

**William Berrebi**

# DIAGNOSTICS & THÉRAPEUTIQUE

Guide pratique du symptôme  
à la prescription

LA RÉFÉRENCE

**6**  
ÉDITION CP

- ✓ 316 symptômes d'appel
- ✓ 1514 pathologies
- ✓ 909 traitements

Avec la collaboration du  
Pr Jean Cabane

de boeck  estem

## Préface

Droit au but. Tel pourrait être le résumé de cet ouvrage. Il y a trop de livres bavards, en médecine comme ailleurs, et les médecins n'ont pas le temps. Pas le temps d'aller en bibliothèque chercher la perle rare, pas le temps de se brancher sur l'hypothétique serveur du web, pas le temps de rechercher une lourde et hétérogène bibliographie, pas le temps de dégager l'essentiel de l'accessoire, l'important du gadget, l'actuel de l'obsolète.

Alors, il est heureux qu'un ouvrage comme celui-ci vienne clarifier les choses et simplifier la tâche du clinicien. Finalement, de quoi avons-nous besoin ? il nous faut, dans le minimum d'enrobage littéraire, ce que nous trouverons ici :

- La liste des items cliniques importants pour chaque diagnostic positif et différentiel.
- Les clés indispensables au diagnostic étiologique, sans lequel il n'y a pas de bon traitement.
- Des tableaux clairs et concis sur les causes et les conséquences des maladies, et les investigations paracliniques qui apportent vraiment quelque chose.
- Des directives claires pour rédiger notre plan de traitement.
- Enfin, des renvois bien faits aux maladies reliées dont la connaissance peut être très importante.

Je félicite William Berrebi pour son œuvre de pédagogie médicale dont la pertinence est inspirée des questions d'internat : la contrainte de temps, salutaire, a permis d'élaguer tout le superflu pour ne garder que l'essentiel.

Voici donc un livre pour gagner du temps tout en devenant meilleur médecin. Un tour de force !

**Pr J. Cabane**

Service de Médecine Interne, CHU Saint-Antoine, Paris.

## Liste des auteurs

Cardiologie	<b>Dr Laurent Sabbah</b> Hôpital Européen Georges Pompidou. Paris
Dermatologie	<b>Dr Florence Cordoliani</b> Hôpital Saint-Louis. Paris
Endocrinologie	<b>Dr Brigitte Emperauger</b> Hôpital Saint-Antoine. Paris
Gastroentérologie et hépatologie	<b>Dr William Berrebi</b> Hôpital Cochin. Paris
Gynécologie	<b>Dr Brigitte Emperauger</b> Hôpital Saint-Antoine. Paris
Hématologie	<b>Pr Olivier Tournilhac</b> Hôpital de Clermont. Clermont-Ferrand
Maladies infectieuses	<b>Pr Pierre Tattevin</b> Clinique des Maladies Infectieuses CHU Pontchaillou. Rennes
Médecine Interne	<b>Dr William Berrebi</b> Hôpital Cochin. Paris <b>Pr Jean Cabane</b> Hôpital Saint-Antoine. Paris
Néphrologie	<b>Pr Marie Essig</b> CHU Limoges
Neurologie	<b>Dr Astrid Corlobé</b> CHU Gui de Chauliac. Montpellier
Obstétrique	<b>Dr Marine Driessen</b> Hôpital Tenon. Paris
Ophthalmologie	<b>Dr Patrick Simon</b> Hôpital Intercommunal de Créteil. Créteil
ORL	<b>Dr Xavier Lachiver</b> Hôpital Foch. Suresnes
Pédiatrie	<b>Dr Grégoire Benoist</b> Hôpital Ambroise Paré. Paris
Pneumologie	<b>Dr Jean-Luc Jagot</b> Hôpital Robert Ballanger. Aulnay-sous-Bois
Psychiatrie	<b>Dr Pierre Lavaud</b> Service de Psychiatrie, CHU de Bicêtre. Le Kremlin-Bicêtre <b>Dr Frantz Hozer</b> Service de Psychiatrie, CHU de Bicêtre. Le Kremlin-Bicêtre
Réanimation	<b>Dr Olivier de Pamphilis</b> Hôpital Avicenne. Bobigny
Rhumatologie	<b>Dr Muriel Elhai</b> Hôpital Cochin. Paris
Urologie	<b>Dr Thomas Seisen</b> Hôpital Pitié-Salpêtrière. Paris

# Présentation de l'ouvrage

## CONCEPT ET STRUCTURE DU LIVRE

La métaphore suivante illustre le concept de cet ouvrage :

« Une maladie est un puzzle assemblé or un malade arrive chez son médecin avec les pièces du puzzle éparées... »

*Le rôle du médecin consiste alors à assembler les différentes pièces du puzzle avec méthode et rationalité. »*

C'est cette démarche qui est proposée dans l'ouvrage : **partir du symptôme pour aboutir au diagnostic puis au traitement.**

D'une façon logique, la table des matières classe **les différents symptômes d'appel** par ordre alphabétique au sein de chaque spécialité.

Au symptôme d'appel succède ainsi :

– **la démarche diagnostique rationnelle** basée sur :

- > l'interrogatoire ;
- > l'examen physique ;
- > les examens complémentaires (biologiques, morphologiques, etc.) ;

– **l'étape thérapeutique** comportant le traitement médicamenteux détaillé :

- > noms des molécules en dénomination commune ainsi que les noms commerciaux ;
- > formes galéniques ;
- > posologies ;
- > voies d'administration

Les traitements non médicamenteux (gestes chirurgicaux ou endoscopiques, etc.) sont également précisés.

## DESCRIPTION DE CETTE NOUVELLE ÉDITION

L'application et le respect des **bonnes pratiques cliniques** qui reposent sur des données factuelles (*evidence based medicine* dans les pays anglo-saxons) apportées par les conférences de consensus, les recommandations HAS et les publications internationales les plus récentes ont guidé la rédaction de ce livre.

Pour répondre aux besoins des étudiants en médecine et des médecins les plus exigeants, cette **6<sup>e</sup> édition** a été étoffée d'une façon très importante.

Elle comporte :

– **43 nouvelles questions**

CARDIOLOGIE	– Anévrisme de l'aorte abdominale – Insuffisance veineuse et varices des membres inférieurs – Souffle cardiaque de l'adulte – Transplantation cardiaque
DERMATOLOGIE	– Rosacée
ENDOCRINOLOGIE	– Acromégalie – Insuffisance antéhypophysaire
HÉPATOLOGIE GASTROENTÉROLOGIE	– Masse abdominale – Transplantation hépatique
GYNÉCOLOGIE	– Herpès génital – Ménopause
OBSTÉTRIQUE	– Allaitement – Cholestase chez la femme enceinte

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Grossesse et toxoplasmose</li> <li>– Grossesse et rubéole</li> <li>– Herpès génital et grossesse</li> <li>– Prévention de la transmission néonatale de l'hépatite B</li> </ul>
MALADIES INFECTIEUSES	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Accident d'exposition au sang</li> </ul>
MÉDECINE INTERNE	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Corticothérapie prolongée : mesures et traitements associés</li> </ul>
NÉPHROLOGIE	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Transplantation rénale</li> </ul>
OPHTALMOLOGIE	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Complications ophtalmologiques chez un porteur de lentilles</li> </ul>
PÉDIATRIE	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Céphalées de l'enfant</li> <li>– Constipation de l'enfant</li> <li>– Dermate atopique de l'enfant</li> <li>– Dyspnée aiguë de l'enfant</li> <li>– Épisodes répétés de fièvre</li> <li>– Éruptions avec fièvre</li> <li>– Fièvre aiguë de l'enfant</li> <li>– Obésité de l'enfant</li> <li>– Otagies et otites</li> <li>– Pleurs du nourrisson</li> <li>– Purpura de l'enfant</li> <li>– Retard psychomoteur</li> <li>– Souffle cardiaque</li> <li>– Toux chronique de l'enfant</li> </ul>
PNEUMOLOGIE	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hypertension artérielle pulmonaire</li> <li>– Transplantation pulmonaire</li> </ul>
PSYCHIATRIE	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Troubles du comportement alimentaire</li> <li>– Troubles du sommeil</li> </ul>
RHUMATOLOGIE	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Douleur du coude</li> <li>– Douleur de la main ou du poignet</li> </ul>
TOXICOLOGIE- RÉANIMATION	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Intoxications médicamenteuses volontaires : de A à Z</li> <li>– Prise en charge d'un patient suspect d'intoxication par des drogues illicites</li> </ul>

– **316 symptômes d'appel**

– **84 encadrés « l'essentiel à retenir »**

– **une partie thérapeutique très complète avec 909 prises en charge thérapeutiques :**

- > données thérapeutiques les plus récentes ;
- > libellé des médicaments strictement identique au libellé officiel (dénomination commune, noms commerciaux, formes galéniques, posologies, voies d'administration) ;
- > schéma des vaccinations 2013, etc.

– **36 schémas d'illustration :** mécanismes des maladies, techniques thérapeutiques (schémas de gestes chirurgicaux, pose de stents)

– des photos illustrant les principales maladies observées en Dermatologie ou en Médecine interne

– des références issues de l'HAS (Haute Autorité de Santé) ou des conférences de consensus

– la liste des affections de longue durée (ALD 30) et des 31 maladies à déclaration obligatoire.

– les valeurs des constantes biologiques

– les adresses utiles :

- > centres régionaux de pharmacovigilance ;
- > centres antidouleur ;

- > associations de malades ;
- > centres antipoison ;
- > centres de vaccination anti-amarille.

## OBJECTIFS DE L'OUVRAGE

Les sommaires, tables de recherche et l'index en fin d'ouvrage permettent au lecteur de trouver rapidement l'information recherchée.

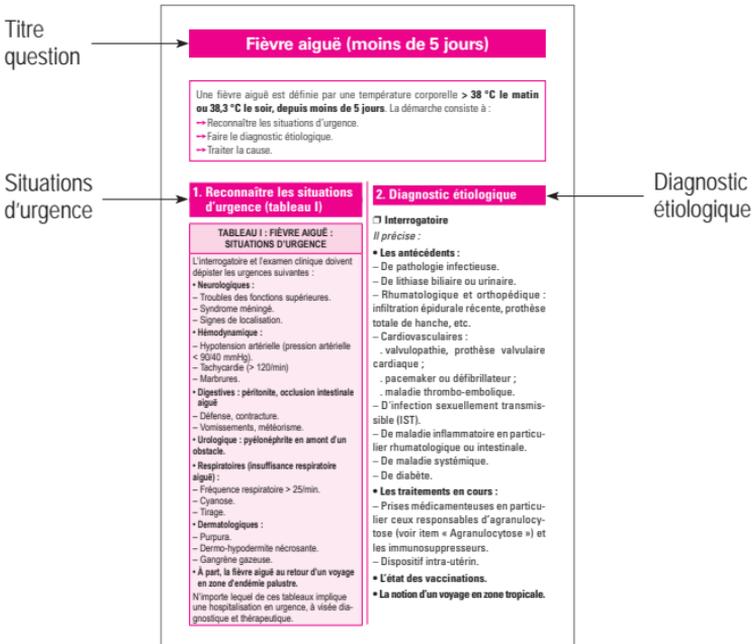
La présentation du livre simple et logique par **symptôme d'appel** facilite sa lecture.

La prescription est facilitée par l'accès à la partie « **Traitement** » (située à la fin de chaque symptôme d'appel), ayant une présentation spécifique.

*Diagnostics et thérapeutique* doit ainsi permettre :

- aux **médecins généralistes et aux Internes en médecine** d'établir leurs diagnostics avec précision et de prescrire les traitements les plus adaptés avec rigueur ;
- aux **étudiants en médecine** de préparer avec le maximum de chances de réussite les Épreuves classantes nationales (ECN) ;
- aux spécialistes, de trouver une donnée dans leur domaine d'activité ou dans une autre spécialité que la leur.

Dans une médecine en perpétuel renouvellement le lecteur dispose ainsi dans ce livre de poche de 2 ouvrages : **l'un de diagnostics et l'autre de thérapeutique, parfaitement actualisés.**



**4. Traitement****4.1. ŒDÈME PULMONAIRE HÉMODYNAMIQUE (Cl. chap. 1 Cardiologie)****4.2. PNEUMONIE BACTÉRIENNE****4.2.1. Antibiothérapie probabiliste**

Le traitement doit être adapté aux données microbiologiques, à l'âge du patient et à la présence de facteurs de risque.

**4.2.1.1. Antibiothérapie probabiliste des pneumopathies aiguës communautaires en ambulatoire**

Terrain

	1 <sup>er</sup> choix	Durée	Echec de l'amoxicilline à 48 <sup>e</sup> h
<b>Sujets sans comorbidité(s)</b>	<b>Suspicion de pneumocoque :</b> <b>Amoxicilline :</b> - 1 g x 3/jour PO  <b>Si doute entre pneumocoque et bactérie atypique :</b> <b>Présimamycine (PYOSTACINE) :</b> - 1 g x 3/jour PO <b>Télothromycine (KETEK) :</b> 800 mg sel/2 cps/jour PO	10 jours  7 à 14 jours  7 à 10 jours	Macrolide  Ou <b>Prétissamycine (PYOSTACINE) :</b> - 1 g x 3/jour PO <b>Télothromycine (KETEK) :</b> 800 mg sel/2 cps/jour PO
<b>Sujets avec comorbidité(s)</b>	<b>Amoxicilline, acide clavulanique (AUGMENTIN oral) :</b> - 1 g x 3/jour PO	10 jours	Fluoroquinolones <b>Lévofloxacine (TAUVANIC comprimé) :</b> - 1 cp à 500 mg/jour PO Ou <b>Moxifloxacine (ZILOX) :</b> - 1 cp à 400 mg/jour PO
<b>Sujets âgés Institution</b>	<b>Amoxicilline, acide clavulanique :</b> - 1 g x 3/jour PO  Ou <b>Ceftriaxone (ROCEPHINE) :</b> - 1 g IM, IV ou SC  Ou Fluoroquinolones <b>Lévofloxacine (TAUVANIC comprimé) :</b> - 1 cp à 500 mg/jour PO Ou <b>Moxifloxacine (ZILOX) :</b> - 1 cp à 400 mg/jour PO	10 jours  10 jours  10 jours	Fluoroquinolones <b>Lévofloxacine (TAUVANIC comprimé) :</b> - 1 cp à 500 mg/jour PO Ou <b>Moxifloxacine (ZILOX) :</b> - 1 cp à 400 mg/jour PO

Antibiotiques de 1<sup>e</sup> ligne

Durée du traitement

Antibiotiques de 2<sup>e</sup> ligne**MALADIE CÉLIAQUE : L'essentiel à retenir**

La maladie cœliaque est à concevoir comme un état de réponse immune exagérée aux protéines du gluten chez un sujet génétiquement prédisposé : elle semble être mieux définie par le terme d'entéropathie sensible au gluten puisqu'il désigne, aussi bien les formes classiques que les formes « silencieuses » (infracliniques, mais histologiquement patentes) et les formes latentes ou potentielles (sans lésions histologiques caractéristiques) de l'affection, qui sont probablement les plus fréquentes, et qu'il inclut de surcroît le critère thérapeutique.

**1. TERRAIN**

- Maladie rare touchant essentiellement la population de race blanche et plus fréquente chez la femme.  
- Il existe un pic bimodal de fréquence : 4<sup>e</sup>-5<sup>e</sup> décennie chez la femme, 5<sup>e</sup>-6<sup>e</sup> décennie chez l'homme.

- Il existe une prédisposition familiale (la prévalence familiale de la maladie cœliaque chez les parents au premier degré de malades cœliaques est de l'ordre de 10 %).

**2. CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE**

Les principales **manifestations cliniques** de la maladie cœliaque de l'adulte sont :

- Diarrhée chronique avec syndrome de malabsorption.
- Amaigrissement et asthénie.
- Distension abdominale.
- Douleurs abdominales.
- Nausées, vomissements.

**Plus rarement :**

- Œdèmes des membres inférieurs.
  - Retard de croissance chez l'enfant.
- Biologiquement**, il existe des signes de carence martiale (l'anémie ferriprive peut être le seul symptôme de la MCA).

# Table des symptômes par spécialités

## Chapitre 1 : Cardiologie

• Anévrisme de l'aorte abdominale	3
• Douleurs des membres inférieurs à la marche	8
• Douleur thoracique d'apparition récente	16
• Douleur thoracique ancienne	47
• Dyspnée dans un contexte d'urgence : le point de vue du cardiologue	56
• Dyspnée chronique	65
• Crise aiguë hypertensive (CAH)	73
• Découverte d'une HTA : la première consultation d'un hypertendu	79
• Deuxième consultation d'un hypertendu : instauration d'un traitement médicamenteux	84
• Suivi d'un patient hypertendu traité	91
• Insuffisance veineuse et varices	94
• Fièvre et souffle cardiaque (endocardite infectieuse)	97
• Endocardite infectieuse : antibioprofylaxie	100
• Endocardite infectieuse : traitement curatif	102
• Palpitations	108
• Malaise de l'adulte	127
• Œdèmes des membres inférieurs	135
• Souffle cardiaque de l'adulte	142
• Thromboses veineuses profondes des membres inférieurs	152
• Thromboses veineuses superficielles des membres inférieurs	165
• Transplantation cardiaque	167

## Chapitre 2 : Dermatologie

• Acné	173
• Alopecie	178
• Aphthes	185
• Dépigmentation cutanée acquise	188
• Éruption bulleuse acquise	191
• Éruption vésiculeuse	196
• Éruption érythémato-squameuse	203
• Érysipèle	210
• Érythème noueux	213
• Érythème scarlatiniforme, morbilliforme, roséoliforme	215

• Escarre	219
• Intertrigo	221
• Poux (pédiculoses humaines)	226
• Prurit généralisé	229
• Purpura	235
• Rosacée	238
• Tumeur noire cutanée	240
• Ulcère de jambe	243
• Ulcérations ou érosions des muqueuses orogénitales	246

## Chapitre 3 : Endocrinologie

• Acromégalie	253
• Aménorrhée et galactorrhée (en dehors de la grossesse)	256
• Découverte d'une perturbation du bilan lipidique	260
• Goitre	268
• Hirsutisme	274
• Hypercorticisme (syndrome de Cushing)	278
• Insuffisance antéhypophysaire	282
• Insuffisance surrénale	286
• Hyperglycémie, glycosurie, cétonurie découvertes lors d'un examen systématique	292
• Hypoglycémie et traitement d'urgence	305
• Hypothyroïdie périphérique de l'adulte	310
• Nodule thyroïdien (isolé ou prédominant)	314
• Syndrome polyuro-polydipsique	321
• Surcharge pondérale	325
• Surveillance d'un diabète au cours de la grossesse	332
• Troubles de la conscience chez un diabétique	335

## Chapitre 4 : Gastroentérologie-hépatologie

• Ascite	341
• Constipation	354
• Diarrhée aiguë de l'adulte immunocompétent	362

## XIV *Diagnostique et thérapeutique*

• Diarrhée au retour d'un séjour en zone tropicale	370	• Cholestase chez la femme enceinte	664
• Diarrhée chronique chez un sujet immunocompétent	374	• Douleur abdominale aiguë chez une femme enceinte	667
• Douleur épigastrique	394	• Fièvre au cours de la grossesse	672
• Douleur abdominale diffuse ou sous ombilicale	410	• Hémorragie du 1 <sup>er</sup> trimestre de la grossesse	675
• Douleur anale aiguë	421	• Hémorragie du 3 <sup>e</sup> trimestre de la grossesse	679
• Dysphagie (basse)	425	• Herpès génital et grossesse	684
• Élévation isolée de la Gamma-Glutamyl Transpeptidase (Gamma-GT)	435	• Hypertension artérielle et grossesse	687
• Hématémèse et/ou méléna	441	• Interruption volontaire de grossesse (IVG)	692
• Hépatomégalie	450	• Menace d'accouchement prématuré	696
• Hyperferritinémies	461	• Prévention de la transmission néonatale de l'hépatite B	701
• Hypertransaminasémie	468	• Rubéole et grossesse	704
• Ictère à bilirubine conjuguée de l'adulte	491	• Toxoplasmose et grossesse	706
• Image nodulaire à l'échographie hépatique en l'absence de fièvre	498		
• Image nodulaire à l'échographie hépatique chez un patient fébrile	509		
• Masse abdominale	516		
• Prescription d'un opioïde	520		
• Prurit anal	526		
• Rectorragies	532		
• Reflux gastro-oesophagien	554		
• Syndrome occlusif	562		
• Transplantation hépatique	573		
• Vomissements	581		

### Chapitre 5 : Gynécologie

• Algies pelviennes aiguës	591	• Adénopathie superficielle isolée	711
• Algies pelviennes chroniques	595	• Polyadénopathies superficielles	724
• Aménorrhée	599	• Anémie hémolytique	737
• Couple stérile	608	• Anémie macrocytaire	752
• Demande de contraception	615	• Anémie microcytaire	762
• Hémorragies génitales en dehors de la grossesse	623	• Anémie normocytaire	771
• Kyste ovarien	631	• Anomalies des gammaglobulines en particulier hypergamma-globulinémie	779
• Leucorrhées	636	• CIVD (coagulation intravasculaire disséminée)	798
• Ménopause	642	• Hyperéosinophilie	804
• Nodule mammaire	644	• Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles	820
• Prolapsus pelvien	651	• Hyperlymphocytose	829
		• Leuconutropénie	838
		• Lymphopénie	846
		• Macrocytose sans anémie	850
		• Microcytose sans anémie	852
		• Myélémie, érythroblastémie et blastes circulants	855
		• Pancytopénie	864
		• Polyglobulie	873
		• Splénomégalie	880
		• Syndrome hémorragique par trouble de l'hémostase	891
		• Syndrome mononucléosique	907
		• Thrombocytose	911
		• Thrombopénie	916
		• Transfusion de sang ou de produits dérivés : accidents	928

### Chapitre 6 : Obstétrique

• Allaitement	655		
• Allo-immunisation sanguine fœto-maternelle : dépistage, prévention	658		
• Brûlures urinaires au cours de la grossesse	661		

### Chapitre 7 : Hématologie

• Adénopathie superficielle isolée	711
• Polyadénopathies superficielles	724
• Anémie hémolytique	737
• Anémie macrocytaire	752
• Anémie microcytaire	762
• Anémie normocytaire	771
• Anomalies des gammaglobulines en particulier hypergamma-globulinémie	779
• CIVD (coagulation intravasculaire disséminée)	798
• Hyperéosinophilie	804
• Hyperleucocytose à polynucléaires neutrophiles	820
• Hyperlymphocytose	829
• Leuconutropénie	838
• Lymphopénie	846
• Macrocytose sans anémie	850
• Microcytose sans anémie	852
• Myélémie, érythroblastémie et blastes circulants	855
• Pancytopénie	864
• Polyglobulie	873
• Splénomégalie	880
• Syndrome hémorragique par trouble de l'hémostase	891
• Syndrome mononucléosique	907
• Thrombocytose	911
• Thrombopénie	916
• Transfusion de sang ou de produits dérivés : accidents	928

- Transfusion de sang ou de produits dérivés : mesures à prendre avant 936

## Chapitre 8 : Maladies infectieuses

- Accidents d'Exposition au Sang (AES) 953
- Augmentation de la vitesse de sédimentation 959
- Demande de vaccinations ou de prophylaxie avant un départ en zone tropicale 962
- Éruption zosterienne chez un sujet immunocompétent 972
- Fièvre aiguë (moins de 5 jours) 975
- Fièvre aiguë au retour d'un séjour en pays tropical 980
- Fièvre chez un sujet infecté par le VIH 1002
- Fièvre persistante (plus de 20 jours) 1014
- Hypertrophie parotidienne bilatérale dans un contexte fébrile (oreillons) 1025
- Infections nosocomiales 1028
- Morsure par un animal 1035
- Vaccinations chez l'enfant et l'adulte 1040

## Chapitre 9 : Médecine interne

- SYMPTÔMES D'APPEL 1063
- Amaigrissement 1064
- Asthénie 1068
- Hoquet 1073
- Mauvaise haleine 1079
- Phénomène de Raynaud 1083
- MALADIES SYSTÉMIQUES 1089
- Corticothérapie prolongée : mesures et traitement associés 1090
- Granulomatose de Wegener (granulomatose avec polyangéite) 1091
- Histiocytoses 1094
- Lupus érythémateux disséminé (systémique). Syndrome des anti-phospholipides (SAPL) 1097
- Maladie de Behcet 1102
- Maladie de Still de l'adulte 1105
- Mastocytoses 1108
- Périartérite noueuse (PAN) 1111
- Polychondrite atrophiante 1115

- Sarcoïdose 1117
- Sclérodémie 1121
- Syndrome de Churg et Strauss (granulomatose avec polyangéite et éosinophilie) 1127
- Syndrome de Cogan 1130
- Syndrome de Gougerot-Sjögren 1131
- Syndrome de Shulman (fasciite avec éosinophilie) 1137

## Chapitre 10 : Néphrologie

- Acidose 1141
- Alcalose 1148
- Atrophie rénale unilatérale à l'échographie 1152
- Déshydratation 1155
- Hématurie 1160
- Hyperkaliémie 1163
- Hypokaliémie 1166
- Hyponatrémie 1169
- Insuffisance rénale aiguë 1174
- Insuffisance rénale chronique 1180
- Protéinurie 1188
- Transplantation rénale 1193

## Chapitre 11 : Neurologie

- Céphalées et algies crânio-faciales 1209
- Complications neurologiques de l'alcoolisme 1217
- Crampes 1221
- Déficit moteur et/ou sensitif d'un hémicorps 1224
- Déficit sensitif des membres inférieurs (d'origine périphérique) 1230
- Épilepsie 1236
- Fatigabilité motrice à l'effort 1243
- Nystagmus 1250
- Syndrome cérébelleux 1252
- Syndrome confusionnel 1258
- Syndrome d'hypertension intracrânienne 1263
- Syndrome pyramidal 1267
- Syndrome extra-pyramidal 1272
- Syndrome méningé 1277
- Tremblements 1284
- Troubles de la mémoire 1290

**Chapitre 12 : Ophtalmologie**

• Anomalie du champ visuel	1303
• Baisse brutale de l'acuité visuelle	1307
• Baisse progressive de l'acuité visuelle	1311
• Complications ophtalmologiques chez un porteur de lentilles	1316
• Diplopie	1320
• Douleur uni-ou bilatérale des paupières	1323
• Exophtalmie	1325
• Médicaments et surveillance oculaire	1328
• Œil rouge	1331
• Strabisme de l'enfant	1337
• Traumatisme oculaire	1340

**Chapitre 13 :  
Oto-rhino-laryngologie**

• Acouphènes	1345
• Amygdalite chronique	1350
• Corps étrangers des voies aériennes	1352
• Dysphonie	1356
• Écoulement d'oreille	1363
• Épistaxis	1367
• Lithiase salivaire	1373
• Obstruction nasale	1375
• Odynophagie et dysphagie haute sans fièvre	1380
• Odynophagie et dysphagie avec fièvre	1385
• Otitis	1388
• Paralysie faciale périphérique	1394
• Rhinorrhée purulente	1399
• Ronflements	1403
• Surdité d'apparition brutale	1406
• Surdité d'apparition progressive	1409
• Tuméfaction parotidienne	1410
• Vertiges	1414

**Chapitre 14 : Pédiatrie**

• Asthme du nourrisson	1421
• Boiterie de l'enfant	1428
• Céphalées de l'enfant	1432
• Constipation de l'enfant	1438
• Convulsions et épilepsie	1442

• Dermate atopique de l'enfant	1450
• Diarrhée aiguë de l'enfant	1453
• Douleurs abdomino-pelviennes aigu��es	1457
• Dyspnée aiguë de l'enfant	1462
• ��nur��sie	1469
• ��pisodes répétés de fièvre	1472
• ��ruptions avec fièvre (« ��ruptions fébriles »)	1478
• Fièvre aiguë de l'enfant	1486
• Ictère néonatal	1496
• Malaise grave du nourrisson	1501
• Maltraitance	1505
• Ob��siti�� de l'enfant	1508
• Otitis et otites	1512
• Pleurs du nourrisson	1517
• Purpura de l'enfant	1521
• RGO de l'enfant	1527
• Retard de croissance pondérale	1530
• Retard de croissance staturale	1536
• Retard psychomoteur	1540
• Souffle cardiaque	1543
• Toux chronique de l'enfant	1546
• Vomissements du nourrisson et de l'enfant	1553

**Chapitre 15 : Pneumologie**

• Demande de sevrage tabagique	1561
• Dyspnée aiguë chez un sujet immunocompétent dans un contexte fébrile	1564
• Dyspnée aiguë chez un sujet immunodéprimé par le VIH	1570
• Dyspnée ancienne d'aggravation récente	1573
• ��panchement liquidien de la plèvre	1578
• Hémoptysie	1582
• Hypertension artérielle pulmonaire (HTAP)	1585
• Image pulmonaire de type interstitiel diffus	1588
• Opacité médiastinale	1593
• Opacité ronde intra-parenchymateuse	1596
• Pneumothorax	1602
• Suspicion de crise d'asthme	1605
• Syndrome alvéolaire	1611
• Syndrome de détresse respiratoire aiguë	1619
• Toux	1622

- Transplantation pulmonaire 1625
- Tuberculose pulmonaire maladie 1629

### Chapitre 16 : psychiatrie

- Accès maniaque 1635
- Abus et dépendance à l'alcool 1641
- Attaque de panique 1651
- Délires chroniques non dissociatifs 1653
- Soins sans consentement 1658
- Idées ou conduites suicidaires 1661
- Intoxication alcoolique aiguë 1664
- Schizophrénie 1667
- Sevrage alcoolique aigu 1672
- Sevrage aux opiacés 1675
- Syndrome dépressif 1680
- Troubles névrotiques 1686
  - Troubles anxieux 1686
  - Troubles somatoformes, factices et dissociatifs 1691
- Troubles psychiatriques de la grossesse et du post-partum 1694
- Trouble psychotique aigu et transitoire 1698
- Troubles du comportement alimentaire 1703
- Troubles du sommeil de l'adulte 1708

### Chapitre 17 : Rhumatologie

- Déminéralisation diffuse du squelette 1717
- Douleurs cervicales 1731
- Douleur du coude 1739
- Douleurs dorsales 1744
- Douleur de l'épaule 1754
- Douleur du genou 1764
- Douleur de hanche 1772
- Douleurs lombaires 1780
- Douleur de l'orteil 1792
- Douleur du poignet et/ou de la main 1801

- Hypercalcémie 1811
- Polyarthrite récente 1819
- Radiculalgies des membres inférieurs 1842
- Syndrome du canal carpien 1849

### Chapitre 18 : Toxicologie et Réanimation

- État de choc 1855
- Choc anaphylactique 1863
- Intoxication aiguë par le monoxyde de carbone (CO) 1866
- Intoxication médicamenteuse aiguë volontaire : généralités 1869
- Intoxications médicamenteuses volontaires : de A à Z 1874
- Prise en charge d'un patient suspect d'intoxication par des drogues illicites 1902
- Utilisation raisonnée de trois antidotes en cas d'intoxication aiguë volontaire : flumazénil, N-acétylcystéine et naloxone 1916

### Chapitre 19 : Urologie

- Augmentation de volume de la bourse 1923
- Brûlures mictionnelles 1927
- Déficit androgénique lié à l'âge (DALA) 1934
- Douleur lombaire aiguë 1938
- Douleur testiculaire aiguë 1944
- Écoulement urétral 1946
- Hématurie 1949
- Dysfonction érectile 1956
- Incontinence urinaire de l'adulte 1962
- Pollakiurie et dysurie 1966
- Priapisme 1976
- Rétention aiguë d'urine 1977



# Surcharge pondérale

Une fois l'obésité affirmée, la démarche consiste à :

- Évaluer l'obésité.
- Apprécier le comportement alimentaire.
- Éliminer une cause organique.
- Dépister les complications et les facteurs de risque vasculaire associés.
- Traiter.

**TABLEAU I : DIFFÉRENTS STADES D'OBÉSITÉ**

L'obésité est un excès de masse grasse. En pratique, on utilise l'IMC pour quantifier l'obésité :

**Indice de masse corporelle = Poids/Taille<sup>2</sup>**

IMC (kg/m <sup>2</sup> )	
25-30	Surpoids
30-35	Obésité modérée
35-40	Obésité sévère
> 40	Obésité morbide

## 1. Évaluer l'obésité

### Apprécier la répartition des graisses

Pour un IMC > 25 kg/m<sup>2</sup> et < 35 kg/m<sup>2</sup> : mesure du tour de taille (à mi-distance entre la dernière côte et le sommet de la crête iliaque) : indicateur de l'excès de graisse abdominale.

On distingue 2 types d'obésité :

#### • L'obésité androïde qui est caractérisée par :

- Une prédominance des graisses au niveau de la partie supérieure du tronc et de la paroi abdominale.
- Un tour de taille > 0,80 chez la femme ou > 0,94 chez l'homme.
- Des complications surtout métaboliques et cardio-vasculaires.

#### • L'obésité gynoïde caractérisée par :

- Une prédominance de la graisse au niveau des ceintures pelviennes.
- Des complications essentiellement mécaniques.

### Reconstituer l'histoire pondérale en précisant notamment :

- La date de début de la prise de poids et l'évolution régulière, évolutive, ou en accordéon.
- Un changement de mode de vie : familial, professionnel.
- Un contexte anxieux ou dépressif.
- Les tentatives de traitement antérieures.

### Rechercher des antécédents familiaux :

- Surpoids.
- Maladie métabolique :
  - . goutte ;
  - . diabète ;
  - . dyslipidémie.
- Pathologie artérielle (infarctus du myocarde, mort subite, etc.).

### Rechercher les facteurs favorisants :

- Sédentarité.
- Diminution du temps de sommeil.
- Arrêt du tabac.

## 2. Apprécier le comportement alimentaire

- **Qualitatif :**
  - Rythme des repas.
  - Grignotage.
  - Préférences alimentaires.
  - Consommation d'alcool.
- **Quantitatif :**
  - Ration calorique moyenne.
  - Relevé hebdomadaire de l'alimentation.
- **Évaluer le contexte psychologique :**
  - Perception corporelle.
  - Type de personnalité.
  - Obésité source de bénéfices secondaires.
  - Dépression associée.
- **Identifier un trouble du comportement alimentaire.**
- **Analyser la demande de réduction pondérale.**

## 3. Éliminer une cause organique

- Interrogatoire qui recherche une cause iatrogène**
  - Antidépresseurs tricycliques, phénothiazines.
  - Lithium.
  - Glucocorticoïdes.
  - Androgènes.
  - Stéroïdes anabolisants.
  - Progestatifs androgéniques.
- Examen clinique**
  - Signes cliniques d'hypothyroïdie.
  - Obésité à répartition facio-tronculaire → syndrome de Cushing.
  - Syndrome tumoral hypophysaire orientant vers une tumeur hypothala-

mique pouvant induire des troubles du comportement alimentaire.

- Malaises lipothymiques voire pertes de connaissance, troubles psychiatriques → insulinome.
- Syndromes congénitaux rares Prader Willi, Bardet-Biedl (retard mental, obésité, syndrome malformatif).

## 4. Dépister les complications et les facteurs de risque vasculaire associés

### Cardiovasculaires

- **Interrogatoire :**
  - Douleur thoracique évocatrice d'insuffisance coronaire.
  - Claudication intermittente (artérite des membres inférieurs).
  - Dyspnée d'effort.
- **Examen physique :**
  - Hypertension artérielle.
  - Varices, lymphœdème des membres inférieurs.
- **ECG :**
  - ↳ Signes d'ischémie myocardique.
  - ↳ Hypertrophie ventriculaire gauche.
- **Autres examens, selon les cas :**
  - Échographie cardiaque.
  - Échodoppler artériel des membres inférieurs.
  - Échodoppler veineux des membres inférieurs.
  - ↳ Insuffisance veineuse qui est, contrairement aux autres complications cardio-vasculaires, essentiellement observées en cas d'obésité gynoïde.

### Respiratoires

- **Interrogatoire, épreuves fonctionnelles respiratoires, enregistrement phétysmographique :**

↗ Syndrome des apnées du sommeil (sommolence diurne).

↗ Troubles de la mécanique ventilatoire, syndrome restrictif.

### □ Ostéoarticulaires

– Gonarthrose, coxarthrose.

– Nécrose ischémique de la tête fémorale.

– Troubles de la statique vertébrale.

### □ Métaboliques

#### • Cholestérolémie, triglycérides, HDL cholestérol, apoprotéine B, A1 et Lp :

↗ Hypertriglycéridémie.

↗ Diminution du HDL cholestérol.

↗ Élévation du LDL cholestérol.

#### • Glycémie veineuse à jeun et post-prandiale, HGPO :

↗ Intolérance au glucose.

↗ Diabète (insulino ou non insulino-dépendant).

#### • Uricémie (hyperuricémie).

### □ Hépatobiliaire

#### • ASAT, ALAT, Gamma-GT :

↗ Cytolyse hépatique modérée en rapport avec la stéatose hépatique.

↗ Élévation de la gamma-GT dont l'obésité constitue en France, la 1<sup>re</sup> cause, après la consommation excessive d'alcool.

#### • Échographie hépato-biliaire :

↗ Lithiase vésiculaire.

↗ Stéatose hépatique.

### □ Conséquences psychosociales, altération de la qualité de vie.

## 5. Traitement d'une surcharge pondérale

### 5.1. MESURES D'HYGIÈNE DIÉTÉTIQUES

#### 5.1.1. Fixer un objectif pondéral raisonnable

– Objectif de perte pondérale de 5 à 15 % du poids initial.

– Établissement d'un contrat thérapeutique : perte de 1 à 2 kg par mois.

Un régime est **contre-indiqué** dans les cas suivants :

– Syndrome dépressif.

– Troubles graves du comportement alimentaire.

– Sujet âgé.

– Patient déjà soumis à une restriction alimentaire importante.

#### 5.1.2. Mesures générales pour négativer le bilan énergétique

■ **Restriction calorique avec diminution de 20 à 30 % des apports caloriques par rapport à l'alimentation habituelle.**

#### ■ Répartition équilibrée (tableau II) :

– Glucides : 50 %.

– Lipides : 30 %.

– Protides : 20 %.

#### ■ Répartition en 3 repas plus collations éventuelles.

#### ■ Information nutritionnelle.

#### ■ Activité physique régulière

– Au moins 2 h 30 d'activité physique d'intensité modérée par semaine augmentée progressivement à 2 h 30 d'activité d'intensité soutenue/semaine ou 5 h d'activité modérée.

– Activité d'intensité modérée : marche rapide (6 km/h), vélo, natation, loisirs, aquagym.

– Activité d'intensité élevée : jogging, tennis, natation rapide.

#### 5.1.3. Approche psychologique

#### ■ Thérapie comportementale

### 5.1.4. Traitement médicamenteux

#### ■ Orlistat (XENICAL)

Agit par inhibition des lipases gastro-intestinales.

#### Indications :

- En association à un régime modérément hypocalorique dans le traitement de l'obésité  $IMC \geq 30$  ou du surpoids associés à des facteurs de risque.
- Le traitement par orlistat doit être entrepris uniquement si un régime seul a précédemment permis une perte de poids d'au moins 2,5 kg en 4 semaines.
- Le traitement doit être arrêté après 12 semaines, si les patients n'ont pas perdu au moins 5 % de leur poids de départ.

#### Posologie :

- 1 gél à 120 mg/jour x 3/jour.
- À prendre avant ou pendant le repas.

#### Effets indésirables :

Les effets secondaires sont essentiellement digestifs :

- Diarrhée.
- Suintement anal, selles graisseuses voire stéatorrhée.
- Douleurs abdominales.

## 5.2. TRAITEMENT CHIRURGICAL : CHIRURGIE BARIATIQUE

Différentes techniques sont possibles :

### 5.2.1. Indications

- Patient avec  $IMC \geq 40 \text{ kg/m}^2$  ou  $\geq 35 \text{ kg/m}^2$  avec au mieux une comorbidité associée susceptible d'être améliorée après chirurgie.
- En deuxième intention après échec d'un traitement médical bien conduit pendant 6 à 12 mois ou si perte de poids insuffisante.

– Après évaluation pluridisciplinaire (psychologue...).

- Patient comprenant la nécessité d'un suivi à long terme.
- Risque opératoire acceptable.

### 5.2.2. Anneau gastrique ajustable

#### Technique :

L'AGA est placé au voisinage de la jonction œsogastrique, donnant à l'estomac la forme d'un sablier. Son diamètre intérieur est ajustable après l'intervention en fonction des desiderata du patient par injection ou retrait d'une solution de contraste dans une chambre sous-cutanée reliée par un cathéter (placé sous la peau présternal) à l'AGA.

#### Complications (moins de 10 % des cas) :

- Fuites au niveau du tube ou de l'anneau.
- Déconnexions entre l'anneau et la chambre.
- Migrations intra-gastriques.
- Implantation en mauvaise place.
- Glissement voire plaie peropératoire de l'œsophage.

### 5.2.3. Gastroplastie verticale calibrée (Mason)

#### Technique :

Réalisation d'une fenêtre dans l'estomac et cravate la petite courbure tubulée jusqu'à cette fenêtre. Traitement d'une hernie hiatale dans le même temps opératoire.

### 5.2.4. Sleeve gastrectomie

#### Complications :

- Ulcères, rétrécissement au niveau de l'estomac restant.
- Reflux gastro-œsophagien.
- Dilatation de l'estomac.

**TABLEAU II : TENEUR EN PROTIDES, LIPIDES ET GLUCIDES DE DIFFÉRENTS ALIMENTS**

Aliment	Protides (en g/100 g)	Lipides (en g/100 g)	Glucides (en g/100g)
Viande rouge maigre	20	10	0
Charcuterie (saucisson)	25	50	0
Poisson maigre	20 (15 à 24)	2	0
Œufs	14	12 (Jaune : 30, Blanc : 0,2)	0
Lait de vache	3,5		5
Entier		4	
Demi-écrémé		2	
Écrémé		0,1	
Pain	8	2	55 (biscottes : 75)
Pomme de terre	2	0,1	20
Huile	0	99	0
Beurre	0	80 (82 à 84) 2 % d'acide gras polyinsaturés	0
Margarine	0	83 (15 à 60 % d'acides gras polyinsaturés)	2
Pâtes-riz	10	1,5	77
Légumes verts	1	0	6
Fruits (pommes)	1	0	13 (banane : 20)
Confiture	0	0	60 à 70
Boisson non alcoolisée (aux fruits)	0	0	12 à 16
Fromage	20 à 27 (gruyère 26)	22 à 30	1 à 2

**5.2.5. Court-circuit gastrojéjunal (Bypass gastrique)**

Technique

Réalisation d'une poche gastrique séparée du reste de l'estomac et sur laquelle on vient appliquer une anse grêle montée en Y supérieure à 70 cm.  
 – Possibilité de moduler la largeur d'exclusion de l'intestin grêle en fonction de l'IMC.

Complications

– Ulcère, fuite ou rétrécissement au niveau de la jonction entre l'estomac et l'intestin.

- Carences nutritionnelles multiples.
- Hypoglycémies fonctionnelles post-prandiales.
- Dumping syndrome.

**5.2.6. Dérivations bilio-pancréatiques**

Elles associent :

- Une réduction de la taille de l'estomac par gastrectomie.
- Une division de l'intestin grêle en deux pour séparer le flux alimentaire du flux bilio-pancréatique. Cela entrave l'absorption des calories et de plusieurs nutriments. Plus loin, les 2 segments intestinaux se rejoignent

pour permettre une absorption distale contrôlée par la longueur du segment commun.

#### Indications

- Après échec d'une autre technique.
- IMC  $\geq$  50 kg/m<sup>2</sup>.

#### Contre-indications

- Risque important de carences nutritionnelles.
- Diarrhée.
- Ulcère.
- Fuites ou rétrécissement au niveau de la jonction entre estomac et intestin.
- Occlusion.

### 5.3. SURVEILLANCE DU PATIENT OPÉRÉ

– Les carences nutritionnelles observées après bypass gastrique ou dérivation biliopancréatique exigent :

- . **une alimentation équilibrée ;**
- . **une prévention systématique des carences** par une supplémentation en multivitamines (Vitamines A, B1, B2, B6, B12, C, D3, E, B5, B8, B9, PP, calcium, fer, cuivre, manganèse, magnésium, phosphore, zinc) et sous formes de suppléments « ciblés » (**tableau III**)
- . **un suivi médical rigoureux et une collaboration pluridisciplinaire** (médecin généraliste, médecin nutritionniste, chirurgien, diététicienne, obstétricien en cas de grossesse) **à vie.**

**TABLEAU III : PRÉVENTION DES CARENCES NUTRITIONNELLES APRÈS BY PASS GASTRIQUE OU DÉRIVATION BILIO-PANCRÉATIQUE**

SUPLÉMENTATION	POSOLOGIE
<b>Multivitamines</b> par exemple :  AZINC OPTIMAL ADULTE Ou ELEVIT VITAMINE B9	2 gél/jour  1 cp/jour
<b>Fer</b>	<b>Besoins journaliers :</b> 50-100 mg/jour. > 100 mg/jour chez la femme réglée  – ELEVIT vitamine B9 contient 60 mg de fer par comprimé et une supplémentation n'est donc pas indispensable avec cette multivitamine sauf chez la femme réglée. On prescrit dans ce cas 1 cp à 2 cps/jour le soir de TARDYFERON (80 mg/cp).  – La prise du fer doit être décalée par rapport à celle des multivitamines, pour ne pas interférer avec l'absorption du calcium, du magnésium et du zinc.

<p><b>Calcium</b> <b>Vitamine D</b></p> <p>Évaluer le statut osseux par ostéodensitométrie avant la chirurgie afin d'identifier les patients à risque d'aggravation d'ostéopénie qui devront alors bénéficier d'une supplémentation renforcée et d'un suivi spécialisé (bisphosphonates)</p>	<p><b>Besoins journaliers :</b> 1200-1500 mg/jour 800 UI/jour</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- CALCIPRAT vitamine D3 1000 mg/800 UI : 1 cp/jour</li> <li>- CALCIDOSE VITAMINE D3 500 mg/400 UI : 2 sachets/jour</li> <li>- IDEOS : 2 cps/jour</li> </ul>
<p><b>Folates</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La majorité des multivitamines contiennent une quantité de folates suffisante pour assurer un niveau plasmatique normal.</li> <li>- Supplémentation indiquée en cas de femme désireuse de grossesse par 400 µg de B9 (SPECIAFOLDINE 0,4 mg) : 1 à 2 cps/jour</li> <li>- Un apport de 1 mg/jour est suffisant pour traiter les carences installées</li> </ul>
<p><b>Vitamine B12</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Une supplémentation systématique en vitamine B12 par voie orale ou IM est fréquente, en plus du complément multivitaminique</li> </ul>
<p><b>Zinc</b> (une perte de cheveux importante est fréquente, maximale les 6 premières mois et constamment réversible).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gluconate de zinc (RUBOZINC) 1 à 2 cps/jour le matin à jeun</li> </ul>
<p><b>Protéines</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les patients doivent en consommer quotidiennement environ 0,8 g/kg/jour</li> <li>- Le niveau nutritionnel est évalué par l'enquête alimentaire, mais aussi par l'évolution des marqueurs biologiques spécifiques (Albumine, Préalbumine, <i>Retinol Binding Protein</i>).</li> <li>- En cas d'insuffisance d'apport, il est possible de prescrire des compléments hyperprotéiques.</li> </ul>

# Reflux gastro-œsophagien

Le diagnostic de RGO est posé dans 80 % des cas par un interrogatoire précis qui s'attache à faire décrire les symptômes mais aussi leurs facteurs déclenchants.

L'absence de parallélisme entre la symptomatologie clinique et les lésions œsophagiennes justifie l'indication large de la fibroscopie œso-gastro-duodénale.

La démarche consiste à :

- Préciser les différentes manifestations possibles du reflux.
- Confirmer l'existence du reflux gastro-œsophagien.
- Rechercher d'éventuelles complications.
- Traiter.

## 1. Préciser les différentes manifestations possibles du reflux

### 1.1. DIGESTIVES

- Pyrosis.
- Régurgitations acides, bilieuses ou alimentaires.
- Vomissements.
- Hoquet.
- Dysphagie fonctionnelle (motrice liée au reflux) ou organique (liée à une sténose peptique).

### 1.2. NON DIGESTIVES

#### Manifestations pseudo-angineuses

La survenue de précordialgies constrictives conduit, dans un premier temps, à éliminer une pathologie coronaire par les explorations spécialisées avant que le diagnostic de reflux ne soit évoqué.

#### Manifestations bronchopulmonaires

- Toux quinteuse nocturne ou post-prandiale.
- Asthme à prédominance nocturne ou post-prandiale.
- Asthme non amélioré par les thérapeutiques usuelles.
- Bronchites et/ou pneumopathies infectieuses « inexplicables » et récidivantes.
- Atélectasies.
- Hémoptysies.
- Bronchectasies.
- Fibrose pulmonaire.

#### Manifestations ORL

Après l'élimination d'une cause locale, en particulier tumorale, par un examen pharyngo-laryngé minutieux, un reflux doit systématiquement être recherché devant les manifestations cliniques suivantes :

• **Brûlures et paresthésies pharyngées :**

- Signe fonctionnel ORL le plus fréquent.
- Décrites par le malade comme un « mal de gorge » tenace à type de brûlures avec ou sans irradiations vers l'oreille.
- Un hémmeage (tic de raclement pharyngé) peut également être noté.

• **Globus hystericus, impression de corps étranger pharyngé.**

• **Rhino-pharyngites traînantes ou à répétition se traduisant par :**

- Une gêne pharyngée pouvant s'accompagner d'une plénitude d'oreille voir d'une otalgie et de douleurs cervicales.
- Une rhinorrhée postérieure avec sensation de brûlure.

• **Halitose, hypersialorrhée.**

• **Les « fausses » angines caractérisées par :**

- Une évolution récidivante.
- L'absence de fièvre.
- L'échec des traitements antibiotiques.
- La normalité fréquente de l'examen des amygdales.

• **Manifestations laryngées :**

- Dysphonie récidivante caractérisée par un enrouement généralement matinal qui s'estompe dans la journée (laryngite chronique).
- Apnées obstructives nocturnes, laryngospasme.

□ **Parodontopathies**

*Au terme de cette étape clinique, on distingue 2 situations :*

**1.** Il s'agit, à priori, d'un reflux non compliqué chez un sujet jeune (moins de 50 ans) et un traitement symptomatique est débuté.

**2.** Il existe :

- Un alcool-tabagisme.
- Des manifestations extra-digestives.
- Des signes de complications :
  - . amaigrissement ;
  - . dysphagie ;
  - . anémie ferriprive.

et des examens complémentaires sont alors prescrits.

**2. Confirmer l'existence du reflux par les examens complémentaires**

**2.1. FIBROSCOPIE ŒSO-GASTRO-DUODÉNALE**

Examen de 1<sup>re</sup> intention :

↳ Œsophagite peptique classée en stades : **classification de Savary-Miller ou de Los Angeles (tableaux I et II)**, dont la présence permet d'affirmer l'existence d'un reflux. L'œsophagite est associée ou non à l'existence d'une hernie hiatale (**voir schémas**).

- ↳ Complication :
- Sténose peptique.
  - Endobrachyœsophage.
  - Hémorragie digestive.

**TABLEAU I : CLASSIFICATION DE SAVARY-MILLER**

- **Stade I :**  
Lésions érythémateuses, érythémato-exsudatives ou érosives superficielles uniques ou multiples non confluentes.
- **Stade II :**  
Lésions érosives et exsudatives confluentes.
- **Stade III :**  
Lésions exsudatives et érosives circulaires.
- **Stade IV :**  
IV A : Lésions chroniques sans inflammation active (ulcère, sténose, endobrachyœsophage).  
IV B : lésions accompagnées de lésions inflammatoires actives.

TABLEAU II : CLASSIFICATION DE LOS ANGELES

Grade A	Une ou plusieurs pertes de substances, étendue(s) sur moins de 5 mm et limitées à la crête des plis muqueux
Grade B	Présence d'au moins une perte de substance étendue sur plus de 5 mm mais limitée(s) à la crête des plis muqueux sans extension entre eux
Grade C	Présence d'au moins une perte de substance s'étendant dans la surface muqueuse entre deux plis mais non circonférentielle
Grade D	Perte de substance circonférentielle

Figure 2 : Hernie type II par roulement

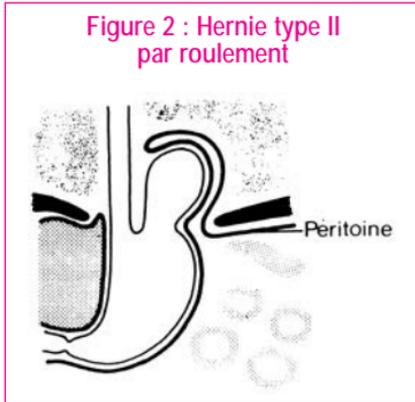
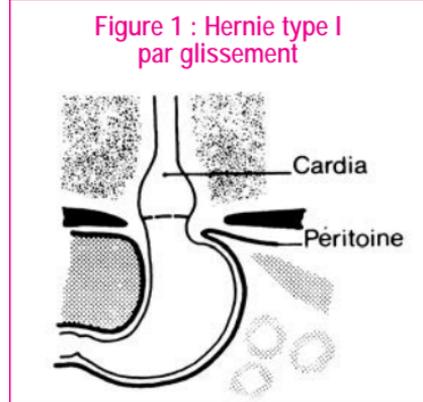


Figure 1 : Hernie type I par glissement



## 2.2. pH MÉTRIE SUR 24 H

• Le résultat est exprimé généralement exprimé sous la forme du Score de De Meester, dont les paramètres les plus discriminants sont :

- Le % de temps passé sous pH 4.
- Le nombre d'épisodes de reflux > 5 min.

• Principales indications de la pHmétrie :

- Symptomatologie de reflux sans œsophagite à l'endoscopie, mal contrôlée par le traitement médical de 1<sup>re</sup> intention bien suivi.
- Symptomatologie bronchopulmonaire, ORL ou cardiaque évoquant un reflux.

## 3. Rechercher d'éventuelles complications

Les complications du reflux gastro-œsophagien sont :

- La sténose peptique.
- L'hémorragie digestive.
- L'endobrachyœsophage (EBO).

### 3.1. LA STÉNOSE PEPTIQUE

– Complication rare, observée chez environ 1 sujet sur 40 ayant une œsophagite.

– À l'endoscopie, on retrouve souvent des ulcères ou des ulcérations au niveau de la sténose. Plus rarement, il s'agit uniquement d'un aspect cicatriciel.

Le diagnostic différentiel avec une tumeur maligne sténosante est parfois

difficile, d'où la nécessité de répéter les biopsies sur et en périphérie de la sténose.

Le TOGD, la tomодensitométrie thoracique, et l'échoendoscopie œsophagienne peuvent, dans cette situation, être utiles.

### 3.2. L'HÉMORRAGIE DIGESTIVE

– Il s'agit généralement de saignements « à bas bruit » responsable d'une anémie ferriprive.

– Ces hémorragies sont généralement en rapport avec des ulcères œsophagiens survenant le plus souvent sur une muqueuse de Barrett (ulcère de Barrett).

– Parfois, le saignement est provoqué par la prise d'AINS.

### 3.3. ENDOBRACHYŒSOPHAGE (EBO) OU MUQUEUSE DE BARRETT

– L'EBO est, en lui-même, asymptomatique.

– Dans 10 à 20 % des cas, l'EBO est révélé par une complication (sténose, ulcère, cancer) sans que celle-ci ait été précédée d'une symptomatologie de reflux.

– En endoscopie, la muqueuse glandulaire d'EBO peut être circulaire (en manchon), en languettes ou sous forme d'îlots.

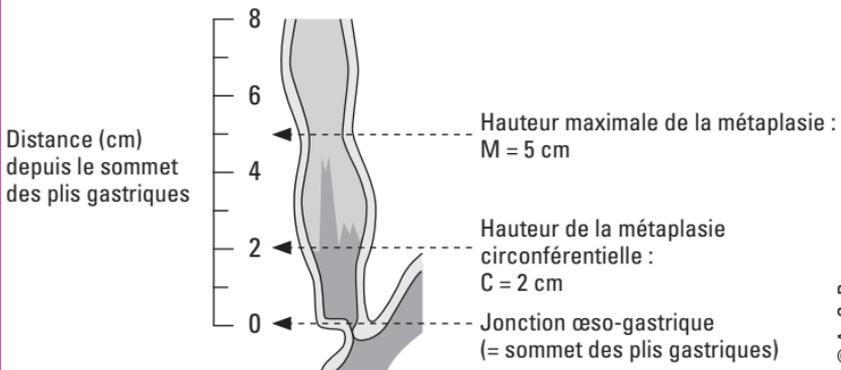
– **La classification de Prague** décrit la hauteur de l'atteinte circonférentielle (C) et la hauteur maximale de l'atteinte (M), ce qui permet d'en déduire la hauteur des languettes éventuelles. Par exemple, une atteinte circonférentielle de 2 cm surmontée d'une languette de 3 cm sera gradée C2M5 (**voir figure 3**).

– L'EBO est facile à suspecter lorsqu'il existe une ou plusieurs languettes, ou un manchon circulaire remontant sur plusieurs centimètres, mais le diagnostic peut être beaucoup plus difficile en cas d'EBO court ou d'irrégularités de la ligne Z. Les colorations virtuelles (FICE, NBI) sont utiles.

– Histologiquement, seule la métaplasie intestinale (type le plus fréquent) permet d'affirmer formellement l'existence d'un EBO.

– L'EBO est un facteur de risque d'adénocarcinome de l'œsophage.

Figure 3 : Classification CM de Prague



## 4. Traitement du reflux gastro-œsophagien

### 4.1. TRAITEMENT MÉDICAL

#### 4.1.1. Reflux gastro-œsophagien non compliqué d'œsophagite

Le traitement repose sur les mesures hygiéno-diététiques et des mesures médicamenteuses simples.

##### 4.1.1.1. Mesures hygiéno-diététiques (tableau III)

TABLEAU III : MESURES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES AU COURS DU RGO

- Arrêt du tabac.
- Éviter une consommation excessive d'alcool, de graisses, de chocolat, de café.
- Normaliser le poids.
- Éviter de s'allonger et l'exercice physique après les repas.
- Éviter les ceintures ou les corsets trop serrés.
- Supprimer (si possible) les médicaments diminuant la pression du sphincter inférieur de l'œsophage :
  - . dérivés nitrés ;
  - . inhibiteurs calciques ;
  - . diazepam ;
  - . anticholinergiques ;
  - . bêta-stimulants ;
  - . alpha-bloquants ;
  - . progestérone et œstro-progestatifs.

##### 4.1.1.2. Médicaments

#### Médicaments à base d'alginat :

■ **Sodium alginat** (GAVISCON cps, suspension buvable, GAVISCONELL sans sucre citron ou menthe comprimé)

-1 cp, 1 sachet ou 2 cac 1/2 h après chaque repas et éventuellement le soir au coucher (reflux nocturne).

**Ou**

■ **Acide alginique, hydroxyde d'aluminium** (TOPAAL)

- 2 cps ou 2 cac 1/2 h après chaque repas et éventuellement le soir au coucher (reflux nocturne).

#### Prokinétiques :

■ **Dompéridone** (MOTILIUM, PERYDIS cps à 10 mg, BIPERIDYS cps à 20 mg)  
 - 1 cp à 10 mg ou à 20 mg x 3/jour.  
 - 1/4 d'heure avant chaque repas.

#### Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) :

- Le traitement par IPP à demi-dose est prescrit initialement pour 2 à 4 semaines, mais la prescription peut être renouvelée, en cas de récurrence de la symptomatologie à l'arrêt du traitement.  
 - Si les symptômes persistent sous traitement ou récidivent dès l'arrêt, un examen endoscopique est alors souhaitable.

■ **Esoméprazole** (INEXIUM ou générique)  
 - 1 cp à 20 mg/jour.

**Ou**

■ **Oméprazole** (MOPRAL gél 10 mg, ZOLTUM 10 mg ou générique)  
 - 1 gél/jour.

**Ou**

■ **Lansoprazole** (LANZOR 15 mg ou OGAZT 15 mg ou générique)  
 - 1 gél/jour.

**Ou**

■ **Rabéprazole** (PARIET 10)  
 - 1 cp/jour.

**Ou**

■ **Pantoprazole** (INIPOMP, EUPANTOL ou générique)  
 - 1 cp à 20 mg/jour.

**Anti-H2 (peu utilisés) :**

- **Ranitidine** (AZANTAC 75)
  - 1 cp en cas de brûlure.
  - Maximum 3 cps/jour.

**Ou**

- **Cimétidine** (TAGAMET 200 EFFERVESCENT)
  - 1 cp au moment des brûlures et/ou des régurgitations.
  - Maximum 3 cps/jour.

**4.1.2. Reflux gastro-œsophagien compliqué, œsophagite**

**4.1.2.1. Œsophagite peptique stade I**

- Un IPP est prescrit à pleine dose pendant 4 semaines (**voir tableau IV**).
- Un traitement par un alginiate, après chaque repas, peut aider au contrôle de la symptomatologie, dans les premiers jours de traitement.
- Au terme du traitement d’attaque, ni contrôle endoscopique ni traitement d’entretien ne sont justifiés en relais du traitement d’attaque.
- Les mesures hygiéno-diététiques

associées à un traitement « à la demande » par un alginiate, en fonction des épisodes de reflux, sont en règle générale, suffisantes.

**4.1.2.2. Œsophagite stades II, III et IV**

- Un traitement par IPP à pleine dose pendant 8 semaines est institué.
- Un contrôle endoscopique est indiqué au terme du traitement d’attaque et l’on distingue alors 2 cas de figures :

- **L’œsophagite n’est pas cicatrisée :** La posologie doit alors être doublée en 2 prises par jour pendant 4 semaines de plus.

- **L’œsophagite est cicatrisée :** Un traitement préventif (traitement d’entretien) des récurrences est nécessaire et repose sur les IPP (**cf. tableau IV**).

**4.1.3. Manifestations non digestives**

Toux quinteuse nocturne, asthme :

- Le traitement repose sur les mesures hygiéno-diététiques, les prokinétiques et les alginates.

**TABLEAU IV : POSOLOGIE DES INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS DANS LE TRAITEMENT DE L’ŒSOPHAGITE PAR REFLUX**

Dénomination commune	Nom commercial	Posologie quotidienne du traitement d’attaque	Posologie quotidienne du traitement d’entretien
Oméprazole	MOPRAL gélule 20 mg, MOPRAL gélule 10 mg	20 mg	10 ou 20 mg
Esoméprazole	INEXIUM	40 mg	20 mg
Lansoprazole	LANZOR 30 mg, 15 mg OGAST 30 mg, 15 mg	30 mg	15 mg
Pantoprazole	INIPOMP 40 mg, 20 mg comprimé EUPANTOL 40, 20 mg comprimé	40 mg	20 mg
Rabéprazole	PARIET 20 mg et 10 mg	20 mg	10 ou 20 mg

–En cas d'échec ou d'emblée en cas d'œsophagite associée, un traitement par anti-sécrétoires est indiqué.

#### Manifestations ORL :

Le traitement est médical et identique à celui du reflux à symptomatologie digestive.

## 4.2. TRAITEMENT CHIRURGICAL

### 4.2.1. Bilan préopératoire

Il comportera :

- Une fibroscopie œso-gastro-duodénale récente.
- Une pH-métrie œsophagienne.
- Une manométrie œsophagienne est indispensable afin d'éliminer un trouble moteur œsophagien primitif (achalasie, etc.) ou secondaire (sclérodémie) contre-indiquant formellement une intervention anti-reflux.

### 4.2.2. Différentes techniques (voir schémas page suivante)

#### ■ **Fundoplicature complète : intervention de Nissen-Rossetti :**

Enrobement du bas œsophage par une valve constitué à partir de la grosse tubérosité gastrique associée à une myorraphie des piliers du diaphragme.

■ **Fundoplicature partielle : hémivalve postérieure (intervention de Toupet) :** Fundoplicature postérieure de 180° associée à une myorraphie des piliers du diaphragme.

#### ■ **Diversion duodénale totale (DDT) :**

##### Principe :

- Exceptionnellement indiquée en raison de sa morbidité.
- Vagotomie associée à une antrectomie avec anastomose gastro-jéjunale sur une anse montée en Y de 40 à 70 cm.

–Troubles de la vidange gastrique relativement fréquents.

–Dumping syndrome plus rare.

### 4.2.3. Indications du traitement chirurgical

#### • **Reflux gastro-œsophagien non compliqué :**

RGO non compliqué d'œsophagite mais avec volumineuse hernie hiatale, mal contrôlé par le traitement médical, y compris par les inhibiteurs de la pompe à protons.

#### • **Œsophagites stades II, III ou IV :**

Si le patient est âgé de moins de 50 ans, l'alternative au traitement d'entretien par inhibiteur de la pompe à protons peut être la fundoplicature (patient ne pouvant ou ne voulant pas s'astreindre à un traitement quotidien).

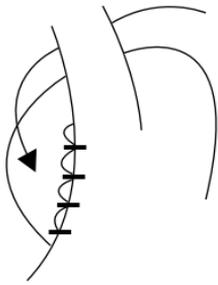
#### • **Sténose peptique (cicatricielle) :**

Le traitement consiste en des dilations à la bougie de Savary suivie d'une intervention anti-reflux (fundoplicature) ou d'un traitement d'entretien à vie par IPP.

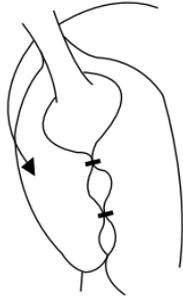
#### • **Pneumopathies récidivantes et/ou fibrose interstitielle :**

Un traitement chirurgical anti-reflux est indiqué car il existe un risque vital. De plus, un traitement anti-sécrétoire prolongé peut, par le biais de l'hypochlorhydrie, provoquer une prolifération bactérienne intra-gastrique et favoriser aussi les infections pulmonaires.

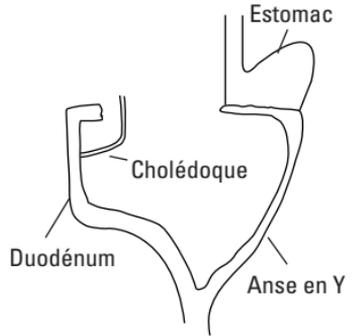
Principales interventions anti-reflux



**TOUPET**  
(hémivalve postérieure)



**NISSEN-ROSSETTI**  
(manchonage complet  
par fundoplicature de  
l'œsophage)



**DIVERSION DUODÉNALE  
TOTALE (DDT)**  
(si complication)

# Asthénie

La démarche consiste à :

→ Quantifier l'asthénie.

→ Faire le diagnostic étiologique.

→ Traiter.

– L'asthénie est l'impression d'épuisement en l'absence de tout effort. C'est un symptôme **totale**ment aspécifique qui constitue souvent un symptôme de dépression.

– Elle est à différencier de la **fatigue** : impression de faiblesse d'un muscle ou d'un organe parfois douloureuse apparaissant à l'effort et réversible après un repos.

## 1. Quantification de l'asthénie

Elle est réalisée en pratique courante grâce à :

– **L'échelle de Smets** : questionnaire d'autoévaluation le MFI-20 (Multidimensional fatigue Inventory) constitué de 20 questions qui permettent d'évaluer cinq dimensions de la fatigue :

- . fatigue générale ;
- . fatigue physique ;
- . activité réduite ;
- . motivation réduite ;
- . fatigue mentale.

– **Une échelle numérique globale** allant de 0 à 10 qui permet au patient d'évaluer sa fatigue.

## 2. Faire le diagnostic étiologique

On peut classer schématiquement l'asthénie dans 3 cadres nosologiques en se basant sur l'existence ou non d'une altération de l'état général et d'un syndrome inflammatoire biologique.

– **L'asthénie inflammatoire** caractérisée par la coexistence d'une altération de l'état général et d'un syndrome inflammatoire.

– **L'asthénie métabolique** caractérisée par une altération de l'état général en l'absence de syndrome inflammatoire biologique.

– **L'asthénie fonctionnelle** survenant chez un sujet présentant une dépression (patente ou masquée) au sein de laquelle l'asthénie ne représente qu'un des symptômes (asthénie dépressive) ou chez un sujet surmené professionnellement et/ou affectivement (asthénie de surmenage).

L'anxiété et les troubles du sommeil entrent également dans ce cadre.

### Interrogatoire

*Il précise :*

#### • Le terrain et les antécédents :

– Antécédents psychiatriques (dépression, troubles obsessionnels compulsifs, anxiété chronique, etc).

– Antécédents somatiques en particulier :

. chirurgie des parathyroïdes → hypocalcémie ;

. thyroïdectomie totale, radiothérapie à l'iode radioactif → hypothyroïdie ;

. valvulopathie.

– Traitements psychotropes (anxiolytiques, antidépresseurs, neuroleptiques).

– Traitements pouvant être indirectement responsables d'asthénie par le biais d'une pathologie induite par un médicament :

. amiodarone → hypothyroïdie ;  
 . supplémentation vitaminocalcique (dépassant son objectif) → hypercalcémie.

– Antécédents familiaux en particulier de myopathie.

– Antécédent de transfusion sanguine, toxicomanie → infection virale B ou C, VIH.

– Homosexualité → hépatite virale B (aiguë en phase pré-ictérique ou chronique), infection VIH.

– Immigré en particulier africain → tuberculose.

– Immunodéprimé par le VIH.

• **Le contexte socioprofessionnel et familial :**

– Conditions de travail (journées éprouvantes, transport difficile, conflit professionnel) → asthénie de surmenage.

– Problèmes familiaux (divorce, deuil) → asthénie de surmenage.

– Accouchement récent → post-partum blues, hypothyroïdie.

• **Les caractéristiques de l'asthénie :**

– Baisse d'efficacité au travail, épuisement de fin de journée → asthénie de surmenage.

– Asthénie matinale variable non influencée par le repos ou l'effort → asthénie psychique.

– Asthénie vespérale constante se majorant dans la journée et aboutissant à un épuisement de fin de journée → asthénie organique.

– Asthénie survenant au décours d'un syndrome infectieux.

*L'interrogatoire recherche également :*

• **Des signes généraux en faveur d'une pathologie organique en particulier :**

– Anorexie, amaigrissement.

– Fièvre.

• **Des signes en faveur d'une maladie de Géliveau :**

– Endormissements soudains en pleine journée.

– Épisodes soudains de perte du tonus musculaire pouvant aller d'une simple faiblesse au niveau du cou, des genoux, des membres supérieurs, des muscles de la face à une chute complète. Ces attaques de cataplexie sont souvent déclenchées par une émotion soudaine (surprise, peur, rire).

• **Des signes en faveur d'un syndrome d'apnée du sommeil (SAS) (interrogatoire du patient et de l'entourage) :**

– Ronflements.

– Arrêt de la respiration au cours de la nuit.

– Sensation d'étouffement au réveil.

Souvent associé à une hypersomnie diurne (conversation, déjeuner...) évaluée grâce au questionnaire d'Epworth.

• **Des signes de dépression :**

– Troubles de l'humeur : tristesse, pleurs immotivés, idées suicidaires.

– Aboulie : désintérêt, démotivation.

– Ralentissement psychomoteur.

– Troubles du sommeil avec réveil matinal.

– Idées d'inutilité et de culpabilité

• **Des signes (somatisations) évoquant une dépression masquée :**

– Troubles du transit : diarrhée d'allure motrice « rythmée » par les épisodes d'angoisse, ou au contraire constipation.

– Douleurs épigastriques atypiques ou du cadre colique.

– Douleurs musculaires et tendineuses polymorphes (fibromyalgie) variables dans le temps et l'espace.

□ **Examen physique**

Certains signes peuvent d'emblée avoir une valeur d'orientation (plus ou moins forte) vers une cause infectieuse, endocrinienne ou systémique :

– Urines foncées, selles décolorées, subictère → hépatite aiguë virale en phase pré-ictérique, pathologie pancréatique.

- Angine érythémateuse ou érythéma-topultacée à l'examen ORL → mononu-cléose infectieuse.
- Modifications des caractéristiques d'un souffle cardiaque connu, manifes-tations cutanées (pétéchies, nodules oslésiens) dans un contexte fébrile → endocardite infectieuse.
- Adénopathies cervicales → infection (primoinfection VIH, mononucléose infectieuse, infection à CMV).
- Éruption cutanée à type d'érythème chronique migrant → maladie de Lyme.
- Lésions cutanées et muqueuses dissé-minées papules ou syphilides papu-leuses lenticulaires fermes suintantes rouges sombres ou cuivrées avec une collerette desquamative → syphilis secondaire.
- Palpitations, tachycardie, thermo-phobie, hypersudation → hyperthyroïdie.
- Prise de poids, frilosité, hypothermie, signes cutanéomuqueux → hypothyroïdie.
- Mélanodermie, hypotension arté-rielle → insuffisance surrénale.

- Signes cutanés, articulaires, muscu-laires, oculaires → maladie systémique.
- Céphalées, abolition des pouls tempo-raux, douleurs des ceintures d'horaire inflammatoire → maladie de Horton, pseudopolyarthrite rhizomélique.
- Crampes musculaires, diminution de la force musculaire segmentaire → maladie musculaire.
- Fatigabilité lors de mouvements contrariés, diplopie → myasthénie.
- Splénomégalie, adénopathies → lymphome ou pathologie infectieuse.

#### ☐ Examens biologiques de première intention

En cas d'asthénie (prolongée ou chro-nique) un certain nombre d'examens biologiques sont utiles en première intention (**tableau I**).

#### ☐ Autres examens complémentaires

Les autres examens complémentaires dépendent, bien sûr, de l'orientation étiologique, résultant de l'interro-gatoire, de l'examen physique attentif et

**TABLEAU I : ASTHÉNIE : EXAMENS BIOLOGIQUES UTILES EN PREMIÈRE INTENTION**

Numération formule sanguine (avec frottis sanguin)	– Anémie – Syndrome mononucléosique
Vitesse de sédimentation, CRP	Syndrome inflammatoire biologique
Urée, créatininémie, ionogramme sanguin	– Insuffisance rénale (chronique) – Hypokaliémie (paralysie hypokaliémique)
Calcémie, phosphorémie	Hypercalcémie, hypocalcémie
T4, TSHus	Hypothyroïdie, hyperthyroïdie
ASAT, ALAT	– Hépatopathies en particulier hépatites virales – Maladies musculaires
CPK (MM), LDH, aldolase	Maladies musculaires
Cortisolémie (à jeun à 8 h)	Insuffisance surrénale
Sérologies virales en fonction du contexte clinique : – Ag HBs, IgM antiHbc, anticorps anti HBs – Acs anti VHC en ELISA 3 – Sérologie du CMV avec recherche d'IgM – Sérologie VIH, Ag p24 – MNI test	– Hépatite virale B – Hépatite chronique virale C – Infection à cytomégalovirus – Primo-infection VIH – Mononucléose infectieuse

des examens biologiques de première intention. Leur énumération ne présenteraient pas véritablement d'intérêt pratique mais ils sont, pour la plupart, évidents à la lumière de la liste des causes dans le tableau II.

□ **Examens complémentaires en cas de suspicion de SAS et d'hypersomnie**

- Polysomnographie.
- Test de TILE (test itératif des latences d'endormissement).

TABLEAU II : PRINCIPALES CAUSES D'ASTHÉNIE

Asthénies inflammatoires	Asthénies métaboliques	Asthénies fonctionnelles
Asthénie avec altération de l'état général et syndrome inflammatoire	Asthénie avec altération de l'état général et sans syndrome inflammatoire biologique	Asthénie sans altération de l'état général ni syndrome inflammatoire
<b>Infections</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Tuberculose</li> <li>– Suppurations profondes (abcès vertébraux, pulmonaires, hépatiques, etc.)</li> <li>– Hépatites virales</li> <li>– Mononucléose infectieuse</li> <li>– Infection à cytomégalovirus</li> <li>– Toxoplasmose</li> <li>– Endocardite infectieuse</li> <li>– Syphilis, maladie de Lyme</li> <li>– SIDA</li> </ul> <b>Maladies inflammatoires et auto-immunes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Lupus érythémateux disséminé</li> <li>– Syndrome de Gougerot-Sjögren</li> <li>– Dermatopolymyosites</li> <li>– Sclérodémie</li> <li>– Vascularites, maladie de Horton</li> <li>– Maladie de Crohn, rectocolite hémorragique</li> <li>– Sarcoidose</li> <li>– Hépatites chroniques auto-immunes</li> <li>– Hémochromatose liée au gène HFE.</li> </ul> <b>Cancers</b>	<b>Déséquilibre ionique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hypo ou hypercalcémie</li> <li>– Hypokaliémie</li> <li>– Insuffisance rénale chronique</li> </ul> <b>Endocrinopathie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Hypo ou hyperthyroïdie</li> <li>– Hypogonadisme, hypopituitarisme</li> <li>– Insuffisance surrénale.</li> </ul> <b>Asthénies hémodynamiques</b> <p>En rapport avec un bas débit cardiaque en particulier par insuffisance ventriculaire gauche.</p>	<b>Dépression, syndrome de fatigue chronique</b>  <b>Névroses</b>  <b>Surmenage</b>  <b>Troubles du sommeil</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS)</li> <li>– Gelineau</li> <li>– Hypersomnies</li> </ul>

### 3. Traitement de l'asthénie

#### 3.1. TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE

Le traitement de la cause est, bien sûr, essentiel et permet parfois d'apporter une réponse spectaculaire à un problème ancien.

#### 3.2. TRAITEMENT DE L'ASTHÉNIE FONCTIONNELLE

*Lorsque ni cause organique ni dépression n'ont pu être mis en évidence, on peut proposer :*

##### ■ Supplémentation polyvitaminique (vit B1, B2, B3, B5, B6, B9, vitamine C et E) (VIVAMYNE TONIQUE)

– 1 cp effervescent/jour le matin de préférence.

– En cas de carence vitaminique.

##### ■ Traitement antidépresseur d'épreuve

– Toute asthénie fonctionnelle quel que soit le contexte thymique doit bénéficier d'un traitement antidépresseur.

– Les patients souffrant d'une asthénie dépressive sont rapidement améliorés en une à deux semaines par le traitement, alors qu'en cas d'asthénie de surmenage (ou organique), la tolérance est mauvaise et l'effet inexistant.

##### ■ Anxiolytiques

– Ils peuvent aider à la prise en charge thérapeutique en cas de troubles anxieux généralisés à l'origine de l'asthénie.

– Il faut les utiliser à posologie modérée et si possible pendant des périodes courtes.

Le *Berrebi de poche*, guide pratique du symptôme à la prescription, a été réalisé par des médecins cliniciens hautement qualifiés (médecins ou professeurs des universités) et coordonné par William Berrebi, un expert de la pédagogie médicale.

Il répond avec rigueur aux exigences médicales actuelles des praticiens aguerris ou en formation, dans une médecine en perpétuel renouvellement.

## Un guide de terrain entièrement réactualisé et parfaitement adapté à la démarche de soins pour :

- ▶ **Etablir son diagnostic avec précision en partant du symptôme** d'appel en utilisant l'interrogatoire, l'examen clinique et les examens complémentaires adaptés.
- ▶ **Déterminer la conduite à tenir.**
- ▶ **Décider d'un traitement adapté** grâce à l'encadré thérapeutique individualisé à la fin de chaque question.

## Un ouvrage de référence complet et pédagogique :

- ▶ Qui traite des **pathologies rencontrées au quotidien par le médecin généraliste et l'interne en médecine**, en mettant en avant les données importantes et indispensables.
- ▶ Qui simplifie la démarche du clinicien, lui fait gagner du temps et lui permet de prescrire en toute sécurité.

## Une «prise en main» rapide et une lecture facilitée par :

- ▶ **Les deux tables des matières :**
  - l'une par symptôme
  - l'autre par prise en charge thérapeutique
- ▶ **L'index général.**

### Cette nouvelle édition contient :

- ◆ 46 nouvelles questions
- ◆ 909 traitements
- ◆ des schémas et des photos en couleur
- ◆ des références issues de l'HAS ou des conférences de consensus les plus récentes
- ◆ des données pratiques : liste des ALD 30, constantes biologiques, adresses utiles...

ISBN : 978-2-84371-606-5



9 782843 716065

[www.estem.fr](http://www.estem.fr)

DIATHEPOC