycardie sinusale secondaire:**
 - Douleur, Stress
 - Troubles hydroélectrolytiques
 - Hypovolémie
 - Sepsis
 - Iatrogène (amines, allongement QT ...)
- Noter l'heure: Hmin
- Designier le leader

EVALUER LA GRAVITÉ:

- Absence de pouls
- Chute EtCO₂ si intubé
- Absence d'une onde à la pléthysmographie (SpO₂)
- PAS < 70mmHg
- Perte de connaissance
- Signes d'ischémie myocardique
- OAP, choc cardiogénique, bas débit

SIGNES DE GRAVITÉ PRÉSENTS ?

non

oui

- Faire un ECG dès que possible
- Analyse des QRS
- Possibilité de surveillance seule pour une TSV bien tolérée

QRS larges (>0,12s)

QRS fins (<0,12s)

Rythme régulier?
(ECG, onde de pouls)

Rythme régulier?
(ECG, onde de pouls)

Régulier

Irrégulier

Régulier

Irrégulier

Tachycardie ventriculaire

Amiodarone 300 mg IVL puis 900 mg IVSE sur 24h ou aténolol 2,5 à 5 mg IVL

Si suspicion de Tachycardie supraventriculaire avec Bloc de branche (Flutter, tachycardie atriale)

- Etape diagnostique avec enregistrement ECG : massage sino-carotidien / Striadyne® (10 à 20 mg) ou adénosine (Krenosin®) (3 à 12 mg) en IVD

Si ralentissement transitoire: TSV sinon TV probable

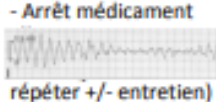
-Etape thérapeutique Amiodarone 300 mg IVL puis 900 mg IVSE sur 24h Ou B bloquants*

QRS identiques AC/FA avec Bloc de Branche

Amiodarone 300 mg IVD puis 900 mg sur 24h

QRS polymorphes: > Torsade de pointe

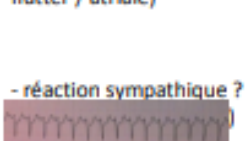
- Arrêt médicament

 répéter +/- entretien)

- Accélération FC si bradycardie (isoprénaline, entraînement électrosystolique)

- Restauration kaliémie > TV débutante: CEE biphasique 200J

Tachycardie supra-ventriculaire (TSV) (sinusale/ jonctionnelle / flutter / atriale)

- réaction sympathique ? 

- Si inefficace et TSV non sinusale :

Etape diagnostique avec enregistrement ECG : massage sino-carotidien / Striadyne® (10 à 20 mg) ou adénosine (Krenosin®) (3 à 12 mg) en IVD

Etape thérapeutique Amiodarone 300 mg IVL puis 900 mg IVSE sur 24h ou Ou B bloquants*

QRS identiques AC/FA

Amiodarone 300 mg IVL puis 900 mg IVSE sur 24h

Considérer:

- B bloquants*
- Digoxine 0,25-0,5 mg IVL si pas de contre-indication
- avis spécialisé

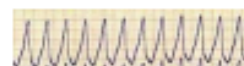
CEE si trouble rythmique mal supporté

Appel à l'aide
Chariot d'urgence
RCP si besoin

Arythmie supraventriculaire avec signes de gravité

ou

Tachycardie ventriculaire



Ou Fibrillation ventriculaire



- FiO₂ = 1 si patient intubé
 - Masque haute concentration +/- intubation et sédation si patient en VS et conscient
 - Vérifier la ventilation
 - Choc électrique biphasique 200 J
 - A répéter 3 fois si besoin
- si échec**
- Adrénaline 1 mg IVD / 3-5 min si ACR
 - Amiodarone 300 mg IVL
 - Répéter les chocs électiques
 - Amiodarone IVSE 900 mg sur 24h
 - Avis expert (discuter une assistance)

*B bloquants IV: **Aténolol** : 2.5 à 5 mg IVL, **Esmolol**: 25 – 200 µg/kg/min (+/- bolus 500µg/kg en 1 min), **Landiolol**: 10 à 40 voire 80 µg/kg/min (+/- bolus 100µg/kg en 1 min)

Faire: ECG, ionogramme, troponine, NFS, GDS. Avis spécialisé cardiologique: tél:



BRADYCARDIE (réanimation ou bloc opératoire)



CONFIRMER

- baisse rapide de FC ou FC < 45/min
- Noter l'heure:H.....min

EVALUER

- Pouls, conscience (sauf sédation), PA, SpO₂
- Accès veineux disponible
- Analyse scope ou ECG 12 dérivations

RECHERCHER SIGNES DE GRAVITÉ

- bas débit (syncope, choc, ∇ EtCO₂)
- Si absence de pouls, $\nabla\nabla\nabla$ EtCO₂ ou asystolie: cf fiche ACR

OUI

NON

- Oxygénothérapie, FiO₂ 1 si patient intubé
- Lever de jambes si syndrome vagal (nausées, malaise, sudation)
- Atropine 0,5 mg IVD à répéter jusqu'à 3 mg maxi
- Si bradycardie sous rachianesthésie: remplissage +/- vasopresseurs
- Arrêt des médicaments bradycardisants et de la stimulation chirurgicale

EFFICACE ?

OUI

NON

OUI

RISQUE ASYSTOLIE ?
(ATCD asystolie, BAV 2 Mobitz II, BAV 3, pause ventriculaire > 3s)

Appel à l'aide
STOP Chirurgie si bloc
Chariot d'urgence

NON

SURVEILLANCE SCOPEE

- ISOPRÉNALINE** (ampoule 0,20 mg / 1mL) : 5µg/min (ou 5 ampoules / 50ml de G5% = 20µg/mL), début 0,5 mL/h, débit IVSE à adapter à la FC cible
- ADRÉNALINE** bolus 5-10 µg par min IV *
- PACING TRANSCUTANÉ**,
 - Intensité stimulation minimale permettant la détection des QRS sur le scope
 - Fréquence : Objectif FC > 60-70/min
 - Confirmer présence d'un pouls (clinique, courbe SpO₂, ou artère)
 - Traiter la douleur en rapport,
- GLUCAGON** si surdosage B Bloquant : 5-10 mg IVD puis 1-10 mg/h IVSE
- CHLORURE DE Ca 10%** si surdosage en Inhibiteurs calciques: 10 à 20mL (soit 1 à 2 g) en IVD/ 20minutes (trippler la dose avec gluconate de Ca), puis **INSULINE EUGLYCÉMIQUE** (1UI/kg puis 0,5 UI/kg/h) +/- **GLUCAGON**.
- Traiter les défaillances associées (neurologiques, respiratoires, hémodynamiques)

*Dilution adrénaline: 1mg / 100mL = 10 µg/mL

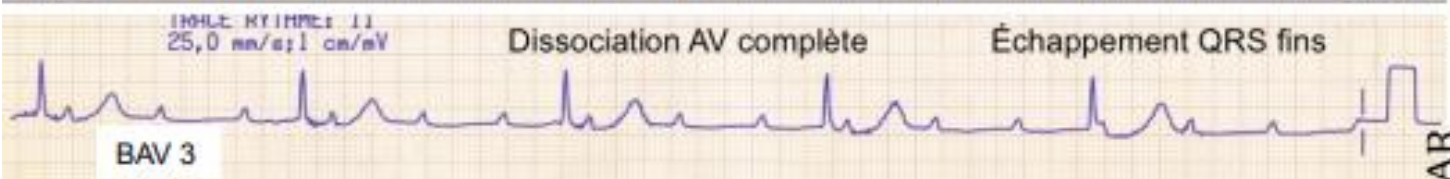
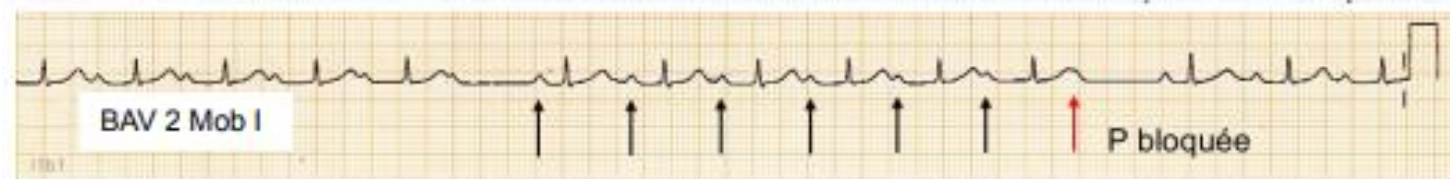
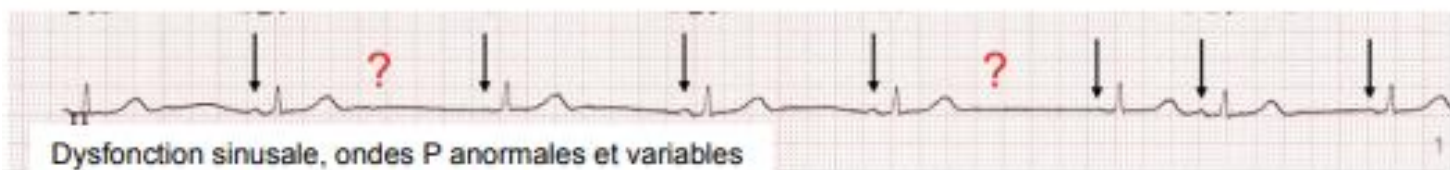
SI INEFFICACE

- SONDE D'ENTRAÎNEMENT ÉLECTROSISTOLIQUE INTERNE**, par voie veineuse centrale
- AVIS EXPERT**

RECHERCHER CAUSES avec traitement spécifique

- Métaboliques (hyperK, hypoglycémie)
- SCA (surtout IDM inférieur)
- Intoxication: digitaliques (AcAntiFAB), quinidiniques, stabilisants de membrane, Anesthésiques locaux (cf AC), Glucagon si intoxication aux B bloquants et inhibiteurs calciques,
- Iatrogène: médicaments
- Hypoxémie brutale (cf AC désaturation)
- Hypovolémie extrême
- HTIC / engagement (Osmothérapie, hyperventilation à discuter)

P= QRS	Pas d'onde P		P plus fréquent que QRS	
Atteinte sinusale	QRS irréguliers	QRS réguliers	BAV 2 Ondes P bloquées	BAV 3 Dissociation P / QRS (RR régulier)
	FA lente	BSA	PR croissant, RR irréguliers: Mobitz I (bloc nodal)	
			PR constant: Mobitz II: bloc infra nodal	



Références: ERC Guidelines 2015. <http://www.cerguidelines.eu/>. J. Soar et al. / Resuscitation 95 (2015) 100-147. / Mégarbane B Réanimation 2009;18:428-38

Réalisée en 2018 par le CAMR Validation CAMR & Comité Réanimation 2018

HYPOTENSION ARTÉRIELLE BRUTALE EN RÉANIMATION

CONFIRMER

- baisse brutale de la pression artérielle systolique $\geq 20\%$ pression basale ou PAS ≤ 80 mm Hg
- validité de la mesure de pression invasive (amortissement courbe, niveau capteur, zéro pression) ou non invasive
- Chute EtCO₂ si mesuré
- Pouls clinique, rythme et fréquence cardiaque, \pm conscience et ventilation

INITIER

- Oxygénation (FiO₂ =1 si VM)
- Position Trendelenburg (sauf si HTIC)
- Vérification des **amines pressives** (si administration en cours) **et correction** si nécessaire
 - étiquetage: nom, dilution, débit, conformité à la prescription
 - PSE fonctionnel: batterie, alarme ?
 - Intégrité et perméabilité des circuits de perfusion et des cathéters
 - relais en cours ?

Si persistance hypotension

- Appel à l'aide Tel**
 - Chariot d'urgence
 - Pose éventuelle de: voie veineuse KTA

VÉRIFIER

- Précharge dépendance: +/- **REPLISSAGE**
 - Échographie cardiaque / thoracique
 - +/- monitoring hémodynamique invasif
 - +/- amines pressives
- Absence de traitement hypotenseur en cours (sédation, péridurale, antihypertenseur etc.)

RECHERCHER

- défaillance d'organe associée
- Neurologique
 - Respiratoire
 - Rénale
 - Autre (hépatique ...)

TRAITER CAUSE

1- liée aux soins (non exhaustif)

❖ Matérielle

- Déconnexion cathéter veineux central: *embolie gazeuse*
- Déconnexion cathéter artériel ou de dialyse: *hémorragie aiguë*
- Déconnexion, ablation accidentelle ou clampage drain pleural: *épanchement compressif*
- Retentissement ventilation mécanique: *PEP / auto PEP élevée*

❖ Médicamenteuse:

- Choc anaphylactique (cf fiche spécifique)
- Erreur d'administration médicamenteuse

2- hémodynamique

- ACR (cf fiche spécifique)
- Cardiogénique: *IDM ou autre cause IVG*
- Tamponnade
- Rythmique et/ou conductive: *BAV, TV, torsade de pointe* (cf fiche spécifique)
- Hypovolémie, Hémorragie extériorisée ou non
- Choc septique
- Embolique: *embolie gazeuse, fibrinocruorique, autre*

3- respiratoire: Cf fiche « Désaturation en

Références:

Operating Room Crisis Checklists (<http://www.projectcheck.org/crisis-checklistsregistration.html>)

Incidence of Intraoperative Hypotension as a Function of the Chosen Definition Jilles B. Bijker. Anesthesiology 2007; 107:213-20



DÉSATURATION BRUTALE INATTENDUE EN RÉANIMATION CHEZ UN PATIENT SOUS VENTILATION MÉCANIQUE

INITIER

- Mettre en FiO2 1
- Vérifier qualité signal de pulsoxymétrie
- Test d'aspiration trachéale
- Vérifier ECRAN VENTILATEUR et REVISION CIRCUIT
 - panne ? Fuite (circuit, ballonnet) ?
 - panne alimentation O2 mural? si oui : brancher bouteille secours
- Mise en place d'un CAPNOGRAMME si non présent.
- Vérification hémodynamique

APPEL RENFORT MEDICAL

- Tel
- CHARIOT D'URGENCE

CAPNOGRAMME ABSENT

- Auscultation
- ACR ? Cf
- Ventilation manuelle sur sonde au BAVU à FiO2 1 avec bouteille de secours
- Si inefficace (capno -):** Problème sonde
 - Extubation accidentelle ?
 - Intubation œsophagienne ?
 - Obstruction complète de sonde ?
 } REINTUBER
- Si efficace (capno + puis resaturation):** rechercher / corriger problème respirateur ou circuit

CAPNOGRAMME PRESENT

- Auscultation
- Analyse courbes spirométrie et pression
- Auscultation asymétrique: Imagerie Thoracique**
 - Atélectasie → Fibroaspiration
 - Epanchement pleural → Drainage
 - Intubation sélective → Mobilisation
- Auscultation symétrique / Pressions élevées**
 - Désadaptation respirateur
 - Bronchospasme
 - Morsure de sonde
 - Rigidité thoracique
 - Obstruction partielle de sonde
 } Sédation
Bronchodilatateurs
(Fibro)aspiration
Réintubation
- Auscultation symétrique / Pressions non élevées**
Rechercher et traiter une cause hémodynamique
 - Embolie gazeuse, fibrinocruorique, autre
 - Cardiogénique: IDM, tamponnade, IVG, IVD
 - Hypovolémique ou Septique ou Anaphylactique
- Aggravation maladie initiale (ex:SDRA)**
traitement causal ± manœuvre de recrutement

Référentiels: Operating Room Crisis Checklists (<http://www.projectcheck.org/crisis-checklistsregistration.html>)

Réalisée en 2016 par le CAMR Validation CAMR & Comité Réanimation 2018





EXTUBATION ACCIDENTELLE EN RÉANIMATION

RECONNAÎTRE

- Sonde trachéale extériorisée
- Fuites ventilatoires cliniques / spirométrie
- Disparition capnographe
- Fuite ou section de ballonnet

INITIER

- Mettre en FiO_2 1 si sonde intratrachéale
- Masque haute concentration FiO_2 1 si sonde extra trachéale et si VS +
- Ventilation manuelle et BAVU FiO_2 1 si sonde extra trachéale et si VS -
- Arrêt alimentation entérale et insuline IVSE si en place et aspiration digestive

APPEL RENFORT MEDICAL

- Tel
- CHARIOT D'URGENCE
- CHARIOT IOT DIFFICILE

PATIENT CONSCIENT, RESPIRATION SPONTANÉE

- OXYGENOTHÉRAPIE ADAPTÉE**
 - lunettes nasales
 - Masque
- ARRÊT SEDATION SI EN COURS**
- SI EFFICACE:**
 - Surveillance
 - VNI prophylactique si indiquée
 - Kinésithérapie respiratoire et aspiration si indiquée
- SI INEFFICACE (désaturation, signe de détresse):**
 - VNI
 - Rechercher et traiter bronchospasme, dyspnée laryngée, œdème pulmonaire
- SI INEFFICACE (désaturation, signe de détresse): REINTUBATION**

PATIENT INCONSCIENT ET/OU PAS DE RESPIRATION SPONTANÉE EFFICACE

- OXYGENATION:**
 - BAVU O_2 15 l/min
 - Et ventilation si pas de VS efficace
- INDUCTION SEQUENCE RAPIDE**
- REINTUBATION EN URGENCE**
 - Matériel intubation difficile disponible
 - Cf Fiche IOT difficile en réanimation
 - Contrôle capnographe

CAS PARTICULIER: FUITE / SECTION DE BALLONNET

- SEVRAGE RESPIRATOIRE POSSIBLE:**
 - Extubation
- SEVRAGE RESPIRATOIRE IMPOSSIBLE**
 - Sédation si besoin
 - Curarisation
 - Changement de sonde sur mandrin long échangeur si sonde en place
 - Contrôle capnographe

Fiche 4 Dermatologie par Alexandre Teboul

1. LESION NON-PALPABLE : la macule (sans relief ni infiltration)

o ROUGE

- s'efface totalement à la vitropression : **érythème**
 - *scarlatiniforme* : pas d'intervalle sain
 - *morbilliforme* : intervalle de peau saine
 - *roséoliforme* : très pâle

éxanthème (étendu), énanthème (muqueuses), erythrodermie (>90%, plusieurs semaines)
érythème de stase : cyanose, livedo (racemosa ou réticulaire)

- ne s'efface pas à la vitropression : **purpura**
 - *pétéchial* (<2mm), *en vibice* (stries), *ecchymotique* (tâche), *nécrrotique*
- malformations vasculaires chroniques : **télangiectasie** (fin, arborisé, en réseau) ou **angiome-plan** (congénital, en tâche)

o PIGMENTAIRE : du marron clair au noir, localisé ou généralisé

o ACHROMIQUE (HYPOCHROMIQUE)

2. LESION PALPABLE (en relief)

o à contenu SOLIDE

- superficiel (sur l'épiderme) : **la papule** (< 1cm) **et la plaque** (> 1cm)
 - *œdémateuse* : rose pâle, molle, transitoire
 - par *infiltrat* cellulaire : inflammatoire
 - *dysmétabolique* : ferme, souvent jaunâtre (lipidique)
 - *folliculaire*
- profond (derme et hypoderme) : **le nodule**
 - nodosité : petit nodule (< 0,5cm)
 - nouure : grand nodule (qq cm)
 - gomme : nodule évoluant vers le ramollissement et l'ulcération
 - infiltration + prolifération : les végétations

o à contenu LIQUIDE

- < 1 cm : la **vésicule** (translucide, rupture rapide)
- > 1 cm : la **bulle**
- trouble : la **pustule**

3. ALTERATION DE LA SURFACE

o perte de substance :

- superficielle : **érosion**
- profonde : **ulcération**
 - chronique : ulcère
 - sur points d'appuis, par déficit sensitif : mal perforant
- linéaire : **fissure** (superficielle ou profonde)
 - à la commissure labiale : perlèche
- nécrosant : **gangrène, escarre** (aux points de pression)

o détachement de la couche cornée : **squames**

- *pityriasiforme* : fines, farineuses, peu adhérentes
- *psoriasiforme* : épaisses
- *folliculaire* : à l'émergence d'un poil
- *scarlatiniforme* : grands lambeaux
- *ichthyosiforme* : en écaille de poissons

o épaississement de la peau : **kératose** (étendue), **corne** (point), **leucokératose** (muqueux), **sclérose** (perte d'élasticité)

o amincissement, dépression lisse et nacrée : **atrophie**

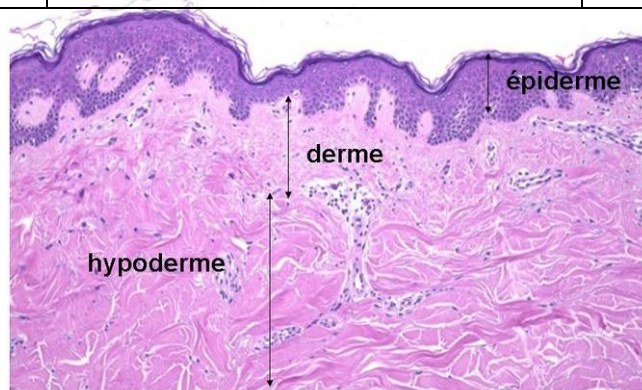
o coagulation de séreuse, de sang, de pus... : **croûte**

Les Hypersensibilités (autrement dit, les allergies)

Des Anti-Corps (AC) contre l'environnement

Classification de Gell and Coombs

I	II	III	IV
IgE médié immédiate	par cytotoxicité	par dépôts de complexes immuns	cellulaire retardée
fabrication d'AC (type IgE), qui réagissent immédiatement au 2 nd contact : vasodilatation, hypersécrétion... ATOPIE	les AC (type IgG) détruisent d'autres cellules (GR, plaquettes, rein...)	les complexes immuns AG+AC se déposent partout	activée par de grosses molécules. mise en mémoire de LT CD8 cytotoxiques. Reconnaissance lente, cutanée (œdème, prurit...)
Choc anaphylactique, œdème de Quincke asthme, rhinite, conjonctivite urticaire	Goodpasture Pemphigus anémie, thrombopénie	Vascularite Glomérulonéphrite Endocardite pneumopathie	dermatite de contact
dermocorticoïdes Corticoïdes inhalés Antihistaminiques	Corticoïdes		Dermocorticoïdes



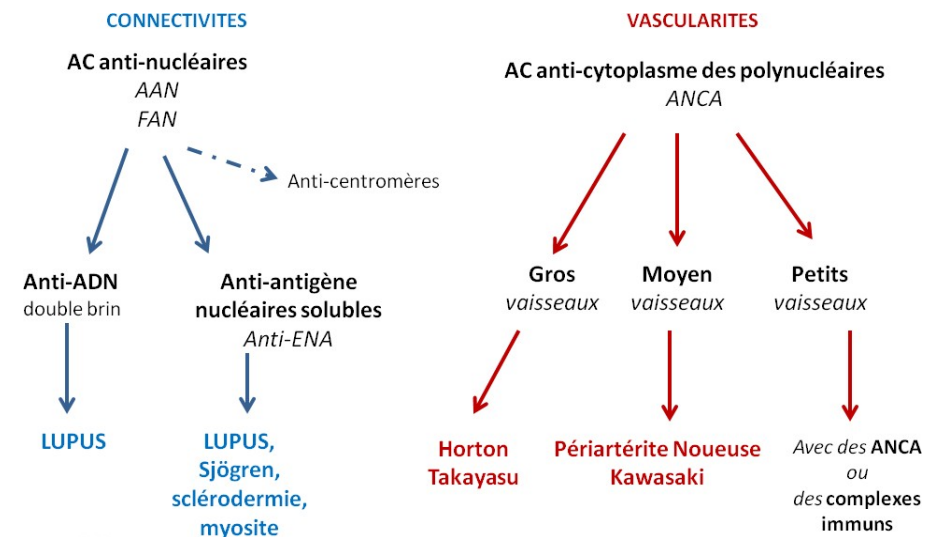
Merci à Thomas Samoyeau pour cette fiche que je n'ai fait que modifier








L'auto-immunité : Des Anti-Corps (AC) contre ses propres cellules

Maladies auto-immunes spécifiques d'organes

Thyroïde	Basedow	AC anti-récepteur de la TSH
	Hashimoto	AC anti-Thyroglobuline
Peau	Pemphigus, pemphigoïde	
Pancréas	Diabète de type 1	AC anti IA2, ZnT8, insuline, GAD
surrénale	Maladie d'Addison	AC anti 21 hydroxylase
Sang	Anémie, thrombopénie	
articulations	Polyarthrite Rhumatoïde	Facteur Rhumatoïde, AC anti-CCP
Rein	Syndrome de Goodpasture	AC anti-membrane basale glomérulaire
Neuro	Guillain-Barré	
	neuropathies périphériques	AC anti-MAG
	Myasthénie	AC anti-RAK, MuSK
	Lambert-Eaton	AC anti
Dig	Biermer	AC anti-cellules pariétales, AC anti facteur intrinsèque
	Hépatite	
	cirrhose biliaire primitive	AC anti-mitochondrie
	m. coeliaque	AC anti-transglutaminase
	m. de Crohn	ASCA
	rectocolite hémorragique	ANCA

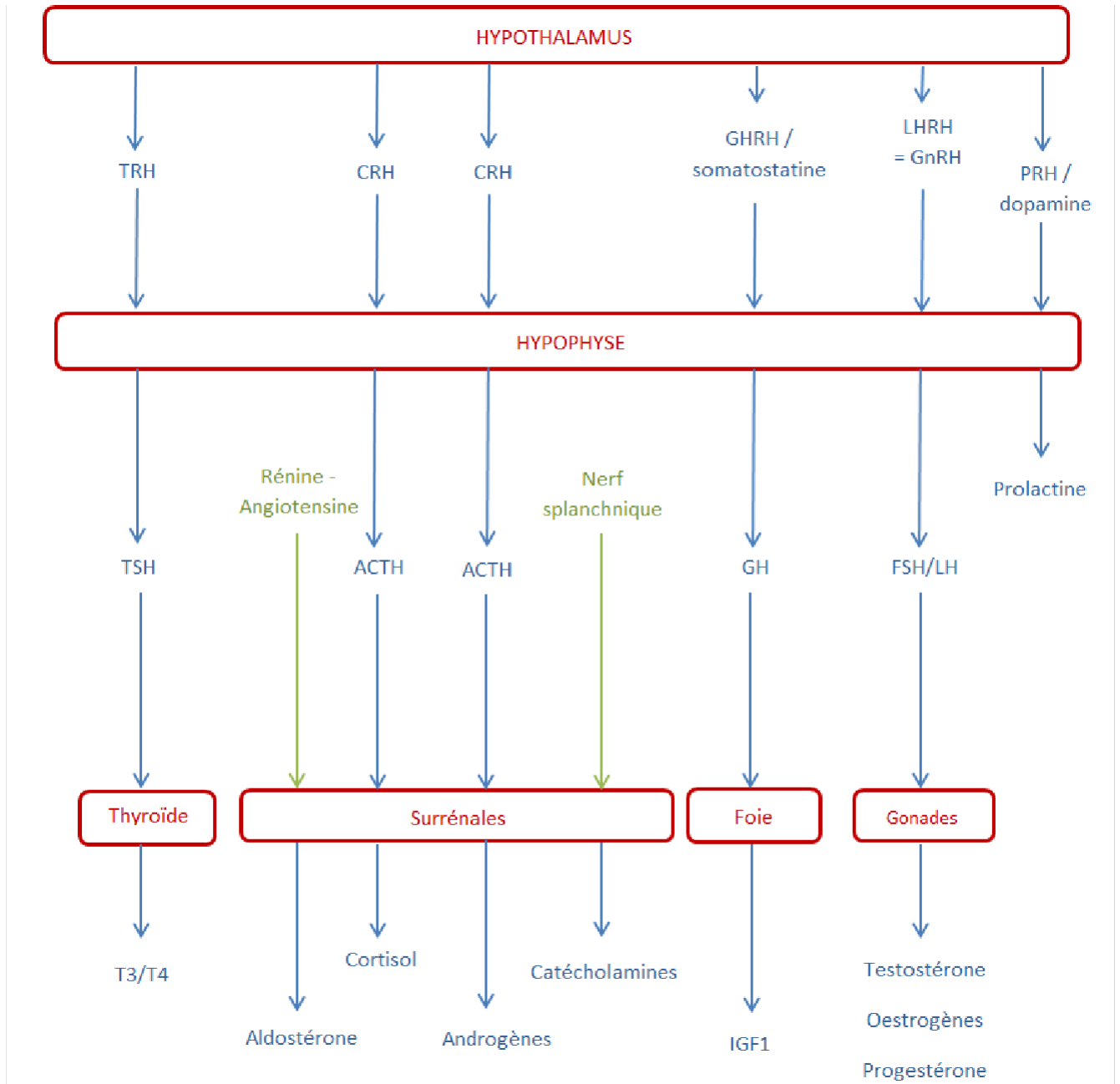
Maladies auto-immunes systémiques



<p>CINQUIÈME MALADIE <i>Parvovirus B19</i></p> <p>Âges: préscolaires et scolaires. Incubation: ± 14 jours. Contagiosité: 1 à 5 jours avant l'éruption.</p> <p><i>Peu ou pas de fièvre, bon état général, parfois prurit, arthralgies (adolescents, adultes).</i></p>	 <p>réticulé</p>	<p>RUBÉOLE <i>Virus rubéoleux</i></p> <p>Âges; nourrissons et adolescents. Incubation: 14 à 21 jours (± 17 jours). Contagiosité: rubéole post-natale, 7 jours avant et après le début de l'éruption; rubéole congénitale, plusieurs mois.</p> <p><i>Peu ou pas de fièvre, bon état général, adénopathies cervicales, arthralgies (adolescents, adultes).</i></p>	 <p>maculo-papuleux</p>
<p>MALADIE MAINS-PIEDS-BOUCHE <i>Coxsackievirus</i></p> <p>Âges: préscolaires et scolaires. Incubation: 3 à 6 jours. Contagiosité: 1 à 5 jours avant l'éruption.</p> <p><i>Peu ou pas de fièvre, bon état général, dysphagie.</i></p>	 <p>vésiculaire</p>	<p>SCARLATINE <i>Streptocoque β-hémolytique groupe A</i></p> <p>Âges: scolaires. Incubation: 2 à 5 jours. Contagiosité: dès les premiers symptômes et pendant plusieurs jours ou semaines ou jusqu'à la fin du premier jour d'antibiothérapie.</p> <p><i>Fièvre ±, état général ± altéré, mal de gorge, dysphagie, adénopathies cervicales, douleurs abdominales, nausées, vomissements.</i></p>	 <p>érythémateux "papier sablé"</p>
<p>ROSÉOLE <i>Herpesvirus 6</i></p> <p>Âges: 6 mois à 18 mois. Incubation: 9 à 10 jours. Contagiosité: pendant le stade fébrile.</p> <p><i>Forte fièvre, bon état général, parfois convulsion, diarrhée.</i></p>	 <p>maculo-papuleux</p>	<p>VARICELLE <i>Virus varicelle-zoster</i></p> <p>Âges: scolaires. Incubation: 10 à 20 jours (± 15 jours); jusqu'à 26 jours après injection de γglobulines. Contagiosité: 5 jours avant le début de l'éruption et pendant toute la durée du stade vésiculaire (5 à 6 jours chez l'enfant normal; contagiosité prolongée si déficit immunitaire ou HIV positif).</p> <p><i>Fièvre ± élevée, état général plutôt bon, prurit.</i></p>	 <p>vésiculaire</p>
<p>ROUGEOLE <i>Virus rougeoleux</i></p> <p>Âges: nourrissons et adolescents. Incubation: 8 à 12 jours avant les premiers symptômes (± 14 jours avant l'éruption). Contagiosité: 5 jours avant et 5 jours après le début de l'éruption.</p> <p><i>Fièvre élevée, état général ± altéré, yeux rouges, rhinorrhée, toux, signes de Koplik.</i></p>	 <p>maculo-papuleux</p>		

Fiche 5 Endocrinologie par Pierre Hannoun

I – AXES HORMONAUX



II – RAISONNEMENT ET DEMARCHE EN ENDOCRINOLOGIE

- Etape 1 : Hormone en cause ? → clinique +/- biologie
- Etape 2 : Hypersécrétion ou insuffisance ? → clinique +/- biologie
- Etape 3 : Confirmation diagnostique → bilan hormonal
- Etape 4 : Diagnostic étiologique → clinique, bilan hormonal, imagerie, etc.
- Etape 5 : Traitement

III – ETAPE 4 : ETIOLOGIE PERIPHERIQUE OU CENTRALE ?

→ Lorsqu'on suspecte un déficit ou une hypersécrétion d'une hormone, il faut le confirmer biologiquement. Usuellement, on dose dans le plasma l'hormone périphérique ainsi que l'hormone hypophysaire (le dosage d'hormone hypothalamique est parfois pratiqué dans certains cas particuliers).

→ La première chose à regarder sur le bilan hormonal est l'hormone périphérique : est-elle dans les normes ou bien elle est diminuée/augmentée ?

Dans un second temps, il faut regarder l'hormone hypophysaire : celle-ci est-elle adaptée à la valeur de l'hormone périphérique ? Celle-ci doit réagir de façon adaptée à l'hormone périphérique (attention à ne pas raisonner dans l'autre sens !):

- si l'hormone périphérique est basse, l'hormone hypophysaire doit augmenter et être au-dessus de la norme du laboratoire, pas simplement normale (sinon on dit qu'elle est « anormalement normale » donc inadaptée!), du fait de la diminution du rétrocontrôle négatif, afin de stimuler la production de la glande périphérique ;

- si l'hormone périphérique est augmentée, l'hormone hypophysaire doit être freinée (par rétrocontrôle négatif) et donc basse pour diminuer la production de la glande périphérique. Si l'hormone hypophysaire est inadaptée, c'est que le problème vient de l'hypophyse (ou de l'hypothalamus dans certains cas particuliers...).

→ Voici un exemple avec l'axe thyroïdien (rappel : la T4 est l'hormone périphérique et la TSH est l'hormone hypophysaire) :

T4	Normale
TSH	Normale
Diagnostic	Euthyroïdie

T4	ä	ä	ä	Normale
TSH	æ (adaptée)	ä (inadaptée)	Normale (inadaptée)	æ
Diagnostic	Hyperthyroïdie périphérique	Hyperthyroïdie centrale	Hyperthyroïdie centrale	Hyperthyroïdie périphérique fruste

T4	æ	æ	æ	Normale
TSH	ä (adaptée)	æ (inadaptée)	Normale (inadaptée)	ä
Diagnostic	Hypothyroïdie périphérique	Hypothyroïdie centrale	Hypothyroïdie centrale	Hypothyroïdie périphérique fruste

Le raisonnement est le même avec les autres couples hormones périphérique/hormone hypophysaire.

IV – TABLEAUX RECAPITULATIFS PAR AXE HORMONAL

1) Axe thyroïdien

	Hyperthyroïdie	Hypothyroïdie
Evoquer le diagnostic (étape 1 et 2)	→ Clinique => thyrotoxicose : <ul style="list-style-type: none"> - Tachycardie - HTA - Diarrhées - Sueurs /thermophobie - Sd polyuro-polydypsique - Amaigrissement - Myalgies - Agitation / troubles de l'humeur 	→ Clinique : <ul style="list-style-type: none"> - Bradycardie - HTA - Constipation - Hypothermie/frilosité - Prise de poids - Myalgies - Asthénie/ ralentissement physique/ troubles del'humeur - Infiltration myxoedémateuse (que si origine périphérique) → Biologie : <ul style="list-style-type: none"> - Anémie - Hyponatrémie - Dyslipidémie
Confirmation diagnostique (étape 3)	→ TSH +/- T4/T3	→ TSH +/- T4/T3
Diagnostic étiologique (étape 4)	→ Clinique : goitre ? nodule thyroïdien palpable ? → Biologie: TSH+ T4/T3: périphérique ou central ? > <u>Si périphérique</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Echographie thyroïdienne - Auto-anticorps : TRAK, anti-TPO - Scintigraphie thyroïdienne > <u>Si central</u> : <ul style="list-style-type: none"> - IRM hypophysaire → Causes : <ul style="list-style-type: none"> - <u>Périphériques (+++)</u> : Basedow, adénome toxique et GMHNT, induite par l'iode, factice, thyroïdite de De Quervain,... - <u>Centrales (+)</u> : adénome hypophysaire thyrotrope 	→ Clinique : goitre ? → Biologie : TSH+ T4/T3 : périphérique ou central ? > <u>Si périphérique</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Echographie thyroïdienne - Auto-anticorps : anti-TPO, anti-TG > <u>Si central</u> : <ul style="list-style-type: none"> - IRM hypophysaire → Causes : <ul style="list-style-type: none"> - <u>Périphériques (+++)</u> : thyroïdite d'Hashimoto, carence en iode, iatrogène (lithium, interféron, surcharge iodée qui bloque la thyroïde,...),... - <u>Centrales (+)</u> : adénome hypophysaire qui comprime les cellules thyrotropes

2) Axes surrénaliens

Cortisol :

	Hypercorticisme	Insuffisance surrénalienne
Evoquer le diagnostic (étape 1 et 2)	→ Clinique = syndrome de Cushing : <ul style="list-style-type: none"> - Obésité androïde + faciès lunaire - Vergetures pourpres - Atrophie cutanée - Atrophie musculaire - Ostéoporose - HTA - Troubles psychiatriques - Hirsutisme / acné → Biologie : <ul style="list-style-type: none"> - Hyperleucocytose à PNN - Diabète - Hypokaliémie 	→ Clinique : <ul style="list-style-type: none"> - Asthénie (vespérale++) - Amaigrissement - Troubles digestifs (nausées, vomissements, douleur abdo, diarrhées, constipation,...) - Hypotension artérielle → Biologie : <ul style="list-style-type: none"> - Hyperkaliémie/hyponatrémie - Hypoglycémie
Confirmation diagnostique (étape 3)	→ Cortisol libre urinaire des 24h + Test au freinage minute à la dexaméthasone	→ Cortisolémie à 8h +/- test au synacthène

	+ Cortisol salivaire à minuit	
Diagnostic étiologique (étape 4)	<p>→ Biologie : ACTH : périphérique ou central ?</p> <p>> <u>Si périphérique</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Scanner surrénalien <p>> <u>Si central</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - IRM hypophysaire - Test au freinage fort / test à la CRH / test au Minirin <p>→ Causes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Périphériques</u> : adénome surrénalien ou corticosurrénaïome - <u>Centrales</u> : adénome hypophysaire corticotrope ou adénome corticotrope ectopique 	<p>→ Biologie : ACTH : périphérique ou central ?</p> <p>> <u>Si périphérique</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Scanner surrénalien - Anticorps anti-21 hydroxylase <p>> <u>Si central</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - IRM hypophysaire <p>→ Causes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Périphériques</u> (= maladie d'Addison) : rétraction corticoale auto-immune, tuberculose, iatrogène, VIH, ... - <u>Centrales</u> : adénome hypophysaire qui comprime les cellules corticotropes

Aldostérone :

Hyperaldostéronisme	
Evoquer le diagnostic (étape 1 et 2)	<p>→ Clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - HTA sévère ou résistante à plusieurs lignes de traitement ou avec retentissement viscéral important <p>→ Biologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hypokaliémie (avec HTA++)
Confirmation diagnostique (étape 3)	<p>→ Biologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aldostérone plasmatique ou urinaire élevées - Rapport aldostérone plasmatique / rénine plasmatique augmenté
Diagnostic étiologique (étape 4)	<p>→ Examens :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Scanner surrénalien - Tests dynamiques - Cathétérisme veineux surrénal <p>→ Causes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Périphériques</u> : adénome de Conn, hyperplasie bilatérale des surrénales

Catécholamines :

Hypersécrétion de catécholamines	
Evoquer le diagnostic (étape 1 et 2)	<p>→ Clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Triade de Ménard : céphalées + sueurs + palpitations - HTA paroxystique ou résistante aux traitements - Hypotension orthostatique
Confirmation diagnostique (étape 3)	<p>→ Biologie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dérivés méthoxylés des catécholamines : métanéphrine et normétanéphrine urinaires des 24h
Diagnostic étiologique (étape 4)	<p>→ Examens :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Scanner surrénalien - Scintigraphie corps entier au MIBG <p>→ Causes : phéochromocytome surrénalien ou paragangliome (<i>qui équivaut à un phéochromocytome autre part qu'à la surrénale en gros</i>)</p>

3) Axe gonadique

	Hypogonadisme
Evoquer le diagnostic (étape 1 et 2)	→ Clinique : > Femme : <ul style="list-style-type: none"> - Perte de la libido - Aménorrhée - Diminution de la pilosité - Infertilité - Ostéoporose > Homme : <ul style="list-style-type: none"> - Perte de la libido - Dysfonction érectile - Diminution de la pilosité - Infertilité - Ostéoporose - Gynécomastie
Confirmation diagnostique (étape 3)	→ Biologie : > Homme : testostéronémie basse > Femme : oestradiolémie basse
Diagnostic étiologique (étape 4)	→ Biologie : testostéronémie/oestradiolémie + FSH/LH : périphérique ou central ? > Si périphérique : bilan génétique, auto-immun, ... > Si central : IRM hypophysaire, bilan des autres axes → Causes : <ul style="list-style-type: none"> - <u>Périphériques</u> : radiothérapie, chimiothérapie, génétique, auto-immun, ... - <u>Centrales</u> : adénome hypophysaire comprimant les cellules gonadotropes, hyperprolactinémie, hypercorticisme, hypothyroïdie, ...

4) Axe somatotrope

	Hypersécrétion de GH = acromégalie
Evoquer le diagnostic (étape 1 et 2)	→ Clinique : <ul style="list-style-type: none"> - Dysmorphie : épaissement cutanéomuqueux, élargissement pieds/mains, thorax élargi, ... - Sueurs - Arthralgies - Cardiopathies et HTA → Biologie : <ul style="list-style-type: none"> - Diabète
Confirmation diagnostique (étape 3)	→ Biologie : <ul style="list-style-type: none"> - GH plasmatique - IGF1 plasmatique - Dosage de GH après hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO)
Diagnostic étiologique (étape 4)	→ Examen : IRM hypophysaire → Cause : adénome hypophysaire somatotrope

Fiche 6 Infectiologie par Louis Pot

% = % de résistance
 Italique = résistance naturelle

	Cocci gram +					BGN entérobactéries			BGN non entérobactéries		Anaérobies	CG -		BG+	Intra-çR	Spirochètes			
	SARM	SASM	SCN	<i>Strepto β-hémo</i>	<i>Pneumo-coque</i>	<i>Entérocoque</i>		Grp 1 <i>E.coli</i> ++	Grp 2	Grp 3	Pyo	<i>Haemo-philus</i>	<i>Bacteroides Clostridium</i>	<i>Méningo-coque</i>	<i>Gono-coque</i>	<i>Listeria</i>	<i>Legionella Mycoplasma Chlamydia</i>	<i>Borrelia</i>	<i>Treponema</i>
						<i>faecium</i>	<i>faecalis</i>												
Péni V/G	90%				<i>Imperméabilité (molécules hydrophobes)</i>							30%			<i>Pas</i>				
Péni M																			
Amoxicilline	90%				80%	60%				20%		G+ seulement	30%			<i>de</i>			
Augmentin																			
Tazocilline																<i>pénétration</i>			
C2G																			
Céfotaxime																<i>dans</i>			
Ceftriaxone												5% (BLSE)							
Ceftazidime																<i>la</i>			
Céfépime																			
Amikacine					<i>Efficace sur les streptocoques seulement en association avec une β-lactamine</i>							<i>ø chaîne respi = ø passage membrane</i>							
Gentamicine																<i>cellule</i>			
FQ urinaires												20%							
Ofloxacine (2G)												20%							
Ciproflo (2G)	20-50%											20%		25%			30%		
Lévoflo Moxiflo (3G)												20%							
Rifampicine					<i>Hydrophobe ++ → mauvais passage de la membrane externe</i>														
Cotrimoxazole												25%		10%					
Spiramycine																			
Erythro Clarithro Azithro			< 10%	30%	<i>Paroi bactérienne imperméable aux ATB (sauf azithromycine, efficace sur certaines entérobactéries et Haemophilus)</i>														
Clindamycine																			
Métronidazole																			
Vancomycine					<i>Imperméabilité (macromolécule)</i>									G+ seulement					
Ertapénème																			
Méropénème																			
Imipénème																			

Fiche 7 Radiologie par Thomas Samoyeau

Guide pour bien s'entendre avec l'interne de radiologie de garde

Voici un petit guide des examens cliniques et biologiques à réaliser avant de demander un examen radiologique lors de vos gardes aux urgences. N'hésitez pas à passer vous-même en radiologie pour qu'on vous montre les images et qu'on vous explique les techniques.

Le patient vient pour...	Interrogatoire (aux urgences)	Clinique (aux urgences)	Biologie (aux urgences)	Avant l'examen je pense à...	Examen demandé
Chute du sujet âgé / sous anticoagulant	Anticoagulant Hémorragie intra-crânienne	GSC + ex neuro Rchch fracture associée	INR	Attendre 4h si patient va bien (Risque TDM trop précoce)	TDM cérébrale si > 65 ans et/ou FdR ou anomalie examen neuro
Perte de connaissance	1 ^{er} épisode ? Médicament ? Mvt anormal ? Brutal ? Prodrome ?	Ex neuro Test hypoTA orthostatique	ECG ++ OH ?	/!\ glycémie /!\ épilepsie connue + crise identique = ∅	± TDM cérébrale (unqst si ∅ cause cardio et él d'orientation)
Déficit neurologique brutal	FdR CV Anticoagulant Cancer	Cérébral vs. Médullaire Vs. Périphérique	∅	/!\ glycémie /!\ migraine avec aura	IRM cérébral (■ AVC, ++ si < 4h30) IRM moelle / rachis EMG
Céphalée	Anévrisme Anticoagulant	■ « En coup de tonnerre » ■ Aigu progressive Déficit neuro	/!\ céphalée fébrile = PL > TDM*	/!\ Pas d'imagerie si céphalée 1 ^R (migraine ++)	Scanner (à priori injecté)
Dyspnée	FdR CV Cancer Pilule Chirurgie récente	Signe de lutte Hypercapnie Conscience ↓	ECG Gaz du sang Tropo / BNP ± D-dimère	O ₂ si SpO ₂ <90 Ne pas lever ni allonger	Rx de thorax SI NORMAL Angio-TDM selon score Genève
Douleur thoracique	Caractériser la douleur ++ FdR CV Pilule Chirurgie récente Sd viral	FC + TA + SpO ₂ + t°	ECG 18 dériv Troponine	« PIED » Péricardite Infarctus Embolie pulm Dissection Ao	Rx pulmonaire Si pas d'IdM Angio-TDM selon score Genève Angio-TDM CTAP si DA
Hémoptysie	Cancer ? Tuberculose ? Terrain	Signe de lutte Fièvre	± ECG ± Gaz du sang	O ₂ si désaturation	AngioTDM thoracique
Douleur abdominale « chirurgicale »	s urinaires ? s digestifs ? Date dernier repas	Fébrile ou non Localisation ++ Défense Contracture	NFS + CRP Iono + Ca ²⁺ Créatinine-urée Bilan hépatique Glycémie ± lipase	/!\ ECG si épigastrique /!\ Gynéco = β hCG /!\ Demander BU chez ♀ jeune avant de demander img	TDM AP IV SAUF pour le foie et ± appendice /!\ Gynécologie

Syndrome occlusif	« Arrêt matière et gaz ≥ 48h » Cancer ? Chirurgie ? Fièvre ?	± ballonné ± Tympanisme TR = vide Orifice herniaire libre	Créatinine	/!\ vérifier TR + hernie ++ Penser à la SNG si patient est nauséeux	TDM AP injecté
Polytraumatisé	Cinétique Passager ?	Constantes vitales	Gpe + RAI NFS + plaquettes	/!\ ■ ++ ne pas transporter patient en choc	Bodyscanner

* Sauf si GSC < 11 ou signe neurologique focal = TDM avant PL pour rchch engagement cérébral

/!\ lorsque vous demandez un scanner injecté pensez à demander

- 1°) Si le patient est allergique aux produits de contraste
- 2°) Leur fonction rénale : prise de sang aux urgences ou interrogatoire si sujet jeune
- 3°) La possibilité d'une grossesse si ♀ jeune
- 4°) L'absence d'hyperthyroïdie non contrôlée ou de cancer thyroïdien en cours de traitement

/!\ lorsque vous demandez une IRM pensez à demander / vérifier

- 1°) Si le patient est claustrophobe / agité
- 2°) Si le patient est porteur d'un pacemaker
- 2°) Risque de corps étranger métallique (en particulier /!\ ferrailleur : CE dans l'œil → R de cécité)

/!\ hémorragie digestive : demander D'ABORD l'avis à l'endoscopiste de garde

Fiche 8 diabétologie par Eric de Labrouhe

Définitions :

Norme glycémie : **0,8-1,10** g/L (4-5 mmol/L)

- Glycémie veineuse à jeun ≥ 1.26 g/L à **2 reprises** (≥ 7 mmol/L)
- Une glycémie ≥ 2 g/L avec des symptômes cliniques d'hyperglycémie (acidocétose, polyuro-polydipsie, AEG...)
- Une HGPO ≥ 2 g/L à 2h (≥ 11 mmol/L)

Deux types : le diabète de type 2 (dt2), 90% des diabétiques, médié par l'insulinorésistance induite par un syndrome métabolique, et le diabète de type 1 (dt1), 10% des diabétique d'origine auto-immune avec destruction du pancréas.

Tableau 22.1. Caractéristiques respectives des diabètes de type 1 et de type 2

	Type 1	Type 2
Antécédents familiaux du même type	Rares	Fréquents
Âge de survenue	Plutôt avant 35 ans	Plutôt après 35 ans
Début	Rapide ou explosif	Lent et insidieux
Facteur déclenchant	Souvent +	Souvent +
Symptomatologie	Bruyante	Pauvre ou absente
Poids	Normal ou maigre (ou amaigrissement)	Obésité ou surcharge adipeuse abdominale
Hyperglycémie au diagnostic	Majeure > 3 g/l	Souvent < 2 g/l
Cétose	Souvent présente	Le plus souvent absente
Complication dégénérative au moment du diagnostic	Absente	Présente dans 50 % des cas
Cause principale de mortalité	Insuffisance rénale	Maladie cardiovasculaire

Examen Clinique

Interrogatoire spécifique patient diabétique :

1/Correspondants (+++) :

-Les diabétiques ont souvent un suivi pluri disciplinaire notamment : MG, cardio, ophtalmo, podologue, dentiste...

2/Motif d'hospitalisation :

-Rappeler l'objectif de l'hospitalisation, le type et la durée du diabète

3/Mode de vie :

-Point clef sur la condition sociale et professionnelle, aides économiques, autonomie.

-Les comorbidités addictives : Tabac ++, Alcool++

-Evaluation hygiéno-diététique : sport, activités extra-professionnelles, évaluation des repas et équilibre alimentaire

-Carnet de suivi (glycémies, doses d'insulines...)

4/Antécédents médicaux et chirurgicaux, personnels et familiaux, allergies et vaccinations :

-Tétanos +++++ car risque de plaies de pied

-Familiaux : événements cardiovasculaires (AVC, IDM), diabète, maladies auto-immunes

-Penser complication auto-immune chez le diabétique de type 1

5/Facteurs de risques cardiovasculaires :

-HTA, dyslipidémie, tabac, diabète, Syndrome métabolique, ATCD familiaux

Insuffisance rénale chronique, nombre d'années de dialyse, syndrome d'apnée obstructive du sommeil ...

6/Traitements d'entrée :

Si traitements antidiabétiques oraux (ADO): Noms et posologies, contrôler l'observance, la tolérance, rechercher des hypoglycémies et leurs gestions

Si Insuline : schémas d'injection, posologie en UI, moment des injections, nombre d'hypo, rechercher les sites d'injections et leur variation (sinon risque lipodystrophie), qui fait les injections ?

7/Histoire de la maladie

-Du diabète : date de début, contexte et complications lors de la découverte (acidocétose...), bilan diagnostique initial (anticorps si dt1, bilan des complications si dt2), évolution des thérapeutiques et pourquoi, épisodes de décompensation sévère (hypo ou hyperglycémie ?), acceptation de la maladie

-Suivi de l'HBA1c

-Suivi diététique et évolution du poids

8/Education thérapeutique :

-Connaissance de sa maladie et acceptation +++

-Observance thérapeutique

-Contrôles glycémiques (nombre par jour, carnet, moyenne sur le lecteur à J7, J14, J30, FSL si dt1 : nombre de scans, moyennes, courbes...) et les modalités d'ajustement de l'insuline...

-Recherche de facteurs à risque de déséquilibre (corticothérapie, hyperthyroïdie...)

-Contrôle de la réalisation des injections (par qui, taille des aiguilles...) et des changements de sites (risque de lipodystrophies)

-Bilan de contrôle et gestion des hypoglycémies (nombre/semaine, seuil de ressenti, technique de correction, resucrage par un tiers ?)

Recherche des complications (clinique et à l'interrogatoire)

1) Ophthalmologique :

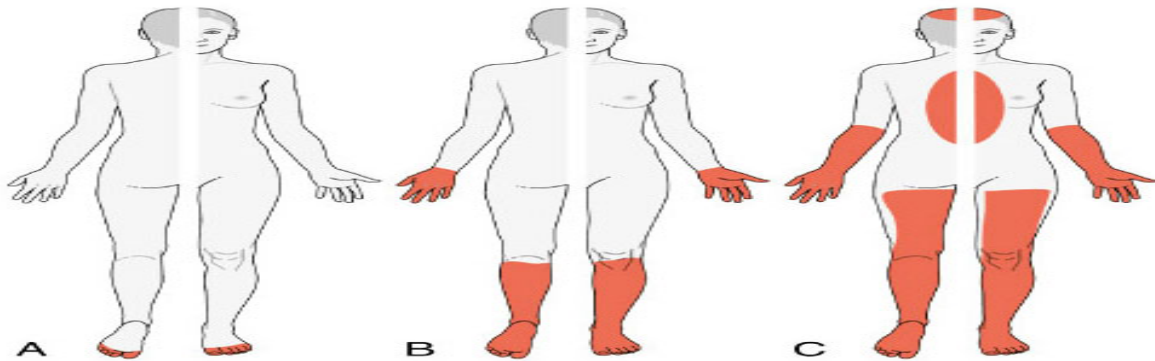
Recherche d'une rétinopathie diabétique souvent associée à une rétinopathie hypertensive : Cette dernière est asymptomatique jusqu'à l'apparition d'une prolifération néo-vasculaire avec risque de complications symptomatiques
=>rechercher des antécédents de complications : hémorragie intravitréenne, décollement de rétine, cataracte sous capsulaire, glaucome néo vasculaire...
=>contrôle du dernier fond d'œil (FO) / dernière rétinographie : permet une stadification de la rétinopathie
=>contrôle des mesures thérapeutiques : photocoagulation laser ? injections intravitréennes ?
=>contrôle des facteurs de risque : HTA et hyperglycémie

2) Neurologie :

Le diabète possède un vaste domaine de complication neurologique périphérique (quasiment tout) :

Polyneuropathie :

Neuropathie périphérique **axonale longueur dépendante** non systématisée et **symétrique**(cf neuro)



Début en gants et chaussettes se généralisant à tout le corps

- **Atteintes initiales sensibles => risque de plaie**

-**Hyosthésie au tact et à la pression** =>détection par le monofilament =>risque de plaie sur corps étranger non perçu



Technique : (HAS 2013)

- * D'abord tester sur les mains du patient
- * Puis tester sur les 3 sites suivant :
 - face plantaire de la tête du premier métatarsien
 - tête du cinquième métatarsien
 - la pulpe de l'hallux
- * Le patient ne doit pas voir si l'examineur applique ou non le filament
- * Appliquer le filament perpendiculairement à la surface de la peau, sans faire de contacts répétés
- * Appliquer une force suffisante pour faire bomber le filament
- * Demander au patient s'il ressent la pression appliquée (oui/non) et où il la ressent (pied droit/gauche)
- * Répéter l'application deux fois au même site en intercalant un « test factice » au cours duquel le filament n'est pas appliqué (au total : 3 questions par site)

Résultats :

- protection est conservée à chaque site si réponses correctes $\geq 2/3$
- sinon risque d'ulcération.

-Perte de la sensibilité thermo-algique => test par pique-touche et chaud froid => risque de plaie et de brûlure

*Test chaud froid : application alternée en aveugle d'un tube rempli d'eau chaude et un rempli d'eau froide

*Pick-touche : application en aveugle soit d'une pression digitale soit d'une pression à l'aide d'un trombone ou un abaisse-langue cassé

-Atteinte lemniscale : hypopallesthésie (1) et trouble de la proprioception (2)

*Test au diapason (1): application d'un diapason sur les malléoles après avoir tester sur les mains. Test anormal si l'examineur perçoit encore la vibration quand le patient ne la sent plus

*Test de la position de l'hallux (2) : En aveugle du patient, bascule de l'hallux vers le haut et vers le bas rapidement puis arrêt sur une position haute ou basse. Demander au patient la position de son orteil



-Douleur neuropathique : (réalisé le questionnaire DN4 : $\geq 4/10$ => douleur neuropathique)

Le patient diabétique peut se plaindre de crampes, de paresthésie, d'impression de marcher sur du coton, de fourmillements ou de douleur...

Le traitement de ces douleurs est spécifique : antiépileptique (Gabapentine (NEUROTIN) ou Prégabaline (LYRICA), antidépresseur tricyclique (Amitriptyline (LAROXYL))

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
1. Brûlures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?

	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :

	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la pique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :

	Oui	Non
10. le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

-Atteintes motrices

Abolition précoce des ROT, suivant la hauteur progressive de la perte sensitive

Tardivement : amyotrophie et faciculation par atteinte du 2eme motoneurone

Autres atteintes :

Atteinte de tronc nerveux avec déficit moteur, douleur et amyotrophie précoce (ex : nerf médian, nerf sciatique)

Atteinte des paires crâniennes (notamment le III) ...

Neuropathie végétative :

Elle touche toutes les fonctions végétatives et elle doit être recherchée activement à l'interrogatoire :

- cardio : hypotension orthostatique, tachycardie sinusale...
- dig : constipation, diarrhée, gastroparésie
- tb sphinctérien : fuite urinaire, incontinence fécale par déficit sphinctérien, ou alors dyschésie, dysurie par asynergie sphinctérienne
- tb érectile ++++ (attention pas forcément lié à neuropathie, fonction du terrain ++)
- tb de la sudation, tb de la salivation...

3) Cardio-vasculaire :

Le patient diabétique est à fort risque d'infarctus du myocarde (IDM), souvent silencieux, et d'artériopathie oblitérante du membre inférieur (AOMI)

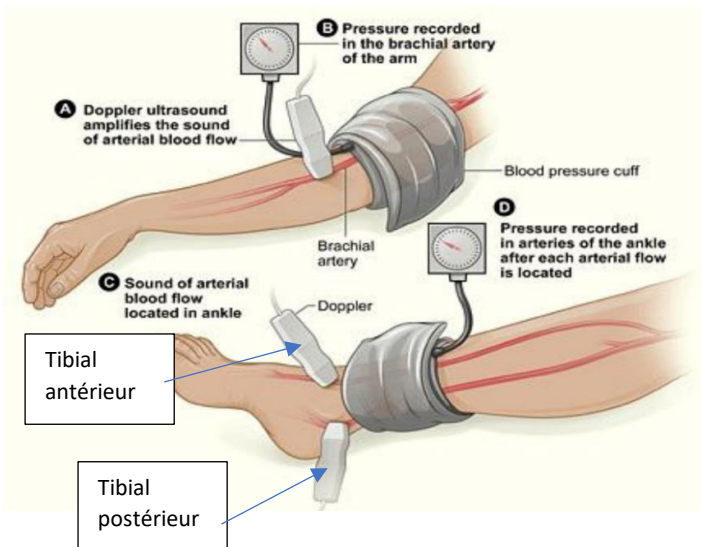
A l'examen clinique :

*Examen cardiologique complet :

- Recherche des autres facteurs de risque cardiovasculaire
- Recherche de point d'appel cardio : douleur thoracique, dyspnée d'effort, orthopnée, anomalie à l'auscultation...
- Un patient diabétique hospitalisé aura toujours un ECG d'entrée qui complètera l'arrivée

*Sur le plan vasculaire :

- Recherche de douleur à type de crampe à la marche, cédant rapidement au repos
- Palpations de tous les pouls et auscultation des carotides et des artères fémorales
- Inspection des MI à la recherche d'ulcères artériels ou de plaies antérieures
- Mesure des index de pressions systoliques (IPS) à l'aide d'une sonde doppler (SD) :



La technique consiste à mesurer la PA systolique :

- On repère le pouls avec la SD
- On gonfle le brassard en amont jusqu'à disparition du pouls
- On le dégonfle jusqu'à réentendre le pouls = PA systolique

$$IPS = \frac{\text{Pression systolique cheville}}{\text{Pression systolique humérale}}$$

Avec la valeur la plus faible du côté mesuré pour la cheville
Divisée par la valeur la plus haute entre les deux bras

IPS normal : 0.9 à 1.4

<0.9 => AOMI

>1.4 => médiocalcose avec besoin de réaliser la pression systolique du gros orteil

Penser polyvasculaire et rechercher :

AOMI => IPS / écho-doppler

Sténose carotidienne => imagerie des TSA (Echo, scan, IRM)

Anévrisme de l'aorte abdominale=> dépisté à l'écho, confirmé par scan ou IRM

Sténose mésentérique=> angor digestif =>angioscan

Sténose coronaire=> ECG, ETT, test d'effort

=> statine, IEC, AAP

=> contrôler FDR : diabète, TABAC++, HTA, dyslipidémie...



4) Néphropathie diabétique

Elle évolue progressivement dans le temps, souvent à plus de 10 ans d'évolution du diabète. Elle est glomérulaire et sélective (protéinurie faite d'albumine), sans hématurie, d'évolution habituellement chronique.

Son évolution est marquée en **4 phases** :

*Pas de microalbuminurie avec une fonction rénale normale

*Microalbuminurie :

-Définie par une albuminurie des 24h comprise entre 30 et 300mg, ou un rapport albu/créat (ACR)≥3

-Début de la chute de la fonction rénale

-Début du développement d'une HTA

=> marque un tournant dans la maladie avec un Surrisque cardio-vasculaire important

=> indication à la mise sous IEC/ARA2 à visé néphroprotectrice même sans HTA (Cible TA <130/80)

*Protéinurie/albuminurie :

-Définie par une albuminurie des 24h ≥300mg, ou un rapport albu/créat (ACR)≥30

-Phase de déclin de la fonction rénale avec chute du DFG

-Attention à bien adapter les TT médicamenteux, notamment anti-diabétique, selon le DFG

*Insuffisance rénale terminale

-Avec préparation à la greffe rénale ou la mise en dialyse

5) Podologique :

-Evaluer l'éducation du patient :

* La main doit vérifier en premier tout ce qui sera en contact avec le pied (chaussures, chaussons...) à la recherche de corps étranger (CE)

*Examen régulier des pieds à l'aide d'un miroir

-Evaluer la déformation du pied lié au trouble proprioceptif (hallux valgus, affaissement du tarse...) avec formation d'hyperkératose pathologique sur les nouveaux points d'appui nommé durillon

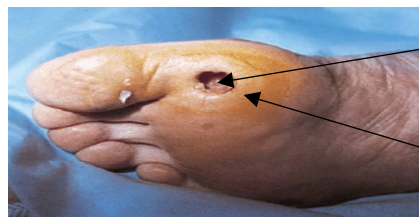
-Examiner les chaussures du patient (trop petites ? déformées ? ...)

-Recherche de plaies, d'ulcères, de porte d'entrée infectieuse (intertrigo), de la nécrose ...

=> Eduquer le patient

=> Programmer un suivi par un podologue

=> Excision des durillons



Mal perforant plantaire

Durillon

6) Infections et diabète

L'hyperglycémie diminue l'action locale de PNN et favorise donc les infections

Les troubles sensitifs sont aussi pourvoyeur de porte d'entrée (intertrigo, mal perforant plantaire...) favorisant les infections des parties molles (dermohypodermite) pouvant parfois être sévère.

Un diabète mal équilibré favorise les infections mais une infection est une cause de déséquilibre diabétique et de décompensation à rechercher facilement.

Récap bilan minimal de suivi d'un patient diabétique

- HBA1C 1/3mois
- Glycémie à jeun et bilan lipidique 1/an
- ECG 1/an
- créatininémie, DFG, microalbuminurie 1/an
- FO ou rétinographie au moins 1/an (selon avis ophtalmo)
- Suivi dentaire annuel
- Suivi podologique

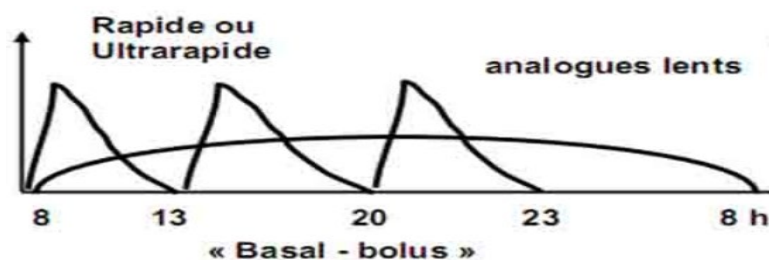
Education thérapeutique +++ :

- Connaissance et acceptation de la maladie
- Participation dans la prise en charge et évaluation de l'observance (mesures glycémiques, prise médicament)
- Gestions des traitements selon son quotidien (surtout si insuline)
- Gestions des hypoglycémies
- Education diététique
- Prevention des FDR cardio-vasc
- Education de la surveillance podologique

Fiches thérapeutiques :

Les insulines :

Rapide	Insulines Humaines recombinantes	Action dès 30min Pic :2-3h Durée totale :8h	Actrapid®, Insuman®, Umuline rapide Lilly®	Par voie : IV IM SC	<u>complications de l'insuline :</u> -Lipodystrophie -Hypoglycémie -Hypokaliémie
	Analogues rapides Utilisées dans les pompes ++	Action dès 15min Pic :30-90min Durée totale :6h	Lispro (Humalog®) Aspart (Novorapid®) Glulisine (Apidra®)		
Intermédiaire	Insulines Humaines recombinantes (NPH)	Durée totale : 9 à 16 h	Insulatar® Insuman basal® Umuline NPH ®	Par voie : SC	
Lente	Analogues rapides Utilisées dans les pompes ++	Durée totale : 16 à 40h	Glargine (Lantus ®) Détemir (Levemir ®)		



Schémas le plus fréquent chez le diabétique de type1 :

- une injection de rapide à chaque repas (*3)
- une injection lente le matin ou le soir

Dose d'insuline :

Dose totale en générale <1U/kg

Dose de lente (insuline basale) ≈0.35U/kg

Objectif glycémique dt1

Le matin à jeun	0,9-1,20 g/L (5 - 6.6 mmol/L)
Avant les repas	0,8-1,2 g/L (4.4 – 4.6 mmol/L)
2 heures après les repas	1,2-1,8 g/L(6.6 – 10 mmol/L)
Au coucher	≈1,2 g/L (6.6 mmol/L)
À 3 heures du matin	> 0,8 g/L (4.4 mmol/L)
HbA1c	7-7.5 %
Hypoglycémies modérées	Rares (3-4/S max)
Hypoglycémies « sévères »	0
Nombre d'autocontrôles	4-6/jour
Nombre d'injections	3-5/jour ou pompe

Diabète et grossesse :

HGPO dans le diag d'un diabète gestationnel :

- A jeun : <0.92g/L (5.1mmol/L)
- A1 heure : <1.8 g/L (10mmol/L)
- A 2heures : <1.53g/L (8.5mmol/L)

Objectif glycémique chez la femme enceinte :

- à jeun : de 0.60 à 0.90 g/l (<5mmol/L)
- tjrs <0.95g/L (5.3mmol/L)
- à 1h en postprandiale : <1.40g/L (7.8mmol/L)
- à 2h en post prandiale : <1.20 g/L (6.7mmol/L)

Hypoglycémie :

-Pour le patient diabétique :	0.7g/L (3.9 mmo/L)
-Vrai seuil chez le diabétique :	0.6g/L (3.3mmol/L)
-Seuil chez le non diabétique :	0.5g/L (2.8mmol/L)

Les médicaments du diabétique de type 2 :

INSULONOSENSIBILISATEUR	INSULINOSECRETEURS			
BIGUANIDES	SULFAMIDES	GLINIDES	GLIPTINES (Inhibiteurs de DDP4)	AGONISTE GIp1
Metformine : -METFORMINE® -GUCOPHAGE® -STAGID®	Glimépiride (Amarel®) Gliclazide (Diamicron®)	Répaglinide (Novonorm®)	Sitagliptine (Januvia®) Xelevia® Vildagliptine (Glavus®)	Liraglutide (Victoza®) [Inj SC 1/J] Exenatide (Bydureon®) [Inj SC 1/S]
El : <u>Troubles dig</u> +++ <u>Acidose lactique</u> si décompensation d'organe : Rein, cœur, poumon, foie =>CI si défaillance de ces organes	Hypoglycémie Car le canal SUR est activé indépendamment de la glycémie	Hypoglycémie moins sévère que les sulfamides par action plus courte sur SUR	Tb dig Tb hépatique Allergie	Tb dig sévères Nausées, Vomissements, Diarrhées

<u>Diabète et grossesse :</u> => 1 seul traitement : Insuline
<u>Diabète et insuffisance hépatique sévère :</u> CI : biguanides, sulfamides, glinides, gliptines

Médicaments possibles selon la fonction rénale (DFG : mL/min) :		
60>DFG>30: -Metformine* demi dose -Sulfamides -Glinides -Gliptines -Agoniste du GLP1 -Insuline *	30>DFG>15: -Glinides * -Gliptines * -Insuline * * :à dose adaptée	15>DFG/Dialyse : -Insuline* -Glinide*

Fiche prise en charge au SAU

Acidocétosique (surtout diabétique de type 1)

La décompensation acidocétosique est liée à une carence complète en insuline soit :

- lors d'une découverte de DT1 avec une carence non substituée
- lors de l'arrêt (volontaire ou non) des injections d'insuline chez un patient diabétique de type 1

L'Acidocétose se définit par une augmentation de la cétonémie et cétonurie urinaire, dans le cadre d'une hyperglycémie avec un acidose métabolique (chute du pH<7.25)

Présentation clinique :

- syndrome cardinal : polyurie-polydipsie, asthénie, amaigrissement et polyphagie ;
- signes de déshydratation : perte de poids, déshydratation extracellulaire (pli cutané, tachycardie, hypotension), déshydratation intracellulaire (soif, hypotonie des globes oculaires, sécheresse des muqueuses, troubles de la conscience) ;
- signes digestifs : douleurs abdominales, nausées ou vomissements ; abdomen pseudo chirurgical
- signes respiratoires : dyspnée de Küssmaul, odeur acétonémique de l'haleine ;
- signes neurologiques : obnubilation, somnolence, coma.

Confirmation diagnostique :

Glycémie veineuse > 2,50 g/L ;

Gaz du sang veineux : pH < 7,30 ou bicarbonates < 15 mM

Corps cétoniques urinaires à la BU (++) à (+++), ou cétonémie capillaire > 3 mM.

Premiers gestes :

- Hospitalisation
- Prise en charge du coma si présent (protection des voies respi ...)
- ECG+++ avec contrôle de la kaliémie et mise sous scope
- Réhydratation hydroélectrolytique :
Initialement : NaCl 9 ‰ + KCl (si pas d'anurie et de signes ECG d'hyperkaliémie),
Puis : soluté glucosé + NaCl 9 ‰ et KCl
- Insuline IVSE après un début d'expansion volémique, avec une dose d'environ 0.1UI/kg/h (insuline IV maintenue 24-48h, puis suivi par une relais basal-bolus SC à distance)
- Apport de potassium dans la perfusion systématiquement
- Bilan étiologique à la recherche d'une infection ou d'un événement déclenchant
- Surveillance :
Clinique (/1 h) : constantes, examen neurologique, diurèse, glycémie et cétonémie capillaires + BU,
Paraclinique (/4 h) : glycémie veineuse, GDS, ionogramme sanguin, fonction rénale, ECG.
Objectif disparition de la cétonurie, poursuite de l'insuline IVSE et autres thérapeutiques jusqu'à disparition.

« Coma » hyperosmolaire (surtout diabétique de type 2)

Décompensation aigue majoritairement chez le diabétique de type 2 associant une hyperglycémie sévère avec une déshydratation sévère sur polyurie osmotique

Avant la décompensation :

Apparition d'une polyurie compensée initialement par une augmentation des apports hydriques (polyurie-polydipsie)

Le déséquilibre entre les deux entraîne une déshydratation sévère avec l'apparition de trouble neurologique sur déshydratation intra-cellulaire

Présentation clinique :

- syndrome cardinal
- signes de déshydratation sévère
- signes neurologiques : obnubilation, somnolence, coma.

Confirmation diagnostique :

Hyperglycémie veineuse sévère parfois >6g/L

Hypernatrémie, hyperosmolarité plasmatique

$Na_{\text{corrigée}} = Na_{\text{mesurée}} + 0,3 \times (G - 5)$ si Gly en mmol/L

Pas d'acidose, Pas de cétose

Premiers gestes :

- Hospitalisation selon la sévérité
 - Réhydratation lente et prudente par du sérum phy (6 à 10L en 24h)
 - Insuline IV adaptée à la glycémie avec une régression de l'hyperglycémie lente et prudente (possible schémas sous-cutanés si forme légère)
- => La régression prudente des osmoles (natrémie et glycémie) a pour but de limiter le risque d'œdème cérébrale et d'HTIC sur une correction trop rapide. La correction est donc associée à un suivi rapproché de la glycémie et de la natrémie.
- Bilan étiologique à la recherche d'une infection ou d'un événement déclenchant (corticoïdes, observance...)

Hypoglycémie

Événement fréquent, notamment chez un diabétique de type1, environ 3 à 5 hypoglycémie modérée par semaine chez un sujet bien équilibré

Une hypo est considérée comme grave selon les conséquences de cette dernière (accident de la route ...) ou si le patient à eu besoin d'une aide extérieur pour se resucrer

L'hypoglycémie est fixée à un seuil de 0.6g/L chez le diabétique (3.3 mmol/L), mais le patient est normalement éduqué à se resucrer à 0.7g/L pour préserver la sensibilité aux hypoglycémies évitant les hypo graves.

Présentation sémiologique :

*Symptômes liés aux hormones de la contre régulation glycémique => **symptômes adrénrgiques++**

- anxiété, tremblements, sensation de chaleur ;
- nausées ;
- sueurs ;
- pâleur ;
- tachycardie, palpitations

***Signes de neuroglucopénie** (à évoquer devant tout trouble neurologique)

- de faim brutale ;
- de troubles de concentration, de fatigue, de troubles de l'élocution, du comportement ou de symptômes psychiatriques francs ;
- de troubles moteurs, d'hyperactivité, de troubles de la coordination des mouvements, de tremblements, d'hémi-parésie, de diplopie, de paralysie faciale, etc. ;
- de troubles sensitifs, de paresthésies d'un membre, de paresthésies péribuccales ;
- de troubles visuels ;
- de convulsions focales ou généralisées ;
- de confusion ou de coma

Prise en charge

***Patient conscient :**

Apport de 15g de sucre soit : une cannette de 15cl de Coca, 3 carrés de sucre, ou un pain-beurre-confiture

***Patient inconscient :**

-Injection de **Glucagon** en sous-cutanée ou IM (si absence de tt par Sulfamide hypoglycémiant)

-Perfusion de 30 ml de **G30** en IVD

=> Relais avec une perfusion de Glucose en continue

Fiche 9 Rhumatologie par Liloïe Houette

I. L'examen clinique en rhumatologie

1. Ce que l'on recherche tout particulièrement en rhumatologie

1) L'interrogatoire - 2 symptômes-clefs en rhumatologie :

- La douleur : type*, siège, irradiation, intensité, depuis quand, permanente/intermittente, facteurs aggravants/favorisants
ASTUCE : En rhumatologie,
 - . en cas de traumatisme, penser à demander le mécanisme du traumatisme,
 - . penser à rechercher les conséquences fonctionnelles de la douleur,
 - . penser à demander si le patient est droitier ou gaucher,
 - . penser à demander s'il s'agit du premier épisode de ce type chez ce patient.
- La gêne fonctionnelle

*Le type de douleur est un signe d'orientation diagnostique majeur en rhumatologie :

Etape 1 : Douleur neuropathique ou nociceptive ?

Aide au diagnostic = questionnaire DN4 => Douleur nociceptive si score ≥ 4 .

QUESTION 1 : la douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?		
	Oui	Non
1. Brûlure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sensation de froid douloureux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Décharges électriques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 2 : la douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes suivants ?		
	Oui	Non
4. Fourmillements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Picotements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Engourdissements	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Démangeaisons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 3 : la douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence :		
	Oui	Non
8. Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Hypoesthésie à la piquûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUESTION 4 : la douleur est-elle provoquée ou augmentée par :		
	Oui	Non
10. Le frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OUI = 1 point NON = 0 point **Score du Patient : /10**

Etape 2 : Douleur mécanique ou inflammatoire ?

Horaire mécanique	Horaire inflammatoire
Dérouillage matinal < 30 minutes	Dérouillage matinal ≥ 30 minutes
Apparaissant au cours de l'effort Calmée par le repos	Atténuation voire disparition au cours de la journée
Pas de réveil nocturne en dehors des changements de position	Réveils nocturnes notamment en 2 ^e partie de nuit

2) L'inspection bilatérale et comparative - Rechercher :

- Œdème/rougeur,
 - Déformation*/attitude vicieuse/antalgique,
 - Amyotrophie
-

*Déformations – quelques définitions :

. **Valgus** : Dans le plan frontal = déviation en dehors du segment osseux sous-jacent à l'articulation (s'éloigne de l'axe du corps).

. **Varus** : Dans le plan frontal = déviation en dedans du segment osseux sous-jacent à l'articulation (vers l'axe du corps).

. **Flessum** : dans le plan sagittal = flexion spontanée d'une articulation en décubitus. **Recurvatum** : dans le plan sagittal = extension d'une articulation.

. **Camptocormie** : inflexion antérieure du tronc en position debout ou assise +/- réductible en décubitus.

. **Clinostatisme** : Impossibilité, en actif, de décoller le talon du plan du lit avec le membre inférieur en extension. Élévation possible en passif.

.....

3) La palpation – Rechercher :

- Points douloureux
- Chaleur
- Epanchement liquidien

4) La mobilisation : toujours du segment sain vers le segment douloureux.

- Pour chaque articulation, on teste classiquement les amplitudes articulaires dans l'ordre suivant : **Flexion/Extension/Abduction/Adduction/Rotation externe/Rotation interne.**
- Pour chacun de ces mouvements, on procède dans l'ordre suivant :
 1. Mobilisation passive
 2. Mobilisation active
 3. Mobilisation contrariée

La limitation de la mobilité est également un signe d'orientation diagnostique important en rhumatologie :

. Une limitation de la mobilité articulaire **active ET PASSIVE** évoque une **capsulite** ou une ankylose.

. Une pathologie articulaire peut donner une limitation de la mobilité active et/ou passive.

. Une tendinopathie donne une douleur à la mobilisation active.

. Une **rupture** tendineuse donne une limitation de la mobilité **active** : il faut l'évoquer après élimination d'une cause neurologie devant une force musculaire **< 4**.

.....

Evaluation de la force musculaire :

5/5 : Normal

4/5 : Contraction contre résistance

3/5 : Contraction contre pesanteur

2/5 : Contraction avec déplacement (mais pas contre pesanteur)

1/5 : Contraction sans effet moteur

0/5 : absence de contraction

.....

ATTENTION à ne pas oublier le squelette axial (rachis, côtes, pelvis, hanches, épaules) au cours de l'examen rhumatologique !

5) La marche

- Douleur survenue à la marche ? Résolution au repos ?
- Marche possible sur quel terrain (plat, montée, escalier) ?
- Chiffrer le périmètre de marche (=distance parcourue) sans et avec symptôme : claudication ? de quel type ?
- Rechercher attitude vicieuse ou antalgique (notamment une disparition de la douleur à l'antéflexion du tronc qui évoque un canal lombaire rétréci).

.....

Quelques démarches pouvant faire évoquer une pathologie rhumatologique (pour le reste, cf neuro) :

-Boiterie antalgique ou d'esquive : Evitement de l'appui avec stratégie de soulagement de l'appui comme l'élévation des bras.

-Boiterie par insuffisance musculaire :

. Boiterie de bassin ou de Trendelenbourg (déficit du moyen fessier, stabilisateur de hanche, par atteinte de L5 ou lors d'une tendinopathie) = inclinaison du tronc du côté opposé à cause du déficit d'abduction)

. Démarche dandinante : balancement du tronc à chaque pas à cause d'une limitation de flexion de hanche.

.....

6) L'examen clinique non rhumatologique

Prendre du recul : au total, atteinte mono/oligo/polyarticulaire ? Signes généraux ? Autres atteintes d'organe ?

2. Le rachis

Repères anatomiques :

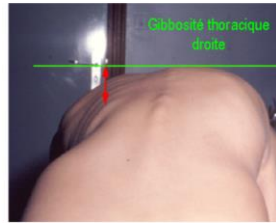
- C2 : 1^{er} processus épineux palpable sous la base crâne
- C7 : Epineuse la plus saillante à la base du cou quand le patient penche la tête en avant.
- T3 : Epineuse située au niveau de l'épine des scapulas.
- T8 : Epineuse située au niveau de la pointe des omoplates.
- L4 : Epineuse située au niveau de l'ombilic / du sommet des ailes iliaques.

Inspection :

1) Générale



Perte de symétrie dans le plan frontal : notamment, plis de la taille et épaule.



Perte de symétrie dans le plan axial : gibbosité.



Perte de la courbure physiologique du rachis : lordose cervicale, cyphose thoracique, lordose lombaire

2) Métrologie : Mesure des distances occiput-mur/C7-mur/T6-mur/L3-mur/sacrum-mur.

Palpation : De chaque épineuse et de l'espace interépineux à la recherche d'une douleur ou d'une déformation. Palpation des muscles paravertébraux, symétrique et comparative, à la recherche d'une éventuelle contracture.

Mobilités du rachis cervical :

- Distance menton-sternum en flexion et en extension.
- Distance tragus-acromion en inflexion latéral, droit et gauche.
- Distance menton-acromion en rotation, droit et gauche.

Mobilités du rachis thoracique :

Ampliation thoracique = différence entre le tour de poitrine à l'inspiration vs expiration.

Mobilités du rachis lombaire :

- Distance doigt-sol : en flexion de tronc sans flexion de genou (N=nulle)
- Indice de Schöber : prendre les épines iliaques postéro-supérieures comme repère et tirer un trait, faire 2nd trait à 10cm au dessus. Ensuite le patient doit essayer de toucher le sol sans plier les genoux. Mesurer la nouvelle distance entre les traits. Noter $10 + x$ (N= $10+5$ cm)
- Indice de Schöber-McRae : même principe mais tirer un 3ème trait à 5cm en dessous du trait des épines iliaques postéro-supérieures. Mesurer la nouvelle distance. Noter : $15 + x$ (N= $10+6$ cm)

Indice de Schöber



Syndrome radiculaire d'origine discale :

- Signe de la sonnette : Reproduction trajet quand pression sur le disque.
- Impulsivité à la toux : avec reproduction du trajet radiculaire.



Signe de Lasègue (L5/S1)



Signe de Léri (L3/L4)

- Signe de Lasègue (L5/S1) / Signe de Léri (L3/L4).
 - Majoration de la douleur lors de l'hyperextension.
- Plus d'infos sur les syndromes radiculaires : cf.II

3. L'épaule

LES PIEGES DIAGNOSTIQUES : Penser à éliminer une douleur d'origine rachidienne, neurologique ou vasculaire.

A L'INSPECTION : Penser à rechercher une luxation gléno-humérale, mais aussi acromio-claviculaire « en touche de piano ».

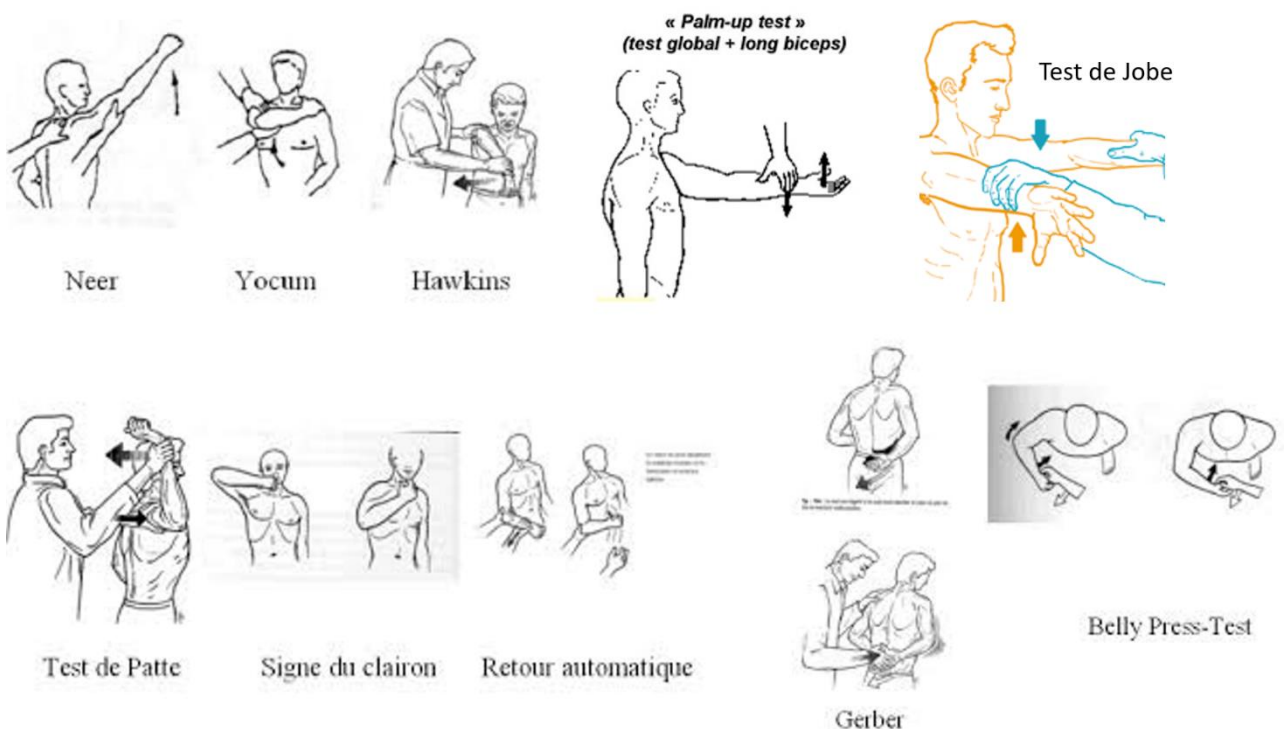
A LA PALPATION : Ne pas oublier de palper la clavicule en entier ainsi que l'ensemble de la scapula.

ASTUCE : Etudier la mobilité active en décubitus pour éviter d'être trompé par les mouvements de compensation par le tronc (sauf pour la rotation interne qui s'évalue en position assise puisqu'il s'agit de placer le dos de la main en regard du rachis lombaire).

QUELS MOUVEMENTS EVALUER ?

- Elévation antérieure
- Abduction
- Rotation externe coude au corps (RE1 : évalue l'infra-épineux seul)
- Rotation externe à 90° d'élévation (RE2 : évalue l'infra-épineux et le petit rond)
- Rotation interne

EVALUATION D'UNE EPAULE DOULOUREUSE EN MOBILITE ACTIVE : Tendinopathies de la coiffe des rotateurs



- 1) Les manœuvres permettant de déceler un conflit sous-acromial : Neer, Yocum, Hawkins.
- 2) Les manœuvres évaluant une à une les fonctions des muscles de la coiffe des rotateurs (les manœuvres sont toujours une recherche de la fonction contrariée du muscle) :

- Tendon du long biceps : Elévation antérieure

=> *Palm-up test*

- Supra épineux : Abducteur de l'épaule

=> Test de Jobe

- Infra épineux : Rotateur externe

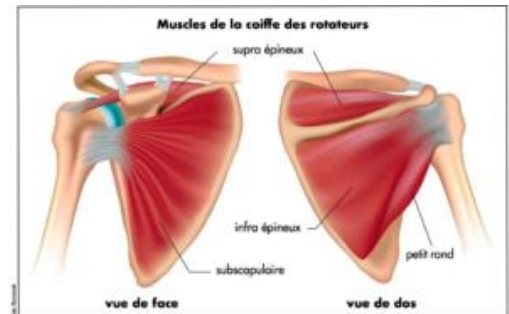
=> Test de Patte/signe du clairon/rappel automatique

- Petit rond (surtout utilisé chez les grimpeurs) : Rotateur externe

=> Test de Patte/signe du clairon/rappel automatique

- Sous-scapulaire : Rotateur interne

=> *Belly-press test*/test de Gerber ou *lift-off test*

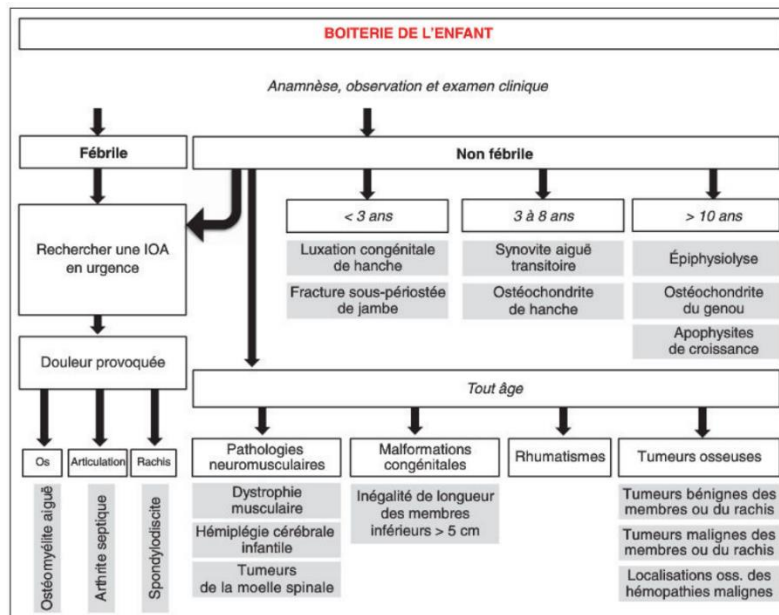


4. La hanche

INSPECTION – REFLEXE EN DOSSIER DE GERIATRIE OU D'ORTHO OU AU QUOTIDIEN AUX URGENCES : Membre inférieur raccourci et en rotation externe => fracture de l'extrémité supérieure du fémur.

MOBILITE - NORMES : 135°/>10°/60°/30°/45°/45°

MOBILITE CHEZ L'ENFANT – ASTUCE : Concernant les boiteries de l'enfant, à l'ECN, toute atteinte de la hanche se manifeste par une limitation de l'abduction et de la rotation interne. L'étiologie est ensuite facilement devinable en fonction du terrain à l'ECN.



SIGNES EN FAVEUR D'UNE ATTEINTE ARTICULAIRE

. **Signe du roulé de hanche** : Douleur inguinale provoquée par le roulement passif de la hanche (alternance rotation interne puis externe).

. **Signe du salut coxal** : douleur inguinale à 30° d'élévation en actif sans puis avec résistance.

5. Le genou

ATTENTION : Toujours examiner la hanche pour vérifier qu'il s'agit bien d'une gonalgie et non d'une simple irradiation de coxopathie.

RECHERCHE D'ATTEINTE LIGAMENTAIRE :

Manœuvres pour le pivot central :

. **Test de Lachman** : Patient en décubitus dorsal. Genou avec 10° de flexion. Main gauche sur la cuisse, main droite au creux poplité derrière le plateau tibial. On tire vers soi le tibia pour rechercher un tiroir antérieur.

. **Test du tiroir antérieur direct** : même manœuvre à 40° de flexion (moins fiable).

. **Test du tiroir postérieur direct** : Patient en décubitus dorsal. Genou avec 60° de flexion. Les 2 mains entourent le tibia avec les pouces au niveau de la crête tibiale. On pousse vers le lit pour rechercher un tiroir postérieur.

Manœuvre pour ligaments latéraux :

Recherche de laxité frontale par varus et valgus forcé à 30° de flexion.

RECHERCHE D'ATTEINTE MENISCALE :

. Palpation de l'interligne articulaire : douleur = « **cri méniscal** » ou **signe d'Oudard**.

. Recherche de blocage aigue à la flexion ou à l'extension.

. **Grinding test d'Appley** : Douleur obtenue sur un patient en décubitus ventral, genou à 90° de flexion, avec compression axiale et rotation.

RECHERCHE D'EPANCHEMENT ARTICULAIRE : **signe du flot/choc rotulien**

RECHERCHE D'ARTHROSE : **signe du rabot**

6. La cheville

LA question que l'on se pose devant une cheville douloureuse en post-traumatique : radio ou non ?

. Si moins de 18 ans ou plus de 55 ans : radio

. Sinon, radio ssi l'un des **critères d'Ottawa** est présent, soit :

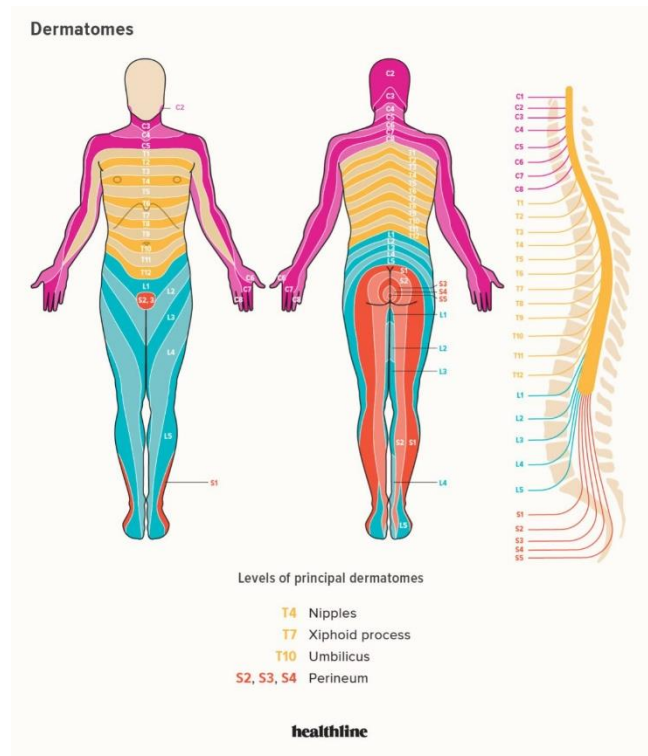
- Impossibilité de prendre appui sur le pied et de faire plus de 4 pas
- Douleur à la palpation de la base du 5^e métatarsien
- Douleur à la palpation du scaphoïde
- Douleur à la palpation de la malléole interne ou externe ou du segment allant de la pointe de la malléole à 6 cm au-dessus de la pointe de la malléole

II. Rhumatologie et neurologie : quelques notions d'anatomie

ATTENTION les niveaux radiculaires ne correspondent pas aux niveaux osseux des vertèbres !!!

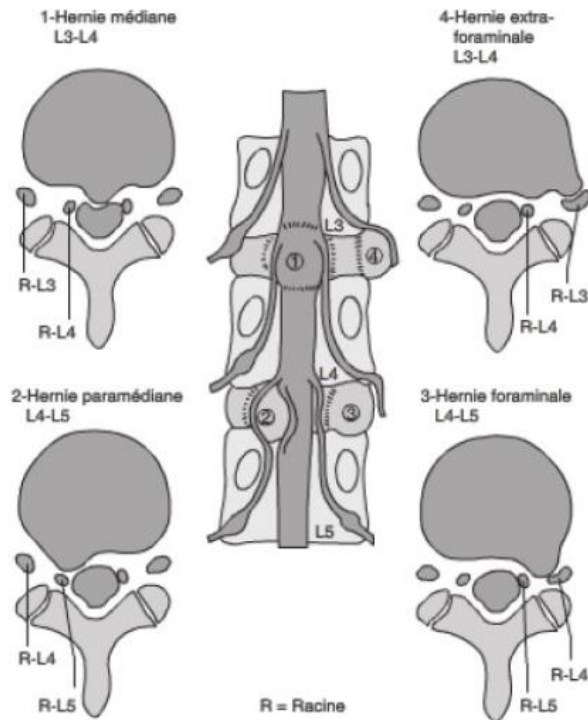
Ex : L'ombilic correspond à la racine nerveuse T10 alors qu'il se situe en regard de la vertèbre L4.

Par ailleurs, il y a 7 vertèbres cervicales (de C1 à C7) mais 8 racines nerveuses cervicales (de C1 à C8). Donc les racines nerveuses cervicales passent au-dessus de la vertèbre correspondante (sauf C8) et les racines thoraciques passent au-dessous de la vertèbre correspondante.



AUTRE PIEGE ANATOMIQUE CONCERNANT LES RADICULAGIES : QUEL DISQUE INCRIMINER EN CAS DE HERNIE DISCALE ?

Exemple : Une hernie médiane ou para médiane L3-L4 et une hernie foraminale ou extra foraminale L4-L5 donne une radiculalgie L4 !



AUTRE POINT D'ANATOMIE A BIEN CONNAITRE, A VOIR ET A REVOIR POUR BIEN LES MEMORISER : les territoires radiculaires des membres supérieurs et inférieurs – cf. collègue de neurologie.

BONUS D'ANATOMIE, TRES PRECIS MAIS PARFOIS DEMANDE : LES MUSCLES DE LA MAIN ET LEUR INNERVATION

. L'éminence thénar = ... du pouce (mémo : **COCA**, dans l'ordre des nerfs)

- Court abducteur (nerf radial)
- Opposant (nerf médian)
- Court fléchisseur (chef superficiel = nerf médian, chef profond = nerf ulnaire)
- Adducteur (nerf ulnaire)

Seuls autres muscles du pouce qui ne font pas partie de l'éminence thénar : les long et court extenseurs, puisqu'ils sont situés à la face postérieure du pouce.

. L'éminence hypothénar :

Mémo = « Cul-Pâle abdique, Courte-Flèche n'a plus d'opposant »

- Cutané palmaire (= court palmaire)
- Court abducteur du V
- Court fléchisseur du V
- Opposant du V

⇒ Tous innervés par le nerf ulnaire

(ATTENTION alors que le long palmaire s'arrête au poignet et est innervé par le nerf médian)

*Mais comment cela peut-il bien tomber ? Par un piège du type : « le patient ne peut plus plier la 2^e phalange du pouce sur la 1^{ère}, cela peut-il être dû à une compression du nerf médian au niveau du poignet ? » NON !!! ATTENTION le long fléchisseur, innervé par le nerf médian, permettant la flexion de la 2^e phalange sur la 1^{ère}, ne fait pas partie de l'éminence thénar car **son chef se trouve au niveau de l'avant-bras**. Il ne peut donc pas être atteint en cas de compression du nerf médian au niveau du poignet !*

III. Comment raisonner en rhumatologie ?

A L'INTERROGATOIRE :

- Le terrain est un indice très important dans un dossier de rhumatologie ! Apprenez bien chaque pathologie en visualisant le patient.
- Douleur mécanique vs inflammatoire

A L'EXAMEN CLINIQUE :

- Articulation inflammatoire ou non
- Signes généraux ou non
- Mono/oligo/polyarthralgie
- Altération de la mobilité active et/ou passive

DEVANT UN EPANCHEMENT, LE PREMIER REFLEXE, C'EST LA PONCTION :

Tableau récapitulatif des résultats d'une ponction articulaire.

Liquide	Normal	Non inflammatoire	Inflammatoire	Infectieux	Hémorragique
Volume	< 3.5 mL	Souvent > 3.5 mL	↗	↗	↗
Couleur	Pâle	Jaune	Jaune à blanc	Jaune à vert	Rouge, xanthochromique
Aspect, limpidité	Transparent	Transparent	Opalescent ou trouble	Trouble	Trouble
Viscosité	3 – 4 cm	Normale	↘	Souvent ↘	Souvent ↘
Eléments/mm ³	< 200	200 – 2'000	2'000 – 100'000	20'000 – 200'000	+++
Polynucléaires	< 25 %	< 25 %	> 50 %, non altérés	> 75 %, altérés	< 25 %, (hématies +++)
Germes	0	0	0	+	0
Glucose	Normal	Normal	↘	Très ↘	↘
Protéines	< 25 g/L	< 30 g/L	> 40 g/L	> 40 g/L	> 40 g/L
Pathologies associées		Arthrose Traumatisme Ostéocondrite Chondromatose Arthropathies nerveuses	Arthrite septique débutante Polyarthrite rhumatoïde Spondylarthrite Arthrite microcristalline (goutte, chondrocalcinose)	Arthrite septique bactérienne Arthrite microcristalline (surtout goutte, chondrocalcinose)	Traumatisme Chondrocalcinose Lésion tumorale Hémophilie

EN RADIOLOGIE, DEUX IMAGES A BIEN DISTINGUER :

L'ARTHROSE	L'ARTHRITE
<p>Moyen Mnémotechnique : POGO</p> <ul style="list-style-type: none"> -Pincement de l'interligne articulaire. -Ostéocondensation sous chondrale. -Géodes sous chondrales. -Ostéophytose. 	<p>Pincement DIFFUS de l'interligne articulaire +/- érosions</p>

Fiche 10 Gastrologie par Clotilde Dupré Latour

	Pathologie	Symptômes	Définition	Diagnostic	Traitement	Etiologie / Facteurs de risques
Œsophage	RGO	- Pyrosis - Toux chronique	Passage du contenu de l'estomac dans l'œsophage	- Clinique - EOGD selon âge et FdR	- Inhibiteur de la pompe à protons	- Obésité - Hernie hiatale
	Cancer de l'œsophage	- Dysphagie aux solides = sensation de blocage - AEG	Deux types : carcinome épidermoïde et adénocarcinome	- EOGD avec biopsie - Bilan d'extension ++	- Chirurgie - Radio-chimiothérapie	- CE: tabac, OH - ADK: RGO, EBO, surpoids, tabac, ♂
Estomac	UGD	- Faim douloureuse - Douleur épigastrique	Perte de substance de la paroi gastrique	- EOGD biopsies des berges si UG et recherche de HP	- Éradication de H. Pylori - IPP - Geste local si saignement	- AINS +++ - HP
	Cancer de l'estomac	- Peu spécifiques	Adénocarcinome ++	- EOGD avec biopsie - Bilan d'extension ++	- Chirurgie - +/- radiochimio	- H. Pylori ++ - ATCD familiaux
Pancréas	Pancréatite aiguë	- Douleur épigastrique transfixiante - lipasémie >3N	Inflammation aiguë du pancréas	- Lipase - Echo abdo (étiologique) - TDM abdo inj (à 48-72h)	- Mise à jeun - Hydratation IV - Traitement étiologique	- Calcul biliaire 40% - OH chronique 40%
	Pancréatite chronique	- Dlr épigastrique chronique - Stéatorrhée - Diabète	Inflammation chronique aboutissant à une fibrose	- TDM abdo sans inj + inj - CPRM - EE	- Sevrage - traitement sympto	- OH chronique +++
	Cancer du pancréas	- Ictère - Dlr épigastrique - AEG	Adénocarcinome	- TDM abdo inj - Biopsie +/-	- Chirurgie (rare) - Chimiothérapie	- Tabac ++ - Diabète - Pancréatite chronique
Intestins	MICI	- Douleur abdo - Trouble transit	Maladie de Crohn et RCH	- EOGD + coloscopie avec biopsies - +/- examens d'imagerie	- Anti-inflammatoire - Anti-TNFa - +/- chir	- Génétique et environnemental
	Maladie cœliaque	- Diarrhée chronique -	Disparition des villosités de l'IG	- EOGD avec biopsies duodénales - IgA antitranglut et antiendo	- Régime sans gluten +++	- Génétique - Auto-immun
	Cancer colorectal	- Rectorragie, méléna, anémie - Tb transit - Sd rectal : épreinte, ténésme, faux besoins	Adénocarcinome Dépistage par test immunologique >50ans	- Coloscopie avec biopsie - Bilan d'extension ++	- Chirurgie - Radiothérapie - Chimio	- Age > 50 ans - ATCD perso / fam - MICI, acromégalie - Sd Lynch, PAF
Anus	Hémorroïdes	- Dlr - Hémorragie - Prolapsus hémorragique	Dilatation anormale des veines de l'anus	- Anuscopie /!\ Si rectorragie ⇒ suspicion CCR ⇒ coloscopie /!\	- Normalisation du transit - Ttt endoscopique - Ttt chir	- T3 grossesse, post partum - Constipation

Fiche 11 Hépatologie par Sophie Villard

Pathologie	Symptômes	Définition	Diagnostic	Traitement	Etiologie / Facteurs de risques
Hépatite	Variés	5 sérotypes A B C D E	Recherche anticorps pour A et E Ag HBs et ARN VHC	Guérison possible pour VHA, VHC VHE	VHB et VHC = IST rechercher les co infections possibles
Colique hépatique	Douleur <6h	Mise en tension brutale des voies biliaires, par blocage transitoire d'un calcul	Echo hépatique	Chirurgie à distance	Multiples, fonction de la nature du calcul
Cholécystite	Douleur >6h ou fébrile ou défense	Infection aiguë de la vésicule	Echo hépatique en urgence	Antibiothérapie et chirurgie en urgence	Cf. lithiase
Angiocholite	Douleur + fièvre + ictère	Infection aiguë de la voie biliaire principale	Bilan biologique : cholestase et TP Echographie ou TDM en urgence	Antibiothérapie +/- désobstruction des VBP en urgence	Cf. lithiase
Cirrhose	Hépatomégalie avec bord dur et tranchant Signes IHC et HTP	Désorganisation diffuse de l'architecture hépatique	Biologique Imagerie Evaluation de la fibrose par score CHILD et MELD	Traitement de la cause Prévention des complications Transplantation	Toutes les maladies chroniques du foie peuvent conduire à une cirrhose
Ascite	Augmentation de volume de l'abdomen avec matité abdo	Épanchement liquidien péritonéal non sanglant	Ponction d'ascite ++	Traitement de la cause Prévention des complications	Fonction des étiologies (cirrhose, insuffisance cardiaque ou carcinose péritonéale)
Cancer du foie	nodule de texture différente de celle du parenchyme normal	Kyste biliaire simple Hémangiome bénin Métastase d'ADK dig Métastases de tumeurs solides Carcinome hépato-cellulaire	IMAGERIE ++ TDM avec injection et étude de la prise de contraste	Fonction de l'étiologie, notamment du cancer principal si tumeur secondaire (métastase)	Fonction de l'étiologie

Fiche 12 Analyses Biologiques par Anna Borovkov

I. QUELQUES ABREVIATIONS

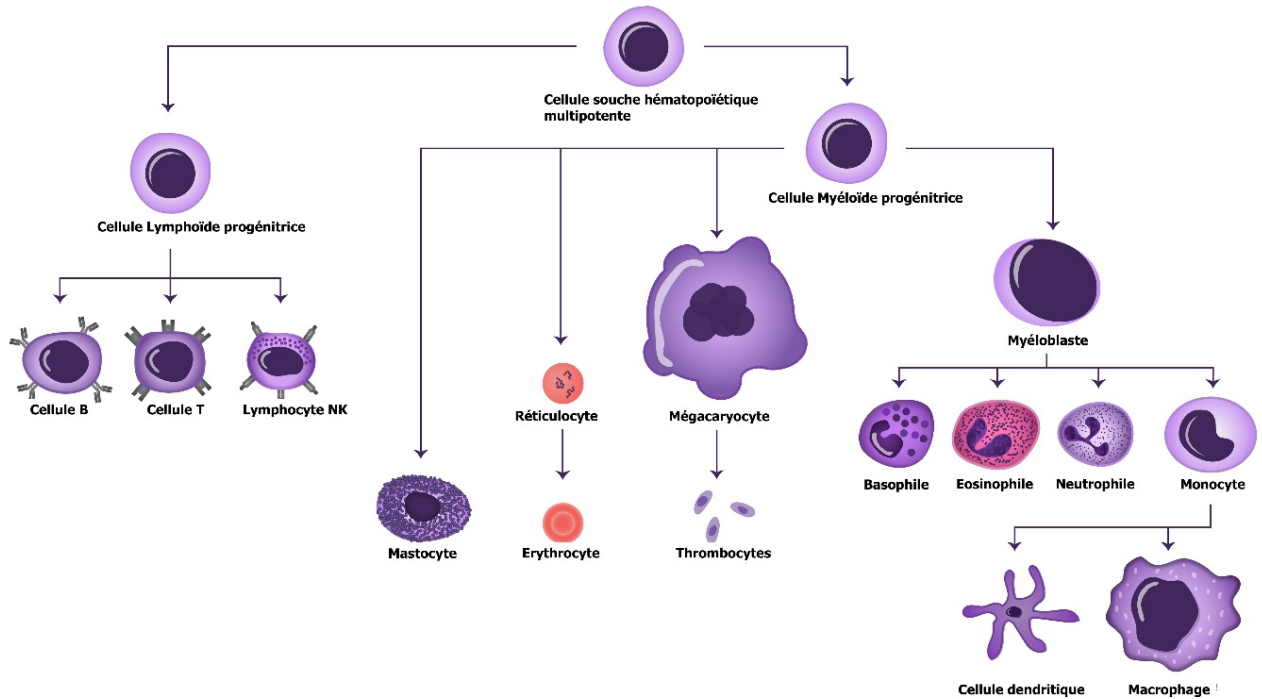
ALAT	Alanine aminotransférase (transaminase spécifique du foie)
ASAT	Aspartate aminotransférase (transaminase du foie et des muscles)
BNP	Béta natriuretic peptid
CPK	Créatine phosphokinase
CRP	Protéine C-réactive (marqueur non spécifique de l'inflammation)
DFG	Débit de filtration glomérulaire
EP	Embolie pulmonaire
GEU	Grossesse extra-utérine
Hb	Hémoglobine (g/dL)
HbA1c	Hémoglobine glyquée (%)
NFS	Numération formule sanguine
PCT	Procalcitonine
PAL	Phosphatases alcalines
SpO2	Saturation percutanée en O2
T4	Tyroxine
TCA	Temps de céphaline activée
TP	Taux de prothrombine
TSH	Thyroid stimulating hormon
TVP	Thrombose veineuse profonde

II. EXAMEN ↔ ORGANE

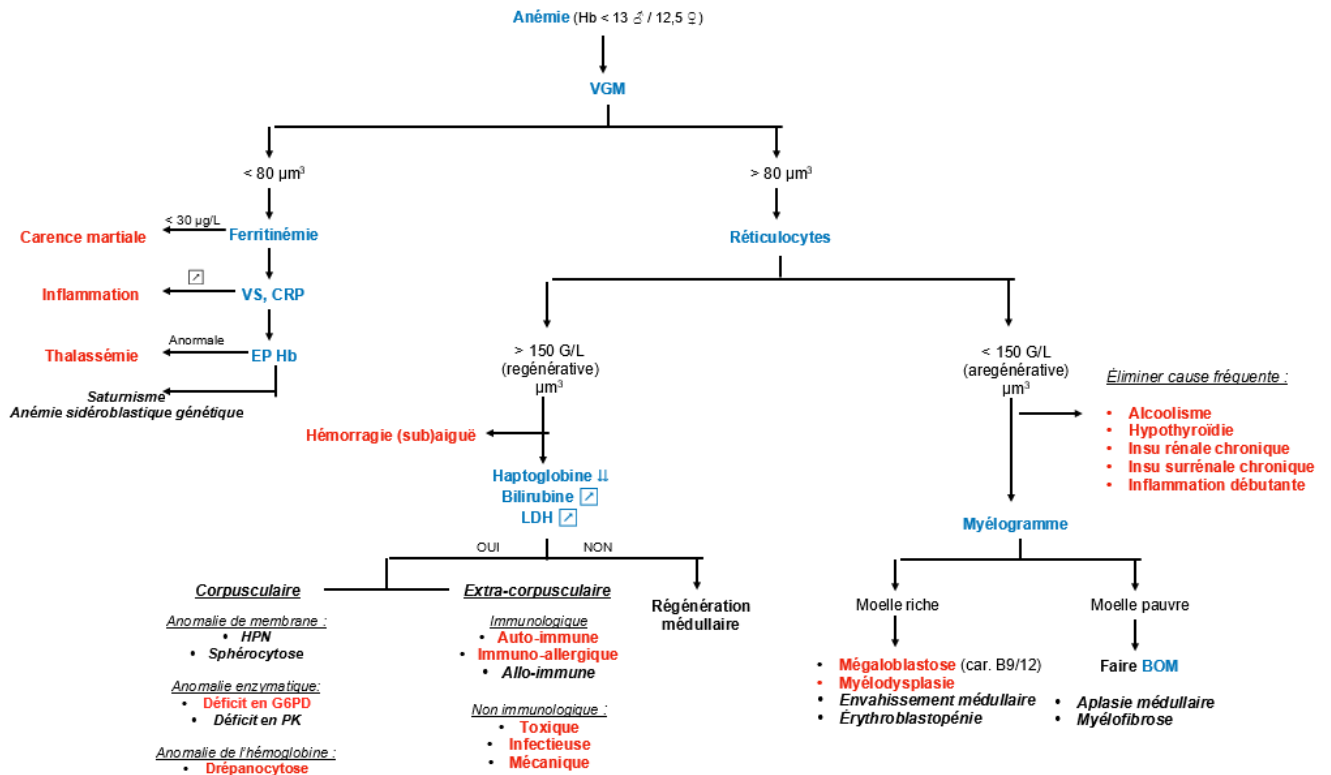
SANG	Hémoglobine	- Anémie ↓ Polyglobulie ↑ ?
	NFS – plaquettes	- Syndrome inflammatoire ? - Leucopénie ↓ Leucocytose ↑ ? - Thrombopénie ↓ Thrombocytose ↑ ?
	TP / TCA	- Anomalie de la coagulation , bilan pré-opératoire
	Ferritine	- Carence en fer ?
REIN	Créatinine	- Estimation de la fonction rénale → calcul du DFG
	Urée	- Insuffisance rénale (aigue/chronique + mécanisme) - Hémorragie digestive ?
FOIE	TP	- Evaluation de la fonction hépatique
	gammaGT	- Orientation : ↑ = atteinte hépatique , ↓ ou N = autre !
	PAL	- Cholestase ? /!\ ↑ isolée <i>sans</i> ↑ des gammaGT : origine osseuse ?
	ASAT / ALAT	- Cytolyse ?
COEUR	Bilirubine totale, libre, conjuguée	- Bilirubine totale > 50 μmol/L : ictère franc Si majorité de bilirubine libre : hémolyse ? Si majorité de bilirubine conjuguée : cholestase (intra/extra-hépatique)
	BNP / NT-proBNP	- Dyspnée d'origine cardiaque ?
POUMONS	Troponine	- Souffrance myocardique ? (infarctus ?)
	D-Dimères	- Thrombose ? (TVP, EP ?) /!\ Réalisation d'un angioscanner ou écho-doppler si ↑ /!\ Interprétation selon le contexte (âge, traitements anticoagulants,...)
	Gaz du sang (GDS) - SaO2 - pH - pCO2 - HCO3-	- Hypoxémie ? - Acidose ? Alcalose ? (origine respiratoire et/ou métabolique)
THYROÏDE	TSH	- Hypo / hyper thyroïdie ?
	T4	/!\ à faire seulement si TSH ininterprétable
DIVERS	Fibrinogène	- Syndrome inflammatoire ? - CIVD ?
	Ionogramme sanguin	- Trouble ionique ? <i>Orientations étiologiques : arythmie (K+), troubles du comportement, convulsions, coma, nausées, vomissements,...</i>
	Ionogramme urinaire	- Orientation dysfonction rénale - Exploration trouble ionique sanguin
	Calcémie	/!\ Ne fait pas partie du ionogramme sanguin standard /!\ Dosage à interpréter selon l'albumine et/ou la protidémie (Ca++ corrigé)
	CRP	- Syndrome inflammatoire ? (peu spécifique mais sensible)
	PCT	- Infection bactérienne ?
	b-HCG	- Grossesse en cours ? /!\ Penser à la GEU
CPK	- Convulsion ? - Rhabdomyolyse ?	

	Lipase	- Pancréatite ?
	HbA1c	/!\ SUIVI du diabète (ne pas faire aux urgences !)
	Albumine	- Evaluation nutritionnelle (dénutrition ?) - Pathologie néphrologique (syndrome néphrotique ?) /!\ Réflexe pour le calcul du Ca++ corrigé

III. L'ARBRE HEMATOLOGIQUE



IV. ORIENTATION SUR L'ANEMIE



1). INTERROGATOIRE

MOTIF D'HOSPITALISATION

Patient(e) de ... ans, hospitalisé pour ... (symptômes/syndrome, pas de diagnostic !)

ATCD PERSONNELS

Médicaux

Chirurgicaux : toute opération (cicatrices), viscérales (transfusion), fractures (polytrauma/réa, traitement)

Gynécologiques

- Règles (date des dernières règles, caractéristiques), Ménopause, Pertes en dehors des cycles, Contraception, GxPx, IVG, Fausses couches, Mode d'accouchement, Complications, Poids de naissance

Dernier frottis, dernière mammographie, Atcd de MST

Allergiques (molécule, manifestation) / terrain atopique

Psychiatriques : Hospitalisations, TS, etc

Vaccinations (SAT/VAT : tétaquick)

ATCD FAMILIAUX

Directs : parents, fratrie, âge et cause du décès, maladies

Notion de maladies métabo, terrain atopique, tuberculose

HABITUS ET MODES DE VIE

Profession, origine géographique et ethnique

Conditions de vie : grabataire, aide à domicile, marche avec canne, arrêts de travail, maladie professionnelle / reconnaissance MDPH, ...

Intoxication OH, tabac

FDR CV : sexe, âge, ATCD familiaux, tabac, dyslipidémie, HTA, diabète, obésité

TRAITEMENT EN COURS

Traitement chronique du malade : DCI, nom de spécialité, classe thérapeutique, dose

Anciens traitements notables (rhumato : infiltrations, antalgiques / cancéro : chimiothérapie (molécules, protocoles), radiothérapie)

HISTOIRE DE LA MALADIE

Symptômes regroupés en syndromes

2). EXAMEN CLINIQUE

Signes généraux

Taille et poids - BMI ; état général (AEG = triade asthénie, anorexie, amaigrissement)

GCS, T°, PA (indiquer si tt HTA ou vasopressives), FC, FR, SpO₂ (préciser mode de ventilation)

Douleur et caractéristiques (localisation, EVA, type, horaire, trajet, irradiation, facteur déclenchant, position antalgique...)

Signes de choc

Hypotension, marbrures++, oligo-anurie, puis tachycardie, sueurs, ...

Examen système par système, en commençant par le plus pertinent

Inspection, palpation, percussion, auscultation

Cardiaque

SF : Douleur thoracique, Palpitations, Dyspnée d'effort, Orthopnée (signe fonctionnel gauche)

Signes ICD : œdème blanc, mou (godet), indolore, turgescence jugulaire, reflux hépato-jugulaire

Signes ICG : OAP, dyspnée, crépitants

Pouls périphériques (schéma), chaleur des téguments, temps de recoloration cutanée

Auscultation : souffle (RAC, insuffisance mitrale/aortique, ...), bruit surajouté, galop

Pulmonaire

SF : douleur d'origine pariétale (ex dlr exquise de la fracture de cote) ou viscérale, toux, dyspnée, expectorations (purulence, quantité, aspect)

Tachypnée, poly/bradypnée en cas d'épuisement, cyanose, battement des ailes du nez, tirage sus clavier, respiration paradoxale, déformation thoracique, balancement thoraco-abdominal, cyanose des extrémités, lèvres

Vibrations vocales

Percussion : matité / tympanisme (pleurésie / pneumothorax)

Murmure vésiculaire : symétrie, bruits surajoutés

Abdominal / Digestif

SF : douleur abdo, appétit (dans le cadre d'AEG), nausées, vomissements, transit (matières, gaz)
Rechercher une sensibilité localisée ou diffuse, ventre de bois,
Hépatosplénomégalie, taille du foie (percussion), signe de Murphy (vésicule)
Signes d'IHC : asthénie, ictère, l'encéphalopathie hépatique (astérisis, confusion, coma)
Signes d'HTP : circulation collatérale sous-cutanée abdominale, splénomégalie, hémorragies digestives
Palpation des orifices herniaires
TR : selles, sang, masse, sphincter
Bruits digestifs

Uro-néphrologique

SF : brûlures mictionnelles, hématurie, dysurie, impériosités ; ...
Diurèse (pollakiurie, oligurie)
Palpation des fosses lombaires, OGE

Gynécologique-Obstétrique

SF : douleur/pesanteur pelvienne, pertes ; mouvements actifs fœtaux ; métrorragie
Palpation des seins
Palpation abdominale et examen au spéculum ; TV
Auscultation des bdc fœtaux

Neurologique

Douleur (céphalées)
Orientation temporo-spatiale
Paires crâniennes
Conscience, mémoire (date, lieu ?), praxie, langage, fonctions supérieures
Motricité, force, tonus musculaire : axial puis périphérique
Sensibilité, proprioception
Coordination, station debout, marche
Réflexes : ostéotendineux, cutanéoplantaire, ...

Ostéo-articulaire

SF : douleur (horaire : réveil nocturne, pire moment des 24h, ...), retentissement fonctionnel
Os, articulations, rachis ; chercher des déformations, tuméfactions
Examen des mobilités passif+actif, bilatéral
Examen de la marche, boiterie
Réflexes ostéo-tendineux

Aires ganglionnaires

Adénopathies : Volume, sensibilité, consistance, limites, mobilité, inflammation ?

Cutané

SF : prurit
Purpura (fulminants, hémorragique), coloration, hippocratisme digital, signes d'HTP
Palpation sous cutanée, signe de Nickolsky
Lésions élémentaires (vésicule, bulle, etc)
Examen complet : peau, muqueuses, phanères

3). HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES

4). EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

ECG : Rythme (sinusal, régulier), FC, Axe du cœur, Trouble de la conduction, Trouble de la repolarisation : Analyse onde par onde pour ne rien oublier. Calcul du QTc.

Rx Thorax : critères de qualité, cadre osseux, médiastin, cardiomégalie, parenchyme, plèvre, opacités

Biologie : données anormales à interpréter

5). AU TOTAL / CONCLUSION D'ENTRÉE

Résumé de ce qui pose problème ; mettre en relation avec le terrain (décompensations...)

6). THÉRAPEUTIQUES PROPOSÉES (SYMPTOMATIQUE ET ETIOLOGIQUE)

7). SURVEILLANCE CLINIQUE ET PARACLINIQUE

VALEURS BIOLOGIQUES PRATIQUES (Les normes changent de laboratoire en laboratoire. Ici elles sont données à titre indicatif et pour vous donner un ordre d'idée !)

Numération

Globules rouges	♂ : 4.5 à 6.2 ♀ : 4 à 5.4 Enfant : 3.6 à 5	x 10 ¹² /L
Hématocrite	♂ : 40-54% ♀, enfant : 35-47% - NN : 44-62%	
Hémoglobine	♂ : 13 à 18 ♀ : 12 à 16 - si enceinte > 10,5 Enfant : 12 à 16 - NN : 14 à 20	en g/dL m : anémie (préviser type : VGM) Transfusion : fonction de la tolérance
VGM Volume globulaire moyen	80 à 100 Enfant : 75 à 80	en μ ³ ou fL (femtoLitre) = $\frac{\text{Hématocrite (Ht)}}{\text{Nb de GR}}$ m : microcytose, k : macrocytose
CCMH Concentration corpusculaire moyenne en Hb	32 à 35	en g/dL = $\frac{\text{Hb}}{\text{Ht}}$ m : hypochromie
Réticulocytes	25 à 100	x 10 ⁹ /L
Plaquettes	150 000 à 450 000	/mm ³
Globules blancs	4 à 10 Enfant : > 10-15 (dépend de l'âge)	x 10 ⁹ /L
Polynucléaires neutrophiles	1.5 à 7	x 10 ⁹ /L
Polynucléaires éosinophiles	0 à 0.5	x 10 ⁹ /L
Polynucléaires basophiles	0 à 0.05	x 10 ⁹ /L
Lymphocytes	1.5 à 4	x 10 ⁹ /L
Monocytes	0.1 à 1	x 10 ⁹ /L

Gaz du sang

pH	7.38 à 7.42	
PaO ₂	~95 (à 20 ans) m avec l'âge	mmHg < 80 : hypoxémie
PaCO ₂	35 à 45	mmHg variations : hypo/hyperventilation
HCO ₃ ⁻ (gds)	23 à 27	mmol/L
SaO ₂	100%	NB : si intoxication au CO, SpO ₂ 100% mais pas SaO ₂
HbCO	< 5% (voire 10% si fumeur)	k : intoxication au CO
Lactates	< 2	mmol/L
PaO ₂ /FiO ₂	> 400	à préciser si sous O ₂

Effet shunt : PaO₂ + PaCO₂ < 120mmHg

Interprétation : $\text{CO}_2 + \text{H}_2\text{O} \rightleftharpoons \text{H}_2\text{CO}_3 \rightleftharpoons \text{H}^+ + \text{HCO}_3^-$ &

	PaCO ₂	HCO ₃ ⁻
Acidose respiratoire	k	N ou m (chronique)
Acidose métabolique	m (hypoventilation : compensation)	m (tampons)
Alcalose respiratoire	m	m (m de la réabsorption rénale : compensation)
Alcalose métabolique	N ou k (hyperventilation : compensation)	k

Si acidose métabolique, toujours calculer le **trou anionique** = (Na⁺ + K⁺) - (Cl⁻ + HCO₃⁻) < 16mmol/L.

Syndrome inflammatoire

CRP	< 1	mg/L
PCT	< 0.006	g/L
VS (maximale)	♂ : âge/2 ♀ : $\frac{\text{âge} \cdot 2}{5}$	

Hémostase/Coagulation

Plaquettes	150 000 à 500 000	/mm ³
TP	70 à 100%	
TCA	< 1.2	
D-dimères	< 500	µg/L
Fibrinogène	2 à 4	g/L
Activité anti-Xa	0.5 à 1.0	kU/L

Ionogramme sanguin

Na ⁺	135 à 145	mmol/L
K ⁺	3.5 à 5	mmol/L
Cl ⁻	95 à 105	mmol/L
HCO ₃ ⁻ (iono)	24 à 30	mmol/L
Protidémie	65 à 75	g/L
Albuminémie	37 à 53	g/L
Urée	4 à 7	mmol/L
Créatinémie	65 à 105	µmol/L

Clairance créatinine : 90 à 120 mL/min

Formule de Cockcroft-Gault : $\text{Créat} : \frac{0.85 \times \text{Poids} \times (100 - \text{Age})}{720}$ $\text{Créat} : \frac{0.72 \times \text{Poids} \times (100 - \text{Age})}{720}$

Bilan hépatique

A interpréter en fonction des normales des laboratoires (xN)

ASAT	< 40	UI/L
ALAT	< 40	k ASAT+ALAT : cytolyse hép.
PAL	< 115	UI/L
γ-GT	< 55	k PAL+γGT : cholestase biol.
Bilirubine totale	< 17	µmol/L
Bilirubine libre	< 2	µmol/L
Bilirubine conjuguée	< 15	µmol/L

LCR

Glycorachie	> ou $\approx \frac{0.1236567}{\$}$	g/L
Protéinorachie	0.15 à 0.30	g/L
Cellularité	< 5	/mm ³

Autres dosages (ordre alphabétique)

BNP	< 300	pg/mL ou ng/L
Ca ²⁺	2.2 à 2.6	mmol/L Ca corr. = Ca + 0.02 (40 - Albu)
Coeff. de saturation de la transferrine (CST)	20-40%	
CPK	< 60	U/L
Fer	13 à 25	mmol/L
Ferritine	♂ : 20 à 250 ♀ : 15 à 150	µg/L
Glucose	3.6 à 5.5	mmol/L
LDH	♂ : 60 à 115 ♀ : 45 à 105	µmol/L
Lipase	5-50	UI/L
Capacité totale de fixation de la transferrine (CFT)	50-70	µmol/L
Transferrine	2 à 4	g/L
Troponine	< 0.2	µg/L

Habillage au bloc par Ophélie Manchec

Fiche réalisée par Adrien Lampilas pour la pré-rentrée 2019-2020

Point 1 : le vestiaire :

- Ne rien laisser de valeur+++**, jamais, mettre dans une surchaussure et prendre au bloc avec soi.
- Pas d'habits civils sous le pyjama. AUCUN bijou
- Charlotte : 0 cheveux qui dépassent, ne pas hésiter à en mettre 2 de type différent (charlotte fine genre « dame de la cantine », cagoule entière, bonnet,...). Souvent trop grand, faites des revers.
- Lavage de main simple avant d'entrer au bloc (+++ si venue en métro, vélib,...)
- Ranger son téléphone et ne pas y toucher (plus de bactéries sur l'écran que sur vos fesses !)
- Tenue : charlotte, masque (côté bleu externe, bande rigide sur le nez à pincer), pyjama, sabots ou surchaussures

Ensuite dans le bloc les IBODE ou l'interne vous surveillent en permanence en théorie. Dites que c'est la 1^{er} fois et demandez de l'aide. Souvent il y a des formations dans les services. Lavez vous les mains et habillez vous avec votre interne au début.

Point 2 : lavage de mains

-Le plus pratique : vidéo youtube, mots clés « lavage chirurgical des mains ». Le premier lien (chirortholog) est plutôt bien

Détails en plus de la vidéo :

- Frottez 3 min environ, énergiquement.
- Insistez bien sous les ongles, la brossette est plus souple autour et plus dure au centre. Les filles ongles courts sans vernis.
- A partir de là **LES MAINS NE DOIVENT RIEN TOUCHER**; sanction : tout recommencer à la case départ
- Position des mains 30 cm de la poitrine, face sternum, coudes décollés du corps (cachez les épaules). Mains à moins de 5 cm du corps, sous le nombril, au dessus du menton, coudes au corps : sanction case départ
- Papier de séchage : attrapez juste le papier sans tripoter le distributeur (sale)

-Lavage avec la SHA : 4 doses mains+poignet+avant bras ; puis 2 doses mains+poignet encore (selon protocole du service). On vous sert. Au pire appuyez avec votre coude mais les mains ne doivent rien toucher (erreur classique : on touche sa tête en pliant le coude)

-**N'oubliez aucune zone** : formations obligatoires en début de stage et dessins dans les sas

-Sortir du sas : commande au pied par capteur de lumière. Si la commande est cassée pousser la porte avec le dos ou vous la faire ouvrir par quelqu'un, sinon perdu.

Point 3 : habillage

-Casaque : regarder où est le col quand vous l'attrapez pour la prendre à l'endroit et rester stérile. Le mettre en haut, rentrer les bras dans les plis prévus : elle se déplie toute seule en la secouant, c'est magique.

Vidéo youtube : « habillage casaque chirurgie », vidéo de infowebdz (pas celle de chirortholog qui est moins complète)

-La vous attendez qu'on vous habille (souvent en dernier, vous êtes l'externe). Ne bougez pas et **ne touchez surtout RIEN** et surtout pas la casaque (manchons blancs autour des poignets : vous pouvez les toucher pour les ajuster mais c'est une prise de risques). Bonus bavette en plus du masque en ortho, on vous montrera.

-Première paire de gants stériles (appris en stage infirmier normalement, sinon : youtube « gants stériles » vidéo du CESIM santé). Vos internes et IBODES vous donneront des trucs pour aller plus vite mais au début l'essentiel c'est de **prendre son temps** : pas de précipitation.

-Ceinture à mettre avec une personne non stérile sans rien faire toucher, attention à votre tour sur vous-même. (sanction éliminatoire : retour au point 3). C'est marqué dessus quelle partie doit être stérile et laquelle non stérile.

+/- 2^e paire de gants selon le service

Pendant l'opération : points clés et erreurs classiques

-Seuls vos avant-bras, torse et abdomen sont stériles. Attention votre tête est déstérilisante : ne vous penchez pas pour regarder !!!

-Changer de place : vous croisez toujours une personne en stérile dos à dos.

-En cas de passage entre 2 zones stériles, votre face vers la plus propre : plaie>chirurgien>champs sur le malade>table à instruments> dos des gens>zone non stérile

-Pas d'initiative malencontreuse : au début vous faites ce qu'on vous dit.

Take home messages:

1 : Rester zen, pas de geste brusque : ne rien déstériliser

2 : On vous prend par la main, pas de panique

3 : Prenez votre temps, mieux vaut être lent que faire une faute.

4 : Il est moins grave de se déstériliser soi-même plutôt que la table ou le malade ou le matériel lourd

5 : Objectif : 0 faute

Instrumentalisation par Ophélie Manchec

Fiche réalisée par Adrien Lampilas pour la pré-rentrée 2019-2020

Introduction :

Les instruments varient selon la spécialité. Le but est de présenter ici les grands points communs de base. A savoir que pour le matériel lourd (montage de colonnes, laser, perceuses et compagnie en ortho,...) vous aurez une instrumentiste ou votre interne s'en occupe.

Le principe de base est de donner les instruments dans le bon timing. Donc votre table doit être rangée précisément (pinces/bistouris/ciseaux/porte aiguilles/écarteurs/instruments spécifiques/compresses et champs/cupules/boite à aiguilles/...) et toujours rester telle qu'elle était initialement.

Donner un instrument : le chirurgien doit pouvoir l'attraper et s'en servir directement, sans le retourner 5 fois. Vous lui mettez dans la main et dans le bon sens (sinon il vous le fera remarquer).

Les pinces :

3 grands types : les pinces à disséquer, les pinces « tout court », les pinces de coelio. (cf paragraphe coelio).

Pinces à disséquer : adaptez la taille et la profondeur à l'opération : petite pour de la main, longue pour de la chirurgie digestive, ...

-PAD plates ou sans griffes (1) : tenue faible, dégats faibles : tissus fragiles

-PAD de DeBakey (2) : tenue moyenne, dégats faibles. +++ pour hémostase/ en digestif

-PAD à griffe (3) : tenue bonne/dégats moyens

Pinces : pour attraper++/parfois pour disséquer

-Halstead (4), avec ou sans griffes : la plus petite et fine. Utilisée aussi pour les hémostases (autre nom : pince à hémostase). Courbe++/rarement droite. Avec ou sans griffes

-Kelly (5) : idem, taille au dessus

-Bengolea (dite bengo) (6) : idem mais très longue

-Cochère et Leriche (7) : pinces plus forte, avec++ ou sans dents, forte tenue : accrocher des champs, tirer fort sur une structure,...

-Duval ou pince en cœur (8)

Bistouris

Lame froide : à monter sur le porte lame, plusieurs tailles : 23, 11 et 15 à connaître ++ (9). 2 bisouris froids, un pour la peau SEULEMENT (ne les mélangez pas), l'autre profond.

Bistouri électrique (ou « BE » ou « feu ») (10) : découpe profonde et hémostase. Si on vous demande de vous en servir : ex : le chirurgien attrape un vaisseau avec sa pince et vous demande de « faire feu » : touchez avec la pointe l'instrument du chirurgien et, sauf ordre contraire, utilisez TOUJOURS le bouton bleu (mode coagulation) et PAS le bouton jaune (mode section)

Ciseaux : 3 principaux. Bouts ronds

Mayo (11) : forts et courbes (droits : plus rares), pour couper les choses épaisses et le matériel qui se coupe (ex : redons, champs à la fin,...)

Metzenbaum (ou « metz ») (12) : fins, pour la dissection fine uniquement, ne les donnez jamais pour autre chose (genre couper les fils), ils valent très cher.

Ciseaux à fils (13) : les plus gros et droits. Pour couper les fils de suture (ah bon ?). Quand on vous demande de couper, coupez toujours à ras du nœud sauf sur la peau où vous laissez 5 mm de fil.

Ciseaux à os en ortho (14) : très différent, genre outils de sculpture sur bois

Ecarteurs :

Faraboeuf (15) (ou « fara ») : les plus utilisés ++, adapter la taille à la profondeur. Vont par 2

Autostatique (16-17) : écarteur que se verrouille : pas la peine de le tenir. Modèle géant sans dents pour la laparotomie.

Valve (18) : sorte de super faraboeufs, larges et profonds, avec un manche pour tenue à pleine main

Nombreux écarteurs propres à une spé : contre coudés et homans (ortho), écarteur à foie, lame modulable,...

Porte aiguille (19) : quand on vous demande un fil, donnez le monté sur le porte aiguille dans le bon sens pour la main du chirurgien (pensez à regarder s'il est droitier ou gaucher). Attention une aiguille montée sur porte aiguille est une aiguille potentiellement dangereuse.

Compresse et champs : seule la taille diffère entre les compresse (ca vous connaissez) et les champs. Attention à noter que le mot « champs » peut désigner soit ces grosses compresse, soit les champs de protection du patient (installés en début d'intervention), ne vous trompez pas.

Il faut toujours les compter, on vous en donne par paquets de 10 compresse et 5 champs.

A noter que les « non marquées » = sans le trait bleu, ne s'utilisent jamais pendant l'opération mais juste pour le pansement : le trait bleu est radio-opaque au cas où on en oublie une dedans.

La coelio : c'est quand on fait juste 3 petits trous pour rentrer dans le ventre pour rentrer une caméra et 2-3 pinces. En orthopédie on dit arthroscopie mais c'est le même principe.

Les trocars (20) : ils font les trous puis sont laissés en place, ils servent de passage aux instruments. Celui de la caméra (en 1^{er} par le nombril) est souvent plus gros. Parfois il y en a juste un seul très gros « open coelio » = coelio avec un seul trou.

L'optique ou camera (21) : pour voir dedans, se donne en premier avant les autres trocars. Attention aux fils qui doivent être mis dans une sorte de capote, ce n'est pas vous qui le faites. Si vous faites tomber ou faites une rayure sur l'optique, sachez que ça vaut plusieurs milliers d'euros.

Les pinces (22) : pareil : plate, à griffes, ... A donner de manière à ce que le chirurgien puisse l'enfiler directement sur le trocart. Celle avec un fil est la « bipolaire », équivalent du bistouri électrique. Il existe aussi des ciseaux.

Petits + :

-Attention aux bistouris : ne vous coupez pas, manipulez par le manche. Posez les avec douceur sur la table, si le champ de table se perce et que la table devient non stérile il faut tout changer niveau instruments : vous risquez une belle engueulade. Eventuellement mettez une épaisseur en plus type compresse dessous. Certaines équipes mettent 2 champs sur la table pour éviter ça.

-Les écarteurs sont faits pour que le chirurgien voit, pas pour que vous puissiez voir : faites ce qu'il vous dit et ne changez pas, même si vous ne voyez rien.

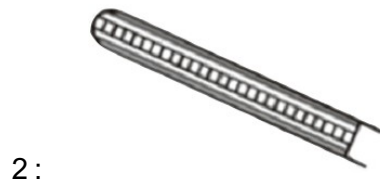
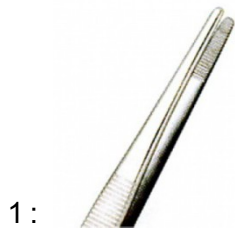
-Les instruments avec les poignées dorées ont un revêtement en tungstène : ils glissent moins.

-Vous devez rendre une table safe à l'infirmière qui range : toutes les lames démontées (pas avec les doigts, avec le porte-aiguilles, demandez à ce qu'on vous montre) y compris le BE, les aiguilles des fils et les halènes de redons (23), les agrafes, tout ce qui peut percer ou trancher en général, doivent être rangés dans la boîte à aiguilles aimantée (24).



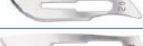

-En chirurgie viscérale (dig/uro/gyneco) vous aurez beaucoup de pinces. En général on vous donne un présentoir dont le montage est tout sauf intuitif : demandez à ce qu'on vous montre.

-Chaque chirurgien est différent, du bordélique à l'ultra maniaque, du détendu au mec qui vous crie dessus si l'instrument n'arrive pas sous 1s : adaptez vous et sachez garder vos moyens

-En vous familiarisant avec les opérations au fur et à mesure, vous devez pouvoir anticiper le prochain geste du chirurgien et préparer l'outil adéquat : ça fait gagner du temps et ça montre que vous comprenez. Du coup ils sont plus enclins à vous laisser faire des gestes.



9:

Boîte de 100 pièces	Références produit		Références des manches
n° 10	CL05310		N°3
n° 11	CL05311		N°3
n° 12	CL05312		N°3
n° 15	CL05315		N°3
n° 20	CL05420		N°4
n° 21	CL05421		N°4
n° 22	CL05422		N°4
n° 23	CL05423		N°4
n° 24	CL05424		N°4
n° 25A	CL05425		N°4



10:

11:



12:



13:



14:



15:



16:



17:



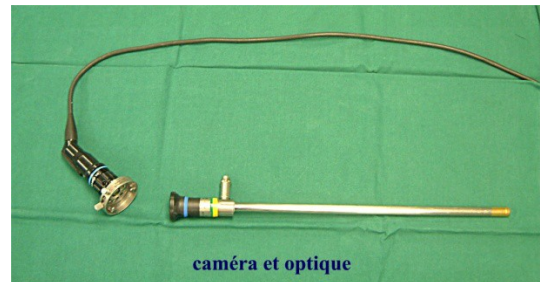
18:



19:



20:



21:



22:

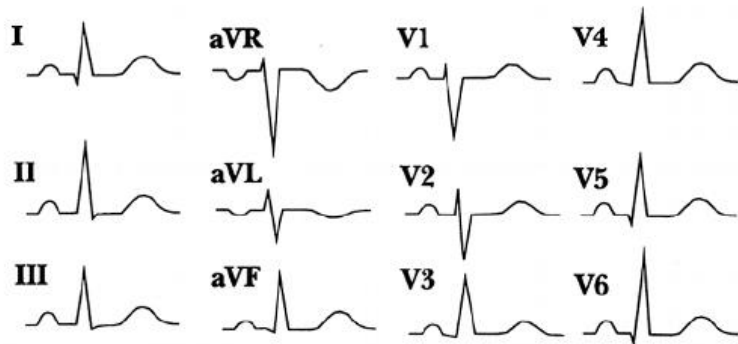
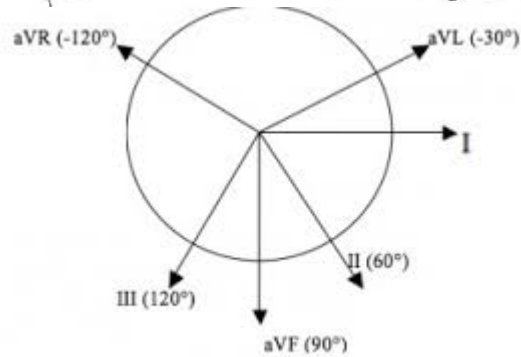
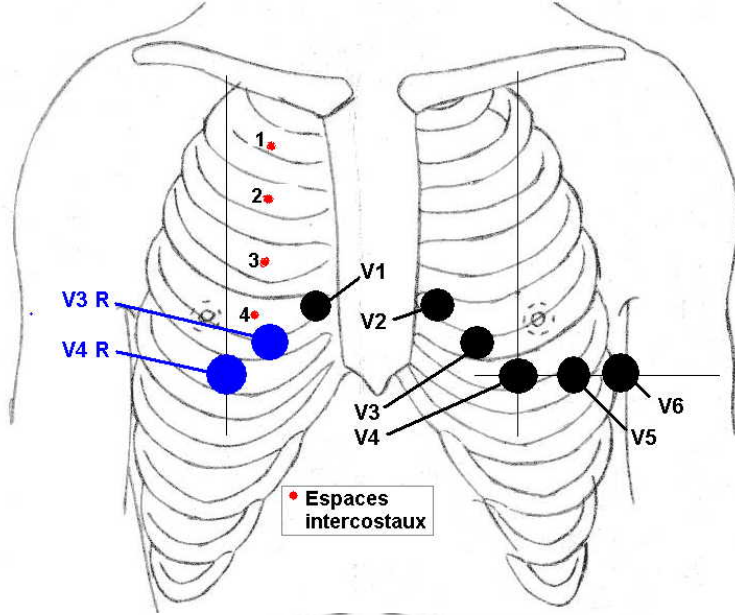


23:



24 :

ELECTRODES PRECORDIALES



ECG normal

1. **Axe** : -30° (aVL) à $+90^\circ$ (aVF)
QRS >0 en DI-DII

2. **FC** : 60 - 90 bpm

3. Rythme

1 onde P devant chaque QRS
1 QRS derrière chaque onde P

4. **Onde P** = conduction auriculaire
Durée < 120 ms et ondes P >0 en DII

5. **Espace PR** = conduction A-V
PR $< 120-200$ ms

6. **QRS** = conduction ventriculaire
QRS < 120 ms et Sokolov < 35 mm
Ondes Q $< 1/3$ onde R et < 40 ms

7. **Repolarisation ventriculaire**
Ondes T >0 / segment ST isoélectrique
QTc < 400 ms
Pas d'ondes U

Etiologies à évoquer

NB : axe aberrant : évoquer inversion électrodes
G : ICG, HVG / **BBG**, HBAG / **IDM inf.**
D = cœur pulm. aigu : **ICD** / HVD / **EP**

Tachycardie / bradycardie

BAV II / **BAV III**
Tachycardie jonctionnelle

FA si pas d'ondes P / Flutter auriculaire

BSA / ESA / HOG, HOD

BAV I
WPW / Péricardite

BBG, **BBD** / HVG, HVD / **HyperK**
ESV / TV
IDM / **EP (S1Q3)**

HypoK / **hyperK** / **IDM**
Péricardite / **IDM** / intoxic Digitaliques

HyperCa / hypoCa

HypoK

ECG : les anomalies fréquentes

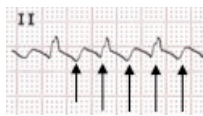
FA

Fibrillation atriale, pas d'ondes P sinuales
Tachycardie irrégulière à QRS monomorphes fins.



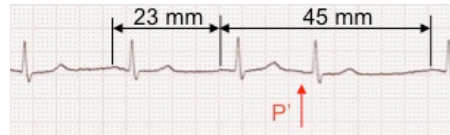
Flutter auriculaire

Tachycardie (ondes P = 300/min et QRS variable)
Ondes P en toit d'usine
Conduction 1, 2 ou 3/1



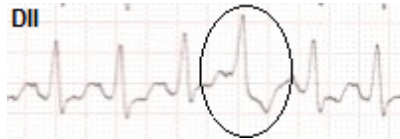
ESA

Onde P' prématurée
(espace RR' raccourcis)
QRS d'aspect normal



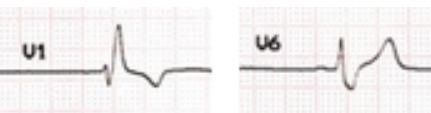
ESV

QRS prématuré élargi et de morphologie anormale
Onde T souvent inversée
Onde P rétrograde



Bloc de branche D

QRS élargis > 0.120 ms
rsR' en V1 et RS en V



Bloc de branche G

Axe hypergauche
QRS élargis > 0.120 ms avec rabotage de r en V1 et aspect RR' en V6



BAV 1

PR >200ms constant



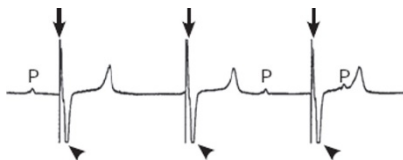
BAV 3

Dissociation entre les ondes P et les QRS



Pace maker

Spikes précèdent l'activité auriculaire ou ventriculaire
(rythme électro-entraîné)
QRS élargis



ECG : les anomalies graves

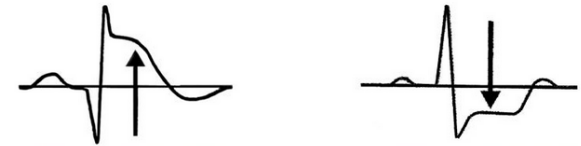
EP

Axe hyperdroit / tachycardie
S1Q3 : grande onde S en D1 et onde Q en D3



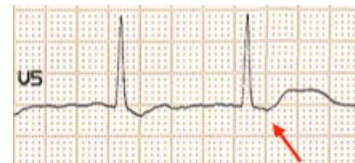
SCA ST- / ST+

ST- : toutes anomalies possibles
ST+ : élévation du ST **systematisée**
Ondes Q / **miroir** / ondes de Pardee
Troubles de la repolarisation



Hypercalcémie

Tachycardie, élargissement du PR, raccourcissement du QT et dépression du ST en cupule, aplatissement des ondes T,



Tachycardie ventriculaire

Tachycardie non sinusale
QRS élargis monomorphes



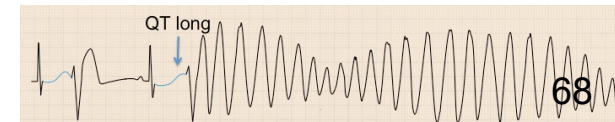
Hyperkaliémie

Bradycardie, élargissement de l'onde P, élargissement des QRS, ondes T amples pointues symétriques, sus-décalage du ST non systématisé



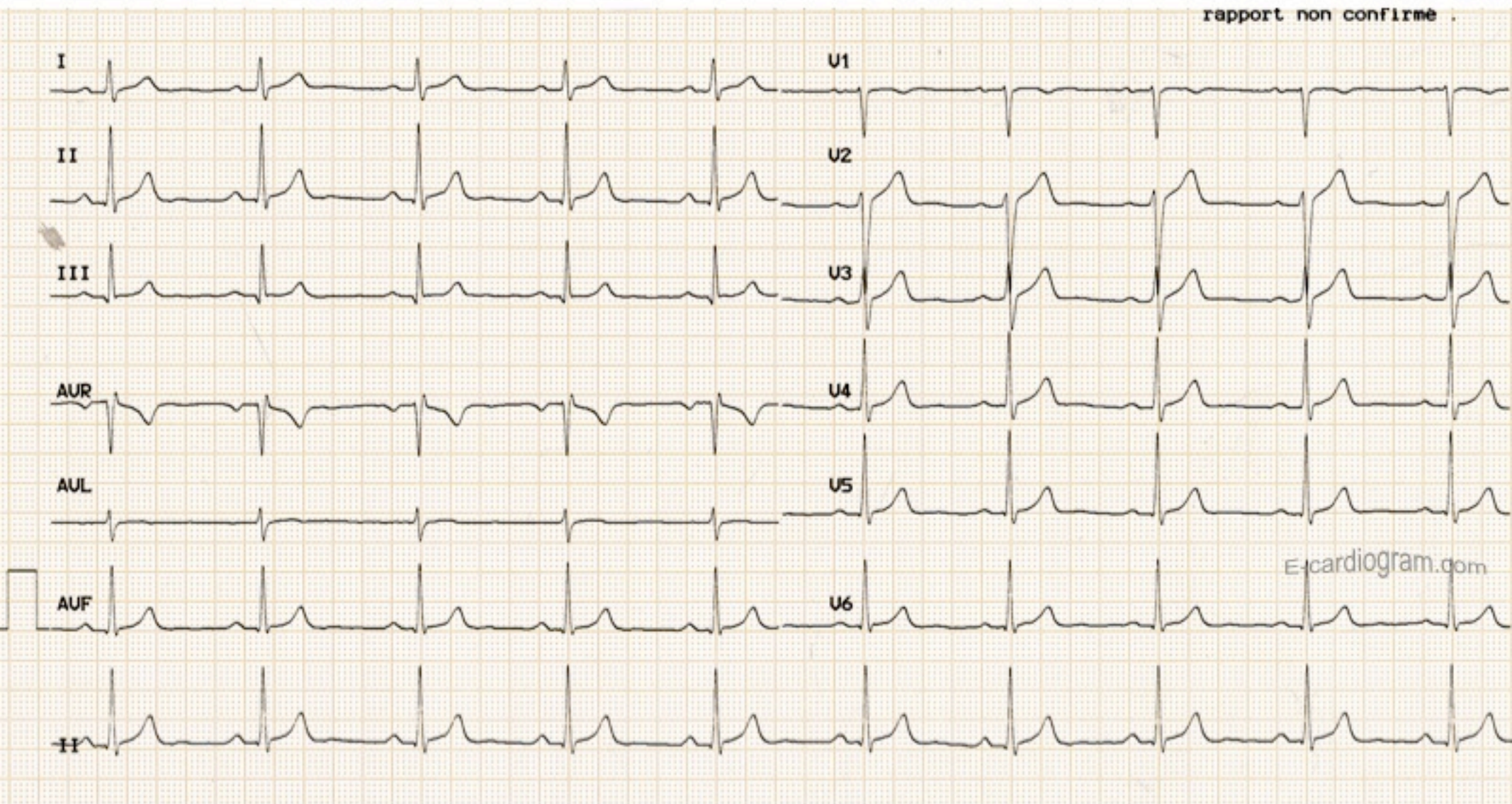
Torsade de pointe

ESV suivi d'un repos compensateur
Tachycardie à QRS larges polymorphes
avec variation de l'axe des QRS autour de la ligne iso-électrique



ECG normal

(homme 35 ans)



ABRÉVIATIONS fréquentes dans les livres et observations médicales

17-OHP	17-OH progestérone
AA	acide aminé
AAA	anévrisme de l'aorte abdominale
aag	anti-aggrégant
AAG	asthme aigu grave
AAH	allocation adulte handicapé
AAN	anticorps antinucléaire = FAN
ABM	agence de biomédecine
AC	âge chronologique
ACE	acétylcholinestérase
ACE	antigène carcinoembryonnaire
ACG	artérite à cellules géantes = maladie de Horton
ACH	acétylcholine
ACM	artère cérébrale moyenne
ACP	artères ciliaires postérieures
ACP	artère communicante postérieure
ACR	artère centrale de la rétine
ADDFMS	aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales
ADH	anti-diurétique hormonal
ADK	adénocarcinome
ADL	adénopathie lésionnelle
ADP	adénopathie
AFP	alpha fœto protéine
AFU	association française d'urologie
AGE	avance glycation end-products
AGEFIPH	association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
AGGIR	autonomie gérontologique - groupes iso-ressources
aGLP1	agonistes du glucagon-like peptide 1
AHAI	anémie hémolytique auto-immune
AIS	adénocarcinome in situ
AJR	apports journaliers recommandés
AL	amyloid light chain
ALAT	alanine aminotransférases (transaminase spécifique au foie)
ALK	anaplastique lymphoma kinase
ALM	mélanome acral lentiginéux
AMAN	neuropathies motrices axonales aiguës
AMIR	anomalies microvasculaires intrarétiniennes
AMP	aide médicale à la procréation
AMT	automesure tensionnelle
ANC	apports nutritionnels conseillés
ANCA	anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires
ANOVA	analyse of variance
AO	âge osseux
AOF	alimentation orale fractionnée
AP	accouchement prématuré
AP	abdomino-pelvien
AP	activité physique

Pré-rentrée D2 AMPC 2018

AP	attaque de panique
APA	aide personnalisée d'autonomie
APA	allocation personnalisée d'autonomie
aPL	Ac antiphospholipides
APLV	allergie aux protéines du lait de vache
APS	antipaludéens de synthèse
AR	anémie réfractaire
ARP	activité rénine plasmatique
ARV	antirétroviraux
AS	âge statural
ASAT	aspartate aminotransférases (transaminase du foie et des muscles)
ASE	aide sociale à l'enfance
ASP	abdomen sans préparation
AT	antithrombine
ATO	abcès tubo-ovarien
ATT	aérateur trans-tympanique (= yoyo)
AVF	algie vasculaire de la face
AVH	adénomectomie par voie haute
AVS	auxiliaire de vie scolaire
BAT	biopsie d'artère temporale
BAV	baisse d'acuité visuelle
BDC	bruits du cœur
BDCA	bronchodilatateurs de courte durée d'action
BEB	biopsie d'éperon-bronchique
BEP	bléomycine, étoposide, cisplatine
BGSA	biopsie de glandes salivaires accessoires
BHE	barrière hémato-encéphalique
BHM	barrière hémato-méningée
BIP	diamètre bi-pariétal
BLDA	bronchodilatateurs à longue durée d'action
BNP	peptide natriurétique B
BOM	biopsie ostéo-médullaire
BTB	biopsie transbronchique
BUD	bilan urodynamique
BZD	benzodiazépines
c-ANCA	ANCA cytoplasmiques (anti-protéinase 3)
CADASIL	<i>cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy</i>
CAE	conduit auditif externe
CAF	caisse d'allocations familiales
CAM	complexe d'attaque membranaire
CAMSP	centre d'action médicosociale précoce
CAP	centre anti-poison
CAV	canal atrioventriculaire
CBH	signe de Claude Bernard-Horner
CCE	cellules ciliées externes
CCH	crises convulsives hyperthermiques
CCI	cellules ciliées internes
CCQ	céphalée chronique quotidienne
CCR	cancer colorectal
CCTRS	comité consultatif sur le ttt de l'information en matière de recherche ds le domaine de la santé
CCV	chirurgie cardio-vasculaire
CDAG	centre d'information et de dépistage anonyme et gratuit
CDAPH	commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CE	corps étranger

Pré-rentrée D2 AMPC 2018

CEC	circulation extra-corporelle
CEIO	corps étranger intra-oculaire
CEP	contraception œstroprogestative
CFTR	cystic fibrosis transmembrane conductance regulator
CG	capillaire glomérulaire
CG+	cocci GRAM+
CGR	concentré de globules rouges
CGRA	concentrés de granulocytes obtenus par aphérèse
CGTC	crise généralisée tonico-clonique
CH50	complément hémolytique 50%
CIA	communication interauriculaire
CIN	néoplasie intra-cervicale
CIS	carcinome in situ
CIV	communication interventriculaire
CLAT	centre de lutte antituberculeuse
CMI	certificat médical initial
CN	colique néphrétique
CNO	compléments nutritionnels oraux
CNSA	caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
corticoR	corticorésistant
CP	concentré de plaquettes
CPA	concentrés plaquettaires d'aphérèse
CPA	cellules présentatrices d'antigène
CPIA	contre pulsion intra-aortique
CPK	créatine phosphokinase
CPP	comité de protection des personnes
CPRM	cholangiopancréatographie par résonance magnétique
CPS	concentré plaquettaire standard
CPT	capacité pulmonaire totale
CRCM	centre de ressources et de compétences pour la mucoviscidose
CRF	formes recombinantes circulantes
CRF	capacité résiduelle fonctionnelle
CRIP	cellule de recueil des informations préoccupantes
CRP	protéine c-réactive (marqueur non spécifique de l'inflammation)
CS	coefficient de saturation de la transferrine
CSH	cellules souches hématopoïétiques
CT	calcitonine
CTA	céphalées trigémino-autonomiques
CTF	capacité totale de fixation de la transferrine
CTG	cardiotocographie
CU	contractions utérines
CUMP	cellule d'urgence médico-psychologique
CV	champ visuel
CV	charge virale
CVO	crise vaso-occlusive
DAI	défibillateur automatisé interne
DAO	diamine oxydase
DAT	diamètre abdominal transverse
DC	débit cardiaque
DD	diagnostic différentiel
DDAC	donneurs décédés après arrêt cardiaque
DDB	dilatation des bronches
DDG	date de début de grossesse
DDME	donneurs décédés de mort encéphalique
DDR	date des dernières règles
DDR	date des dernières règles
DE	dysfonction érectile

Pré-rentree D2 AMPC 2018

DFG	débit de filtration glomérulaire
DHP	dihydropyridine
DIC	déficit immunitaire combiné
DICS	déficit immunitaire combiné sévère
DICV	déficit immunitaire commun variable
DIH	déficit immunitaire héréditaire
DIP	déficit immunitaire primitif
DIP	pneumopathie interstitielle desquamante
DIU	dispositif intra-utérin
DLFT	dégénérescence lobaire frontotemporale
DMO	densité minérale osseuse
DMU	dispositifs médicaux à usage unique
DNF	dégénérescences neurofibrillaires
DPA	douleur pelvienne aigue
DPB	dipropionate de béclo-métasone
DPC	duodéno-pancréatectomie céphalique
DPE	dénutrition protéo-énergétique
DPN	diagnostic prénatal
DPP4	dipeptidylpeptidase 4
DPR	débit plasmatique rénal
DRA	détresse respiratoire aiguë
DRESS	drug induced reaction with eosinophilia and systemic symptoms
DT	delirium tremens
DV	décubitus ventral
DVE	dérivation ventriculaire externe
DWI	IRM en séquence de diffusion
DXA	absorptiométrie biphotonique aux rayons X
EBO	endobrachyœsophage
EC	examen clinique
ECA	enzyme de conversion de l'angiotensine
ECGP	examen des caractéristiques génétiques d'une personne
ECM	érythème chronique migrant
ECT	électroconvulsivoTh
ECUN	entérocolite ulcéronécrosante
EDC	épisode dépressif caractérisé
EDTSA	écho doppler des TSA
EEP	exploration électrophysiologique
EFR	examens fonctionnels respiratoires
EFS	épiphyse fémorale supérieure
EGFR	epidermal growth factor
EI	endocardite infectieuse
EIC	espace intercostal
EMB	éthambutol
EMDR	eye movement desensitization and reprocessing
EN	évaluation numérique (de la douleur)
EP	embolie pulmonaire
EPCT	épilepsie à pointes centrotemporales
EPO	érythropoïétine
EPU	électrophorèse des protéines urinaires
ESAT	établissement et service d'aide par le travail
ETF	échographie transfontanellaire
ETS	établissement de transfusion sanguine
EV	espérance de vie
ez	enzyme
FA	fibrillation atriale
FAG	facilité d'accès à la greffe

Pré-rentree D2 AMPC 2018

FAM	foyers d'accueil médicalisés
FAN	facteurs antinucléaires = AAN
FAN	facteur natriurétique atrial
FCS	fausse couche spontanée
FCSP	fausse couche spontanée précoce
FCT	fausse couche tardive
FCU	frottis cervico-utérin
FESF	fracture de l'extrémité supérieure du fémur
FESH	fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus
FFR	fractional flow reserve
FG	filtration glomérulaire
FI	facteur intrinsèque
FIAT	fibrose interstitielle avec atrophie tubulaire
FID	fosse iliaque droite
FIG	fosse iliaque gauche
FIVA	fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
FLAIR	fluid attenuation inversion recovery
FMF	fièvre méditerranéenne familiale
FMT	fréquence cardiaque maximale théorique
FO	fond d'œil
FOGD	fibroscopie œso-gastro-duodénale
FOP	foramen ovale perforé
FPI	fibrose pulmonaire idiopathique
FQ	fluoroquinolone
FQ	fluoroquinolone
FQAP	fluoroquinolones anti-pneumococciques
FR	facteur rhumatoïde
FRAA	formation réticulée activatrice ascendante
FSH	follicle-stimulating hormon
FT	facteur tissulaire
FXTAS	fragile X tremor ataxia syndrom
FXTAS	fragile X tremor ataxia syndrom
GAFA	glaucome aigu par fermeture de l'angle
GEM	glomérulonéphrite extramembraneuse
GEM	glomérulonéphrite extramembraneuse
GEPA	granulomatose éosinophilique avec polyangéite
GEU	grossesse extra-utérine
GF	growth factor = facteur de croissance
GH	facteurs de croissance
GIR	groupe iso-ressource
GIU	grossesse intra-utérine
GLI	grossesse de localisation indéterminée
GN	glomérulonéphrite
GNA	glomérulonéphrite aiguë
GNEM	glomérulonéphrites extra-membraneuses
GnRH	gonadotropin releasing factor
GMRP	glomérulonéphrite rapidement progressive
GPA	granulomatose avec polyangéite
GR	globules rouges
GVM	grande valve mitrale
H	hormone
H	hormone
H-h	hypothalamo-hypophysaire
HA	hypoallergénique
HAA	hépatite alcoolique aiguë
HAP	hyperaldostérionisme primaire

Pré-rentrée D2 AMPC 2018

HAV	hyperactivité vésicale
Hb	hémoglobine
HbA1c	hémoglobine glyquée
HbCO	carboxyhémoglobine
HBP	hypertrophie bénigne de prostate
HBP	hypertrophie bénigne de prostate
HCDD	dépôts de chaînes lourdes isolées
HCG	gonadotrophine chorionique humaine
HCQ	hydroxychloroquine
HCS	hyperplasie congénitale des surrénales
HCSP	haut conseil de santé publique
HD	hémodynamique
HdS	hopital de semaine
HE	hyperéosinophilie
HES	hématoxyline éosine safran
HGPO	hyperglycémie provoquée par voie orale
hH	hypothalamo-hypophysaire
HI	hyperinsulinisme
HIC	hémorragie intra-crânienne
HIV	néphropathie associée au VIH
HIVAN	néphropathie associée au VIH
HLF	hyalinose segmentaire et focale
HLH	hémianopsie latérale homonyme
HMG	hépatomégalie
HMU	hypermobilité urétrale
HNPCC	hereditary non polyposis colorectal cancer
HPN	hémoglobinurie paroxystique nocturne
HPV	human papillomavirus
HRP	hématome rétro-placentaire
HSD	hématome sous-dural
HSF	hyalinose segmentaire et focale
HSH	hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes
HSMG	hépatosplénomégalie
HTP-CTE	hypertension pulmonaire thrombo-embolique chronique
HU	hauteur utérine
hypoG	hypoglycémie
hypoT°	hypothermie
hypoTH	hypothyroïdie
IAH	index d'apnées ou hypopnées
IC	insuffisance cardiaque
ICHD	<i>international classification of headaches disorders</i>
ICP	incision cervico-prostatique
ICT	index cardio-thoracique
iDPP4	inhibiteurs de la dipeptidylpeptidase 4
IDR	inhibiteur direct de la rénine
IDR	intradermoréaction à la tuberculine
IF	immunofluorescence
IFN	interféron
IGF	insulin growth factor
IGH	infection génitale haute
IGH	infection génitale haute
IGRA	interferon gamma release assay
IHC	insuffisance hépato-cellR
IHép	insuffisance hépatique
IIA	invagination intestinale aiguë
IIC	injections intracaverneuses

Pré-rentrée D2 AMPC 2018

IIM	infection invasive à méningocoque
IMAO	inhibiteurs de la monoamine oxydase
IMF	infection materno-fœtale
IMOC	infirmité motrice d'origine cérébrale
IMS	ischémie myocardique silencieuse
IMV	intoxicat ^o médicamenteuse volontaire
INCa	institut national du cancer
INH	isoniazide
INI	inhibiteur de l'intégrase
INNTI	inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse
INTI	inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse
IOA	infection ostéoarticulaire
IOT	intubation orotrachéale
IP	inhibiteur de la protéase
IPDE5	inhibiteurs de la phosphodiesterase de type 5
IPOP	instillation postopératoire précoce
IPS	infection potentiellement sévère
IPSS	international prostate symptom score
IR	infra-rouge
IRB	infection respiratoire basse
IRIS	sd de restauration immunitaire systémique
IRn	insuffisance rénale
IRs	insuffisance respiratoire
IS	insuffisance sphinctérienne
ISA	insuffisance surrénale aiguë
ISC	insuffisance surrénale chronique
ISr	insuffisance surrénale
ISrA	insuffisance surrénalienne aiguë
ISRS	inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine
ISRSNA	inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
IT	insuffisance tricuspide
ITL	infection tuberculeuse latente
itnt	intention
IU	incontinence urinaire
IUE	incontinence urinaire à l'effort
IUTR	incontinence urinaire transitoire réversible
IUU	incontinence urinaire sur urgenturies
IV	intra-veineuse
IVC	insuffisance veineuse chronique
IVIG	Ig polyvalentes IV
JNM	jonction neuromusculaire
JSC	jonction squamo-cylindrique
K_f	coefficient de filtration
KPS	kératite ponctuée superficielle
KTSP	cathétérisme sus-pubien
LADA	latent autoimmune diabetes in the adult
LB	lymphocytes B
LCC	longueur crano-caudale
LCDD	dépôts de chaînes légères isolées
LCH	luxation congénitale de hanche
LCOF	last observation carried forward
LEC	lithotritie extracorporelle
LED	lupus érythémateux disséminé
LEMP	leucoencéphalopathie multifocale progressive
LF	longueur fémorale
LGM	lésions glomérulaires minimes

Pré-rentrée D2 AMPC 2018

LGV	lymphogranulomatose vénérienne
LH	luteinising hormon
LHCDD	associat ^o de chaînes légères et de chaînes lourdes
LHPL	lymphome hodgkinien à prédominance lymphocytaire nodulaire
LIE	lésion intra-épithéliale
LIVM	lésions pulmonaires induites par la ventilation mécanique
LK	lymphangite carcinomateuse
LMC	leucémie myéloïde chronique
LMMC	leucémie myélomonocytaire chronique
LNH	lymphome non hodgkinien
LP	lymphome pulmonaire
LPS	lipopolysaccharide
LS	lobes supérieurs
MAC	complexe d'attaque membranaire
MAE	médicaments antiépileptiques
MAG	myelin-associated glycoprotein
MAI	maladie auto-immune
MAMA	méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
MAP	menace d'accouchement prématuré
MAPA	mesure ambulatoire de la pression artérielle = Holter tensionnel
MAT	microangiopathie thrombotique
MAV	malformation artérioveineuse
MBG	membrane basale glomérulaire
MCAD	acyl-coenzyme A déshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne
MCE	massage cardiaque externe
MCPS	mélange de concentrés plaquettaires standards
MDPH	maison départementale des personnes handicapées
MDR	multiple drug resistance tuberculosis
MDS	<i>myelodysplastic syndrome</i>
MDS	médicament dérivé du sang
MdT	médecin du travail
ME-	microscopie électronique
MGUS	monoclonal gammopathy of undetermined significance = gammopathie monoclonale de signification indéterminée
MH	maladie de Hodgkin
MHD	mesures hygiéno-diététiques
MIBG	méthyl-iono-benzyl-guanidine
MICI	maladie inflammatoire chronique de l'intestin
MIDD	monoclonal immunoglobulin deposition disease = sd de Randall
MIF	mesure d'indépendance fonctionnelle
MIN	mort inattendue du nourrisson
MISP	médecin inspecteur de santé publique
MMH	maladie des membranes hyalines
MMR	mismatch repair
MO	microscopie optique
MOC	maladies osseuses constitutionnelles
MPP	mal perforant plantaire
MRC	maladie rénale chronique
MROP	maladie respiratoire d'origine professionnelle
MSN	mort subite du nourrisson
MT	médiastino-thoracique
MT	miliaire tuberculeuse
MTEV	maladie thrombo-embolique veineuse
MTX	méthotrexate
MVO	maladie veino-occlusive
NAS	néphroangiosclérose

Pré-rentrée D2 AMPC 2018

NCM	néphropathie à cylindres myéломateux
ND	néphropathie diabétique
ND	néphropathie diabétique
NE	nutrition entérale
NEM	néoplasie endocrinienne multiple
NF1	neurofibromatose de type 1
NF1	neurofibromatose 1
NFS	numération-formule sanguine
NGA	néphropathie glomérulaire aiguë
NGIT	néoplasie germinale intratubulaire
NIA	néphrite interstitielle aiguë
NIC	néphropathie interstitielle chronique
NKCC2	co-transporteur Na-K-2Cl de l'anse de Henlé
NLPC	néphrolithotomie percutanée
NLPC	néphrolithotomie percutanée
NMc	neurone moteur central
NMMBC	neuropathie motrice multifocale avec blocs de conduct°
NMp	neurone moteur périphérique
NOi	monoxyde d'azote inhalé
NOIA	neuropathie optique ischémique antérieure
NP	nutrition parentérale
NRI	neuro-radio interventionnelle
NSE	neuron specific enolase
NSN	nombre de sujets nécessaires
NT-proBNP	fract° N-terminale de la pro-hormone BNP
NTA	nécrose tubulaire aiguë
NTIA	néphrite tubulo-interstitielle aiguë
NVA	néphropathie vasculaire aiguë
OACR	occlusion d'artère centrale de la rétine
OAM	orthèse d'avancée mandibulaire
OCT	tomographie en cohérence optique
OCT	optical coherence tomography = tomographie en cohérence optique
ODM	ostéodensitométrie
OEA	otoémissions acoustiques
OEAP	otoémissions acoustiques provoquées
OG	organes génitaux
OG	organes génitaux
OGE	organes génitaux externes
OGI	organes génitaux internes
OIN	ophtalmoplégie internucléaire
OMC	œdème maculaire cystoïde
OMC	otite moyenne chronique
ONED	observatoire national de l'enfance en danger
OPP	ordonnance de placement provisoire
OSM	otite sérumqueuse
p-ANCA	ANCA périmucléaires (anti myélopéroxydase)
PAF	polypose adénomateuse familiale
PAG	petit pour l'âge gestationnel
PAI	plan d'accueil individualisé
PAM	phospho-ammoniac-magnésien
PAN	périartérite noueuse
PAo	pression aortique
PAP	pression artérielle pulmonaire
PAP	projet d'accompagnement personnalisé
PAPm	pression artérielle pulmonaire moyenne
PAS	acide périodique de Schiff

Pré-rentree D2 AMPC 2018

PBR	ponction biopsie rénale
PC	perte de connaissance
PC	périmètre crânien
PC	pancréatite chronique
PC	pneumocystis jirovecii
PC	pneumocarioses
PCA	<i>patient controlled analgesia</i>
PCA	persistance du canal artériel
PCI	produit de contraste iodé
PCN	périmètre crânien de naissance
PCT	procalcitonine
PCT	procalcitonine
PCUM	pression de clôture urétérale maximale
PD	pharmacodynamie
PDC	produit de contraste
PDE5	phosphodiesterase de type 5
PEA	potentiels (neurogènes) évoqués auditifs
PEAA	potentiels évoqués auditifs automatisés
PED	pays en voie de développement
PEP	pression expiratoire positive
PEV	potentiels (neurogènes) évoqués visuels
PF	paralysie faciale
PFC	plasma frais congelé
PFLA	pneumonie franche lobaire aiguë
PG	prostaglandines
PG	pancréatectomie gauche
PGE2	prostaglandines E2
Ph	chromosome Philadelphie
PHS	pneumonie d'hypersensibilité
PIA	pneumopathie interstitielle aiguë
PIC	pression intra-crânienne
PIC	pneumonie interstitielle commune
PID	pneumopathie interstitielle diffuse
PINS	pneumopathie interstitielle non spécifique
PIO	pression intra-oculaire
PISA	proximal isovelocity surface area
PIT	primo-infection tuberculeuse
PK	pharmacocinétique
PKRAD	polykystose rénale autosomique dominante
PLA2-R	récepteur de la phospholipase A2
PLAP	phosphatase alcaline placentaire
PLP	protéines liant les pénicillines
PM	poids moléculaire
PM	pace maker
PMI	protection maternelle et infantile
PN	pyélonéphrite
PN	poids de naissance
PNA	pyélonéphrite aiguë
PNE	polynucléaires éosinophiles
PNSN	programme national nutrition santé
poàco	posologie à connaître
POC	pneumopathie organisée cryptogénique
POF	premature ovarian failure
POIC	pseudo-occlusion intestinale chronique
POM	paralysie oculomotrice
PP	placenta prævia

Pré-rentree D2 AMPC 2018

PPC	pression positive continue
PPR	pseudo-polyarthrite rhizomélique
PPS	plan personnalisé de soins
PPS	programme personnalisé de soin
PPS	projet personnalisé de scolarisation
PR	polyarthrite rhumatoïde
PR	poche de rétract° tympanique
PR	polyarthrite rhumatoïde
PSA	prostate specific antigen
PSDP	pneumocoques de sensibilité diminuée à la pénicilline
PSL	produits sanguins labiles
PTI	thrombopénie périphérique immunologique
PTI	purpura thrombopénique immunologique
PTLD	post-transplantation lymphoproliférative disease
PTT	purpura thrombotique thrombocytopénique
P_{UF}	pression d'ultrafiltration
PV	pronostic vital
PV	prélèvements vaginaux
PVB19	parvovirus B19
PVG	pression ventriculaire gauche
PVL	toxine de Panton-Valentine
PVM	petite valve mitrale
PZA	pyrazinamide
QdC	queue de cheval
QdV	qualité de vie
R	récepteur
RA	rétrécissement aortique
RAA	rhumatisme articulaire aigu
RAC	rétrécissement aortique calcifié
RAD	retour à domicile
RAI	recherche d'agglutinines irrégulières
RAU	rétention aiguë d'urine
RBP	retinol binding protein
RBR	rapport bénéfice / risques
RCF	rythme cardiaque fœtal
RCP	réunion de concertation pluridisciplinaire
RCT	réaction cutanée tuberculinique
RCV	risque cardiovasculaire
RD	rétinopathie diabétique
RHD	règles hygiéno-diététiques
RIVA	rythme idioventriculaire accéléré
RMP	rifampicine
RNP	ribonucléoprotéines
RPDE	rupture de la poche des eaux
RPM	réflexe photomoteur
RPM	rupture prématurée des membranes
RPM	résidu post-mictionnel
RQTH	reconnaissance en qualité de travailleur handicapé
RsTF	récepteur soluble de transferrine
rt-PA	<i>recombinant tissue-plasminogen activator</i>
RTUP	résection transurétrale de prostate
RTUV	résection transurétrale de la tumeur de la vessie
RVO	réflexe vestibulo-oculaire
RVS	réflexe vestibulo-spinal
RVS	réponse virologique soutenue
RVU	reflux vésico-urétéraux

Pré-rentrée D2 AMPC 2018

RXT	radiographie thoracique
SAA	sérum amyloïde A
SAAR	sténose athéromateuse de l'artère rénale
SACS	syndrome d'apnées centrales du sommeil
SAD	sondage urinaire à demeure
SAF	syndrome d'alcoolisation fœtale
SAHOS	syndrome d'apnées hypopnées obstructives du sommeil
SAM	syndrome d'activation macrophagique
SAMS	staph. aureus sensible à la méticilline
SAMSAH	service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAR	sténose de l'artère rénale
SAT	synovite aiguë transitoire
SAT/VAT	sérum / vaccin anti tétanos
SAVS	service d'accompagnement à la vie sociale
SB	substance blanche
sb	sensibilité
SBAU	symptômes du bas appareil urinaire
SBS	syndrome du bébé secoué
SC	sous-cutané
SDRE	soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat
SEES	sonde d'entraînement électrosystolique
SF	sage-femme
SFAR	sténose par fibrodysplasie de l'artère rénale
SFP	société française de pédiatrie
SFU	signes fonctionnels urinaires
SGA	streptocoque β-hémolytique du groupe A
SGB	streptocoque β-hémolytique du groupe B
SGE	streptocoque du groupe E
SGOT	ASAT
SGPT	ALAT
SGS	syndrome de Goujerot-Sjögren
SHA	syndrome hémorragique alvéolaire
SHE	syndrome hyperéosinophilique
SHU	syndrome hémolytique et urémique
SII	sd de l'intestin irritable
SIO	sphincter inférieur de l'œsophage
SIO	sphincter inférieur de l'œsophage
SIOP	société internationale d'oncologie pédiatrique
SIU	système intra-utérin
SLA	sclérose latérale amyotrophique
SLI	source lumineuse intermittente
SLO	syndrome de levée d'obstacle
SLT	shiga-like toxins
SMD	syndrome myélodysplasique
SMG	splénomégalie
SN	système nerveux
SN	syndrome néphrotique
SNG	sonde nasogastrique
SNG	sonde nasogastrique
SNI	syndrome néphrotique idiopathique
SNLGM	syndrome néphrotique à lésions glomérulaires minimes
SPDT	soins psychiatriques à la demande d'un tiers
SPM	syndrome pré-menstruel
SpO₂	saturation percutanée en O ₂
SRAA	système rénine-angiotensine-aldostérone
SRIS	syndrome de réponse inflammatoire systémique

Pré-rentrée D2 AMPC 2018

ssi	si et seulement si
SSM	<i>superficial spreading melanoma</i> = mélanome superficiel extensif
BOAG	β-oxydation des acides gras
ST	syndrome de Turner
STAR	steroidogenic acute regulatory protein
SUB	surdité unilatérale brusque
SVCR	syndrome de vasoconstriction réversible
T2*	séquence IRM en écho de gradient
T21	trisomie 21
T4	thyroxine
T4L	T4 libre
TA	trouble de l'adaptation
TACO	transfusion associated circulatory overload
TAG	trouble anxieux généralisé
TAVI	implantation percutanée d'une valve aortique
TBG	thyroxin-binding globulin
TC	traumatisme crânien
TC	tronc cérébral
TCA	temps de céphaline activée
TCC	thérapie cognitivo-comportementale
TCD	tube contourné distal
TCP	tubule proximal
TDH	trouble déficit de l'attent°, ± hyperactivité
TdC	troubles de la conduction
TE	thrombocytémie essentielle
TED	trouble envahissant du développement
TEP	thérapie d'exposition prolongée
TG	tumeur germinale
TG	triglycérides
Tg	thyroglobuline
TGA	transglutaminases
TGA IgA	IgA antitransglutaminases
TGNS	tumeur germinale non séminomateuse
TGS	tumeur germinale séminomateuse
TH	transplantation hépatique
TIH	thrombopénie induite par l'héparine
TIPMP	tumeurs intracanaux papillaires mucineuses pancréatiques
TIR	trypsine immunoréactive
TJ	tachycardie jonctionnelle
TM	tuberculose maladie
TM6	test de marche de 6 minutes
TME	transmission mère-enfant
TMF	transmission materno-fœtale
TMP-SMX	triméthoprime-sulfaméthoxazole = BACTRIM®
TN	taille de naissance
TNT	trinitrine
TOGD	transit œso-gastro-duodénal
TP	trouble panique
TP	taux de prothrombine
TPC	tuberculose pulmonaire commune
TPC	test post-coïtal
TPO	thyopéroxydase
TRALI	transfusion related acute lung injury
TRAPS	TNF-α receptor associated periodic syndrom
TRC	temps de recoloration cutanée
trith	trithérapie

Pré-rentrée D2 AMPC 2018

TROD	test d'orientation diagnostique rapide
TRPV5	canal épithélial ECaC du tube contourné distal
TS	tubes séminifères
TS	temps de saignement
TSA	tronc supra-aortique
TSA	trouble du spectre de l'autisme
TSA	trouble stress aigu
TSH	thyroi stimulating hormon
TSHus	TSH ultrasensible
TSPT	trouble stress post-traumatique
TTF1	thyroid transcription factor 1
TV	trouble visuel
TV	tassement vertébral
TVC	thrombose veineuse cérébrale
TVIM	tumeurs de la vessie infiltrant le muscle
TVNIM	tumeurs de la vessie non infiltrant le muscle
TVP	thrombose veineuse profonde
TVR	trouble ventilatoire restrictif
UCNT	<i>undifferentiated carcinoma of nasopharyngeal type</i>
UDI	usagers de drogues intraveineuses
UF	ultrafiltrat
UFC	unités formant colonie
UH	unités Hounsfield
ULIS	unités localisées pour l'inclusion scolaire
VA	voies aériennes
VA	viroatténuation
VAS	voies aériennes supérieures
VBP	voie biliaire principales
VCI	veine cave inférieure
VCT	variabilité à court terme du rythme cardiaque fœtal
VEC	volume extracellR
VeIP	vinblastine, ifosfamide, cisplatine
VIC	volum intracellR
VM	ventilation mécanique
VNG	vidéonystagmographie
VOP	vitesse de l'onde de pouls
VPN	valeur pronostique négative
PPPB	vertige positionnel paroxystique bénin
VQ	vie quotidienne
VRS	virus respiratoire syncytial
VRS	virus respiratoire syncytial
VVA	vaccin vivant atténué
VVC	voie veineuse centrale
WPW	Wolff Parkinson White

Pré-rentrée D2 AMPC 2018

SOMMAIRES

Fiche 1 Rédaction d'observation par Valentin de Lanoue	p.3
Fiche 2 Pneumologie par Valentin De Lanoue	p.6
Fiche 3 Réanimation par Guillaume Creuzet.....	p.7
Fiche 4 Dermatologie.....	p.18
Fiche 5 Endocrinologie par Pierre Hannoun	p.21
Fiche 6 Infectiologie par Louis Pot	p.26
Fiche 7 Radiologie par Thomas Samoyeau	p.27
Fiche 8 diabétologie par Eric de Labrouhe	p.29
Fiche 9 Rhumatologie par Liloïe Houette	p.40
Fiche 10 Gastrologie et hépatologie par Clotilde Dupré Latour ..	p.50
Fiche 11 Hépatologie par Sophie Villard	p.51
Fiche 12 Analyses Biologiques par Anna Borovkov.....	p.52
Aides pour les stages	p.54
Habillage au bloc par Ophélie Manchec	p.57
Instrumentalisation par Ophélie Manchec	p.61
ECG anomalies fréquentes et graves.....	p.69
ECG Normal.....	p.70
ABRÉVIATIONS fréquentes dans les livres et observation médicales	p.71
Remerciements.....	p.78