



**LIVRET n°3 :**

Recueil de fiches de cours de la pré-rentrée des  
DFASM1

Ca y est, tu tournes une nouvelle page, tu commences ton externat !

Ce livret t'est proposé pour accompagner ta pré - rentrée .  
C' est un condensé des fiches réalisées lors des pré - rentrées précédentes (ACRP et ex - AMPC).

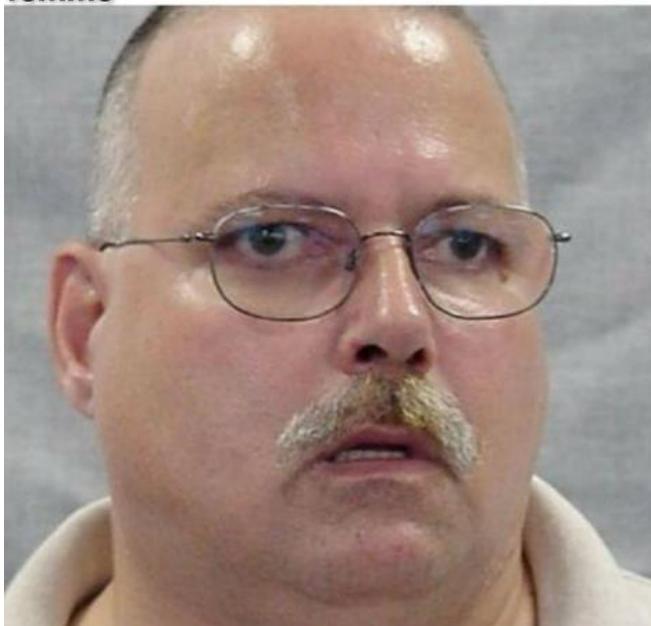
Un grand merci au travail de nos ainées !

Bonne chance et courage pour l'externat !!

---

**\*externe en stage en radiologie\* :**  
**"ah là sur l'IRM c'est sa prostate !"**

**le radiologue : "alors c'est une femme"**



## **SOMMAIRE :**

|  |              |
|--|--------------|
| <b>1. Observation médicale</b>           | <b>4-5</b>   |
| <b>2. Caractériser une douleur</b>       | <b>6</b>     |
| <b>3. ECG</b>                            | <b>7-9</b>   |
| <b>4. Analyses d'un bilan biologique</b> | <b>10-11</b> |
| <b>5. Hémato</b>                         | <b>12</b>    |
| <b>6. Gastro</b>                         | <b>13-17</b> |
| <b>7. Hépat</b>                          | <b>18-20</b> |
| <b>8. Pneumo</b>                         | <b>21-23</b> |
| <b>9. Dermato</b>                        | <b>24-25</b> |
| <b>10. Endocrino</b>                     | <b>26-30</b> |
| <b>11. Mémo Neuro</b>                    | <b>31</b>    |
| <b>12. Rhumato</b>                       | <b>32-39</b> |
| <b>13. Réanimation</b>                   | <b>40-43</b> |
| <b>14. Radiologie</b>                    | <b>44-45</b> |
| <b>15. Aides pour les stages</b>         | <b>46-49</b> |
| <b>16. Habillage au bloc</b>             | <b>50-51</b> |
| <b>17. Instruments au bloc</b>           | <b>52-56</b> |
| <b>18. Abréviations</b>                  | <b>57-70</b> |

**Merci à nos actuels internes, sans qui ces fiches n'auraient jamais vu le jour**

**Merci à la relecture** : Laurice Bou Gz, Aya Boughada,  
Marin Caumartin, Constance Pace

### 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<sub>2</sub> = XX %  
T° = XX,X°C

#### ATCD

- FdRCV
- ATCD chir
- ATCD med
- ATCD familiaux
- FdRCV

#### Ttt

- NOM COMMERCIAL®, dci, classe pharmacothérapeutique

#### MdV

- 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

#### HdM

- date de début
- raison justifiant la consultation ce jour particulièrement (aggravation ? nouveau signe associé ?)
- mode évolutif
- description précise de tous les symptômes

#### CI

- **TAILLE, POIDS**
- examen abdominal
- examen gynécologique
- examen urologique
- examen cardiovasculaire
- examen pneumologique
- ± examen neuro

#### PCI

- examens biologiques
- imagerie
- ECG
- bandelette urinaire

#### Hypothèses

- causes digestives
- causes gynécologiques

#### Conduite à tenir

- 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  
SpO<sub>2</sub> = 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 ménorragies, 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

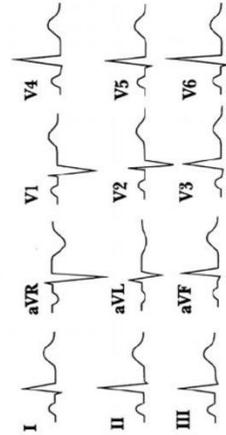
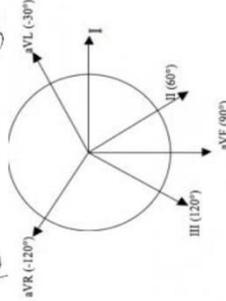
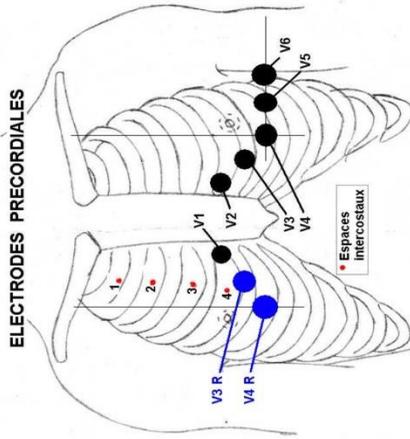
- bilan biologique
- bandelette urinaire
- β-hCG
- imagerie ?

## FICHE 2

## CARACTERISER UNE DOULEUR

|          |                            |   |
|----------|----------------------------|---|
| <b>M</b> | <b>Mode d'apparition</b>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Soudainement ?</li> <li>-Sur plusieurs jours ?</li> <li>-Sur plusieurs semaines ?</li> <li>-<u>Facteur déclenchant</u> : Mouvement particulier ? Lors d'une activité physique ?</li> </ul>  |
| <b>I</b> | <b>Intensité</b>           | -Situez <u>entre 0 - 10</u>   |
| <b>S</b> | <b>Siège</b>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Préciser le <u>quadrant</u> pour une douleur abdominale.</li> <li>-la <u>zone du crane</u> pour des céphalées.</li> </ul>   |
| <b>I</b> | <b>Type</b>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>-A quoi ressemble sa douleur ?</li> <li>-« ça tord, ça pique, ça brule, ça irrite, ça serre » (<u>éviter des questions qui orientent le patient</u>)</li> </ul>  |
| <b>I</b> | <b>Irradiations</b>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>-<u>Oui / Non</u> ?</li> <li>-Si oui, vers quelle partie du corps ?</li> </ul>   |
| <b>D</b> | <b>Durée</b>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pendant combien de temps ?</li> <li>-Disparition soudaine ou progressive ?</li> </ul>   |
| <b>R</b> | <b>Rythme</b>              | <ul style="list-style-type: none"> <li>-<u>Rythme inflammatoire</u> : Majoré en fin de nuit/matin, atténué au fil de la journée.</li> <li>-<u>Rythme mécanique</u> : Majoré à l'effort/ en fin de journée.</li> </ul>   |
| <b>A</b> | <b>Facteurs aggravants</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>-<u>Céphalées</u> : Lumière, bruit, mouvements.</li> <li>-<u>Douleurs articulaires</u> : Activité ou repos.</li> <li>-<u>Douleur thoracique</u> : modifiée par respiration, la palpation, par l'effort.</li> </ul>   |
| <b>C</b> | <b>Facteurs Calmants</b>   | - <u>Douleurs abdominales</u> : Soulagées ou aggravées par l'alimentation, soulagées par selles ou vomissements.  |
| <b>S</b> | <b>Signes associés</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Nausées / vomissements ?</li> <li>-Irritation des amplitudes articulaires ?</li> <li>-Dyspnée ?</li> <li>-<u>Aspects inflammatoires</u> : Rougeur, douleur, tuméfaction ?</li> <li>-<u>AEG</u> = Les « 3 A » : Asthénie, Anorexie, Amaigrissement.</li> </ul> |

## ELECTRODES PRECORDIALES



## ECG normal

1. **Axe** :  $-30^\circ$  (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 (SIQ3)

HypoK / hyperK / IDM

Péricardite / IDM / intox Digitaliques

HyperCa / hypoCa

HypoK

## ECG : les anomalies fréquentes

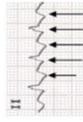
### FA

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



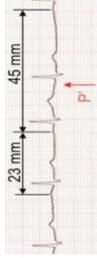
### Flutter auriculaire

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



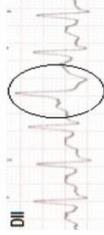
### ESA

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



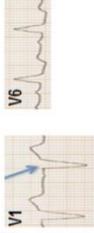
### ESV

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



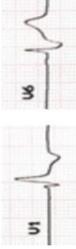
### Bloc de branche G

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



### Bloc de branche D

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



### BAV 1

PR > 200ms constant



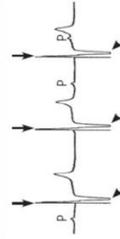
### BAV 3

Dissociation entre les ondes P et les QRS



### Pace maker

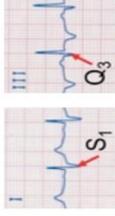
Spikes précèdent l'activité auriculaire ou ventriculaire (rythme électro-entraîné)  
QRS élargis



## ECG : les anomalies graves

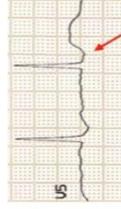
### EP

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



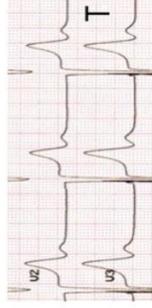
### Hypercalcémie

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



### Hyperkaliémie

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



### SCA ST- / ST+

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



### Tachycardie ventriculaire

Tachycardie non sinusale  
QRS élargis monomorphes



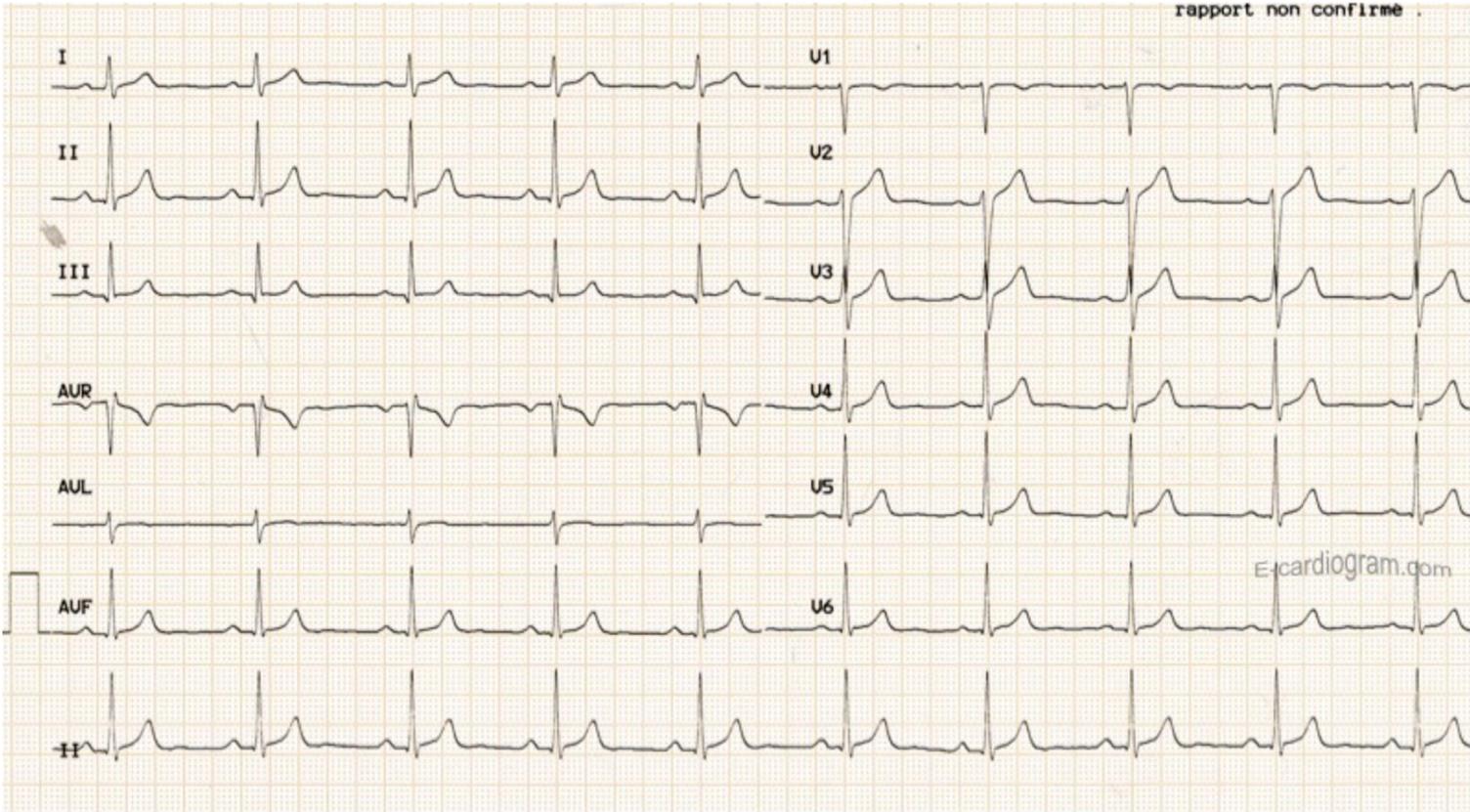
### Torsade de pointe

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

QT long



ECG Normal d'un patient de 35 ans



# FICHE 4

## Analyse d'un bilan biologique

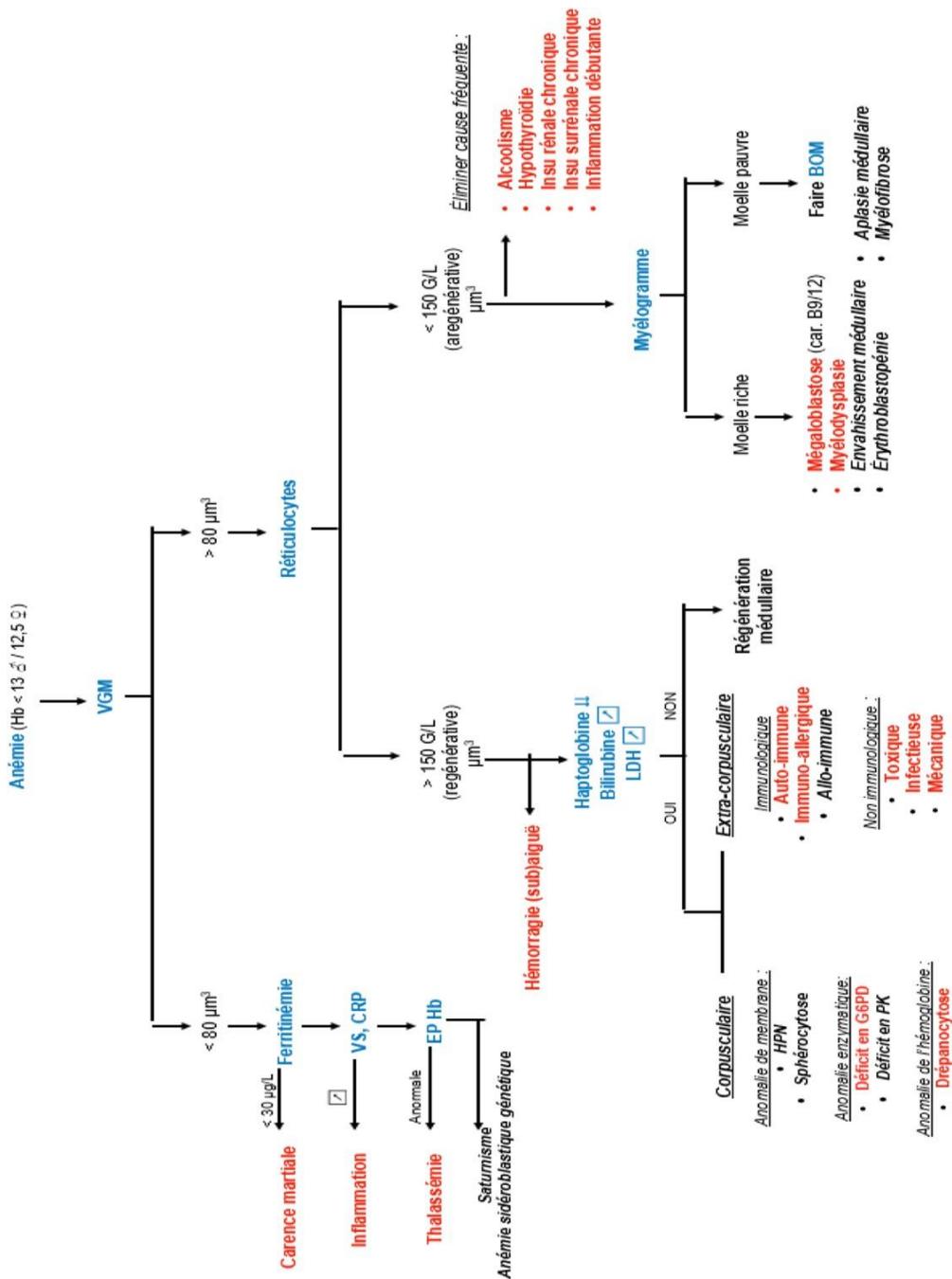
|                        |   |
|------------------------|---|
| <b>ALAT</b>            | alanine aminotransférases (transaminase spécifique au foie)       |
| <b>ASAT</b>            | aspartate aminotransférases (transaminase du foie et des muscles) |
| <b>BNP</b>             | beta natriuretic peptid   |
| <b>CPK</b>             | créatine phosphokinase  |
| <b>CRP</b>             | protéine c-réactive (marqueur non spécifique de l'inflammation)   |
| <b>DFG</b>             | débit de filtration glomérulaire                                  |
| <b>EP</b>              | embolie pulmonaire  |
| <b>GEU</b>             | grossesse extra-utérine   |
| <b>Hb</b>              | hémoglobine   |
| <b>HbA1c</b>           | hémoglobine glyquée   |
| <b>NFS</b>             | numération-formule sanguine                                       |
| <b>PCT</b>             | procalcitonine  |
| <b>SpO<sub>2</sub></b> | saturation percutanée en O <sub>2</sub>                           |
| <b>T4</b>              | thyroxine   |
| <b>TCA</b>             | temps de céphaline activée  |
| <b>TP</b>              | taux de prothrombine  |
| <b>TSH</b>             | thyroi stimulating hormon   |
| <b>TVP</b>             | thrombose veineuse profonde                                       |
| <b>EN</b>              | évaluation numérique (de la douleur)                              |

| Organe concerné  |       | Examens biologiques                 | Visée de l'examen<br><i>(dans le contexte de l'organe concerné)</i>   |
|--|-------|-------------------------------------|---|
|    | Sang  | Hémoglobine                         | - anémie ?<br>- polyglobulie ?  |
|  |       | NFS-plaquettes                      | - syndrome inflammatoire ?<br>- leucopénie ?<br>- thrombopénie ?  |
|  |       | TP / TCA                            | - anomalie de coagulation<br>- bilan pré-opératoire   |
|  |       | Ferritine                           | - carence en fer ?  |
|   | Reins | Créatinine                          | - évaluation de la fonction rénale → calcul du DFG  |
|  |       | Urée                                | - insuffisance rénale ? (aiguë ? chronique ? par quel mécanisme ?)<br>- ⚡ hémorragie digestive ?  |
|  | Foie  | TP                                  | - évaluation de la fonction hépatique   |
|  |       | gammaGT                             | - examen d'orientation :<br>- élevés = atteinte hépatique<br>- bas = chercher ailleurs !  |
|  |       | PAL                                 | - cholestase ?<br>- ⚠ ! : si pas d'élévation des gammaGT, s'orienter vers une origine osseuse   |
|  |       | ASAT / ALAT                         | - cytolyse ?  |
|  |       | Bilirubine totale, libre, conjuguée | - Bili totale > 50 µmol/L → ictère franc<br>- à bili libre = hémolyse ?<br>- à bili conj ? = cholestase intra/extra-hép<br>🔗 <b>RÉFLEXE</b> : regarder les PAL, écho abdo |
|  | Cœur  | BNP / NT-proBNP                     | - dyspnée d'origine cardiaque ?   |
|  |       | Troponine                           | - souffrance myocardique ? (infarctus ?)  |

| Organe concerné  |          | Examens biologiques | Visée de l'examen<br>(dans le contexte de l'organe concerné)   |   |
|--|----------|---------------------|--|---|
|  | Poumons  | D-dimères           | - thrombose ? (TVP, EP ?)<br>- <b>Δ !</b> : implique la réalisation d'un angioTDM ou écho-doppler si positifs !<br>- <b>Δ !</b> : à interpréter selon le contexte (âge, ttt anticoagulant...)              |   |
|  |          | Gaz du sang         | SaO <sub>2</sub>   | - hypoxémie ?   |
|  |          |                     | pH   | - acidose ? alcalose ? (origine respiratoire ? origine métabolique ?) |
|  |          |                     | CO <sub>2</sub><br>HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>   |   |
|  | Thyroïde | TSH                 | - hypothyroïdie ?<br>- hyperthyroïdie ?  |   |
|  |          | T4                  | - <b>Δ !</b> : seulement dans les cas où la TSH est ininterprétable !  |   |
| Autres   |          | Fibrinogène         | - syndrome inflammatoire ?<br>- CIVD ?   |   |
|  |          | Ionogramme sanguin  | - trouble ionique ? → peut expliquer<br>- arythmie (K <sup>+</sup> )<br>- troubles du comportement, crises convulsives, coma, nausées, vomissements (Na <sup>+</sup> )<br>- dépression (Ca <sup>++</sup> ) |   |
|  |          | Calcémie            | - <b>Δ !</b> : ne fait pas partie de l'ionogramme<br>- <b>REFLEXE</b> : nécessite de doser l'albumine pour calculer le Ca <sup>++</sup> corrigé  |   |
|  |          | CRP                 | - syndrome inflammatoire ? (peu spécifique)  |   |
|  |          | PCT                 | - infection bactérienne ?  |   |
|  |          | β-hCG               | - grossesse en cours ?<br>- <b>REFLEXE</b> : GEU ?   |   |
|  |          | CPK                 | - crise d'épilepsie ?<br>- rhabdomyolyse ?   |   |
|  |          | Lipase              | - pancréatite ?  |   |
|  |          | OH                  | - alcoolisation aiguë ?  |   |
|  |          | HbA1c               | - <b>suivi</b> du diabète ( <b>Δ !</b> : donc <b>JAMAIS</b> aux urgences)  |   |
|  |          | Albumine            | - dénutrition ?<br>- syndrome néphrotique ?<br>- <b>REFLEXE</b> : indispensable au calcul du Ca <sup>++</sup> corrigé  |   |

# FICHE 5

## Court récap Hémato



# FICHE 6

## GASTRO

| <b>Pathologies</b>           | <b>Symptômes</b>   | <b>Diagnostic</b>   | <b>Traitement</b>   | <b>Etiologie/FdR</b>  |
|------------------------------|--|---|---|---|
| <b>Cancer de l'œsophage</b>  | -Dysphagie aux solides<br>-AEG                                   | <b>-EOGD + Biopsie</b><br>-Bilan d'extension:<br>TDM TAP,EE, TEP, examen ORL                                | -Chirurgie<br>-Radiochimio  | -CE: Tabac+OH<br>-ADK: RGO, EBO, surpoids, tabac,<br><b>!</b> |
| <b>RGO</b>                   | <b>-Pyrosis</b><br>-Toux chronique                               | -Clinique<br>-EOGD selon âge et FdR   | <b>-IPP</b>   | -Obésité<br>-Hernie hiatale                                   |
| <b>UGD</b>                   | -Faim douloureuse<br>-Dlr épigastrique                           | -EOGD avec biopsies des berges si UG et recherche d'H.pylori  | <b>-Eradication H.Pylori</b><br>-IPP<br>-Geste local si saignement  | <b>-AINS ++</b><br>-HP<br>- ± AAG, AC, CTC                    |
| <b>Cancer de l'estomac</b>   | <b>-Peu spécifique</b><br>(AEG, RGO, ...)                        | <b>-EOGD avec biopsie</b><br>-Bilan d'extension :<br>TDM TAP ± EE   | -Chirurgie -> Supplementatio<br>n B12<br>- ± Radiochimio            | <b>-HP ++</b><br>-ATCD fam                                    |
| <b>Pancréatite aigue</b>     | -Dlr épigastrique transfixiante<br>-Vomi, iléus                  | <b>-Association douleur + lipase &gt; 3N</b><br>- Echo abdo (étiologie)<br>-TDM abdo inj (gravité à 48-72h) | <b>-Mise à jeun</b><br>-Hydratation IV<br>-Ttt étio                 | -Cacul biliaire 40%<br>-OH chronique 40%                      |
| <b>Pancréatite chronique</b> | -Dlr épigastrique transfixiante chro<br>-Stéatorrhée<br>-Diabète | -TDM abdo sans inj/avec inj<br>-CPRM<br>-EE   | <b>-Sevrage</b><br>-Ttt sympt (dlr, extrait pancréatique, insuline) | <b>-OH chro ++</b>  |
| <b>Cancer du Pancréas</b>    | -Ictère<br>-Dlr épigastrique solaire<br>-AEG                     | <b>-TDM abdo inj</b><br>-Biopsie (sauf si Ttt chir)   | -Chirurgie = DPC (rare)<br>-Chimio                                  | <b>-Tabac ++</b><br>-Diabète<br>-Pancréatite chronique        |
| <b>MICI</b>                  | -Dlr abdo<br>-Tb transit   | -EOGD + coloscopie avec biopsies<br>-± examens d'imagerie   | -Anti-inflm<br>-Anti-TNFa<br>-± Chir                                | -FdR génétique et evrnmnt                                     |

|   |   |  |  |  |
|---|---|--|--|--|
| <b>Maladie Coeliaque</b>                | -Diarrhée chro<br>- Malabsorption                                 | -EOGD + biopsies duodénales<br>-IgA antitransglutamine et antiendomysium   | <b>-Régime sans gluten ++</b>  | -Terrain génét AI  |
| <b>Syndrome de l'intestin irritable</b> | -Dlr abdo chro intermittente<br>-Ballonnement abdo<br>-Tb transit | <b>-Clinique +++</b><br>-Autres examens complémentaires en fct contexte pour éliminer pathologie organique             | <b>-Réassurance ++</b><br>- Antispasmodiques<br>-Régulateurs transit<br>-RHD | <b>-Q</b>  |
| <b>Cancer colorectal</b>                | -Rectorragie, méléna, anémie<br>-Tb Transit<br>-Sd rectal         | <b>-Coloscopie avec biopsie</b><br>-Bilan d'extension : TDM TAP si <u>colon</u><br>EE rectal+IRM pelv si <u>rectal</u> | -Chirurgie<br>-Radiothérapie<br>-Chimio                                      | <b>-Age &gt;50 ans</b><br>-ATCD perso/fam<br>-MICI,<br>acromégalie<br>-Sd Lynch, PAF |
| <b>Hémorroïdes</b>                      | -Dlr<br>-Hémorragie<br>-Prolapsus hémorr                          | -Anuscopie<br>[!]Si rectorragie = suspicion CCR = Coloscopie[!]  | -Normalisat° du transit<br>-Ttt endoscopique<br>-Ttt chir                    | -T3 grossesse, post partum<br>-Constipation, dyschésie                               |

| <b>Pathologie</b>    | <b>Symptômes</b>                       | <b>Diagnostic</b>                                      | <b>Traitement</b>     | <b>Étiologie/FdR</b>        |
|----------------------|--|--|-----------------------|-----------------------------|
| <b>Diverticulite</b> | -Dlr FIG<br>-Fièvre                    | -Sd inflammatoire (NFS + CRP)<br>-TDM                  | -ATB<br>-± Chir       |                             |
| <b>Appendicite</b>   | -Dlr et défense FID<br>-Fièvre         | -Sd inflammatoire (NFS + CRP)<br>- Echo abdo ++ ou TDM | -ATB<br>-Chir         |                             |
| <b>Péritonite</b>    | -Abdo chirurgicale<br>-± Choc septique | -Clinique ++<br>-± TDM                                 | -Chirurgie en URGENCE | -Perforation d'organe creux |

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <b>Diarrhée aiguë</b><br><b>(&lt;2 semaines)</b>     | <b>Sd dysentérique</b><br>Méca entéro-invasif                       | -Sang<br>-Glaire<br>-Pus<br><b>-FIEVRE</b>  | <b>-Infectieux +++</b><br>-MICI   |
|  | <b>Sd cholériforme</b><br>Méca sécrétoire                           | -Aqueux<br>-Profus<br>- « eau de riz »<br><b>-PAS DE FIEVRE</b>   |   |
| <b>Diarrhée chronique</b><br><b>(&gt;4 semaines)</b> | <b>Motrice</b><br><i>Acc du transit</i>                             | -post prandial/réveil<br>-Régression au jeûne<br>-Débris alimentaires<br>-Pas d'AEG<br>-Test rouge carmin | <b>-Trouble fonctionnel de l'intestin +++</b><br>-Hyperthyroïdie            |
|  | <b>Osmotique</b><br><i>Appel d'eau hyperosmotique intraluminal</i>  | -Selles liquides<br>-Pas d'AEG ni malabsorption<br>-Cède en l'absence d'agent hyperosmotique/au jeûne     | <b>-Laxatifs (PEG, lactulose) ++</b><br>-Déficit en lactase                 |
|  | <b>Malabsorptive</b><br><i>Maldigestion</i>                         | -AEG<br>-Carences<br>-±diarrhée grasseuse=stéatorrhée   | <b>-Maladie coéliquale+</b><br><b>-Insuffisance pancréatique exocrine +</b> |
|  | <b>Exsudative = lésionnelle</b><br><i>Fuite de lymphe ET plasma</i> | <b>-Clairance fécale Alpha-1-antitrypsine &gt;20mL/min</b><br>-Carences                                   | -<br>Lymphangiectasie<br>-Tumeurs, <b>colites inflammatoires ++</b>         |
|  | <b>Sécrétoire</b>   | -Abondante et hydrique<br>-Pas régression complète au jeûne<br>-Hypokaliémie et perte bicarbonates        | -<br>-Colites<br>-Parasitoses chroniques                                    |

| <b>Syndromes occlusifs</b>     |   |  |
|--------------------------------|---|--|
| <b><u>Caractéristiques</u></b> | <b><u>Occlusion haute</u></b>   | <b><u>Occlusion basse</u></b>  |
| <b>Siège</b>                   | Intestin grêle  | Cadre colique ou rectum  |
| <b>Signes fonctionnels</b>     | Importants :<br><b>-AEG +</b><br>Déshydratation<br><br>-Dlr vives<br><br>-Vomissements précoces et abondants<br><br>-AMG retardé  | -État général Igtps conservé<br><br>-Arrêt précoce des matières<br><br>-Dlr peu intenses<br><br>-Vomissements rares et tardifs mais fécaloïdes |
| <b>Auscultation</b>            | Météorisme abdo minime  | <b>Météorisme abdo +++</b>   |
| <b>Imagerie</b>                | -NHA multiples, centraux, plus larges que hauts<br><br>-Valvules conniventes d'un bord à l'autre de l'intestin<br><br>-Zone de transition grêle dilaté/grêle plat<br><br><b>-Feces sign =</b><br>présence d'une stagnation des selles | -NHA rares, périph, plus hauts que larges<br><br>-Haustrations coliques larges n'allant pas d'un bout à l'autre du côlon                       |

### Péritonites

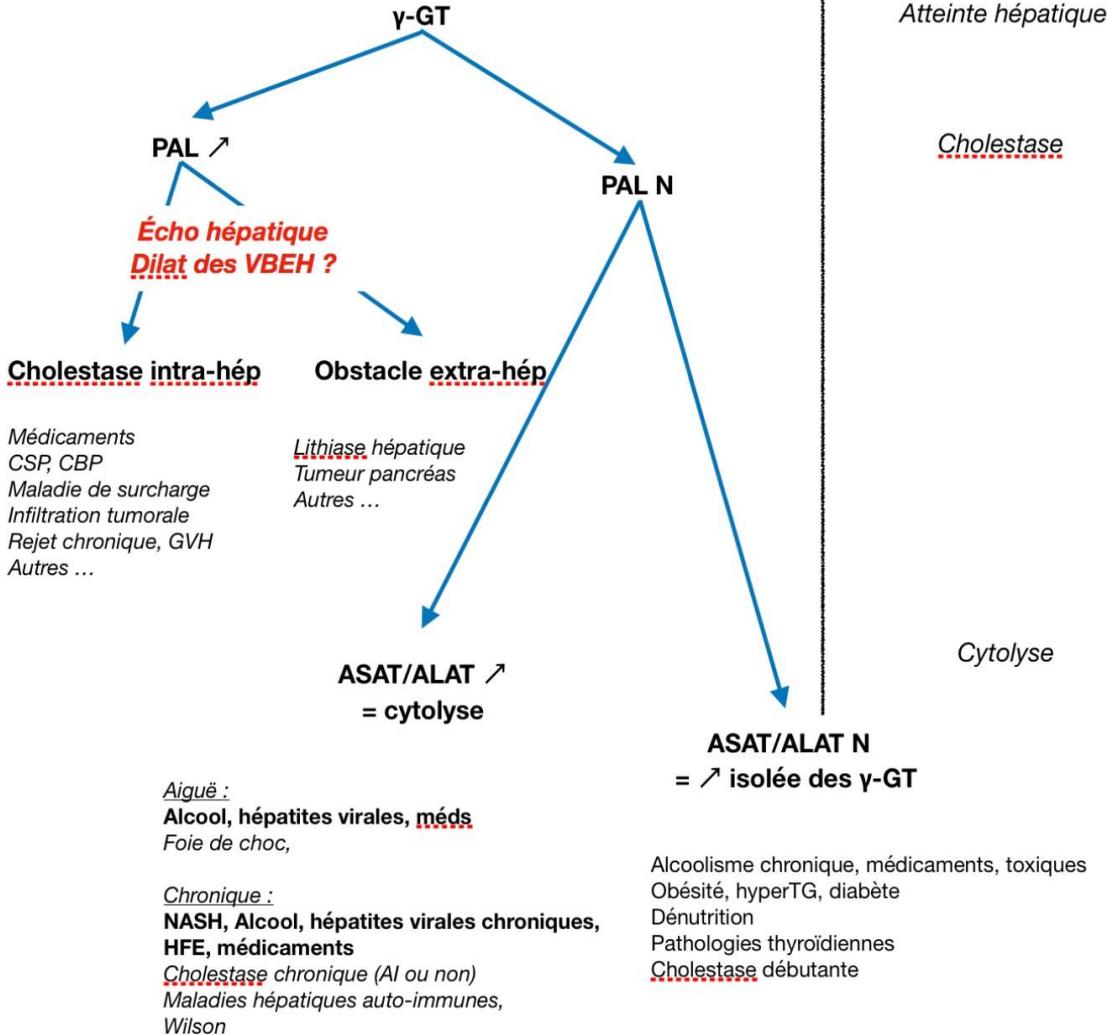
| <u>Caractéristique</u>                | <u>Appendiculaire</u> | <u>Perforation d'ulcère</u> | <u>Perforation de diverticule sigmoïdien</u> |
|---------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|--|
| <b>Début</b>                          | Progressif            | Brutal                      | Progressif                                   |
| <b>Maximum des signes péritonéaux</b> | Fosse iliaque droite  | Epigastre                   | Fosse iliaque gauche                         |
| <b>Fièvre, hyperleucocytose</b>       | Oui                   | Non au début                | Oui  |
| <b>Pneumopéritoine</b>                | Non                   | Oui, parfois discret        | Oui  |

### Dépistage cancer Colo-rectal

| <u>Risque</u>     | <u>Population concernée</u>  | <u>Modalité de dépistage</u>  |
|-------------------|--|---|
| <b>Moyen</b>      | H et F > 50ans,<br><b>ASYMPTOMATIQUES</b>                            | <b>Test immuno</b> : recherche de saignement occulte dans les selles/2ans |
| <b>Elevé</b>      | Acromégalie/MICI/ATCD familial de CCR/ATCD perso d'adénome ou de CCR | <b>-PAS de test immuno</b><br>-Coloscopie (fréquence selon la pathologie) |
| <b>Très élevé</b> | -PAF<br>-Sd de Lynch   | -Coloscopies itératives avec chromoendoscopie<br>-Chir prophylactique     |

Paramètre biologique

Conséquences



Bilan hépatique

|   | Pathologie  | Examens biologiques de première intention  |
|---|---|--|
| <b>HÉPATITES VIRALES</b>                | <b>NASH</b>   | Contexte (IMC, EAL, syndrome métabolique), éliminer autres causes                          |
|   | <b>Alcool</b>   | Contexte, bloc $\beta$ - $\gamma$ à l'EPS, éliminer autres causes                          |
|   | <b>VHA</b>  | <b>IgM anti-VHA</b>  |
|   | <b>VHB</b>  | <b>Ag HBs, IgM HBc, si positif ARN viral</b>   |
|   | <b>VHC</b>  | <b>IgG anti-VHC, si positif ARN viral + génotypage</b>                                     |
|   | <b>VHD</b>  | <i>Uniquement si VHB+ : IgM anti-VHD + PCR ARN VHD</i>                                     |
|   | <b>VHE</b>  | IgM & IgG anti-VHE, PCR sang & selles  |
|   | <b>HSV, CMV, EBV</b>  | Selon contexte, en 2ème intention plutôt   |
|   | <b>Hémochromatose</b>   | <b>CST &gt; 45%</b> (indisp.), ferritinémie $\nearrow$ , mutation <b>HFE (C282Y, H63D)</b> |
|   | <b>Hépatite auto-immune type 1</b>  | Ac anti-noyaux & Ac anti-muscles lisses spécificité active                                 |
| <b>Hépatite auto-immune type 2</b>      | Anti-LKM1 (liver kidney microsome 1)  |  |
| <b>Cholangite sclérosante primitive</b> | Facteurs anti-nucléaires (50%), p-ANCA (80%)  |  |
| <b>Cirrhose biliaire primitive</b>      | Ac anti-M2 (mitochondries type 2)   |  |
| <b>Maladie de Wilson</b>                | Cuivre libre $\nearrow$ , Cu total & lié à la céruléoplasmine $\searrow$ , cuivrurie 24h $\nearrow$ |  |
| <b>Autres infections</b>                | Selon contexte : leptospirose, SIDA, syphilis, fièvre Q, brucellose, tuberculose, ...               |  |

| <b><u>Différentes hépatites aiguës (Cytolyse hépatique)</u></b> |   |
|---|---|
| <b>Hépatite aiguë</b>   | TP > 50%                                    |
| <b>H.a. grave</b>   | TP < 50%                                    |
| <b>H.a fulminante</b>   | TP < 50% + ENCEPHALOPATHIE < 15 jours après |
| <b>→ Hospitalisation en réanimation</b>                         |   |

| <b><u>Signes cliniques insuffisance hépatique chronique</u></b>            |                                  |
|--|----------------------------------|
| <b>Insuffisance hépatocellulaire</b>                                       | <b>Hypertension portale</b>      |
| Encéphalopathie hépatique  | Circulation veineuse collatérale |
| Ictère à bilirubine conjuguée  | Varices œsophagiennes            |
| Hyperœstrogénie (Chez l'Homme)   | Ascite                           |
| Angiome stellaires, érythrose palmaire, Hippocratisme digital, leuconychie | Hépatosplénomégalie              |

| <b>Cirrhose</b>      |  |
|----------------------|--|
| <b>Clinique</b>      | Bord dur et tranchant, signes d'IHC et d'HTP   |
| <b>Biologie</b>      | Baisse TP et FV, pancytopénie modérée, hypo-albuminémie  |
| <b>Imagerie</b>      | Hypertrophie segment I (gauche), hypotrophie IV (droite)   |
| <b>Gravité</b>       | Évaluation de la fibrose<br>Score <b>CHILDS</b> (Tabac) et <b>MELD</b> (BIC)   |
| <b>Complications</b> | Rupture de VO, encéphalopathie, infection spontanée du liquide d'ascite, syndrome hépato-rénal, sd pneumo-rénal, CHC |

| <b>Pathologies des voies biliaires</b> |  |   |                             |
|--|--|---|-----------------------------|
|  | <b>Clinique</b>  | <b>Bilan</b>                                | <b>Traitement</b>           |
| <b>Colique hépatique</b>               | Douleur < 6h<br><b>Apyrétique, Ø défense, Ø ictère</b> | Ø cholestase<br>Echo hépatique (± en ville] | Chir à distance             |
| <b>Cholécystite</b>                    | <b>CH &gt; 6h OU fébrile OU défense</b>                | Ø cholestase<br>Echo hépatique en U         | ATB + chir en U             |
| <b>Angiocholite</b>                    | Douleur -> Fièvre -> Ictère                            | Cholestase,<br>doser TP<br>Echo/TDM en U    | ATB ± désob.<br>VBP en U    |
| <b>Lithiase asympto. Vésicule</b>      | Asymptomatique   | Aucun                                       | Aucun                       |
| <b>Lithiase asympto. VPB</b>           | Asymptomatique   | Selon Ttt choisi                            | Chir/CPRE<br>Selon contexte |

**Orientation face à une Dyspnée Aiguë**

| Type                | Diagnostic                            | Terrain/Anamnèse   | Examen Clinique  | Examen Complémentaire  | Traitement  |
|---------------------|---------------------------------------|--|--|--|---|
| <b>Inspiratoire</b> | <b>Inhalation corps étranger (CE)</b> | Début brutal, chez l'enfant/sujet âgé  | Rechercher syndrome de pénétration (toux, tirage, cornage, cyanose)  | Radiothorax : Recherche hyperclarté, atelectasie, ± CE                     | Extraction par bronchoscopie souple (rigide si échec) |
|                     | <b>Laryngite sous-glottique</b>       | Enfant de 1 à 3 ans, début souvent nocturne. Rechercher une infection virale récente | Fièvre, toux rauque ou aboyante, signes cliniques de rhinopharyngite   | Aucun indispensable  | Corticothérapie                                       |
|                     | <b>Œdème de Quincke</b>               | Terrain allergique. Rechercher des expositions (Tah Dr.House)                        | Signes cutanéomuqueux (urticaire, 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**

|   |   |   |  |   |
|---|---|---|--|---|
| <p><b>Crise d'asthme</b></p>              | <p>Sujet jeune, début nocturne. Rechercher exposition à facteurs environnementaux, Ttt actuel si asthme connu.</p>              | <p>Signes de rhinite allergique, critères de gravité, sibilants à l'auscultation</p>                            | <p>Radio thorax (diagnostic différentiel)</p>                            | <p>Crise légère ou modérée : BDCA inhalé + corticoïde oral + O2<br/>Crise grave : BDCA + Anticholinergique + corticoïde systémique + O2</p> |
| <p><b>Exacerbation de BPCO</b></p>        | <p>ATCD de BPCO, sujet âgé fumeur, exposition à facteurs favorisants, Ttt actuel si BPCO connu</p>                              | <p>Critères de gravité (détresse respiratoire aiguë) et d'hospitalisation (terrain), foyer à l'auscultation</p> | <p>Radio thorax + ECG + NFS/CRP + GDS</p>                                | <p>O2 + BDCA ± Anticholinergique ± ATB</p>  |
| <p><b>Œdème aigu pulmonaire (OAP)</b></p> | <p>Sujet âgé, ATCD cardio (HTA, coronaropathie, valvulopathie), rechercher un agent causal (surcharge hémodynamique, IDM..)</p> | <p>Orthopnée, expectorations mousseuses, râles crépitants à l'auscultation</p>                                  | <p>ECG + BNP + ETT + Radio thorax (cardiomégalie, flou péri-hilaire)</p> | <p>Diurétique + Dérivés nitrés (si absence d'hypotension) + O2</p>  |

**Pas de trouble du cycle respiratoire**

|  |   |  |  |   |
|--|---|--|--|---|
| <p><b>Pneumopathie infectieuse (PNI)</b></p> | <p>Contage, immunodépression, fièvre, ATCD pneumo, ATCD tuberculose</p>   | <p>Douleur tho pleurale, polypnée, toux et expectorations, crépitants à l'auscultation<br/>Gravité : Evaluation CRB 65</p>                                     | <p>Radio thorax (sd alvéolaire ou interstitiel) + hémocultures + ECBC + antigénurie pneumocoque et légionelle si réa (BK crachats et LBA selon contexte)</p> | <p>ATB probabiliste (traiter en 1<sup>ère</sup> intention pneumocoque et légionelle) en attendant résultats biologiques ± O2 si besoin</p>                  |
| <p><b>Embolie pulmonaire (EP)</b></p>        | <p>Rechercher des FdR (trouble constitutionnel de l'hémostase, cancer, trauma récent, immobilisation, chir récente, ATCD MTEV, grossesse, contraception oestroprogestative, etc...)</p> | <p>Présentation en choc ou tableau polymorphe (douleur tho, signes TVP...) Attention l'examen clinique peut être normal ++ Estimation d'une proba clinique</p> | <p>Proba non forte : D-Dimères<br/>Proba forte : Angio-TDM ou Scintigraphie ventilatoire<br/>Patient en choc : ETT</p>                                       | <p>Anticoagulation curative<br/>Patient en choc : Fibrinolyse Si CI à l'anticoagulation ou récurrence sous Ttt anticoagulant bien conduit : Filtre cave</p> |
| <p><b>Pneumothorax (PNO)</b></p>             | <p>Sujet jeune lonquique, ATCD de PNO, rechercher un trauma tho récent</p>  | <p>Douleur tho brutale homolatérale rythmée par la respiration, toux sèche, tympanisme à la percussion, abolition VV, diminution MV</p>                        | <p>Radio thorax : Décollement du poumon par rapport à la plèvre + refoulement du médiastin côté controlatéral ± épanchement pleural (hémothorax++)</p>       | <p>Abstention thérapeutique ou drainage pleural Si PNO compressif : Exsufflation en urgence à l'aiguille puis drainage pleural</p>                          |

# FICHE 9

# DERMATO

## 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), érythrodermie (>90%, plusieurs semaines)  
érythème de stase : cyanose, livido (racemosa ou réticulaire)

### ▪ ne s'efface pas à la vitropression : **purpura**

- *pétéchial* (<2mm), *en vibice* (stries), *ecchymotique* (tâche), *nécrotique*
- 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'appui, 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
- *ichtyosiforme* : en écaille de poissons

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

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

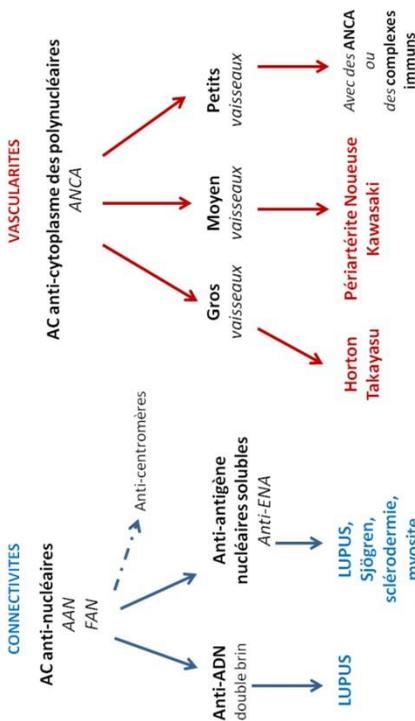
### o coagulation de séreuse, de sang, de pus... : **croûte**

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

Maladies auto-immunes spécifiques d'organes

|                       |   |   |
|-----------------------|---|---|
| Thyroïde              | Basedow<br>Hashimoto  | AC anti-récepteur de la TSH<br>AC anti-Thyroglobuline   |
| Peau                  | Pemphigus, pemphigoïde  |   |
| Pancréas<br>surrénale | Diabète de type 1<br>Maladie d'Addison  | AC anti I2, ZnT8, insuline, GAD<br>AC anti 21 hydroxylase   |
| Sang                  | Anémie, thrombopénie  |   |
| articulations         | Polyarthrite Rhumatoïde   | Facteur Rhumatoïde, AC anti-CCP   |
| Rein                  | Syndrome de Goodpasture   | AC anti-membrane basale<br>glomérulaire   |
| Neuro                 | Guillain-Barré<br>neuropathies périphériques<br>Myasthénie                        | AC anti-MAG<br>AC anti-RAK, MuSK<br>AC anti   |
| Dig                   | Biermer<br>Hépatite<br>cirrhose biliaire primitive<br>m. coeliaque<br>m. de Crohn | AC anti-cellules pariétales,<br>AC anti facteur intrinsèque<br>AC anti-mitochondrie<br>AC anti-transglutaminase<br>ASCA<br>ANCA |
|                       | rectocolite hémorragique  | ANCA  |

Maladies auto-immunes systémiques

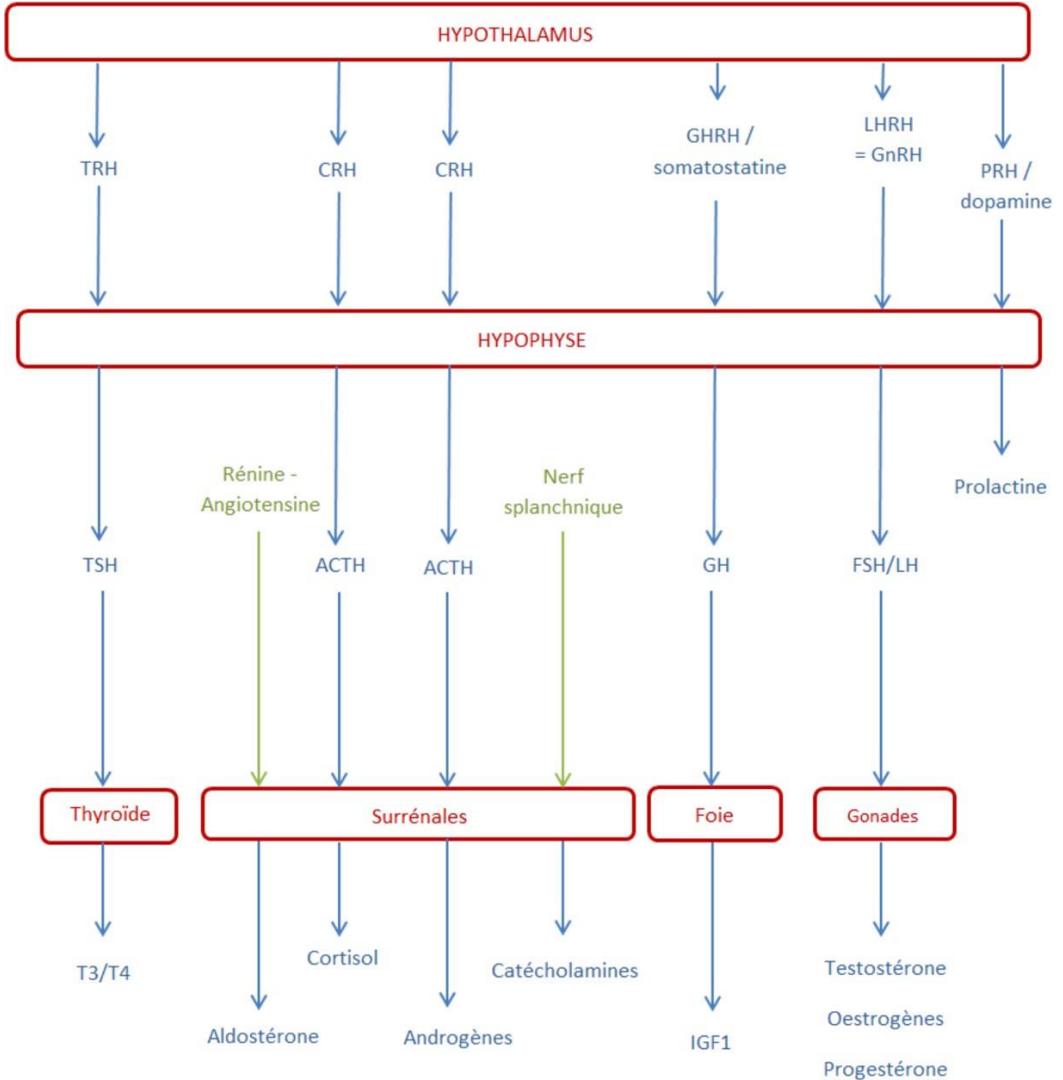


## Les Hypersensibilités (autrement dit, les allergies)

### Des Anti-Corps (AC) contre l'environnement

Classification de Gell and Coombs

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



# Axe Thyroïdien

|                                  | <b><u>Hyperthyroïdie</u></b>   | <b><u>Hypothyroïdie</u></b>  |
|----------------------------------|--|--|
| <b>Évoquer le diagnostique</b>   | <p><u>Clinique -&gt; Thyrotoxicose :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Tachycardie</li> <li>-HTA</li> <li>-Diarrhées</li> <li>-Sueurs/thermophobie</li> <li>-Amaigrissement</li> <li>-Myalgies</li> <li>-Agitation/troubles de l'humeur</li> </ul>   | <p><u>Clinique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Bradycardie</li> <li>-HTA</li> <li>-Constipation</li> <li>-Hypothermie/frilosité</li> <li>-Prise de poids</li> <li>-Myalgies</li> <li>-Asthénie/ralentissement physique/troubles de l'humeur</li> <li>-Infiltration myxœdémateuse (que si origine périphérique)</li> </ul>  |
| <b>Confirmation diagnostique</b> | → TSH ± T4/T3  | → TSH ± T4/T3  |
| <b>Diagnostic étiologique</b>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Clinique : Goitre ? nodule thyroïdien palpable ?</li> <li>→ Biologie : Périphérique ou central ? <ul style="list-style-type: none"> <li>⇨ <b><u>Si périphérique</u></b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Echographie thyroïdienne</li> <li>- Auto-anticorps : TRAK, anti-TPO</li> <li>- Scintigraphie thyroïdienne</li> </ul> </li> <li>⇨ <b><u>Si central</u></b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>- IRM hypophysaire</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>→ <b><u>Causes:</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇨ <b>Périphériques (+++):</b> Basedow, adénome toxique et GMHNT, induite par l'iode, factice, thyroïdite de De Quervain ...</li> <li>⇨ <b>Centrales (+) :</b></li> <li>⇨ Adénome hypophysaire thyroïdrotrope</li> </ul> </li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Clinique : Goitre ?</li> <li>→ Biologie : Périphérique ou central ? <ul style="list-style-type: none"> <li>⇨ <b><u>Si périphérique</u></b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Echographie thyroïdienne</li> <li>- Auto-anticorps :Anti-TPO, anti-TG</li> </ul> </li> <li>⇨ <b><u>Si central</u></b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>- IRM hypophysaire</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>→ <b><u>Causes:</u></b> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇨ <b>Périphériques (+++):</b> thyroïdite d'Hashimoto, carence en iode, iatrogène (lithium, interféron, surcharge iodée qui bloque la thyroïde...)...</li> <li>⇨ <b>Centrales (+) :</b> Adénome hypophysaire qui comprime les cellules thyroïdrotropes</li> </ul> </li> </ul> |

| <b><u>Cortisol</u></b>           |  |  |
|----------------------------------|--|--|
|                                  | <b><u>Hypercorticisme</u></b>  | <b><u>Ins. Surrénalienne</u></b>   |
| <b>Évoquer le diagnostic</b>     | <p><u>Clinique = syndrome de Cushing</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Obésité androïde +faciès lunaire</li> <li>-Vergetures pourpres</li> <li>-Atrophie cutanée</li> <li>-Atrophie musculaire</li> <li>-HTA</li> <li>-Ostéoporose</li> <li>-Troubles psychiatriques</li> <li>-Hirsutisme/acné</li> </ul> <p style="text-align: center;"><u>Biologie</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hyperleucocytose à PNN</li> <li>-Diabète</li> <li>-Hypokaliémie</li> </ul>  | <p style="text-align: center;"><u>Clinique</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Asthénie (vespérale +++)</li> <li>-Amaigrissement</li> <li>-Troubles digestifs (nausées, vomissements, douleur abdo, diarrhées, constipation...)</li> <li>-Hypotension artérielle</li> </ul> <p style="text-align: center;"><u>Biologie</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hyperkaliémie/hyponatrémie</li> <li>-Hypoglycémie</li> </ul>  |
| <b>Confirmation diagnostique</b> | <p><b>Cortisol libre urinaire des 24h</b><br/> <b>+ Test au freinage minute à la dexaméthasone</b><br/> <b>+Cortisol salivaire à minuit</b></p>  | <p><b>Cortisolémie à 8h</b><br/> <b>± test au synacthène</b></p>   |
| <b>Diagnostic étiologique</b>    | <p>Biologie : ACTH = périphérique ou central ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ <b>Si périphérique</b> :</li> <li>- Scanner surrénalien</li> <li>⇒ <b>Si central</b> :</li> <li>- IRM hypophysaire</li> <li>- Test au freinage fort/test à la CRH/test au Minirin</li> </ul> <p style="text-align: center;">→ <b>Causes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ <b>Périphériques</b> : Adénome surrénalien ou corticosurrénalome</li> <li>⇒ <b>Centrales</b> : Adénome hypophysaire corticotrope ou adénome corticotrope ectopique</li> </ul> | <p>Biologie : ACTH = périphérique ou central ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ <b>Si périphérique</b> :</li> <li>- Scanner surrénalien</li> <li>- Anticorps anti-21hydroxylase</li> <li>⇒ <b>Si central</b> :</li> <li>- IRM hypophysaire</li> </ul> <p style="text-align: center;">→ <b>Causes</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ <b>Périphériques (=Maladie d'Addison)</b> : Rétraction corticale auto-immune, tuberculose, iatrogène, VIH...</li> <li>⇒ <b>Centrales</b> : Adénome hypophysaire qui comprime les cellules corticotropes</li> </ul> |

| <b><u>Aldostérone</u></b>         |   |
|-----------------------------------|---|
| <b><u>Hyperaldostéronisme</u></b> |   |
| <b>Évoquer le diagnostic</b>      | <p style="text-align: center;"><u>Clinique</u> :</p> <p style="text-align: center;">-HTA sévère ou résistante à plusieurs lignes de traitement ou avec retentissement viscéral important</p> <p style="text-align: center;"><u>Biologie</u> :</p> <p style="text-align: center;">-Hypokaliémie (Avec HTA++)</p>   |
| <b>Confirmation diagnostique</b>  | <p style="text-align: center;"><b><u>Biologie</u> :</b></p> <p style="text-align: center;">-<b>Aldostérone plasmatique</b> ou <b>urinaire élevées</b><br/>-Rapport <b>aldostérone plasmatique/rénine plasmatique augmenté</b></p>   |
| <b>Diagnostic étiologique</b>     | <p style="text-align: center;">→ <b><u>Examens</u></b> :</p> <p style="text-align: center;">-Scanner surrénalien<br/>-Tests dynamiques<br/>-Cathétérisme veineux surrénal</p> <p style="text-align: center;">→ <b><u>Causes</u></b> :</p> <p style="text-align: center;">-<b>Périphériques</b> : Adénome de Conn, hyperplasie bilatérale des surrénales</p> |

| <b><u>Catécholamines</u></b>                   |   |
|--|---|
| <b><u>Hypersécrétion de catécholamines</u></b> |   |
| <b>Évoquer le diagnostic</b>                   | <p style="text-align: center;"><u>Clinique</u> :</p> <p style="text-align: center;">-Triade de Ménard : céphalées+sueurs+palpitations<br/>-HTA paroxystique ou résistante aux traitements<br/>-Hypotension orthostatique</p>  |
| <b>Confirmation diagnostique</b>               | <p style="text-align: center;"><u>Biologie</u> :</p> <p style="text-align: center;">-<b>Dérivés méthoxylés</b> des catécholamines :<br/><b>métanéphrine</b> et <b>normétanéphrine urinaires des 24h</b></p>   |
| <b>Diagnostic étiologique</b>                  | <p style="text-align: center;">→ <b><u>Examens</u></b> :</p> <p style="text-align: center;">-Scanner surrénalien<br/>-Scintigraphie corps entier au MIBG</p> <p style="text-align: center;">→ <b><u>Causes</u></b> :</p> <p style="text-align: center;">Phéochromocytome surrénalien ou paragangliome (qui équivaut à un phéochromocytome autre part qu'à la surrénale en gros)</p> |

## Axe Gonadique

| <b><u>Hypogonadisme</u></b>             |  |
|---|--|
| <b><u>Évoquer le diagnostic</u></b>     | <p style="text-align: center;">→ <b>Clinique :</b></p> <p style="text-align: center;">⇨ <b>Femme :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Perte de la libido</li> <li>-Aménorrhée</li> <li>-Diminution de la pilosité</li> <li>-Infertilité</li> <li>-Ostéoporose</li> </ul> <p style="text-align: center;">⇨ <b>Homme :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Perte de la libido</li> <li>-Dysfonction érectile</li> <li>-Diminution de la pilosité</li> <li>-Infertilité</li> <li>-Ostéoporose</li> <li>-Gynécomastie</li> </ul>  |
| <b><u>Confirmation diagnostique</u></b> | <p style="text-align: center;">→ <b>Biologie :</b></p> <p style="text-align: center;">⇨ <b>Homme :</b> Testostéronémie basse</p> <p style="text-align: center;">⇨ <b>Femme :</b> Oestradiolémie basse</p>  |
| <b><u>Diagnostic étiologique</u></b>    | <p style="text-align: center;">→ <b>Biologie :</b> Testo/Oestro + FSH/LH = périphérique ou central ?</p> <p style="text-align: center;">⇨ <b>Si périphérique :</b> bilan génétique, auto-immun...</p> <p style="text-align: center;">⇨ <b>Si central :</b> IRM hypophysaire, bilan des autres axes</p> <p style="text-align: center;">→ <b>Causes :</b></p> <p style="text-align: center;">⇨ <b>Périphériques :</b> radiothérapie, chimiothérapie, génétique, auto-immun...</p> <p style="text-align: center;">⇨ <b>Centrales :</b> Adénome hypophysaire comprimant les cellules gonadotropes, hyperprolactinémie, hypercorticisme, hypothyroïdie...</p> |

## Axe Somatotrope

| <b><u>Hypersécrétion de GH = acromégalie</u></b> |   |
|--|---|
| <b><u>Évoquer le diagnostic</u></b>              | <p style="text-align: center;"><b>Clinique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Dysmorphie : épaissement cutanéomuqueux, élargissement pieds/mains, thorax élargi ...</li> <li>-Sueurs</li> <li>-Arthralgies</li> <li>-Cardiopathies et HTA</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>Biologie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Diabète</li> </ul> |
| <b><u>Confirmation diagnostique</u></b>          | <p style="text-align: center;"><b>Biologie :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-GH plasmatique</li> <li>-IGF1 plasmatique</li> </ul> <p style="text-align: center;">-Dosage de GH après hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO)</p>  |
| <b><u>Diagnostic étiologique</u></b>             | <p style="text-align: center;">→ <b>Examen :</b> IRM hypophysaire</p> <p style="text-align: center;">→ <b>Cause :</b> Adénome hypophysaire somatotrope</p>  |

## **1. Interrogatoire et inspection :**

- Durée des symptômes, évolution, dates/heures
- Médicaments ? Pourquoi ?

## **2. Examen clinique neuro :**

- PC
- Tonus + moteur de haut en bas + coordination
- Sensitif de bas en haut y compris visage
- Réflexes

## **3. Autres systèmes :**

- Cardio (cœur + extracardiaque)
- Pneumo
- Dig, urinaire
- Dermato
- Ganglions

*Symptôme aigu/nouveau = DEXTRO*

*Déficit brutal = AVC = appel senior + noter heure*

*« Malaise » = DEXTRO, PA, ECG, HTO ensuite*

*Syndrome méningé = Fièvre ?*

## **1 – Interrogatoire et inspection**

- État de conscience = Glasgow
- Qualité du discours, fluence, gestes spontanés...
- Histoire de la maladie (aigu, chronique, remissions...)
- ATCD médicaux-chir
- Traitements en cours (ordos, « cachés » ...), observance (déclarée et jugée...)

## **2 – Examen clinique (bilatéral et comparatif) Paires crâniennes**

- I. **Olfactif** = olfaction spontanée + goût !
- II. **Optique** = CV
- III. **Oculomoteur** = intrinsèque et extrinsèque
- IV. **Trochléaire** = oculomotricité « des escaliers »
- V. **Trijumeau** = sensibilité 3 zones de la face + masséters
- VI. **Abducens** = oculomotricité « en dehors »
- VII. **Facial** = motricité du visage, larmes, dissociation **AV**
- VIII. **Cochléovestibulaire** = audition / équilibre, déviation des index, nystagmus...
- IX. **Glosso-pharyngien** = phonation/déglutition
- X. **Vague** = idem, voile du palais
- XI. **Accessoire** = idem+ SCM et trapèzes
- XII. **Hypoglosse** = protrusion de la langue.

## **1. Tonicité, motricité et coordination**

- Mouvements passifs = tonicité
- Reflexes idiomusculaires
- Motricité active et testing musculaire
- Coordination talon-genou, doigt-nez, mouvements alternatifs rapides.
- Station debout, équilibre, marche.

## **2. Sensibilité**

- Lemniscale = tact fin et proprioception
- Pic-touche, position gros orteil, de la main, des doigt, vibrations.
- Extra-lemniscale = douleur et température
- Chaud/froid, pincement/piqûre

## **3. Réflexes**

- Bicipital (C5), stylo-radial (C6), tricipital (C7), ulnaire (C8)
- Rotulien (L4), achilléen (S1)
- Cutanés: Babinski/Hoffmann. Abdominaux
- Masséterin, glabelle, oculocéphalique.
- Troubles sphinctériens

## **Syndrome pyramidal :**

- Spasticité plastique = « canif ». MS flexion, MI extension.
- Barré: sur le dos, chute des jambes.
- Mingazzini: sur le ventre, chute des jambes.
- Garcin: Doigts écartés = main se creuse.

## **Signe de Romberg :**

- Stabilité debout pieds joints.
- Penser à regarder les tendons.
- Positif = « pire les yeux fermés ».

**Nystagmus :** Sens de la secousse lente = coté du nystagmus.

## **Syndrome cérébelleux :**

- Nystagmus dans tous les sens.
- Romberg négatif « il tombe même les yeux ouverts ».

## **Syndrome vestibulaire :**

- Vertige rotatoire = « la pièce tourne ».
- Signe de Romberg positif, tombe coté lésion.
- Déviation des doigts, coté lésion. Nystagmus horizontal souvent, secousse lente coté de la lésion.

**Ataxie proprioceptive :** Les yeux compensent = pire les yeux fermés.

### I. L'examen clinique en rhumato

**Interrogatoire**  
2 symptômes  
clefs

- **La douleur** : \* à caractériser\*  
ASTUCE : En rhumato,  
. en cas de traumatisme , penser à demander le mécanisme du trauma  
. 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 oriente le diagnostic :

**Étape 1 : Neuropathique ou nociceptive ?**

Questionnaire **DN4** => 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 piqûre | <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

#### Étape 2 : Mécanique ou inflammatoire ?

| Horaires mécaniques                                       | Horaires inflammatoires                                       |
|---|---|
| Dérouillage matinal < 30 min                              | Dérouillage matinal > 30 min                                  |
| Apparaît à l'effort<br>Calmée par le repos                | Atténuation voire disparition au cours de la journée          |
| Pas de réveil nocturne/ sauf lors changements de position | Réveils nocturnes, notamment en 2 <sup>e</sup> partie de nuit |

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Inspection bilatérale et comparative- Rechercher</b></p> | <p>-Œdème / rougeur<br/>-Déformation/attitude vicieuse/antalgique<br/>-Amyotrophie</p> <p><b>Déformations – quelques définitions :</b></p> <p><b>Valgus :</b> Dans le plan frontal = déviation en dehors du segment osseux sous-jacent à l'articulation (s'éloigne de l'axe du corps).</p> <p><b>Varus :</b> Dans le plan frontal = déviation en dedans du segment osseux sous-jacent à l'articulation (vers l'axe du corps).</p> <p><b>Flessum :</b> Dans le plan sagittal = flexion spontanée d'une articulation endécubitus.</p> <p><b>Recurvatum :</b> Dans le plan sagittal = extension spontanée d'une articulation</p> <p><b>Camptocormie :</b> Inflexion antérieure du tronc en position debout ou assise ± réductible en décubitus</p> <p><b>Clinostatisme :</b> Impossibilité, en actif, de décoller le talon du plan du lit avec le membre inférieur en extension. Élévation possible en passif</p>  |
| <p><b>Palpation</b></p>  | <p>-Points douloureux<br/>-Chaleur<br/>-Epanchement liquidien</p>   |
| <p><b>Mobilisation</b></p>                                     | <p><b><u>Toujours du segment sain vers le segment douloureux.</u></b></p> <p>- Pour chaque articulation, on teste classiquement les <u>amplitudes articulaires</u> dans l'ordre suivant :</p> <p><b>Flexion/Extension/Abduction/Adduction/Rotation externe/Rotation interne.</b></p> <p>-Pour chacun de ces mouvements, on procède dans l'ordre suivant :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mobilisation passive</li> <li>2. Mobilisation active</li> <li>3. Mobilisation contrariée</li> </ol> <p><b><u>La limitation de la mobilité est également un signe d'orientation diagnostique :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. Une <b>limitation</b> de la mobilité articulaire <b>active ET PASSIVE</b> évoque une <b>capsulite</b> ou une <b>ankylose</b></li> <li>. Une pathologie articulaire peut donner une limitation de la mobilité active et/ou passive</li> <li>. Une <b>tendinopathie</b> donne une <b>douleur à la mobilisation active.</b></li> <li>. Une <b>rupture tendineuse</b> donne une limitation de la <b>mobilité active</b> : Il faut l'évoquer après une élimination d'une cause neurologique devant une force musculaire &lt; 4</li> </ul> |

### Évaluation 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**

### La Marche

-Douleur survenue à la marche ? Résolue 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 patho rhumatologique

:

-**Boiterie antalgique ou d'esquive** : Évitement de l'appui avec stratégie desoulagement de l'appui comme l'élévation des bras.

-**Boiterie par insuffisance musculaire** :

. Boiterie du 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

### Examen clinique non rhumatologique

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

# 1. Le Rachis

## Repères anatomiques :

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

## 1) Inspection :

Générale :



Perte de symétrie dans le plan frontal : notamment, ailes de la taille et scapulae.



Perte de symétrie dans le plan axial : gibbosité.



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

**Métriologie** : Mesure des distances occiput-mur/C7-mur/T6-mur/L3-mur/sacrum mur

## 2) 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

## 3) 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.

## 4) Mobilités du rachis thoracique :

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

## 5) 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 2<sup>nd</sup> trait à 10 cm 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+5cm)**
- **Indice de Schöber-McRaeo** : même principe mais tirer un 3<sup>e</sup> trait à 5cm en dessous du trait des épines iliaques postéro-supérieures. Mesurer la nouvelle distance. Noter : **15 + x (N=10+6cm)**

## 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)**.
- Majoration de la douleur lors de l'hyperextension.



Signe de Lasègue (L5/S1)



Signe de Léri (L3/L4)

## 2. L'épaule

### 1) Les pièges diagnostiques :

Penser à éliminer une douleur d'origine rachidienne, neurologique ou vasculaire.

### 2) Inspection :

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

### 3) Palpation :

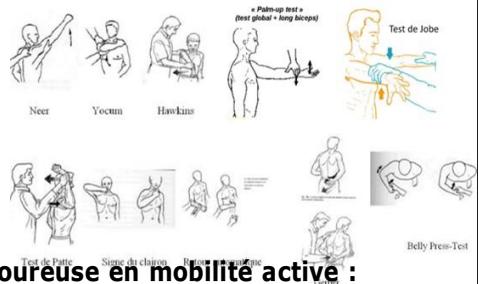
Ne pas oublier de palper la clavicule en entier ainsi que l'ensemble de la scapula.

### 4) Astuce :

Étudier 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)

### 5) Quels mouvements évaluer ?

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



### 6) Evaluation d'une épaule douloureuse en mobilité active : Tendinopathies de la coiffe des rotateurs

- Manœuvres pour déceler un conflit sous-acromial : Neer, Yocum, Hawkins.
- Manœuvres évaluant une à une les fonctions des muscles de la coiffe des rotateurs (manœuvres toujours une recherche de la fonction contrariée du muscle) :
  - **Palm-up test** : Tendon du long biceps (Élévation antérieure)
  - **Test de Jobe** : Supra-épineux (Abducteur de l'épaule)
  - **Test de Patte/signe du clairon/rappel automatique** : Infra-épineux (Rotateur externe)
  - **Test de Patte/signe du clairon/rappel automatique** : Petit rond (surtout chez grimpeurs) (Rotateur externe)
  - **Belly-press test/test de Gerber** ou **lift-off test** : Sous-scapulaire (Rotateur interne)

### 3. La hanche

#### 1) Inspection – reflexe en dossier de gériatrie ou d'ortho ou au quotidien aux urgences :

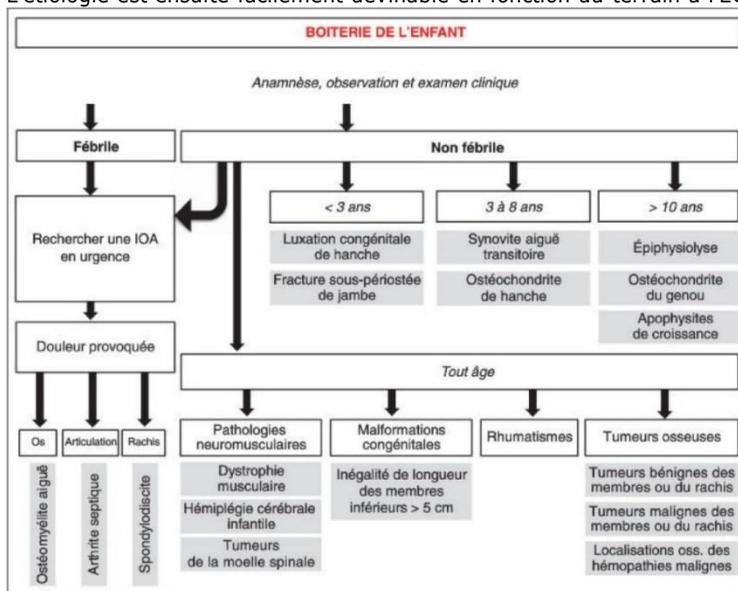
Membre inférieur raccourci et en rotation externe = fracture de l'extrémité supérieure du fémur.

#### 2) Mobilité – Normes : $135^\circ / >10^\circ / 60^\circ / 30^\circ / 45^\circ / 45^\circ$

#### 3) Mobilité 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.



#### 4) 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.

### 1) 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 ou valgus forcé à **30° de flexion**.

### 2) Recherche d'atteinte méniscale :

- Palpation de l'interligne articulaire : douleur = « **cri méniscale** » ou **signe d'Oudard**.
- Recherche de blocage aiguë 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.

### 3) Recherche d'épanchement articulaire :

- Signe du flot/choc rotulien



Signe du flot

### 4) Recherche d'arthrose :

- Signe du rabot



Signe de 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 **si l'un des critères d'Ottawa est présent**, soit :
  - o Impossibilité de prendre appui sur le pied et de faire plus de 4 pas.
  - o Age
  - o Douleur à la palpation de la base du 5<sup>e</sup> métatarsien.
  - o Douleur à la palpation du scaphoïde.
  - o 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. Comment raisonner en rhumatologie ?

### 1. 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.

### 2. Examen clinique :

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

### 3. Devant un épanchement -> PONCTION :

Tout épanchement articulaire est une arthrite jusqu'à preuve du contraire

| Résultats d'une ponction articulaire |                 |  |   |   |  |
|--------------------------------------|-----------------|--|---|---|--|
| Liquide                              | Normal          | Non inflammatoire  | Inflammatoire   | Infectieux  | Hémorragique   |
| <b>Volume</b>                        | < 3.5 mL        | Svt > 3.5 mL   | T   | T   | T  |
| <b>Couleur</b>                       | Pâle            | Jaune  | Jaune à blanc   | Jaune à verte   | Rouge, xanthochromique   |
| <b>Aspect</b>                        | Transparent     | Transparent  | Opalescent/trouble  | Trouble   | Trouble  |
| <b>Viscosité</b>                     | 3-4cm           | Normale  | T   | Svt T   | Svt T  |
| <b>Elmnts/mm3 Polynucléaires</b>     | < 200           | 200-2.000  | 2.000-100.000   | 20.000-200.000  | ++++   |
| <b>Germes</b>                        | < 25%           | <25%   | > 50%, non altérés  | > 75%, altérés  | < 25% (hématies+++)  |
| <b>Glucose</b>                       | 0               | 0  | 0   | +   | 0  |
| <b>Protéines</b>                     | Normal < 25 g/L | Normal < 30 g/L  | T >40 g/L   | Très T %&g()  | T %&g()  |
| <b>Pathologies associées</b>         |                 | -Arthrose<br>-Traumatisme<br><br>-Ostéochondrite<br><br>-Chondromatose<br><br>-Arthropathies nerveuses | -Arthrite septique débutante<br>-Polyarthrite rhumatoïde<br>-Spondylarthrite<br>-Arthrite microcristalline (goutte, chondrocalcinose) | -Arthrite septique bactérienne<br><br>-Arthrite microcristalline (surtout goutte, chondrocalcinose) | -Traumatisme<br><br>-Chondrocalcinose<br><br>-Lésion tumorale<br><br>-Hémophilie |

### 4. Radiologie – 2 images à bien distinguer :

| <u>Arthrose</u>   | <u>Arthrite</u>  |
|---|--|
| Mnémo : <b>POGO</b><br>-Pincement localisé de l'interligne articulaire<br>-Ostéocondensation sous chondrale<br>-Géodes sous chondrales<br>-Ostéophytose | Mnémo : <b>PEDE</b><br>-Pincement <b>DIFFUS</b> de l'interligne articulaire<br>-Erosions<br>-Démínéralisation en bande<br>-Epanchement |

## Introduction

- Spécialité très vaste puisqu'à l'intersection de toutes les autres, la réanimation n'est pas la matière la plus évidente à maîtriser en D2. Cela se traduit pour certains par des difficultés méthodologiques. Nous nous sommes tous demandé durant notre externat s'il était nécessaire de faire/refaire tel item dans le collège de réanimation ou non,
- Personnellement je conseille de d'abord faire dans les référentiels dédiés les items de « spécialité » (embolie pulmonaire en pneumo, SCA en cardio, coma en neuro..) et d'y ajouter une seconde lecture dans le collège de réa. Certains chapitres ne posent pas ce problème car ne sont pas/peu traités ailleurs qu'en réanimation (état de choc, polytraumatisé, intoxications..).
- Le maître-mot du raisonnement réanimatoire est l'exhaustivité. Que ce soit au cours de votre examen clinique ou lors des investigations paracliniques, il est primordial de ne passer à côté de rien. En effet ces patients ont souvent un pronostic vital engagé avec des atteintes pluri-systémiques, et l'interrogatoire est parfois (souvent) difficile voire impossible.
- Je présenterai ici les bases de l'examen clinique et paraclinique en réanimation, puis détaillerai quelques unes des principales pathologies se rattachant au spectre de la réanimation pour l'ECN : état de choc, arrêt cardio-respiratoire, intoxications et polytraumatisme

**liste des abréviations** : ADTC : anti-dépresseur tricyclique ; CGR : culot globule rouge ; CI : contre-indication ; EME : état de mal épileptique ; EP : embolie pulmonaire ; HTIC : hypertension intra-cranienne ; IdM : infarctus du myocarde ; ICD : insuffisance cardiaque droite ; ICG : insuffisance cardiaque gauche ; MCE : massage cardiaque externe ; NAd : noradrénaline ; PEC : prise en charge ; PTx : pneumothorax ; PFC : plasma frais congelé ; PAM : pression artérielle moyenne ; RxTx : radiographie thoracique ; SCA : syndrome coronaire aigu ; TdC : trouble de la conscience ; TRC : temps de recoloration cutanée ; TTT : traitement ; VVP : voie veineuse périphérique

## L'examen physique en réanimation

Je conseille de commencer par identifier les éventuels **signes de gravité** qui imposent alors des mesures d'urgence :

- **examen neuro** : score Glasgow, glycémie capillaire, recherche de signes de localisation, état des pupilles, signes d'HTIC
- **examen cardio-vasculaire** = rechercher un état de choc :
  - signes de **vasoconstriction** (peu si choc distributif) : marbrures, TRC >3s, extrémités froides, pouls filants
  - signes de **compensation** : tachycardie++, polypnée (compense l'acidose)
  - **hypotension artérielle** (PAs < 90mmHg ou < 30% ou chute >40mmHg) : inconstante, c'est un signe tardif
  - signes d'ICG et d'ICD
- **examen respi** :
  - signes de **lutte** :
    - polypnée superficielle, expiration abdominale active, recrutement et tirage des muscles inspiratoires extra-diaphragmatiques (intercostaux, scalènes, SCM)
    - chez l'enfant penser au score de Silverman : battement des ailes du nez, balancement thoraco-abdominal, tirage, entonnoir xyphoïdien, geignement expiratoire
  - signes de **faillite** :
    - respiration paradoxale

- signes d'hypoxémie : cyanose, désaturation, encéphalopathie hypoxémique
- signes d'hypercapnie : sueurs, HTA, céphalées, tremblements, hypervascularisation des conjonctives, astérisis, encéphalopathie hypercapnique
- atteinte hémodynamique : coeur pulmonaire aigu (ICD puis choc obstructif), état de choc
- rechercher un **saignement extériorisé**
- rechercher une **étiologie infectieuse** : température, purpura, BU
- rechercher une **étiologie allergique** : oedème, urticaire..

Le reste de l'examen physique est similaire à ce que vous connaissez, en insistant une nouvelle fois sur l'importance de son **exhaustivité**. Lors de mon apprentissage, face à un symptôme/signe physique j'aimais structurer ma démarche clinique sur **4 axes** :

- recherche des **signes de PEC en urgence** (cf ci-dessus)
- faire le **diagnostic positif** = intégrer la plainte/le signe physique au sein d'un syndrome voire d'une maladie précise
- **orientation étiologique** = recherche des manifestations d'amont
- **évaluation du retentissement** = recherche des manifestations d'aval

## Le bilan paraclinique en réanimation

---

je ne peux évidemment pas vous donner de bilan type puisqu'il **dépend de votre orientation diagnostique** mais pour vous donner une idée :

- la **majorité** des patients admis en réanimation auront le droit à : RxTx, GdS-lactate, bilan hépatique, iono-urée-créat, NFS-P, TP-TCA, ECG-tropo, CPK, glycémie, bilan pré-transfusionnel (gpe-Rh-RAI)
- **selon le contexte** on y ajoutera par exemple :
  - si c'est un état de choc : échographie trans-thoracique, bilan infectieux (hémocultures, CRP, BU-ECBU), CPK-BNP, coronarographie pour une bonne partie des chocs cardiogéniques..
  - si c'est un polytraumatisé : Rx du bassin de face, écho avec protocole type FAST (recherche rapide d'épanchements), body-scan une fois le patient stabilisé
  - face à une anaphylaxie : dosages répétés du taux de tryptase (notamment en contexte per-opératoire), bilan allergologique au décours

## Etat de choc

---

### Généralités :

- **définition** : syndrome résultant d'une altération aiguë et durable de l'oxygénation tissulaire par insuffisance circulatoire aiguë
- **démarche diagnostique face à un état de choc** :
  - le diagnostic positif d'un état de choc est **clinique** (cf examen clinique en réanimation) : marbrures, TRC > 3s, extrémités froides, pouls filants, tachycardie, hypotension artérielle
  - l'examen clinique doit aussi permettre :
    - d'évaluer le **retentissement** du choc : détresse respiratoire, troubles de la conscience..
    - de **s'orienter** sur le plan étiologique
  - le bilan paraclinique comprendra un bilan de base (« bilan de choc ») complété en fonction de l'orientation diagnostique
- **principes généraux du traitement d'un état de choc** :
  - **mise en condition** : hospitalisation en réa, O2, discuter de l'IOT, sonde urinaire, 2VVP
  - **TTT symptomatique** (cf tableau ci-dessous) = stabilisation hémodynamique (PAM > 65) :
    - remplissage vasculaire : CI si choc cardiogénique
    - catécholamines vasopressives : d'emblée si choc cardiogénique ou anaphylactique, sinon à introduire si absence de réponse au remplissage bien conduit
  - **TTT étiologique** : à mettre en place à chaque fois que possible (cf tableau)

|  | physiologie   | étiologies  | traitement  |
|--|---|---|---|
| <b>choc hypovolémique</b>              | due à une <b>insuffisance</b> du volume circulatoire  | hémorragie, pertes digestives (vomissements, diarrhées..), pertes cutanées (brûlures étendues eg), pertes rénales (polyurie osmotique eg), 3e secteur (péritonite, pancréatite, sd occlusif, rhabdomyolyse) | - <b>remplissage+++</b><br>- <b>amines</b> vasopressives si échec du remplissage (noradrénaline en 1ere intention)<br>- cas particulier du choc hémorragique : transfusion de CGR (+ PFC)<br>- TTT étioologique lorsqu'il est possible                  |
| <b>choc distributif = vasoplégique</b> | <b>vasodilatation</b> périphérique massive et brutale<br><br>comprend : les chocs septiques, anaphylactiques, neurogéniques | <b>septique</b> (BGN++), <b>anaphylactique</b> (aliments, venins, médicaments..), <b>neurogénique</b> sur traumatisme médullaire  | choc anaphylactique :<br>- remplissage<br>- <b>amines d'emblée</b> : adrénaline (car la NAd entraîne une bronchoconstriction)<br>choc septique :<br>- remplissage, amines si échec (noradrénaline en 1ere intention)<br>- <b>ATB</b> probabiliste large |
| <b>choc cardiogénique</b>              | par baisse de la contractilité, anomalie de l'écoulement intracardiaque, bradycardie extrême ou tachycardie extrême         | <b>IdM+++</b> , myocarde, décompensation d'une ICG, troubles mécaniques (valvulopathie, rupture septale), brady/tachycardies extrêmes   | - <b>amines d'emblée</b> (CI du remplissage++) :<br>dobutamine en 1ere intention<br>- <b>TTT étioologique</b> si possible : revascularisation d'un SCA, chirurgie si valvulopathie..  |
| <b>choc obstructif = droit</b>         | par <b>obstruction</b> à la circulation sanguine ou par <b>IdM du VD</b>  | tamponnade, EP, PTx, IdM du VD  | drainage d'une tamponnade ou PTx, thrombolyse voire thrombectomie si EP..   |

### Focus amines et système adrénergique

|  |  |
|--|--|
| <b>Physiologie du système adrénergique</b> | Il y a en gros <b>3 récepteurs adrénergiques</b> qui nous intéressent, et dont la stimulation va avoir des effets différents<br><u>De manière (très) simplifiée</u> :<br>- <b>α1</b> : coeur+++ , constriction des rhanches et des vaisseaux<br>- <b>β1</b> : coeur<br>- <b>β2</b> : dilatation des bronches et des vaisseaux  |
| <b>Effets des amines</b>                   | les ≠ amines dont nous disposons pour soigner nos patients vont stimuler de manière plus ou moins sélective ces ≠ Rc :<br>- <b>Dobu</b> : β1+++ et β2 → effet inotrope marqué + vasodilatateur/bronchodilatateur<br>- <b>Noradré</b> : α1+++ et β2 → effet vasoconstricteur<br>- <b>Adré</b> : α1+++ , β1+++ et β2+++ → effet inotrope et vasoconstricteur (mais aussi bronchodilatateur a priori) |
| <b>Indications des amines</b>              | Elles sont logiques au vu de la physiologie vue ci-dessus :<br>- <b>Dobutamine</b> : choc cardiogénique<br>- <b>Noradré</b> : choc hypovolémique, choc septique<br>- <b>Adré</b> : choc anaphylactique   |

## Intoxications

### Intoxications

|                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Généralités</b>     | <b>Démarche diagnostique</b> :<br>- <b>anamnèse+++++</b> : <b>interrogatoire minutieux</b> de la personne intoxiquée et des témoins<br>- <b>la clinique</b> : être systématique afin d'essayer de faire correspondre le tableau clinique à l'un des grands syndromes toxique (muscarinique, atropinique, adrénergique, sérotoninergique..)<br>- <b>le bilan paraclinique</b> : à orienter en fonction de la clinique, dans certains cas l'analyse toxicologique peut être utile → normogramme de Rummack-Matthew pour le paracétamol par exemple |
| <b>TTT évacuateur</b>  | <b>on va ici surtout s'intéresser à la décontamination digestive</b> :<br>- autrefois très pratiquée, les indications sont aujourd'hui <b>restreintes</b> (efficacité non clairement prouvée)<br>- indications : possible si ingestion de toxiques dans les 2 heures<br>- modalités : charbon activé si toxiques carbo-adsorbables, lavage gastrique sinon<br>- contre-indications : TdC du sujet non intubé, choc, ingestion de caustiques, de composés volatils ou moussants   |
| <b>TTT antidotique</b> | <b>Voici quelques uns des antidotes que vous devez connaître</b> :<br>- <b>flumazénil</b> pour les BZD (à savoir : CI si co-ingestion de produits proconvulsivants ( <b>ADTC</b> eg))<br>- <b>naloxone</b> pour les opiacés<br>- <b>N-acétylcystéine</b> pour le paracétamol<br>- <b>oxygène</b> pour le CO<br>- <b>hydroxocobalamine</b> pour les cyanures<br>- <b>fomépizole</b> pour le méthanol, l'éthylène-glycol   |

# Arrêt cardio-respiratoire

| Arrêt cardio-respiratoire |   |
|---------------------------|---|
| <b>Etiologies</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>cardiaques</b> (toutes sont possibles) : SCA ST(+), troubles du rythme/de la conduction, tamponnade, myocardite..</li> <li>• <b>respiratoires</b> : EP massive, PTx compressif, détresse respiratoire</li> <li>• <b>métaboliques</b> : hypoK+, hyperK+, acidose métabolique, hypothermie</li> <li>• <b>toxiques</b> : CO intoxication médicamenteuse (BB, digitaliques..)</li> <li>• <b>neurologiques</b> : EME, AVC, rupture d'anévrisme..</li> </ul>  |
| <b>Tracés à l'ECG</b>     | <p>lors d'un ACR on retrouve toujours l'un de ces tracés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>tachycardies</b> (quelle que soit son origine) : TV non efficace+++ (tachycardie régulière à QRS larges), TdP</li> <li>- <b>FV</b> : QRS larges polymorphes, à grandes mailles puis petites puis asystolie</li> <li>- <b>dissociation électro-mécanique</b> : activité électrique mais pas de battement</li> <li>- <b>asystolie</b> : ECG plat</li> <li>- <b>bradycardies</b> extrêmes (BAV3)</li> </ul>   |
| <b>Diagnostic</b>         | <p>Il est <b>évidemment clinique</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- absence de ventilation spontanée (apnée), ou gasps</li> <li>- absence de réponse à la stimulation</li> <li>- abolition des pouls fémoraux et carotidiens</li> <li>- hypotonie généralisée, perte urines/selles fréquente</li> </ul>   |
| <b>Prise en charge</b>    | <p>toute première chose = appeler les <b>secours</b> puis <b>MCE</b> (rythme = 100-120/min, dépression sternale de 5-6cm), insufflations si personne formée (rythme 30:2 chez l'adulte)</p> <p><b>PEC spécialisée</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- molécules à disposition : <b>adrénaline</b>, <b>amiodarone</b> (pour les rythmes chocables)</li> <li>- séquence de la réanimation : <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>analyse du rythme</b> à t0 puis toutes les 2 min, CEE à chaque fois que rythme chocable (TV et FV)</li> <li>- <b>adrénaline</b> toutes les 4 min (1mg IVD) : en commençant à t0 si rythme non chocable, avant le 3e CEE si rythme chocable</li> <li>- <b>amiodarone</b> avec l'adré si rythme chocable : 300mg puis 150mg</li> </ul> </li> <li>- recherche et TTT dans le même temps d'une cause réversible : exsufflation d'un PTx, TTT antithrombotique d'un IdM..</li> <li>- cas particuliers de l'ACR sur BAV3 et sur TdP : <ul style="list-style-type: none"> <li>- BAV3 : coup de poing sternal et isoprénaline, puis SEES puis PM</li> <li>- TdP : isoprénaline, recharge potassique, voire SEES</li> </ul> </li> </ul> |

## Polytraumatisme

| Polytraumatisme           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Définition</b>         | <p>2 définitions d'un polytraumatisé circulent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- patient qui a souffert d'un <b>traumatisme violent</b>, quelles que soient les lésions apparentes (la nouvelle)</li> <li>- patient présentant au moins <b>2 lésions traumatiques</b> dont une engage le PV (l'ancienne)</li> </ul>  |
| <b>Examen clinique</b>    | <p>Comme toujours en réanimation l'examen clinique doit être complet, et à l'issue de celui-ci on pourra classer les polytraumatisés en <b>3 catégories</b>, qui dicteront la suite de la PEC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>catégorie 1 = collapsus persistant</b> malgré l'expansion volémique + utilisation de catécholamines</li> <li>- <b>catégorie 2 = patient stabilisable</b></li> <li>- <b>catégorie 3 = patient stable</b> (ou stabilisé après expansion volémique)</li> </ul>   |
| <b>Bilan paraclinique</b> | <p><b>systématiquement en salle de déchocage</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>RxTx</b> de face : PTx pneumomédiastin..</li> <li>- <b>Rx du bassin</b> de face : recherche une fracture du bassin (CI à la pose d'une sonde vésicale chez l'homme)</li> <li>- <b>écho (type FAST)</b> : recherche d'épanchements péritonéal/péricardique/pleural (hémorragique++++++)</li> <li>- <b>bilan biologique « de choc »</b> : GdS + lactates (acidose), BHC (foie de choc), iono-urée-créat (IRAF puis NTA), NFS-P, TP-TCA (CIVD), ECG-tropo (recherche SCA), CPK (rhabdomyolyse)</li> <li>- <b>bilan pré-transfusionnel</b> : gpe-Rh-RA</li> </ul> <p><b>si patient stable ou stabilisé</b> (cat 2 et 3) : <b>bodyscan</b> = TDM injectée « corps entier »</p> <p><b>cas particulier</b> : les catégorie 3 avec body-scan rapidement disponible (&lt; 30min) peuvent être dispensés de RxTx/Rx-bassin/écho FAST</p> |
| <b>Prise en charge</b>    | <p><b>PEC pré-hospitalière</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>TTT d'une défaillance vitale</b> : TTT d'un choc si défaillance hémodynamique, intubation si GCS &lt; 8, exsufflation si PTx compressif..</li> <li>- <b>antalgie</b> : titration morphine++</li> <li>- <b>si fracture</b> : réduction et immobilisation, prophylaxie ATB si fracture ouverte</li> </ul> <p><b>PEC hospitalière</b> :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>non spécifique</b> : analgésie/sédation, TTT d'un choc, "bloc direct" si instabilité hémody par lésion vasculaire incontrôlable (hémotx, hémopéritoine..)</li> <li>- <b>spécifique</b> : dépend du bilan lésionnel</li> </ul>   |

## Guide pour bien s'entendre avec l'interne de radiologie de garde (aux urgences)

| Le patient vient pour..                        | Interrogatoire   | Clinique   | Biologie                           | Avant l'examen , je pense à  | Examen demandé  |
|--|--|--|------------------------------------|--|---|
| <b>Chute du sujet âgé / sous anticoagulant</b> | Anticoagulant<br>Hémorragie intra-crânienne  | GSC+ex neuro<br><br>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    |
| <b>Perte de connaissance</b>                   | 1 <sup>er</sup> épisode ?<br>Médicament ?<br>Mvt anormal ?<br>Brutal ?<br>Prodrome ? | Ex neuro<br>Test hypoTA orthostatique                                    | ECG ++<br>OH ?                     | -!!-<br>Glycémie<br>-!!-<br>épilepsie connue + crise identique = ∅ | ± TDM cérébrale (unqt si ∅ cause cardio et él d'orientation)    |
| <b>Déficit neurologique brutal</b>             | FdR CV<br>Anticoagulant<br>Cancer  | Cérébral vs. Médullaire vs. Périphérique                                 | ∅                                  | - !!-<br>glycémie<br>- !!-<br>migraine avec aura                   | IRM cérébral (■ AVC, ++ si < 4h30)<br><br>IRM moelle/rachis EMG |
| <b>Céphalée</b>                                | Anévrisme<br>Anticoagulant   | ■ En « coup de tonnerre »<br><br>■ Aigu progressive<br><br>Déficit neuro | - !!-<br>céphalée fébrile= PL>TDM* | - !!- Pas d'imagerie si céphalée 1 <sup>er</sup> (migraine ++)     | Scanner (à priori injecté)                                      |

|                                      |   |   |   |   |   |
|--------------------------------------|---|---|---|---|---|
| <b>Dyspnée</b>                       | FdR CV<br>Cancer<br>Pilule<br>Chirurgie récente                                 | Signe de lutte<br>Hypercapnie<br>Conscience                     | ECG<br>Gaz du sang<br>Trop/BNP ±<br>D-dimère  | O2 si SpO2 <90<br><br>Ne pas lever ni allonger  | Rx de thorax<br>SI NORMAL :<br>Angio-TDM selon score Genève                           |
| <b>Douleur thoracique</b>            | Caractériser la douleur ++<br>FdR CV<br>Pilule<br>Chirurgie récente<br>Sd viral | FC + TA +<br>SpO2 + T°  | ECG 18 dériv<br>Troponine   | « PIED »<br>Péricardite<br>Infarctus<br>Embolie pulm<br>Dissection Ao                                       | Rx pulmonaire<br>Si pas d'IdM<br>Angio-TDM selon score Genève<br>Angio-TDM CTAP si DA |
| <b>Hémoptysie</b>                    | Cancer ?<br>Tuberculose ?<br>Terrain  | Signe de lutte<br>Fièvre  | ± ECG<br>± Gaz du sang  | O2 si désaturation  | AngioTDM thoracique   |
| <b>Douleur abdo « chirurgicale »</b> | S urinaires ?<br>S digestifs ?<br>Date dernier repas                            | Fébrile ou non<br>Localisation ++<br>Défense<br>Contracture     | NFS + CRP<br>Iono + Ca <sup>2+</sup><br>Créatinine-urée<br>Bilan hépatique<br>Glycémie ± lipase | - !!- ECG si épigastrique<br>!!- Gynéco = B-hCG<br>- !!- Demander BU chez Femme jeune avant de demander img | TDM AP IV SAUF pour le foie et ± appendice<br><br>- !!- Gynécologie                   |
| <b>Syndrome occlusif</b>             | « Arrête matière et gaz ≥ 48h »<br>Cancer ?<br>Chirurgie ?<br>Fièvre ?          | ± ballonné ± tympanisme<br>TR = vide<br>Orifice herniaire libre | Créatinine  | - !!- Vérifier TR + hernie ++<br>Penser à la SNG si patient est nauséeux                                    | TDM AP injecté  |
| <b>Polytraumatisé</b>                | Cinétique<br>Passager ?   | Constantes vitales  | Gpe + RAI<br>NFS + plaquettes   | - !!- Ne pas transporter patient en choc +++  | Bodyscanner   |

**- !! - Lorsque vous demandez un scanner injecté, pensez à :**

- 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 Q 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
- 3) 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.**

## 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 : tétarquik)

### ATCD FAMILIAUX

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

Notion de maladies métabo, terrain atopique, tuberculose

Maladie cardiovasculaire, cancer, et maladies

génétiques / malformations à évoquer

### 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 vasopresseurs), FC, FR, SpO<sub>2</sub> (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 dir 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 ; métorragie  
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, cutané-plantaire, ...  
Syndrome méningé, pyramidal, extrapyramidal.

## **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 (fulminans, 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 ÉTIOLOGIQUE)**

### **7). SURVEILLANCE CLINIQUE ET PARACLINIQUE**

**Numération**

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

**Gaz du sang**

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

Effet shunt : PaO<sub>2</sub> + PaCO<sub>2</sub> < 120mmHg

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

|                              | PaCO <sub>2</sub>                        | HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup>                  |
|------------------------------|--|--|
| <b>Acidose respiratoire</b>  | k  | N ou m (chronique)                             |
| <b>Acidose métabolique</b>   | m (hypoventilation : compensation)       | m (tampons)                                    |
| <b>Alcalose respiratoire</b> | m  | m (m de la réabsorption rénale : compensation) |
| <b>Alcalose métabolique</b>  | N ou k (hyperventilation : compensation) | k  |

Si acidose métabolique, toujours calculer le **trou anionique** = (Na<sup>+</sup> + K<sup>+</sup>) - (Cl<sup>-</sup> + HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>) < 16mmol/L.

**Syndrome inflammatoire**

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

**Hémostase/Coagulation**

|                  |                   |                  |
|------------------|-------------------|------------------|
| Plaquettes       | 150 000 à 500 000 | /mm <sup>3</sup> |
| 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 <sup>+</sup>                      | 135 à 145 | mmol/L |
| K <sup>+</sup>                       | 3.5 à 5   | mmol/L |
| Cl <sup>-</sup>                      | 95 à 105  | mmol/L |
| HCO <sub>3</sub> <sup>-</sup> (iono) | 24 à 30   | mmol/L |
| Protidémie                           | 65 à 75   | g/L    |
| Albuminémie                          | 37 à 53   | g/L    |
| Urée                                 | 4 à 7     | mmol/L |
| Créatininémie                        | 65 à 105  | µmol/L |

Clairance créatinine : 90 à 120 mL/min

Formule de Cockcroft-Gault :  $\text{Créat} \times \frac{1.73}{\text{Poids} \times (\text{Age})}$  ♂ ;  $\text{Créat} \times \frac{1.73}{\text{Poids} \times (\text{Age})}$  ♀

BN : le Cockcroft est démodé, il faut préférer l'interprétation CKD EPI parmi les autres

**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 ~ $\frac{0.1234567}{s}$ | g/L              |
| Protéinorachie | 0.15 à 0.30                  | g/L              |
| Cellularité    | < 5                          | /mm <sup>3</sup> |

**Autres dosages (ordre alphabétique)**

|  |                              |  |
|--|------------------------------|--|
| BNP  | < 300                        | pg/mL ou ng/L<br>VPN                       |
| Ca <sup>2+</sup>                                     | 2.2 à 2.6                    | mmol/L<br>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<br>♀ : 15 à 150 | µg/L                                       |
| Glucose  | 3.6 à 5.5                    | mmol/L                                     |
| LDH  | ♂ : 60 à 115<br>♀ : 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                                       |

### I. 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<sup>ère</sup> 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.

### II. Lavage de mains :

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

### Détails en + :

- Frottez 3 min environ, énergiquement.
- Insistez bien sous les ongles, la brosse est plus souple autour et plus dure au centre. Les filles ongles 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 (ça chauffe 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 le 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, poussez la porte avec le dos ou vous la faire ouvrir par quelqu'un, sinon perdu.

### III. 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 (pascelle de chirortholeg qui est moins complète)
- Là 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 : **ytb « 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-mêmes. (Sanction éliminatoire : retour au point 3). C'est marqué dessus quelle partie doit être stérile et laquelle non stérile.
- ± 2<sup>e</sup> paire de gants selon le service

### IV. 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 !!**
- Changement 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.

### V. TAKE HOME MESSAGES :

1. Restez zen, pas de gestes brusques : ne rien déstériliser
2. On vous prend par la main, pas de panique.
3. Prenez votre temps, mieux vaut être lent que commettre 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.

## I. 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 qui s'en occupent.

**N'hésitez pas à regarder des tutos sur YT également !**

Le principe de base est de donner les instruments dans le bon timing. Donc votre table doit être rangée précisément (pincés/bistouris/ciseaux/porte aiguilles/écarteurs/instruments spécifiques/compresses et champs/cupules/boîte 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).

## II. Les pincés :

3 grands types : Les pincés à disséquer, les pincés « tout court », les pincés de coelio.

1. **Pincés 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, dégâts faibles = Tissus fragiles.
  - PAD de De Bakey (2) : Tenue Moyenne, dégâts faibles. +++ pour hémostase/en dig.
  - PAD à griffe (3) : Tenue bonne/dégâts moyen.
  
2. **Pincés** : 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.
  - Kelly (5) : Idem, taille au-dessus.
  - Bengolea (dite bengo) (6) : Idem mais très longue.
  - Cochère et Leriche (7) : Pincés plus forte, avec++ ou sans dents, forte tenue = Accrocher des champs, tirer fort sur une structure...
  - Duval ou pince en cœur (8)

### III. Bistouris.

Lame froide : à monter sur la porte lame, plusieurs tailles = 23, 11 et 15 à connaître +++ (9). 2 bistouris 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)

### IV. Ciseaux

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 5mm de fil.

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

### V. Écarteurs

Farabeuf (15) (ou « fara ») : **Les plus utilisés++**, adaptez la taille à la profondeur. **Vont par 2.**

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

Valve (18) : Sorte de super Farabeuf, 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...

### VI. Porte aiguille

Quand on vous demande un fil, **donnez-le monté sur la 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.

### VII. Compresse et champs

Seule la taille diffère entre les compresses et les champs. Attention : A noter que le mot « champs » peut désigner soit ces grosses compresses, 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 compresses 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 dedans.*

## VIII. 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 ortho, 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<sup>er</sup> par le nombril) est souvent le plus gros. Parfois, il y'en a juste un seul très gros = « open coelio » = coelio avec un seul trou.

L'optique ou caméra (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 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.

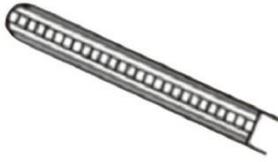
## IX. Petits +

- 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 instrument = **Vous risquez une belle engueulade**. Éventuellement, 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 la porte aiguilles, demandez 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/gynéco) vous aurez beaucoup de pinces. En général, on vous donne un présentoir dont le montage est tout sauf intuitif : **Demandez 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 !**

1:



2:



3:



4:



5:



6:



7:



8:



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° 25 A             | CL05425            |  | N°4                    |

10:



11:



12:



13:



14:



15:



16:





17 :

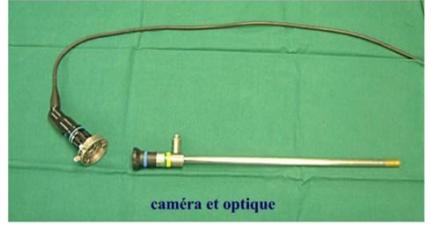
socin



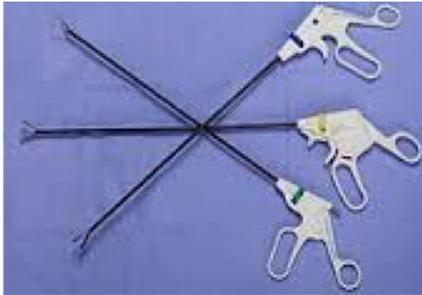
19 :



20 :



21 :



22 :



23 :



24 :

# FICHE 18

## Abréviations

*Beaucoup se ressemblent et parfois sont les mêmes pour des choses radicalement différentes. Elles sont à éviter dans les observations, surtout si elles ne sont pas développées avant dans le texte !*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



**Moi : achète 11 collèges pour le prochain semestre**

**Mon cerveau :**



La Médicale assure  
près d' **1 professionnel  
de santé sur 3<sup>3</sup>** :  
c'est rassurant

ÉTUDIANT

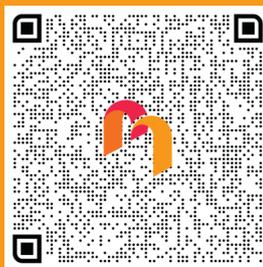
## Vivez votre vie ASSURÉMENT

Avec votre contrat La Médicale Plus, cumulez  
responsabilité civile professionnelle et protection  
juridique, Capital invalidité professionnelle offert  
pendant la toute durée de votre cursus<sup>1</sup>

Avec l'assurance santé,  
bénéficiez d'une couverture  
qui répond à vos besoins  
et d'un tarif privilégié<sup>2</sup>

Avec nos assurances  
**Auto et Habitation**  
protégez votre vie privée<sup>2</sup>

**SOUSCRIVEZ ET RENOUVELEZ  
VOTRE CONTRAT RESPONSABILITÉ  
CIVILE PROFESSIONNELLE  
EN LIGNE**



Votre agent général La Médicale **est toujours proche de vous**

  **N°Cristal 0 969 32 4000** — [lamedicale.fr](https://lamedicale.fr)  
APPEL NON SURTAXE

<sup>1</sup>En cas d'invalidité professionnelle de 66 % au minimum empêchant la poursuite des études ou entraînant une perte de profession.

<sup>2</sup>Voir conditions en agence. <sup>3</sup>Taux de pénétration auprès des professions libérales de santé 28,9 % au 31/12/2023.

La Médicale est une marque de Generali.

Les garanties peuvent donner lieu à exclusions, limitations et franchises. Pour connaître le détail, l'étendue et les conditions de garantie, reportez-vous aux dispositions générales et particulières du contrat. La souscription d'un contrat ou de certaines garanties demeure soumise aux règles d'acceptation des risques de l'assureur. Les contrats d'assurance La Médicale Plus, La Médicale Assurance Auto et La Médicale Multi Risque Habitation sont assurés par l'Équité.

Le contrat La Médicale Santé est assuré par Generali Vie et souscrit par La Médicale Vie-Prévoyance.

**Generali Vie** - Société Anonyme au capital de 341 059 488 euros, 602 062 481 RCS Paris, entreprise régie par le Code des assurances ;

**L'Équité** - Société Anonyme au capital de 69 213 760 euros, 572 084 697 RCS Paris, entreprise régie par le Code des assurances ;

N° d'identification unique ADEME des Sociétés FR232327\_03PBRV ; Siège social des Sociétés : 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris ; Sociétés appartenant au Groupe Generali, immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026.

**La Médicale Vie Prévoyance** - Association Loi 1901 - 3 rue Saint-Vincent-de-Paul 75010 Paris.

Les prestations d'assistance sont assurées par Europ Assistance. **Europ Assistance SA** - Société anonyme au capital de 48 123 637 euros. Entreprise régie par le Code des assurances, immatriculée au Registre du commerce et des sociétés de Paris sous le numéro 451 366 405, sise 2 rue Pillet-Will 75009 Paris.

Les contrats d'assurances La Médicale Plus, La Médicale Assurance Auto, La Médicale Multi Risque Habitation et La Médicale Santé sont distribués par les agents généraux du marché « La Médicale - Professionnels de santé ».

Document non contractuel à caractère publicitaire. APFP4955B - LM - Janvier 2024 - Photo : Getty Images - 109 L'Agence