

# **CARNET DE BORD STAGE DE NIVEAU 1**

## **CABINET DU DOCTEUR J**

**MAI - OCTOBRE 2009**

### **SOMMAIRE**

#### **1. SITUATIONS CLINIQUES INEDITES DE SOINS, DE PREVENTION, DE DEPISTAGE, D'EDUCATION, OCCASION D'UN APPRENTISSAGE**

- |   |         |
|---|---------|
| a. Vaccination  | p 13-18 |
| b. Diabète  |         |
| i. Prise en charge et traitement                                    | p 31-34 |
| ii. Education thérapeutique   | p 34-35 |
| c. Prévention cancer du sein  | p 25-26 |
| d. Prévention cancer colorectal – Test Hémocult II®                 | p 53-54 |
| e. Prévention cancer du col de l'utérus – Vaccination par Gardasil® | p 44-45 |
| f. Hypertension artérielle essentielle                              |         |
| i. Auto-mesure  | p 6-7   |
| ii. MAPA  | p 23-24 |
| iii. Traitement   | p 7-10  |
| g. Certificat de non contre-indication à la pratique du sport       | p 66-68 |
| h. Automédication   | p 19-20 |
| i. Sevrage tabagique  | p 40-44 |
| j. Traitement de la douleur   | p 90-91 |

#### **2. PRESCRIPTIONS MEDICAMENTEUSES NOUVELLES**

- |                          |         |
|--------------------------|---------|
| a. Dépakote®             | p 46-48 |
| b. Lyrica®               | p 59-61 |
| c. Skenan® - Actiskenan® | p 88-90 |
| d. Effexor®              | p 71-73 |
| e. Omix®                 | p 68-69 |

### **3. INCIDENTS IATROGENES NOUVELLEMENT RENCONTRES**

- a. Aspirine® p 37
- b. Seroplex® p 70-71
- c. Ixprim® p 103-104
- d. Pyostacine® p 65

### **4. DIFFICULTES RELATIONNELLES AVEC LE PATIENT OU SON ENTOURAGE**

- a. Patient non observant – mise en échec p 107-108
- b. Patient qui refuse l'examen p 21, 56-57
- c. Patient bipolaire ou autre pathologie psychiatrique p 21, 56-57

### **5. PROCEDURES MEDICO-ADMINISTRATIVES**

- a. Sécurité sociale « 100 % », demande et renouvellement de 100 % p 109
- b. Sécurité sociale « accident de travail », déclaration accident de travail p 110-111
- c. Sécurité sociale « arrêt de travail », arrêt de travail et renouvellement p 112
- d. Demande de mise en invalidité p 11

### **6. SITUATIONS DE SOINS NON PROGRAMMEES VOUS AYANT POSES PROBLEME**

- a. Suspicion de glaucome p 50-51
- b. Plaintes multiples p 22-23
- c. IVG p 28-31
- d. AVC ischémique p 36-37
- e. Consommation alcool-cannabis, rapports sexuels non protégés p 21

### **7. EVALUATION VALIDANTE PAR LE SENIOR DE GESTES TECHNIQUES REALISES EN SITUATION AUTHENTIQUE**

- a. Vaccination p 96-96
- b. TDR p 76-77
- c. Syndactylie orteils/doigts p 62-63

**8. EVALUATION PAR LE SENIOR DE LA COMPETENCE A COMMUNIQUER AVEC LE PATIENT A L'OCCASION DES TROIS SITUATIONS SUIVANTES : ANNONCE D'UNE MALADIE CHRONIQUE, CANCER, PASSAGE A DES SOINS PALLIATIFS**

- a. Diabète : hospitalisation et passage à l'Insuline® p 102, 106

**9. EXEMPLES D'APPORT DE LA LITTERATURE UTILES POUR REEVALUER LA PRISE DE DECISION**

- a. Infection urinaire p 38-40
- b. Prostatite p 94
- c. Surveillance et traitement de la coxarthrose p 10
- d. Prurit p 4-5
- e. Lombalgies p 82-84

**10. EXEMPLES D'APPORT DE LA SUPERVISION DE L'ENSEIGNANT CLINICIEN MODIFIANT VOTRE PERCEPTION DE LA SITUATION**

- a. Prise en charge de la douleur p 91
- b. Maladie de Parkinson p 58-59
- c. Traitement par Dépakote® p 46
- d. Prescription de Cacit-D3® p 62
- e. Douleur basi-thoracique chez la femme jeune p 74

## Mercredi 27 mai 2009

P1 – Femme de 44 ans

- Consulte pour **prurit** généralisé (épargnant visage et muqueuses) évoluant depuis plusieurs semaines
- Accompagnée par sa fille car ne parle que très peu français
- Antécédent d'HTA traitée
- A déjà consulté 2 fois au cabinet médical pour le même motif, traitée symptomatiquement par antihistaminiques efficaces mais récidive des symptômes à chaque arrêt de traitement
- Reprise de l'interrogatoire, pas d'AEG, pas de prise médicamenteuse nouvelle, pas de prurit dans la famille, pas de voyage récent, pas de symptômes associés
- Examen clinique strictement normal, notamment pas de lésions cutanées en dehors de lésions de grattage
- Demande d'examens complémentaires car évolution depuis plusieurs semaines : NFS, VS, CRP, ionogramme sanguin, créatininémie, bilan hépatique, électrophorèse des protéines sériques, examen parasitologique des selles, radiographie de thorax et échographie abdominale : résultats normaux
- Demande d'avis dermatologique pour éliminer une pathologie cutanée, courrier fait
- Explications données à la patiente sur le fait que tous les examens soient normaux est rassurant et que si le dermatologue ne trouve rien le diagnostic de prurit essentiel sera posé
- Antihistaminique à poursuivre
- En cas de persistance du prurit, une surveillance régulière sera faite
- N'est pas revenue après consultation dermatologique

## PRURIT

### Définition

Le prurit est un signe fonctionnel et se définit comme « une sensation qui provoque l'envie de se gratter ». Il peut être localisé ou généralisé, concerner la peau ou les muqueuses. Il existe un prurit physiologique. Chaque personne se gratte plusieurs fois par jour sans que cela ne provoque de désagrément majeur.

### Diagnostic positif

Il est clinique et repose sur l'interrogatoire.

#### Diagnostic étiologique

- L'interrogatoire recherche : le caractère localisé (préciser la topographie) ou diffus du prurit, la sévérité (insomnie, trouble du comportement, importance des lésions de grattage, retentissement sur l'état général, la gêne dans le travail ou les activités de la vie quotidienne), les circonstances déclenchantes/aggravantes/apaisantes, les horaires de survenue, l'évolution (aiguë ou chronique), les prises médicamenteuses, l'existence de signes généraux, le caractère individuel ou collectif du prurit, le métier.
- L'examen clinique recherche : des lésions cutanées (pouvant orienter vers une dermatose spécifique), des adénopathies, une hépatomégalie, une splénomégalie.
- Etiologies
  - Dermatoses : urticaire, dermatographisme, dermite de contact (caustique, irritative, allergique), dermatite atopique, parasitose (gale), piqûre d'insecte, psoriasis, lichen plan, pemphigoïde, mycosis fongoïde, syndrome de Sézary, dermatophytose, mastocytose, dermatose bulleuse auto-immune, mycoses
  - Cholestase : hépatite médicamenteuse ou virale, cirrhose biliaire primitive, obstruction chronique des voies biliaires (cancers)
  - Insuffisance rénale chronique
  - Hémopathies : lymphome, maladie de Vaquez, anémie ferriprive, LLC
  - Troubles endocriniens : hyper ou hypothyroïdie
  - Médicaments : opiacés, aspirine, atropine, quinine, chloroquine, par cholestase ou par allergie
  - Parasitoses avec migration interne ou hyper-éosinophilie : cysticerose, hydatidose, anguillulose, ascaridiose...)
  - Grossesse
  - VIH
  - Psychogène (témoin d'une pathologie psychiatrique)
  - Prurit sénile
  - Prurit essentiel : diagnostic à remettre souvent en question
  - Paranéoplasique (très rare)
  - Neurologique (très rare) : SEP, tabès

#### CAT

Bilan à réaliser en cas de prurit sans cause dermatologique retrouvée.

- En première intention : NFS, VS, créatininémie, bilan hépatique
- En deuxième intention : TSH, T4, fer, ferritine, sérologie VIH, radiographie pulmonaire, échographie abdominale, immunofluorescence cutanée (recherche pemphigoïde bulleuse)

#### Traitement

Il est étiologique si possible, sinon symptomatique même si les antihistaminiques n'ont pas fait leur preuves en dehors du traitement de l'urticaire.

Bibliographie : Elsevier Masson, annales de dermatologies et de vénéréologie (2008), 135S, F222-F227.  
Site société française de dermatologie

**Vendredi 29 mai 2009**

P1 – Femme 56 ans

- Tendinite plantaire invalidante
- Equilibre HTA : PA au cabinet médical 170/100, PA en auto-mesure 130/70
- Coxarthrose : n'a pas ramené ses radios de contrôle
- Question de l'invalidité ré-évoquée car en arrêt de travail depuis 3 ans
- Renouvellement de traitement et arrêt de travail (1 mois)

P2 – Homme 50 ans, sortie de prison récente, entretien long +++

- Problème psychiatrique : paranoïa, dépression, sevrage alcoolique
- Patient agité et manipulateur
- Rédaction d'un certificat médical de suivi pour le juge
- Problèmes évoqués avec le patient : relation avec son ex-femme, problèmes de scolarité de son fils, problèmes avec la justice, prescription du bilan (γ-GT, CDT)

P3 – Femme 56 ans

- Renouvellement de traitement du diabète pour 3 mois
- HbA1c 7,7 % mais problème de lecteur glycémique
- PA élevée mais attente longue et PA en auto-mesure correcte

P4 – Femme 57 ans

- Renouvellement de traitement pour pathologie coronarienne
- PA correcte, examen clinique normal
- Nécessité de maigrir +++, adressée à une diététicienne

P5 – Homme 44 ans

- Asthénie, vertige, alcoolisme déclaré, stress (problème d'agression de sa fille)
- CDA ?
- Problèmes posés : que faire avec le patient ? Que faire avec la consommation d'alcool ? Faut-il faire des examens complémentaires ? Faut-il lui faire un arrêt de travail et si oui combien de temps ?
- AT 1 semaine, bilan sanguin, radiographie de thorax

P6 – Homme 45 ans

- Accident de travail
- Problème de permis supprimé pour 6 mois pour consommation d'alcool au volant de son poids lourd
- AT 15 jours

P7 – Fille 9 ans, GEA, traitement symptomatique, certificat pour l'école

## AUTOMESURE TENSIONNELLE

Pour diagnostiquer une hypertension artérielle (HTA), il faut répéter les mesures au cours d'une même consultation, répéter les consultations, et faire appel à des mesures ambulatoires (MAPA, auto-mesure tensionnelle) afin de déterminer la variabilité tensionnelle.

On peut regrouper les patients en 4 groupes après mesure de la PA artérielle en consultation et en auto-mesure

- PA normale pour les deux méthodes : sujets normo-tendus ou équilibrés (si traitement antihypertenseur en cours)

- PA élevée en milieu médical et normale à domicile : HTA blouse blanche
- PA normale en milieu médical et élevée à domicile : HTA masquée
- PA élevée pour les 2 méthodes : sujets hypertendus ou non contrôlés (si traitement antihypertenseur)

Définition de la pression artérielle normale :

- Mesure clinique PA < 140/90 mmHg
- Auto-mesure PA < 135/85 mmHg
- MAPA diurne PA < 135/85 mmHg

Intérêt de l'auto-mesure

- Démasquer une HTA blouse blanche et une HTA masquée
- Améliorer la précision de l'estimation par un grand nombre de mesures
- Mesure la PA dans des conditions de vie habituelles
- Permettre une meilleure corrélation avec l'atteinte des organes cibles
- Identifier les sujets dont la PA ne diminue pas la nuit

Indications

- Avant de débiter un traitement antihypertenseur
- En cas de PA comprise entre 140-179/90-109 mmHg et en absence d'atteinte des organes cibles, de diabète, d'antécédents cérébro- ou cardio-vasculaires, d'insuffisance rénale
- Chez le sujet âgé (variabilité tensionnelle et effet blouse blanche important)
- HTA résistante
- Evaluation thérapeutique

Technique

- Bras dénudé, brassard ajusté à la hauteur du cœur
- Avant-bras relâché, reposant sur une table
- Poing non serré
- Position assise, jambes non croisées
- Mesure avant prise de médicaments
- Résultats notés
- Education du patient +++
  - Signification des termes « systolique et diastolique » et de la mesure en mmHg
  - Variabilité tensionnelle
  - Mesures faites au repos
  - Définition HTA, PA normale, cible à atteindre sous traitement
  - Choix de l'appareil : validé par l'AFFSAPS, avec brassard huméral
  - Documentation à remettre

Déroulement de l'auto-mesure : méthodologie standardisée

- 2 séances par jour : le matin entre levé et petit déjeuner avant traitement et le soir entre le diner et le coucher
- 3 jours consécutifs
- 3 prises de PA lors des 2 séances
- Moyenne des 3 prises
- Ecrire TOUS les résultats
- Expliquer qu'il n'y a pas d'intérêt à mesurer la PA dans d'autres circonstances que celles préconisées, déconseiller l'utilisation quotidienne, conseiller des séquences de 3 à 5 jours/mois

Contre-indications

- Arythmie
- Troubles cognitifs ou sensoriels

- Anxiété marquée
- Femme enceinte et enfants (insuffisance d'évaluation)
- Obèses (insuffisance d'évaluation sur les brassards larges)
- Auto-ajustement du traitement sans contrôle médical

Bibliographie : Recommandations pour la pratique – Haute Autorité de Santé (2005) et Société Européenne d'hypertension et de cardiologie (2007)

## INITIALISATION D'UN TRAITEMENT ANTI-HYPERTENSEUR

L'HTA est définie pour une PA supérieure à 140/90 mmHg mesurée au cabinet médical et confirmée par 2 mesures par consultations et au cours de 3 consultations successives sur 3 à 6 mois.

Si la PA est supérieure ou égale à 180/110 mmHg, la confirmation se fait par 2 mesures lors de 2 consultations rapprochées +/- une auto-mesure ou MAPA.

Evaluation initiale d'un patient hypertendu : la stratégie thérapeutique est fonction du niveau de PA et du risque cardio-vasculaire global

### Bilan

- Créatininémie et clairance de la créatinine
- BU (protéinurie, hématurie) et quantification si BU positive
- Kaliémie
- Glycémie à jeun
- EAL
- ECG de repos

### Facteurs de Risque Cardio-vasculaire

- Age > 50 ans pour les hommes et > 60 ans pour les femmes
- Tabagisme actif ou sevré depuis moins de 3 ans
- Antécédent familial d'un accident cardio-vasculaire précoce : IDM < 55 ans chez un homme au 1<sup>er</sup> degré ou < 65 ans chez une femme au 1<sup>er</sup> degré, AVC < 45 ans
- Diabète
- Dyslipidémie
  - LDL-cholestérol  $\geq 1,60$  g/L
  - HDL-cholestérol  $\leq 0,40$  g/L
- A prendre en compte : obésité (périmètre abdominal > 102 cm pour les hommes et > 88 cm pour les femmes ou IMC > 30), sédentarité, consommation excessive d'alcool.

### Niveau de risque

	PA 140-159/90-99	PA 160-179/100-109	PA >180/110
<b>0 FDR</b>	Risque faible	Risque moyen	Risque élevé
<b>1 à 2 FDR</b>	Risque moyen	Risque moyen	Risque élevé
<b><math>\geq 3</math> FDR/diabète/AVC</b>	Risque élevé	Risque élevé	Risque élevé
<b>Maladie cardio-vasculaire ou rénale</b>	Risque élevé	Risque élevé	Risque élevé

### Recherche d'une HTA secondaire

Alcool excessif, iatrogène, toxique, maladie rénale ou sténose des artères rénales, syndrome d'apnée du sommeil, hyperaldostéronisme primaire, phéochromocytome, coarctation de l'aorte.

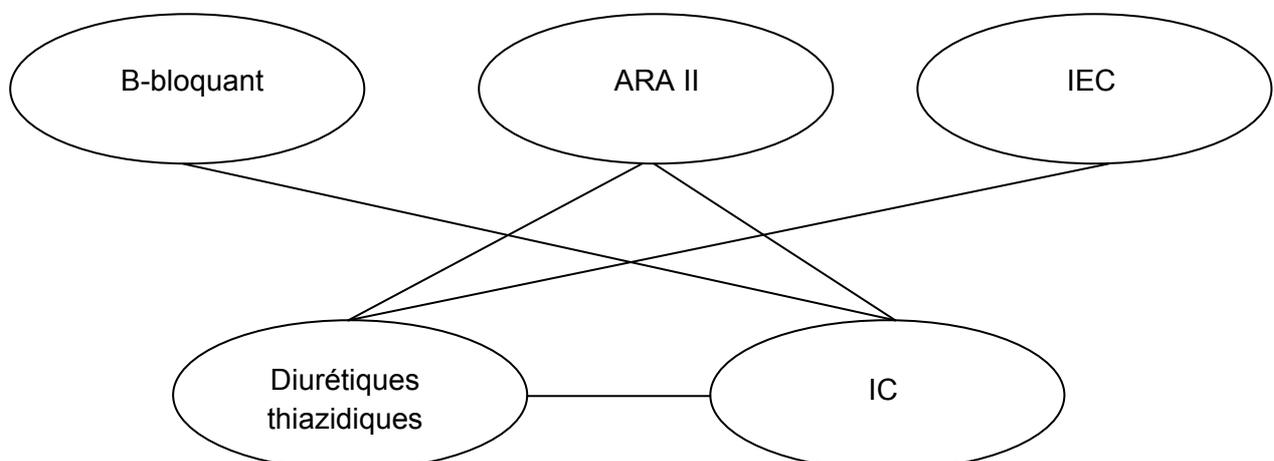
#### Traitement non pharmacologique

Les mesures hygiéno-diététiques sont indispensables dans le traitement de l'hypertension artérielle.

- Limitation de la consommation de sel à 6 g/j
- Réduction du poids en cas de surcharge pondérale jusqu'à un IMC  $\leq$  25 ou une diminution de 10 % du poids corporel
- Limitation de la consommation d'alcool à 3 verres par jour chez l'homme et 2 verres par jour chez la femme
- Arrêt du tabac
- Régime alimentaire riche en fruits et légumes, pauvre en graisse
- Activité physique de 30 minutes par jour

#### Traitement pharmacologique

- HTA essentielle non compliquée : les 5 classes d'antihypertenseurs (diurétiques thiazidiques,  $\beta$ -bloquants, Inhibiteurs calciques ou IC, Inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou IEC, antagonistes des récepteurs à l'angiotensine II ou ARA II) peuvent être prescrits en première intention.
- Monothérapie en première intention
- Bithérapie dans un court délai si PA  $\geq$  180/110 mmHg quel que soit le nombre de FDR associés ou si PA  $\geq$  140-179/90-109 mmHg avec un RCV élevé
- Changement de classe thérapeutique après 4 semaines d'un traitement bien observé et sans effets
- Associations efficaces
  - $\beta$ -bloquants et diurétiques thiazidiques
  - Diurétiques thiazidiques et IEC/ARA II
  - $\beta$ -bloquants et IC
  - IC et IEC
  - IC et diurétiques thiazidiques
- Une trithérapie comporte obligatoirement un diurétique thiazidique



### Objectifs tensionnels

- HTA essentielle PA < 140/90 mmHg
- Diabète PA < 130/80 mmHg
- Insuffisance rénale < 130/80 mmHg et protéinurie < 0,5 g/24 heures

### Choix du traitement

<b>Sujet âgé, HTA systolique</b>	Diurétique thiazidique IC dihydropyridine longue durée d'action
<b>Néphropathie diabétique de type I à partir du stade de micro-albuminurie</b>	IEC, ARA II, diurétique thiazidique ou diurétique de l'anse
<b>Néphropathie diabétique de type II à partir du stade de micro-albuminurie</b>	IEC, ARA II, diurétique thiazidique ou diurétique de l'anse (IR sévère)
<b>Néphropathie non diabétique</b>	IEC, ARA II, diurétique thiazidique ou diurétique de l'anse (IR sévère)
<b>Cardiopathie post-IDM</b>	IEC, $\beta$ -bloquant
<b>Maladie coronarienne</b>	IEC longue durée d'action, $\beta$ -bloquant
<b>Insuffisance cardiaque systolique</b>	IEC (1 <sup>ère</sup> intention), ARA II (si intolérance IEC), diurétique thiazidique, diurétique de l'anse, $\beta$ -bloquant, anti-aldostérone
<b>Hypertrophie ventriculaire gauche</b>	ARA II, diurétique thiazidique
<b>Antécédent AVC</b>	Diurétique thiazidique +/- IEC

Bibliographie : HAS juillet 2005 – Prise en charge des patients adultes atteints d'une HTA essentielle – recommandations.

## SURVEILLANCE D'UNE COXARTHROSE – RECOMMANDATIONS EUROPEENNES

- Prise en charge optimale par traitement pharmacologique et non pharmacologique

- Traitement adapté en fonction
  - Des facteurs de risque de coxarthrose (obésité, activité physique, dysplasie)
  - Des facteurs de risques généraux (âge, sexe, comorbidités)
  - Du niveau de douleur et de handicap
  - De la localisation et du degré de dégradation articulaire
  - Des désirs et des attentes du malade
- Traitements non pharmacologiques : éducation, exercice physique, aides techniques (cannes, semelles), perte de poids si nécessaire
- Paracétamol (4 g/j) : antalgique de 1<sup>ère</sup> intention en raison de son efficacité et de sa tolérance
- AINS : chez les malades ne répondant pas au paracétamol
- Antalgiques palier II : si les AINS sont contre-indiqués, mal tolérés ou inefficaces
- Anti-arthrosiques : effet symptomatique
- Injections intra-articulaires de corticoïdes : en cas de poussée évolutive ne répondant ni aux antalgiques ni aux AINS
- Mesures chirurgicales préventives envisagées chez l'adulte jeune en cas de dysplasie
- Prothèse totale de hanche en cas de coxarthrose radiologiquement évidente et de douleur rebelle au traitement médical bien suivi ou s'il existe un handicap réfractaire

## INVALIDITE

### Condition d'attribution

- Incapacité de reprise de travail après un accident ou une maladie invalidante non professionnelle
- Age < 60 ans
- Capacité de travail ou de revenus réduits d'au moins deux tiers
- Immatriculation à la sécurité sociale depuis au moins 12 mois
- Dans les 12 mois précédents l'arrêt de travail, au moins 800 heures de travail salariés doivent avoir été effectuées, ou revenus égaux au moins à 2030 fois le SMIC horaire.

### L'invalidité est constatée

- Trois ans au maximum après avoir perçu les indemnités journalières de maladies sans interruption et si l'état est stabilisé
- Dès la constatation de la stabilisation de l'état avant l'expiration des 3 ans
- C'est le service médical de l'Assurance Maladie qui effectue l'examen médical pour évaluer le degré d'invalidité

### La demande est faite

- Par le médecin traitant
- Par le médecin du travail
- Par le médecin conseil du service médical de l'Assurance Maladie

### La caisse dispose de 2 mois pour statuer

- Refus avec indication des voies de recours
- L'absence de réponse est considérée comme un refus
- Accord à titre de pension, notification d'attribution signalant la catégorie et le montant de la pension

Le montant de la pension est fonction de la catégorie de la pension et calculé sur la base du salaire annuel moyen déterminé à partir des salaires bruts des 10 meilleurs années civiles d'activité (dans la limite du plafond de la sécurité sociale)

Type de pension

- 1<sup>ère</sup> catégorie : possibilité d'exercer une activité professionnelle rémunérée. La pension est égale à 30 % du salaire annuel moyen
- 2<sup>ème</sup> catégorie : pas d'activité possible. La pension est égale à 50 % du salaire annuel moyen
- 3<sup>ème</sup> catégorie : nécessité d'une tierce personne pour les gestes de la vie quotidienne. La pension est celle de 2<sup>ème</sup> catégorie avec un montant forfaitaire pour une tierce personne.

La pension est soumise à l'impôt sur le revenu, soumise à la contribution sociale généralisée (CSG), à la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS).

La prise en charge des soins est à 100% si un médecin traitant est déclaré et lors du parcours de soins coordonné en dehors des médicaments pris en charge à 35%.

Bibliographie : Site Internet Sécurité Sociale et Assurance Maladie

## Lundi 2 juin 2009

P1 – Homme 62 ans

- BPCO, HTA, diabète de type II, hypercholestérolémie
- Renouvellement d'ordonnance
- PA au cabinet médical 170/110 mmHg
- Patient inobservant : n'a pas fait l'auto-mesure demandée, ré-explication intérêt de l'auto-mesure afin d'adapter le traitement
- Examen clinique sans particularité
- Bilan sanguin à faire
- Prochaine consultation résultats auto-mesure et bilan sanguin, adaptation du traitement

P2 – Femme 74 ans

- HTA, obésité, hypercholestérolémie, dépression, alcoolisme
- Bronchite depuis 3 jours
- Patiente qui sait tout, qui n'écoute pas, inquiète pour son mari
- Traitement symptomatique de la bronchite malgré demande ouverte d'antibiotiques
- Renouvellement ordonnance

P3 – Femme 32 ans

- Diabétique de type I
- Syndrome dépressif
- Problème de la relation maladie chronique/patient jeune
- Hospitalisée la semaine dernière pour déséquilibre de son diabète
- Actuellement 4 à 5 injections d'insuline par jour, quelques hypoglycémies, s'alimente peu
- Ré-explication de l'intérêt d'une alimentation régulière et équilibrée et de l'adaptation des doses d'insuline
- Poursuite de l'arrêt de travail
- Doit faire une formation, car problème de l'adaptation de son poste de travail avec son diabète

P4 – Homme 28 ans

- Pas d'antécédents
- Syndrome grippal, catarrhe oculo-nasal
- Traitement symptomatique
- Prévention : **vaccinations non à jour**, ordonnance faite

P5 – Homme 50 ans

- Toux et rhinite depuis 3 jours
- Problème **d'automédication** par Augmentin® suivie d'une diarrhée
- Traitement symptomatique
- Explication des risques de l'automédication par un antibiotique, de l'inutilité du médicament pris et de son effet secondaire qui aurait pu être évité

P6 – Homme 68 ans

- Antécédents : Troubles fonctionnels intestinaux, glaucome chronique, HTA, psoriasis
- Conjonctivite et muguet buccal
- Traitement par Rifamycine®, Fungizone® bains de bouche, et Xylocaïne®

P7 – Homme 33 ans

- Lombalgie chronique suite à un accident de travail
- Traitement par antalgiques non efficace, kinésithérapie
- Problème de surpoids important, explication déjà données sur perte de poids nécessaire afin d'améliorer la lombalgie. A pris 5 kg depuis la dernière consultation qu'il attribue à un voyage au Maroc.
- Taille = 1,77 m – Poids = 108 kg – BMI = 34,4)
- IRM prévue non faite (n'a pas son papier d'accident de travail)
- Clinique du dos envisagée
- Poursuite arrêt de travail, antalgiques, kinésithérapie et reprise de l'intérêt de la perte de poids

P8 – Femme 53 ans

- Pas d'antécédents
- **Plaintes multiples** : rhinopharyngite, douleur lombaire, asthénie, céphalées, sensation de chaud puis de froid....
- Traitement symptomatique

Difficultés de prendre en charge ces patients venant avec des plaintes multiples, des symptômes non systématisés. Essai de hiérarchisation de la demande et des plaintes, « qu'est ce qui vous gêne le plus ? » ou « qu'est qui vous fait le plus souffrir ? ». Mais souvent tout est important pour le patient. Peur de « passer à côté de quelque chose » vu le nombre de symptômes qui du coup sont peut être moins pris au sérieux et plus pris en tant qu'ensemble. Peut être y a-t-il un symptôme qui se détache et qui est en rapport avec une pathologie précise mais difficile à mettre en évidence. Est-ce que ces patients viennent pour parler, se plaindre et être écoutés ou demandent-ils plus ? En essayant de répondre aux interrogations de cette patiente, en prescrivant des traitements symptomatiques et en la rassurant sur ses plaintes, j'ai eu l'impression de lui apporter une aide. Par ailleurs cette patiente n'a pas reconsulter pour des symptômes identiques dans les mois qui ont suivi, est-ce parce que la réponse apportée à ses plaintes lui a convenu ou est-ce pour une autre raison ?

## VACCINATION

Les vaccins font parti de la médecine de prévention.

Il faut tirer parti des consultations pour affections bénignes chez des patients jeunes que l'on voit rarement pour vérifier la mise à jour des vaccinations et aborder les sujets de préventions (alcool, tabac, IST, contraception...)

Vaccinations recommandées chez l'enfant et chez l'adolescent de la naissance à 18 ans (BEH 2009)

		Naissance	2 mois	3 mois	4 mois	12 mois	16-18 mois	2 ans	6 ans	11-13 ans	14 ans	16-18 ans
Recommandations Générales	Diphtérie (D) Tétanos (T) Poliomyélite inactivé (Polio)		D T	D T Polio Ca Hib	D T Polio Ca Hib Hép B		D T Polio Ca Hib Hép B		D T Polio	D T Polio Ca		d T Polio <sup>(1)</sup>
	Coqueluche acellulaire (Ca)											
	Haemophilus Influenzae b (Hib)											
	Hépatite B (Hép B)											
	Pneumocoque (Pn7)		Pn7	Pn7 Si risque <sup>(2)</sup>	Pn7	Pn7						
	Rougeole (R) Rubéole (R) Oreillons (O)					1 <sup>ère</sup> dose (9 mois si collectivité)	2 <sup>ème</sup> dose entre 13 et 23 mois (12 à 15 mois si collectivité)					
	Papilloma Virus (HPV)											3 doses M0, M2 et M6 (filles)
Rattrapage	DTCaPolio											1 dose dTcaPolio <sup>(3)</sup> si non vacciné à 11-13 ans
	Hép B							3 doses M0, M1, M6 ou 2 doses M0 et M6 (de 11 à 15 ans révolus uniquement)				
	HPV											3 doses M0, M1 et M6 <sup>(4)</sup>
	RRO							2 doses M0 et M1 si pas de vaccin antérieur, 1 dose si 1 injection antérieure				

		Naissance	2 mois	3 mois	4 mois	12 mois	16-18 mois	2 ans	6 ans	11-13 ans	14 ans	16-18 ans	
Populations à risques	BCG	1 <sup>ère</sup> dose recommandée dès la naissance si enfant à risque élevé de tuberculose <sup>(5)</sup>											
	Grippe					1 dose annuelle à partir de 6 mois si enfant à risque <sup>(6)</sup>							
	Hépatite A					2 doses M0 et M6 à partir d'un an si exposition à risque <sup>(7)</sup>							
	Hépatite B	3 doses M0, M1 et M6 chez le nouveau-né de mère Ag HBs positif <sup>(8)</sup>											3 doses si risque <sup>(9)</sup>
	Méningocoque C		1 ou 2 doses (plus rappel) si risque <sup>(10)</sup>										
	Pneumocoque							Entre 24 et 59 mois : 2 doses de Pn27 et 1 dose de Pneumo23 si non vacciné antérieurement et à risque <sup>(11)</sup> A partir de 5 ans : 1 dose de Pneumo23 tous les 5 ans					
	Varicelle					2 doses avec schéma selon vaccin chez les enfants au contact de personnes à risque			2 doses chez adolescent de 12 à 18 ans sans antécédent et sérologie négative (non obligatoire)				

- dTPolio : vaccin combiné diphtérie, tétanos, poliomyélite avec une dose réduite d'anatoxine diphtérique (d).
- Une dose complémentaire de vaccin pneumococcique heptavalent (Pn7) est recommandée à 3 mois (avec un rappel entre 12 et 15 mois) pour les prématurés et les nourrissons à haut risque de faire une infection invasive à pneumocoque (asplénie fonctionnelle ou splénectomie, drépanocytose homozygote, infection par le VIH, déficits immunitaires congénitaux ou secondaires à une insuffisance rénale chronique ou un syndrome néphrotique, à un traitement immunosuppresseur ou une radiothérapie pour néoplasie, lymphome ou maladie de Hodgkin, leucémie, transplantation d'organe, cardiopathie congénitale cyanogène, insuffisance cardiaque, pneumopathie chronique (à l'exception de l'asthme, sauf les asthmes sous corticothérapie prolongée), brèche ostéoméningée, diabète).
- dTcaPolio : vaccin combiné diphtérie, tétanos, poliomyélite et coqueluche avec des doses réduites d'anatoxine diphtérique (d) et d'antigènes coquelucheux (ca).
- La vaccination est recommandée chez les jeunes femmes n'ayant pas eu de rapports sexuels ou au plus tard dans l'année suivant le début de leur vie sexuelle.
- Les enfants à risque élevé de tuberculose répondent à l'un des critères suivants : nés dans un pays de forte endémie tuberculeuse, dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays, devant séjourner au moins un mois d'affilée dans l'un de ces pays, ayant des antécédents familiaux de tuberculose (collatéraux ou ascendants directs), résidant en Île-de-France ou en Guyane, dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux notamment enfants vivant dans des conditions de logement défavorables (habitat précaire ou surpeuplé) ou socio-économiques défavorables ou précaires (en particulier parmi les bénéficiaires de la CMU, CMUc, AME, ...) ou en contact régulier avec des adultes originaires d'un pays de forte endémie

6. Sont concernés : les enfants à partir de l'âge de 6 mois s'ils sont atteints de pathologies spécifiques (point 2) ou dont l'état de santé nécessite un traitement prolongé par l'acide acétylsalicylique, l'entourage familial des nourrissons âgés de moins de 6 mois avec des facteurs de risque de grippe grave.
7. Sont concernés : les jeunes de plus de un an séjournant dans des structures collectives pour l'enfance et la jeunesse handicapée, les enfants atteints de mucoviscidose ou d'une maladie chronique du foie, les enfants des familles dont l'un au moins des membres est originaire d'un pays de haute endémicité et susceptibles d'y séjourner, les sujets dans l'entourage familial d'un patient atteint d'hépatite A.
8. A la naissance pour les enfants nés de mère Ag HBs positif : vaccination dans les 24 heures qui suivent la naissance avec un vaccin autre que HBVAX Pro® 5µg et immunoglobulines anti-HBs administrées simultanément en des points différents. Deuxième et troisième doses respectivement à 1 et 6 mois d'âge. Schéma en 4 doses (0-1-2-6 mois) pour les prématurés < 32 semaines ou de moins de 2kg.
9. Sont exposés à un risque particulier les adolescents : accueillis dans les services et institutions pour l'enfance et la jeunesse handicapée, accueillis dans les institutions psychiatriques, ayant des relations sexuelles avec des partenaires multiples, voyageurs ou résidents dans des pays de moyenne ou forte endémie (après évaluation des risques), toxicomanes utilisant des drogues parentérales, susceptibles de recevoir des transfusions massives et/ou itératives (hémophiles, dialysés, insuffisants rénaux, candidats à une greffe d'organe...), entourage d'un sujet infecté par le virus de l'hépatite B ou porteur chronique de l'antigène HBs (famille vivant sous le même toit), partenaires sexuels d'un sujet infecté par le virus de l'hépatite B ou porteur chronique de l'antigène HBs.
10. La vaccination est recommandée pour les sujets contacts d'un cas d'infection invasive, les enfants aspléniques ou ayant un déficit en complément ou en properdine.
11. Sont considérés comme à risque élevé d'infections à pneumocoques les personnes avec : asplénie fonctionnelle ou splénectomie, drépanocytose homozygote, syndrome néphrotique, insuffisance respiratoire, insuffisance cardiaque, personnes ayant des antécédents d'infection pulmonaire ou invasive à pneumocoque.

### Vaccinations recommandées chez l'adulte à partir de 18 ans (BEH 2009)

		18-23 ans	24-25 ans	26-28 ans	29-45 ans	46-64 ans	> 65 ans
Recommandations générales	Diphtérie (d) Tétanos (T) Poliomyélite (Polio)			1 dose dTPolio ou dTcaPolio si pas de vaccination coqueluche depuis 10 ans	1 dose dTPolio tous les 10 ans		
	Coqueluche acellulaire (ca)						
	Grippe						1 dose annuelle
Rattrapage	Papilloma virus (HPV)	3 doses M0, M1-2, M6 chez les femmes de 18 à 23 ans					
	Rougeole (R) Oreillons (O) Rubéole (R)	1 dose chez les personnes de 18 à 29 ans non vaccinées contre la rougeole			1 dose chez les femmes non vaccinées		
Populations particulières et à risques	Coqueluche acellulaire (ca)	1 dose dTcaPolio une fois pour les adultes ayant le projet d'être parents, les membres de la famille lors d'une grossesse et la mère en post-partum (délai minimal de 2 ans entre 1 dose de dTPolio et 1 dose de dTcaPolio)					
	Grippe	1 dose annuelle si risque particuliers <sup>(1)</sup>					
	Hépatite A	2 doses à M0 et M6 si exposition à des risques particuliers <sup>(2)</sup>					
	Hépatite B	3 doses à M0, M1 et M6 en cas d'exposition à des risques particuliers <sup>(3)</sup>					
	Pneumocoque (Pn23)	1 dose tous les 5 ans chez les personnes à risque élevé d'infection pneumococcique <sup>(4)</sup>					
Varicelle	2 doses (schéma selon vaccin) si risque particuliers <sup>(5)</sup>						

1. Pour les adultes, y compris les femmes enceintes, s'ils sont atteints de pathologies spécifiques (voir détails Recommandations particulières) ou dont l'état de santé nécessite un traitement prolongé par l'acide acétylsalicylique. Pour l'entourage familial des nourrissons âgés de moins de 6 mois avec des facteurs de risque ainsi que pour les personnes séjournant dans un établissement de santé de moyen ou long séjour, quel que soit leur âge.

2. Sont concernés : les jeunes des internats des établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapées, les personnes exposées à des risques particuliers (mucoviscidose, infection chronique par le virus de l'hépatite B ou porteurs d'une maladie chronique du foie notamment due au virus de l'hépatite C ou à une consommation excessive d'alcool), les homosexuels masculins.
3. Sont concernés : les jeunes des internats des établissements et services pour l'enfance et la jeunesse handicapées, les adultes accueillis dans les institutions psychiatriques, les personnes ayant des relations sexuelles avec des partenaires multiples, les toxicomanes utilisant des drogues parentérales, les personnes susceptibles de recevoir des transfusions massives et/ou itératives (hémophiles, dialysés, insuffisants rénaux, candidats à une greffe d'organe...), l'entourage d'un sujet infecté par le virus de l'hépatite B ou porteur chronique de l'antigène HBs (famille vivant sous le même toit), les partenaires sexuels d'un sujet infecté par le virus de l'hépatite B ou porteur chronique de l'antigène HBs, les personnes détenues qui peuvent cumuler un certain nombre de facteurs d'exposition au virus de l'hépatite B
4. Sont concernées les personnes atteintes de : asplénie fonctionnelle ou splénectomie, drépanocytose homozygote, syndrome néphrotique, insuffisance respiratoire, insuffisance cardiaque, patients alcooliques avec hépatopathie chronique, personnes ayant des antécédents d'infection pulmonaire ou invasive à pneumocoque
5. La vaccination est recommandée chez les personnes sans antécédent de varicelle et avec une sérologie négative : en contact avec des personnes immunodéprimées, chez les femmes en âge de procréer ou dans les suites d'un accouchement et chez les adultes de plus de 18 ans dans les 3 jours qui suivent une exposition à la varicelle. La vaccination chez une femme en âge de procréer doit être précédée d'un test négatif de grossesse et une contraception efficace de 3 mois est recommandée après chaque dose de vaccin.

## AUTOMEDICATION

Les médicaments sont soumis à une prescription médicale si :

- Ils sont susceptibles de présenter un danger, même dans des conditions normales d'emploi
- Ils sont utilisés dans une très large mesure dans des conditions anormales d'emploi et que cela met en danger la santé
- Ils contiennent des substances ou s'ils sont préparés à base de ces substances dont il est indispensable d'approfondir l'activité ou les effets indésirables
- Ils sont administrés par voie parentérale

Les produits à prescription médicale facultative (PMF)

Ce sont des produits dont la toxicité est modérée, y compris en cas de surdosage ou d'emploi prolongé, et dont l'emploi ne nécessite à priori un avis médical.

Dans l'enquête AFIPA-SOFRES 2001, 80% des adultes déclarent avoir recours à l'automédication. La motivation la plus fréquente est le « besoin d'un soulagement rapide », puis la notion de « problème bénin », puis la notion de « problème familial ».

Les médicaments les plus fréquemment utilisés en automédication sont les antalgiques, les « anti-rhumes », les « antigrippes », les antimigraineux, les antitussifs, les anti-inflammatoires, les médicaments pour la gorge, les antipyrétiques, et les anti-diarrhéiques pour les enfants.

L'automédication peut être utilisée de façon positive si elle est raisonnée et bien définie. Il faut :

- Confirmer l'unicité du médicament. Les médicaments d'automédication bénéficient de la même garantie de sécurité et de la même évaluation que les médicaments à prescription médicale obligatoire ;
- Garantir l'adaptation des médicaments à un usage d'automédication
  - Faciliter l'identification par les patients du groupe de médicament adapté à une prise en charge personnelle de leurs symptômes et leur maladie
  - Poursuivre les efforts d'amélioration de la lisibilité des notices
  - Adapter les indications et les conditionnements pour limiter au maximum les risques de mésusage
  - Noter la DCI de façon claire et lisible
  - Réaliser des essais adaptés dans une recherche biomédicale pour les nouveaux médicaments destinés à l'automédication
  - Adapter le dispositif de pharmacovigilance à ce marché
- Faciliter le délistage de molécules innovantes pour adapter le champ des produits accessibles en automédication aux besoins croissants des patients ;
- Inscrire l'automédication dans le mouvement de responsabilisation des patients et de bon usage du médicament ;
- Développer l'information des patients et des professionnels de santé, médecins et pharmaciens sur l'automédication ;
- Clarifier le marché.

Bibliographie : Situation sur l'automédication en France et perspectives d'évolution. HAS 2006.

Les risques de l'automédication

- Peut masquer une pathologie grave

- Risque du non respect des précautions d'emploi, des mises en garde, des contre-indications
- Absence de contrôle des posologies, de la durée de traitement, des interactions médicamenteuses, des effets iatrogéniques, allergiques et des incompatibilités
- Pour les antibiotiques, l'automédication ne fait pas appel à une prescription adaptée et au bon usage des antibiotiques favorisant l'émergence de bactéries résistantes ou d'infections décapitée. Les ANTIBIOTIQUES ne sont EN AUCUN CAS des médicaments d'AUTOMEDICATION.

## Mercredi 3 juin 2009

P1 – Homme 60 ans

- Renouvellement ordonnance
- Doit se faire opérer d'une hernie inguinale dans 5 jours, découverte au cabinet médical, suite à des douleurs en FID apparaissant à l'effort.

P2 – Homme 39 ans

- Prolongation arrêt de travail
- Doit subir une intervention chirurgicale pour épicondylite du coude droit dans 10 jours

P3 – Garçon 3 ans, GEA sans déshydratation, traitement symptomatique

P4 – Garçon 5 ans, frère de P3, hyperthermie isolée, traitement symptomatique

P5 – Femme 54 ans

- Syndrome dépressif ++
- Situation conflictuelle sur son lieu de travail
- Patiente venue pour parler
- Ne demande pas de traitement ni arrêt de travail

P6 – Garçon 14 ans, acné, début d'un traitement par antibiotique topique, à réévaluer

P7 – Femme 53 ans

- **Bipolaire** sur un versant plutôt maniaque, traitement par Dépakote®
- Douleurs lombaires chroniques
- Infirmière en arrêt de travail
- Parle vite et beaucoup, alternance de rires et de pleurs
- Consulte car a fait « une bêtise ». La veille a pris tout son traitement par Rivotril® en une seule fois car avait très mal au dos. Le soir n'ayant plus de Rivotril®, a décidé de boire du Whisky car avait toujours ses douleurs dorsales.
- Se plaint également de constipation qu'elle attribue à son traitement par Dépakote®. A chaque consultation, vient avec une nouvelle plainte somatique qu'elle attribue à son traitement. A pris 4 sachets de Forlax® en une seule fois. Se plaint maintenant de diarrhée...
- Exprime qu'elle a beaucoup de mal à accepter le diagnostic de bipolarité
- Ecoute, ré-explication sur l'intérêt de poursuivre le Dépakote®, utilisation rationnelle du Forlax®.

# TROUBLE BIPOLAIRE

## Définition

Survenue répétée d'épisodes maniaques, hypomanes, dépressifs ou mixtes, séparés par des périodes où l'individu est à priori indemne de dysfonctionnement psychiatrique majeur. Son déterminisme associe une vulnérabilité génétique et des facteurs environnementaux.

## Fréquence

1 à 2 % de la population générale, fréquence identique chez l'homme et chez la femme.

## Clinique

- Trouble bipolaire I : 1 ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes accompagnés ou non d'un épisode dépressif majeur
- Trouble bipolaire II : 1 épisode dépressif majeur et un épisode d'hypomanie
- Trouble bipolaire III : mal défini
- Etat frontière : trouble cyclothymique, fluctuation de l'humeur pendant au moins 2 ans caractérisée par des symptômes dépressifs alternant avec des épisodes d'hypomanie.

## Traitement

Traitement des accès aigus et prévention des rechutes. Il consiste en un traitement médicamenteux et une aide psychologique pour le patient et son entourage immédiat.

- Accès dépressifs : hospitalisation si nécessaire (+/- HDT), lithium ou autre thymorégulateur, antidépresseur, électro-convulsivo-thérapie si le pronostic vital est en jeu. Les antidépresseurs de première intention sont les IRS. Les tricycliques sont à risque de virage maniaque. Les effets thérapeutiques sont attendus en 4 à 6 semaines. La durée de traitement est de 4 à 6 mois.
- Accès maniaques, hypomaniaques ou mixtes : hospitalisation indispensable en cas d'accès maniaque (+/- HDT), LITHIUM (traitement de référence), autres thymorégulateurs (Dépakote®, Dépamide®), antipsychotiques, les antidépresseurs doivent être arrêtés en phase maniaque. Le délai d'efficacité thérapeutique est de 4 à 6 semaines, et la durée de traitement est de 4 à 6 mois.
- Traitement prophylactique des rechutes : Lithium (Théralite®, Neurolithium®) ou Valproate (Dépakote®, Dépamide®)

## Précaution d'emploi du Lithium

- Bilan cardiaque, rénal, thyroïdien et test de grossesse pré-thérapeutique
- Augmentation progressive des doses
- Signes de surdosage : asthénie, nausées, diarrhée, hypotonie, tremblement, dysarthrie, vertiges, troubles de la vision
- Surveillance au long cours : bilan thyroïdien, rénal et poids

## Psychothérapie

Elle est indispensable en complément du traitement médicamenteux. L'information et éducation du patient et de sa famille est nécessaire. Plusieurs types de thérapies peuvent être proposées (thérapie cognitivo-comportementale, thérapies familiales)

## Bibliographie : ORPHANET

## Vendredi 5 juin 2009

P1 – Homme 81 ans

- Syndrome parkinsonien, patient autonome,
- Vient pour renouvellement d'ordonnance

P2 – Femme 66 ans

- Chute mécanique de sa hauteur il y a 48 heures
- Vient avec une radio qu'elle a faite de son propre chef
- N'a pas osé aller aux urgences, avait peur de déranger...
- Luxation P2/P1 du 2<sup>ème</sup> orteil, fracture comminutive de P1 du 5<sup>ème</sup> orteil gauche
- Lettre pour les urgences

P3 – Homme 68 ans

- P6 du 2 juin
- Revient pour persistance de la douleur au niveau de la langue
- Otagie
- Ecoulement oculaire
- Problème dentaire
- Problème des **plaintes multiples**
  - Pas de muguet buccal, pas de lésion buccale, pas de mycose, pas d'aphte
  - Pas d'écoulement oculaire constaté, et a vu l'ophtalmo la veille
  - Tympan et conduits auditifs normaux
  - Suivi par son dentiste pour le souci dentaire
- Vu avec Dr JOLY, poursuite Fungizone® et Xylocaïne®, fera prélèvement mycologique après fenêtre thérapeutique en cas de persistance des symptômes

Problème de prise en charge avec ce patient venant pour des plaintes multiples. C'est un patient particulièrement angoissé, très chronophage. Il pose des questions sur tout, présente de multiples symptômes mais rien n'est retrouvé à l'examen clinique de façon objective. Par ailleurs le patient multiplie les avis médicaux. Même si les consultations chez le dentiste et l'ophtalmologue sont nécessaires, le patient me redemande mon avis sur ce qu'on dit les spécialistes qu'il a vu. J'essaye de l'examiner de façon assez exhaustive surtout pour le rassurer et lui montrer que je prends ses symptômes au sérieux. Je tente ensuite de proposer une solution à ses plaintes même si elles semblent ne pas avoir de fondement somatique. Finalement, j'ai demandé de l'aide au Dr Joly, ayant la crainte de passer à côté de quelque chose. A posteriori, les symptômes semblent s'être amendés sous traitement et le patient n'a pas fait le prélèvement mycologique.

## Lundi 8 juin 2009

P1 – Garçon 14 ans

- Amené par sa mère pour douleurs abdominales, douleurs dorsales, talalgie, et parce qu'il ne mange pas assez...
- Adolescent ne se plaint de rien
- Mère inquiète +++, pose beaucoup de questions
- Conclusions de l'examen : douleurs abdominales spasmodiques, talalgies de croissance, pas de scoliose, poids normal dans la courbe de croissance (poids 49 kg, Taille 1m60, BMI 19.1)
- Traitement symptomatique, réassurance de la mère ++

P2 – Garçon 5 ans

- Hyperthermie 38°C depuis le matin et rhinorrhée
- Mère inquiète +++
- TDR négatif
- Traitement symptomatique
- Réassurance de la mère

P3 – Homme 87 ans, renouvellement d'ordonnance

P4 – Homme 75 ans, arthrose, renouvellement ordonnance

P5 – Femme 78 ans, épouse de P4, HTA, diabète, renouvellement ordonnance, parle peu, son mari explique tout à sa place.

P6 – Garçon 1 an, toux productive, apyrétique, traitement symptomatique

## Mardi 9 juin 2009

P1 – Homme 56 ans

- HTA
- Renouvellement ordonnance et arrêt de travail
- Toujours hypertendu malgré trithérapie anti-hypertensive par Détensiel®, Amlor®, Fortzaar®
- Patient **inobservant**, a une ordonnance pour 3 mois et revient toujours en consultation avec retard
- Augmentation du traitement par Amlor® de 5 à 10 mg
- A revoir dans 15 jours
- Indication d'une **MAPA**

P2 – Homme 57 ans

- Maladie professionnelle Asbestose
- Vient pour renouvellement de traitement

P3 – Femme 23 ans, rhinite, rappel DTP à faire, allaitement en cours

P4 – Fille, 3 ans, fille de P3, douleurs abdominales sans signes associés, traitement symptomatique

P5 – Fille 6 ans, plaie du pied non suturable, pansement pour cicatrisation dirigée fait au cabinet médical, certificat médical descriptif (traumatisme à l'école)

## MAPA

### Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle

Indication

- Avant de débuter un traitement
  - Si PA entre 140-179/90-109 mmHg et en absence d'atteinte des organes cibles, d'antécédents cardio- ou cérébro-vasculaires, de diabète ou d'insuffisance rénale
  - Chez le sujet âgé après s'être assuré de sa faisabilité

- A tout moment de la prise en charge au cas d'HTA résistante au traitement et dans l'évaluation thérapeutique
- Plus spécifiquement pour évaluer les variations nocturnes de la PA et pour rechercher une variabilité de la PA inhabituelle si l'auto-mesure n'est pas réalisable

#### Seuil d'HTA

- MAPA éveil : 135/85 mmHg
- MAPA sommeil : 120/70 mmHg
- MAPA 24h : 130/80 mmHg

#### Réalisation

Il s'agit d'un Holter tensionnel. La prise de la PA se fait toutes les 15 minutes le jour et toutes les 30 minutes la nuit. La mesure a lieu sur 24h lors d'une activité normale (pas lors du week-end ni des vacances ni d'un arrêt de travail). Un journal d'activité est remis au patient. Une mesure de la pression artérielle peut être déclenchée à tout moment par le patient.

### Mercredi 10 juin 2009

P1 – Fille 8 ans, pharyngite, TDR impossible, traitement symptomatique

P2 – Femme 64 ans

- Toux persistante dans les suites d'une bronchite avec modification de la radiographie de thorax. Contrôle radiologique normal. A la reprise de l'interrogatoire la patiente se plaint de remontées acides et du déclenchement de la toux environ 2 heures après les repas. Essai d'un traitement anti-reflux.
- **Mammographie** il y a 6 mois ayant retrouvé une rétraction mamelonnaire et des lésions de type ACR3. Contrôle de la mammographie à faire.

P3 – Femme 57 ans

- Cure d'éventration, bonne cicatrisation
- Prolongation de l'arrêt de travail car aide ménagère pour personnes âgées
- Vertiges de type Vertiges Paroxystiques Positionnels Bénins, traitement symptomatique

P4 – Femme 45 ans, dépression, renouvellement AT et ordonnance

P5 – Femme 20 ans

- Retard de règles depuis 6 jours
- 2 antécédents d'IVG, dont une il y a 3 mois car alcoolisation massive et cannabis lors du rapport sexuel
- Tabagisme actif à 2 paquets par jour
- Dentition en très mauvais état
- Se plaint d'une « boule au niveau du vagin », REFUS DE L'EXAMEN

#### Problèmes posés par cette consultation

Il s'agit d'une femme jeune, ayant déjà subi 2 IVG, présentant une poly-consommation alcool, tabac et cannabis, et un très mauvais état bucco-dentaire. La patiente se trouve en situation de précarité, au

moins au niveau de sa santé. Son suivi par le médecin traitant est aléatoire, elle n'a pas de suivi par un gynécologue, et n'a jamais vu le dentiste.

Je reprends avec la patiente les risques des rapports sexuels non protégés (VIH, IST, grossesses non désirées), j'essaie de lui parler d'un moyen de contraception régulier et efficace en plus de l'utilisation du préservatif mais elle refuse. Je reprends également les risques de l'alcoolisation massive et du cannabis à court terme (accident, rapports sexuels non protégés et ou non désirés..) et laisse le long terme de côté (pour ne pas l'assommer de conseils). Il est difficile de réaliser cette consultation car il ne faut pas juger la patiente, ne être moralisateur et c'est difficile car cette consultation revient à dire « tout ce que vous faites est dangereux pour votre santé ». D'autant plus que la patiente n'est pas très réceptive à ce que je lui dis. Elle prend tout à la légère en souriant. J'imagine qu'elle a déjà entendu ce que je lui explique. Je pense aussi que le fait que ce soit moi et non le Dr Joly qui réalise cette consultation a moins d'impact sur cette patiente car ce n'est pas moi qu'elle a l'habitude de voir (alors que son suivi est déjà aléatoire) et que je « l'interne » et non le médecin.

D'un autre côté, je ne peux pas laisser cette patiente sans rien dire, c'est aussi le rôle du médecin de dire ce qui ne va pas et les risques de telles conduites.

Par ailleurs que faire devant le refus de l'examen alors qu'elle présente une plainte somatique « boule dans le vagin ». Je ne peux évidemment pas lui imposer l'examen. J'essaie de lui expliquer l'importance de l'examen pour que je puisse évaluer ce dont il s'agit, j'essaie de la convaincre car si elle m'en a parlé c'est que ça la gêne et je peux peut être faire quelque chose. Mais elle refuse. Je lui propose donc d'aller voir un gynécologue, si l'examen au cabinet médical la gêne et lui donne le nom d'un médecin avec qui le Dr Joly à l'habitude de travailler (carnet d'adresse). Elle a pris le nom mais je suis persuadée qu'elle ne l'a pas vu (elle s'est débarrassé de la consultation en prenant son numéro afin que je la laisse tranquille).

Finalement la patiente est repartie avec une ordonnance pour réaliser des  $\beta$ -HCG et le numéro du gynécologue.

Elle est revenue au cabinet médical 3 mois plus tard (p 91) pour des troubles du sommeil. Elle n'a pas reparlé spontanément de la précédente consultation donc finalement je lui ai demandé ce qui s'était passé. Les  $\beta$ -HCG étaient positifs et la patiente a subit une 3<sup>ème</sup> IVG médicamenteuse. Elle consomme toujours la même quantité de tabac/alcool/cannabis.

La consultation n'a donc pas été très utile mais elle a entendu ce que j'avais à lui dire et ce que j'ai répété à cette consultation (conseil minimal pour la tabac et pour le reste ?)

## DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER DU SEIN

Dépistage national du cancer du sein depuis 2004

Technique

**Proposé à TOUTES les femmes de 50 à 74 ans tous les 2 ans, par un examen clinique et une mammographie bilatérale**

## Contexte

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent des cancers féminins. L'incidence est de 41 722 cas en 2000. Il touche une femme sur 10. Le taux de mortalité est de 0,9/100 000. Il représente 19 % des décès par cancer chez la femme.

## Place du médecin généraliste

Elle est soulignée dans les textes réglementaires et souhaitée dans le cadre du « plan cancer ». L'intervention du médecin généraliste est utile dans la pratique du dépistage et dans le suivi après le dépistage.

Les objectifs de qualité sont

- S'assurer que TOUTES les femmes âgées de 50 à 74 ans ont bénéficié d'un dépistage du cancer du sein par mammographie. GRADE A
- S'assurer que le délai entre 2 mammographies ne peut être supérieur à 2 ans dans la tranche retenue. GRADE A
- Rechercher l'existence de facteurs de risque majorés de cancer du sein des femmes vues en consultation. GRADE A
- Connaître le résultat et la qualité de la mammographie prescrite. GRADE B
- S'assurer qu'une démarche de soins adaptée est mise en place à l'issue de la mammographie. GRADE C

## Facteurs de risque individuels de cancer du sein

- Antécédent de néoplasie lobulaire ou hyperplasie épithéliale atypique
- Antécédent personnel de cancer du sein
- Découverte d'un gène de prédisposition familiale
- Trois antécédents familiaux de cancer du sein au 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> degré dans la même branche
- Deux antécédents familiaux de cancer du sein dont un avant 40 ans
- Antécédent familial de cancer du sein bilatéral ou associé à un cancer de l'ovaire
- Antécédent familial de 2 cas chez des apparentés au 1<sup>er</sup> degré dont au moins 1 cas est un cancer de l'ovaire
- Antécédent familial de plusieurs cancers de l'ovaire
- Deux cas de cancer du sein chez des apparentés au 1<sup>er</sup> degré dont un chez un sujet masculin

## Classification des images mammographiques – ANAES février 2002

- ACR0 : investigations complémentaires nécessaires. C'est une classification d'attente.
- ACR1 : mammographie normale.
- ACR2 : anomalies bénignes ne nécessitant ni surveillance ni examens complémentaires.
- ACR3 : anomalies probablement bénignes pour laquelle une surveillance à cours terme est conseillée.
- ACR4 : anomalies indéterminées ou suspectes qui indique une vérification histologique.
- ACR5 : anomalie évocatrice d'un cancer.

Bibliographie : Dépistage du cancer du sein en médecine générale. Référentiel d'auto-évaluation des pratiques en médecine générale. ANAES – SFMG. Septembre 2004. Dépistage du cancer du sein en médecine générale. Rapport d'élaboration de référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles. ANAES – SFMG. Septembre 2004.

## Vendredi 12 juin 2009

P1 – Femme 35 ans

- Douleurs abdominales de type spasmodique depuis plusieurs semaines. Echographie abdominale et traitement symptomatique.
- Conflit à son travail, avec son mari et sa fille de 5 ans. Pleurs ++ et angoisse. Stresam® à poursuivre et arrêt de travail de 4 jours.

## Mercredi 17 juin 2009

P1 – Femme 74 ans

- Antécédents importants : AOMI stade 1, DNID, embolie pulmonaire, HTA, leucose lymphoïde chronique, hypercholestérolémie, néphrectomie pour cancer du rein, mal perforant plantaire sur carcinome baso-cellulaire
- Renouvellement ordonnance et bilan sanguin

P2 – Homme 76 ans, mari de P1

- Radiographie pulmonaire faite pour toux chronique, normale
- RAS par ailleurs, disparition de la toux

## Vendredi 19 juin 2009

P1 – Femme 65 ans, renouvellement d'ordonnance et résultats d'analyses. Hypercholestérolémie bien équilibrée.

P2 – Fille 6 ans, pharyngite, TDR négatif, traitement symptomatique.

P3 – Femme 23 ans, dépression psychogène réactionnelle, se sent mieux depuis l'instauration d'un traitement par Seroplex®, poursuite du traitement et de l'arrêt de travail.

P4 – Femme 24 ans

- $\beta$ -HCG positifs (environ 5 SA), souhaite **IVG**
- Informations données et adressée au planning familial avec courrier, manque d'informations sur le sujet +++, je ne sais pas où envoyer la patiente (dans une structure hospitalière, chez son gynécologue), quels sont les correspondants du cabinet, pas de plaquette d'information à remettre à la patiente...

P5 – Homme 53 ans, déchirure musculaire. Echographie normale. Disparition progressive des douleurs. Poursuite traitement symptomatique. Patient anxieux.

P6 – Homme 49 ans

- Diabète non insulinodépendant et hypercholestérolémie. Vient avec résultats de son bilan.
  - Problème 1 : **patient inobservant**. Avait une ordonnance pour 3 mois, dernière consultation il y a 6 mois

- Problème 2 : **déséquilibre important du diabète** :
  - HbA1c 9,2 %
  - Cholestérolémie totale 2,23
  - HDL-cholestérol 0,49
  - LDL-cholestérol non calculé
- Problème 3 : consommation d'alcool probablement excessive. CDA 20 verres par semaine. Mais triglycérides à 3,70 et VGM à 100.
- Problème 4 : N'a pas vu de cardiologue ni ophtalmologue depuis plus de 2 ans
- Recherche facteurs favorisants déséquilibre du diabète et explications données au patient : inobservance, repas d'affaires au restaurant tous les midis, consommation d'alcool, arrêt de toute activité sportive alors qu'il courait auparavant
- Reprise de **l'éducation thérapeutique** avec le patient
  - les risques du diabète qu'il connaît déjà mais les prend en considération car se plaint de paresthésies des extrémités
  - Intérêt de la prise des médicaments sans saut de prise et de consultations régulières pour renouvellement d'ordonnance
  - Intérêt du régime alimentaire
  - Intérêt d'une activité physique modérée : 30 minutes par jour pouvant être intégrées dans la vie quotidienne
- Renouvellement de traitement avec augmentation de l'Amarel® à 6 mg par jour, poursuite du Glucophage® à 1 000 x 3 par jour et du Zocor®. Ordonnance pour 1 mois.
- Lettre pour le cardiologue et l'ophtalmologue
- HbA1c et nouvelle consultation dans 1 mois

#### P7 – Homme 41 ans

- Stress au travail, angoisse, difficultés d'endormissement sans réveils nocturnes
- Pas de suivi médical depuis 3 ans
- Tabagisme : 2 paquets par jour, environ 40 paquets années, ne souhaite pas arrêter
- Cannabis quotidien
- Temesta® quotidien, sans ordonnance ?
- Veut reprendre un suivi psychothérapeutique (avait eu un suivi il y a 3 ans suite au décès de sa mère)
- Stresam®, doit prendre RDV avec Dr Joly

#### P8 – Femme 65 ans

- Renouvellement ordonnance
- Souhaite des « pilules pour maigrir » avant les vacances
- Explication intérêt régime alimentaire équilibré et activité physique modérée
- Pas de prescription médicamenteuse

## **INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE (IVG)**

### Rappel

L'IVG est légalement autorisée en France jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée (SA).

### Structures de prise en charge de l'IVG

- Les structures de prises en charge de l'IVG doivent être en nombre suffisantes dans chaque département pour permettre l'accueil correct et dans les plus brefs délais de toutes les

demandes. Les structures d'IVG fonctionnent en permanence. Elles doivent prendre en compte les demandes médicales, techniques, sociales et psychologiques.

- Jusqu'à 12 SA, les structures d'IVG sont soit intégrées dans un établissement de soins ayant un service de gynécologie-obstétrique, soit en convention avec un établissement disposant d'un plateau technique permettant de prendre en charge l'ensemble des complications possibles de l'IVG.
- Au-delà de 12 SA, les IVG doivent être prises en charge dans un établissement disposant d'un plateau chirurgical

#### Accueil et organisation

- Toute patiente demandant une IVG doit obtenir un rendez-vous dans les 5 jours suivant son appel
- Chaque structure de prise en charge des IVG doit disposer d'une ligne téléphonique entièrement dédiée à cette activité. En dehors des heures d'ouverture, un message clair avec tous les renseignements nécessaires doit être diffusé

#### Consultation pré-IVG

- Informations claires et précises sur la méthode (médicamenteuse ou chirurgicale), sur l'anesthésie (locale ou générale), sur le temps de réflexion (1 semaine jusqu'à la 2<sup>ème</sup> consultation). Des documents écrits sont remis à la patiente (« dossier guide de l'IVG » et attestation de première consultation)
- Un entretien d'information, de soutien et d'écoute est systématiquement proposé (entre les 2 consultations)
- L'âge gestationnel doit être défini par l'interrogatoire, l'examen clinique et l'échographie qui doit être possible sur place
- Cette consultation doit être l'occasion selon le contexte de proposer un dépistage des IST et la réalisation d'un FCV
- Le mode de contraception ultérieure doit être évoqué voire prescrit dès la première consultation (et essai de compréhension de l'échec de la contraception actuelle)
- Une procédure d'urgence permet de raccourcir le délai de réflexion des femmes entre 12 et 14 SA
- Toutes les patientes doivent avoir un groupe sanguin avec rhésus et recherche des agglutinines irrégulières

#### Technique

- Technique médicale : association de l'anti-progestérone Mifépristone et de prostaglandines
  - Jusqu'à 7 SA révolues (49 jours) : à domicile ou en hospitalisation
  - Le protocole recommandé (grade A) est Mifépristone 200 mg PO puis Misoprostol 400 µg par voie orale ou vaginale 48 à 72 heures plus tard. L'hémorragie témoignant de l'efficacité du traitement intervient dans les 3 à 4 heures après la prise du Misoprostol. La prise en charge de l'incompatibilité rhésus est systématique.
  - En cas de prise à domicile
    - une évaluation psycho-sociale de la patiente doit être réalisée
    - le choix doit être laissé à la patiente sur le lieu de réalisation
    - la distance entre le domicile de la patiente et le centre référent doit être limitée et elle doit pouvoir s'y rendre 24h/24 et 7 jours/7
    - la conduite à tenir en cas d'hémorragie importante doit être expliquée à la patiente
    - Importance de la visite de contrôle à J14 jusqu'à J21
    - Une prescription d'antalgiques doit être réalisée
  - En hospitalisation entre 8 et 9 SA (de 50 à 63 jours) : le protocole est identique. En cas d'absence d'hémorragie à 3 heures, une 2<sup>ème</sup> dose de 400 µg de misoprostol peut être administrée
- Technique chirurgicale : dilatation du col et évacuation du contenu utérin par aspiration. Seule technique recommandée à partir de la 10<sup>ème</sup> SA. Une préparation cervicale est recommandée par Mifépristone ou Misoprostol. La prise en charge de l'incompatibilité rhésus est systématique

#### Prise en charge de la douleur

- Seul l'ibuprofène a été évalué et améliore les douleurs
- Les facteurs de risques de douleur sont le jeune âge, la peur de l'acte, l'existence d'un utérus rétroversé, les antécédents de dysménorrhée, les grossesses les plus précoces et les plus avancées

#### Suite de la prise en charge

- Une contraception œstro-progestative peut être commencée dès le lendemain
- La pose d'un dispositif intra-utérin peut être réalisée lors de l'examen de surveillance ou en fin d'aspiration en cas d'IVG chirurgicale
- La visite de contrôle à lieu entre le 14<sup>ème</sup> et le 21<sup>ème</sup> jour après l'IVG
- Le contrôle de la vacuité utérine doit être réalisé, si besoin à l'aide d'une échographie
- Un accompagnement psychologique peut être proposé

### La pratique de l'IVG en ville par le médecin généraliste

- Généralités : la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception a autorisé cette pratique (article L.2212-2 du code de la santé publique)
- Seules les IVG médicamenteuses peuvent être pratiquées dans le cadre de ce dispositif. Les IVG réalisées doivent correspondre à un délai gestationnel maximum de 5 semaines de grossesse, soit 7 semaines d'aménorrhée.
- Les médecins concernés : peuvent pratiquer ces IVG, tous les médecins justifiant d'une expérience professionnelle adaptée, soit par une qualification universitaire en gynécologie médicale ou en gynécologie-obstétrique, soit par une pratique des IVG médicamenteuses dans un établissement de santé. Cette expérience est attestée par le directeur de l'établissement de santé dans lequel le médecin, quel que soit ou ait été son statut, pratique ou a pratiqué des IVG. Le directeur délivre l'attestation au vu du justificatif présenté par le responsable médical de cette activité, qui certifie ainsi des compétences médicales du médecin pour la pratique des IVG médicamenteuses
- Le cadre légal de la réalisation des IVG en ville : une convention doit être passée entre le médecin généraliste et un établissement de santé autorisé à pratiquer des IVG (établissement disposant d'un service de gynécologie-obstétrique ou de chirurgie). Ce document précise de façon détaillée le rôle et les obligations de chacune des parties signataires. Le médecin transmet la copie de la convention signée au conseil départemental de l'ordre des médecins, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens, à la caisse primaire d'assurance maladie dont il relève.
- Une fiche de liaison médecin de ville/établissement de santé est réalisée. C'est le support des informations essentielles du dossier médical, échangées entre le médecin et l'établissement de santé. Elle est définie conjointement par l'établissement et le médecin signataires.  
L'établissement de santé signataire de la convention : il s'engage à accueillir la femme à tout moment et à assurer la prise en charge liée aux complications et échecs éventuels. Il assure un rôle d'information et de formation des médecins de ville concernés par le dispositif Il veille au respect de la confidentialité des documents adressés par les médecins.
- Les autres documents : le médecin reçoit de l'établissement avec lequel il a passé convention, les bulletins statistiques permettant d'établir les déclarations d'IVG anonymes. Il renvoie ces bulletins remplis au même établissement. Le médecin qui a pratiqué l'acte conserve dans le dossier médical les attestations de consultations préalables qui lui ont été remises par la patiente ainsi que le consentement écrit de la femme à l'IVG.
- L'approvisionnement en médicaments : les médicaments nécessaires à la réalisation de l'IVG sont vendus en pharmacie d'officine. Afin de garantir la sécurité d'utilisation des médicaments nécessaires à la réalisation des IVG, ces médicaments sont vendus exclusivement aux médecins ayant passé convention avec un établissement de santé. Pour se procurer ces médicaments, le médecin passe une commande à usage professionnel auprès de la pharmacie d'officine de son choix.

- La prise des médicaments : afin de garantir la bonne administration, dans les délais requis, des deux médicaments et de permettre au médecin d'assurer un suivi régulier de la patiente, la prise des médicaments par la femme est effectuée en présence du médecin lors des consultations.
- L'ensemble des règles et des démarches relatives à toute IVG s'appliquent aux actes réalisés hors établissement de santé : différentes consultations à réaliser, information des femmes et remise du « dossier-guide IVG », dispositions spécifiques concernant les mineures, possibilité pour le médecin de recourir à la clause de conscience, déclaration de l'IVG établie par le médecin pratiquant l'acte...

## Bibliographie

- Interruption volontaire de grossesse en médecine de ville. Livret d'information à l'attention des médecins. Ministère de la Santé et des Solidarités. Décembre 2006.
- Prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse jusqu'à 14 semaines. Service des recommandations et références professionnelles. ANAES. Mars 2001.

## LE TRAITEMENT DU DIABETE DE TYPE II

### Définition

- Glycémie > 1,26 g/L (7 mmol/L) à jeun vérifiée à 2 reprises
- Glycémie > 2 g/L quelque soit le moment de la journée
- Symptômes : polyurie, polydipsie, amaigrissement

Epidémiologie : 21 millions de diabétiques de type II en Europe actuellement

### Prise en charge non médicamenteuse

- Diététique et hygiène de vie : lutte active contre la sédentarité et planification alimentaire, 30 minute d'activité physique modéré par jour
- Education thérapeutique +++

### Prise en charge médicamenteuse

#### 1. Biguanides – Metformine

- Actions : diminuent la production hépatique de glucose, facilite l'utilisation périphérique du glucose, inhibe la néoglucogenèse hépatique et rénale, inhibe la glycolyse anaérobie, réduit la résorption intestinale de glucose, réduit l'hyperglycémie
- C'est le seul ADO à avoir fait preuve d'une réduction de la mortalité cardio-vasculaire en monothérapie chez le diabétique de type II
- Diminue l'HbA1c de 1 à 1,5 %
- Effets secondaires : digestifs +++

#### 2. Sulfamides Hypoglycémiantes (insulino-sécréteurs)

- Actions : augmentent la sécrétion d'insuline par les cellules  $\beta$  des îlots de Langerhans du pancréas, inhibent la sécrétion de glucagon
- Diminuent l'HbA1c de 1 à 1,5 %

- Effets secondaires : hypoglycémies, troubles digestifs, toxicité sanguine
3. Glinides – Répaglinides (Novonorm®) (insulino-sécréteurs)
    - Actions : stimulent la libération d'insuline par les cellules  $\beta$  des îlots de Langerhans du pancréas, agissent sur l'insulino-résistance musculaire et hépatique
    - Diminuent l'HbA1c de 1 %
    - Insulino-sécréteurs d'action plus rapide et plus courte que les sulfamides hypoglycémifiants
    - Effets secondaires : hypoglycémie et troubles digestifs
    - Ce médicament ne doit pas être pris en cas de suppression d'un repas
  4. Glitazones – Thiazolidinediones (Actos® - Pioglitazone, Avandia®- rosiglitazone)
    - Actions : diminuent l'insulino-résistance musculaire et hépatique
    - Ont fait preuve de leur efficacité en monothérapie (diminution de l'HbA1c de 1 %), en bithérapie (avec metformine ou sulfamides hypoglycémifiants) et en trithérapie (avec metformine ET insulino-sécréteurs)
    - Contre indications : insuffisance cardiaque
  5. Inhibiteurs des  $\alpha$ -glucosidases intestinales
    - Actions : inhibent l'action des enzymes intestinales qui ont pour but d'hydrolyser les polysaccharides, inhibent la résorption digestive des glucides
    - Diminuent l'HbA1c de 0,5 à 1 %
    - Effets secondaires : troubles digestifs
  6. Inhibiteurs de la dipeptidylpeptidase 4 (DPP-4). Sitagliptine - Januvia®-Xelevia®
    - Actions : augmentent le taux des hormones incrétines actives qui stimulent la sécrétion d'insuline lors d'un repas
    - Indication : en bithérapie avec le metformine ou avec une glitazone. Pas d'étude en monothérapie ni en trithérapie.
    - Contre- indication : insuffisance rénale modérée à sévère
  7. Exenatide - Byetta® (incrétino-mimétique)
    - Actions : miment l'action des incrétines
    - Indication : en bithérapie avec la metformine ou avec une glitazone, en trithérapie avec metformine et sulfamide. Pas d'étude en monothérapie.
  8. Insulinothérapie  
Peut normaliser la glycémie, diminue la survenue de complication de micro-angiopathie oculaire et rénale (étude UKPDS)

#### Stratégie thérapeutique

- Objectifs : HbA1c < 6,5 %
- Traitement initial lorsque le diabète est découvert à un stade précoce : programme alimentaire et activité physique modérée
- HbA1c entre 6 et 6,5 % après 6 mois de mesures hygiéno-diététiques : Metformine
- HbA1c > 6,5 % après 6 mois de prise en charge diététique : monothérapie au choix
  - Quelque soit l'IMC : Metformine ou inhibiteur de l' $\alpha$ -glucosidase en cas d'intolérance ou de contre indication à la Metformine
  - Si IMC < 27 : sulfamide ou glinide
- HbA1c > 6,5 % après 6 mois de monothérapie, passage à une bithérapie

- Metformine + Insulino-sécréteur
- Metformine + Glitazone
- Metformine + Inhibiteur de l'α-glucosidase
- Metformine + Sitagliptine ou exenatide
- Glitazone + Sitagliptine ou exenatide
- Insulino-sécréteur + glitazone (si intolérance ou contre-indication à la Metformine)
- Insulino-sécréteur + inhibiteur de l'α-glucosidase
- HbA1c > 7 % après 6 mois de bithérapie à dose maximale
  - Trithérapie : Metformine + Insulino-sécréteur + Glitazone ou exenatide
  - Bithérapie (sans glitazone) + une injection unique d'insuline NPH ou analogue lent
- HbA1c ≥ 8 % sous trithérapie : arrêt de la Glitazone et passage à l'insuline, demande d'avis diabétologique pour une prise en charge coordonnée.

#### Situations particulières

- Sujet âgé > 75 ans : l'objectif glycémique doit être adapté
- Diabète découvert tardivement avec un déséquilibre glycémique d'emblée important +/- avec complications : bithérapie d'emblée (Metformine + sulfamide hypoglycémiant) voire insulinothérapie d'emblée en cas de contre indications aux ADO

#### Place de l'auto-surveillance glycémique

- Chez tout patient sous insuline
- Chez les patients sous insulino-sécréteurs pour adapter le traitement et détecter les hypoglycémies

#### Traitement des facteurs de risques associés

- Dyslipidémies : quelque soit le niveau de cholestérol, un traitement par statines diminue le risque de complications ischémiques (Simvastatine, Atorvastatine). Le LDL-cholestérol doit être ≤ 1 g/L. L'aspirine à faible dose (75 à 300 mg) est recommandée chez le diabétique à haut risque cardiovasculaire en prévention primaire et en association à une statine.
- HTA : les chiffres tensionnels doivent être abaissés à 130/80 mmHg par des mesures hygiéno-diététiques +/- un traitement médicamenteux. Les 5 classes d'antihypertenseurs peuvent être utilisées en première intention. Si une poly-thérapie est nécessaire, il est conseillé d'introduire un thiazidique.
- Tabagisme : une aide à l'arrêt de tabac doit être systématiquement proposée.

#### Surveillance des complications

- Annuelle : micro-albuminurie, dosage de la créatininémie, FO, consultation cardiologique et ophtalmologique, examen des pieds

Bibliographie : Recommandations professionnelles. Traitement médicamenteux du diabète de type II. Actualisation. Recommandation de bonnes pratiques. HAS et Afssaps. Novembre 2008. Quelle place pour la Sitagliptine dans le diabète de type II. HAS. Mars 2008.

## EDUCATION THERAPEUTIQUE

### Définition

Ensemble des pratiques visant à permettre au patient l'acquisition de compétences, afin de prendre en charge de manière active sa maladie, ses soins et sa surveillance, en partenariat avec les

soignants. L'éducation thérapeutique s'adresse aux patients atteints de maladie chronique (asthme, diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale...) mais aussi aux maladies de durée limitée (par exemple maladie nécessitant un traitement anticoagulant). Les pathologies en cause sont souvent asymptomatiques (au moins dans un premier temps) mais nécessitent une adhésion étroite aux diverses modalités de traitement et de surveillance.

Le patient est habituellement passif dans le cadre d'une maladie aiguë. Il est confronté dans le cadre d'une maladie chronique à la nécessité de devenir tôt ou tard un rôle actif quasi permanent dans la gestion de sa maladie. L'éducation thérapeutique est absolument nécessaire. Elle doit être un apprentissage à des compétences décisionnelles et techniques dans le but d'apprendre au patient à raisonner, de faire des choix de santé, de réaliser ses propres projets de vie et d'utiliser au mieux les ressources du système de santé. Ceci implique un changement de relation médecin/malade.

#### Différents type d'éducation thérapeutique

- Classe 1 : patients stabilisés ne nécessitant pas un traitement trop lourd. La prise en charge vise à leur permettre d'acquérir la connaissance de la maladie, une formation à la nutrition et à une hygiène de vie contribuant à l'amélioration de leur état de santé. Pour le diabète cette prise en charge concerne les patients non insulino-requérants dont le diabète est équilibré et sans complications (connaissance de la maladie, du traitement, des modalités de surveillance de la maladie avec auto-surveillance glycémique, glycosurie et situation nécessitant le recours à un soignant)
- Classe 2 : patients présentant des besoins spécifiques liés au patient lui-même, à un traitement complexe, à une ou des pathologies associées, à une situation qui présente un risque de décompensation ou à un mode de vie particuliers. Cette situation concerne pour le diabète, les enfants et les patients jeunes, les femmes enceintes, les sportifs de haut niveau, la nécessité d'une insulinothérapie.
- Classe 3 : Patients présentant un déséquilibre important de leur maladie, une décompensation, des complications, liés à une non observance des recommandations formulées ou survenant malgré le suivi de ces recommandations. Pour le diabète, il s'agit d'un diabète inaugural, d'un « pied diabétique », d'une rétinopathie.

#### Etapes de la démarche d'éducation thérapeutique

- Elaborer un diagnostic éducatif
- Définir un programme personnalisé : formuler avec le patient les compétences à acquérir ou à mobiliser
- Planifier et mettre en œuvre les séances d'éducation thérapeutique collectives ou individuelles
- Réaliser une évaluation individuelle

#### Techniques d'éducation thérapeutique

- Techniques de communication centrées sur le patient : écoute active, entretien motivationnel
- Techniques pédagogiques : exposés interactifs, études de cas, tables rondes, simulation à partir d'une situation ou d'un carnet d'auto-surveillance, travaux pratiques, simulations de gestes techniques, jeux de rôles...
- Outils variés : affiches, imagiers, bandes audios ou vidéos

#### Critères de qualité de l'éducation thérapeutique

- Centrée sur le patient, élaborée par le patient, impliquant ses proches et sa vie quotidienne
- Réalisée par des professionnels de santé formés, pluridisciplinaire
- Partie intégrante de la prise en charge de la maladie
- Scientifiquement fondée

- Organisée dans le temps
- Accessible à différents publics selon un profil éducatif et culturel
- Evaluation individuelle

#### Compétences à acquérir dans le cadre du diabète

- Compétences d'auto-observation : reconnaître et interpréter les signes d'hypoglycémie, d'hyperglycémie, recherche de plaies, recherche de lésions cutanées, apprentissage des caractéristiques des douleurs, mesure de la glycémie et de la PA...
- Compétences de raisonnement et de décisions : choix de dose d'insuline, prise en compte de l'alimentation, précautions en cas d'activité physique, planification d'un amaigrissement, soins en cas de lésions cutanées, attitude à avoir si décalage horaire/oubli de traitement/gestion d'incident hypo ou hyper-glycémique
- Compétences d'auto-soins : réaliser une injection d'insuline, planifier la prise de tous les médicaments, assurer les premiers gestes de pansement, corriger un malaise hypoglycémique
- Compétences sociales : expliquer à son entourage

Bibliographie : HAS/INPES – L'éducation thérapeutique du patient – Rapport du groupe de travail de la DGS : actualité de la réflexion sur l'éducation thérapeutique.

## Lundi 22 juin 2009

P1 – Femme 39 ans, dépression réactionnelle, renouvellement ordonnance et rapport médical à remplir pour la mutuelle car en arrêt de travail depuis plus de 3 mois

P2 – Garçon de 5 ans

- Hyperthermie et vomissements sans trouble du transit
- Examen clinique normal : pas de signe d'irritation péritonéale, organes génitaux externes normaux, pas de syndrome méningé, pas d'éruption cutanée, ORL normal
- GEA débutante ? Traitement symptomatique
- Explication des consignes de surveillance et des signes devant faire reconsulter

P3 – Homme 51 ans

- Amené par sa femme
- **AVC ischémique récent** (IRM : lacune de la capsule interne droite)
- Séquelles sensitives de l'hémicorps gauche
- 3 appels de sa femme au cabinet médical dans l'après midi car s'**inquiète** pour son mari
- Sensation vertigineuse aux changements de position et douleurs cervicales (antérieures à l'AVC)
- Examen neurologique minutieux retrouvant les séquelles d'AVC (hyper-réflexivité gauche et hypo-esthésie gauche). Pas de déficit nouveau.
- Contracture musculaire cervicale
- PA normale
- Examen clinique normal par ailleurs
- Epouse inquiète +++ qui se plaint du manque d'explication données à la sortie de l'hôpital
- Réponses aux questions, ré-explication du mécanisme de l'AVC, des conséquences, des signes devant faire reconsulter

Problèmes posés par cette consultation

- Appel du Dr Joly directement par la femme du patient, qui lui conseille d'appeler au cabinet médical auquel j'assure les consultations
- Appel au cabinet médical, 3 fois dans l'après midi, car très inquiète pour son mari, je lui propose de venir immédiatement au cabinet médical mais se trouve sur son lieu de travail, ne rentre pas avant quelques heures et son mari ne se déplace pas seul
- Elle voudrait que je me rende à son domicile afin de voir directement son mari, je lui explique qu'il est impossible que je laisse la consultation. Je lui propose de passer au domicile après la consultation si elle n'a pas pu venir d'ici là au cabinet médical. Je lui propose également de trouver quelqu'un qui pourrait amener son mari au cabinet médical ou aux urgences, appel SOS médecin ou autre.
- Préfère venir, rappelle plusieurs fois pour organiser sa venue au cabinet médical alors que je lui ai donné toutes les informations au premier appel (heures d'ouverture, heure de passage à domicile si nécessaire...)
- Finalement ils arrivent au cabinet médical avant la fin de la consultation, patiente très angoissée, à peur que son mari refasse un AVC. Le patient lui-même ne paraît pas inquiet (séquelles d'AVC avec indifférence ?).
- J'essaye d'écouter au mieux toutes les plaintes provenant uniquement de l'épouse et de faire un examen exhaustif en particulier neurologique du patient
- Difficulté du fait que je n'ai jamais vu le patient et que l'examen neurologique est anormal du fait des séquelles d'AVC. Je n'ai pas de compte rendu d'hospitalisation, seulement le résultat de l'IRM cérébrale. Est-ce que l'examen était identique à la sortie de l'hôpital ou est ce que les symptômes se sont aggravés ? Le patient lui-même est incapable de le dire (réponses monosyllabiques, aphasie ?) et sa femme est tellement angoissée qu'il est difficile d'obtenir des réponses claires. Le service où a été hospitalisé le patient est injoignable. La femme du patient me signale tout de même des séquelles d'hypoesthésie et d'hyper-réflexivité
- Finalement, je comprends que la femme du patient est angoissée par le manque d'informations apportées à l'hôpital. Je reprends les explications à la base, qu'est-ce qu'un AVC, quels sont les signes devant faire reconsulter, pourquoi tous les examens subits ont été faits. Je rassure l'épouse sur le fait que l'examen clinique du patient est rassurant, qu'il persiste les séquelles d'AVC mais que c'est normal. Le reste de l'examen est sans particularité, notamment l'hémodynamique est correcte.
- J'ai fait de mon mieux pour les rassurer malgré la difficulté que j'ai eu moi-même à gérer cette consultation car je n'étais pas sûre de moi et manquais d'informations. Finalement je « me suis fait confiance » après avoir examiné minutieusement le patient et n'ayant pas trouvé d'évolution clinique d'après les données de l'épouse. Je les ai laissés rentrer à domicile. L'évolution des symptômes a été favorable.

P4 – Homme 78 ans, renouvellement ordonnance, examen clinique normal

P5 – Garçon 14 ans, laryngite, traitement symptomatique

P6 – Homme 47 ans

- Douleur thoracique constrictive il y a un mois
- Hospitalisation, coronarographie normale
- Traitement de sortie par Inexium®, Aspégic®, Coversyl®, Tahor®, Loxen®
- Diminution du tabagisme à 10 cigarettes/jour (contre 40 avant l'hospitalisation)
- Vient pour renouvellement d'ordonnance
- Persistance des douleurs thoraciques soulagées par Trinitrine
- Remplacement de l'Aspégic® par Plavix® (urticaire à l'aspirine)

Description du cas

Apparition de lésions cutanées après la prise des médicaments prescrits. Le patient a arrêté l'Aspégic® de lui-même, car c'est le seul traitement que le patient prend le midi et que les lésions prurigineuses ont débuté dans l'après midi. Il s'agit de lésions fugaces, évolutives, très prurigineuses, érythémateuses. Après l'arrêt, pas de récurrence des lésions mais persistance du prurit pendant quelques jours.

VIDAL : effets indésirables : réactions d'hypersensibilité : l'urticaire apparaît en premier puis réactions cutanées diverses, réactions anaphylactiques, asthme, œdème de Quincke.

L'imputabilité de l'urticaire à l'Aspégic® est donc probable.

Solution apportée : arrêt définitif de l'aspirine, patient prévenue, remplacement de l'Aspégic® par le Plavix® dans le cadre de la pathologie supposée coronaire du patient.

P7 – Nourrisson 1 mois, colique du nourrisson, examen normal, bonne prise de poids, traitement symptomatique

P8 – Homme 40 ans

- Hospitalisé pour rechute alcoolisme et dépression
- Depuis sa sortie, suivi psychiatrique quotidien
- Prolongation arrêt de travail et renouvellement ordonnance

## Mardi 23 juin 2009

P1 – Femme 72 ans

- **ECBU positif à E.Coli** significatif, fait pour brûlures mictionnelles
- Leucocyturie à 5 000/mm<sup>3</sup>
- Traitement fonction de l'antibiogramme
- Renouvellement ordonnance

P2 – Fille 3 ans, rhino-bronchite, traitement symptomatique

P3 – Femme 43 ans, dépression réactionnelle

P4 – Homme 24 ans, mycose unguéale

P5 – Homme 51 ans

- TS récente, alcoolisme
- Vient pour être suivi en psychothérapie
- A besoin d'un certificat pour suivi pour son éducateur suite à sa sortie de prison

P6 – Femme 37 ans, bronchite, traitement symptomatique

P7 – Femme 19 ans, GEA, traitement symptomatique

P8 – Femme 54 ans, hypercholestérolémie équilibrée, renouvellement de traitement

## INFECTION URINAIRE CHEZ LA FEMME

## INFECTIONS URINAIRES EN DEHORS DE LA GROSSESSE

Colonisation urinaire (ou bactériurie asymptomatique) : pas de traitement

Cystite aigüe simple : chez la femme de moins de 65 ans sans facteurs de risque ou la femme de plus de 65 ans sans co-morbidité,

- Examen recommandé bandelette urinaire (BU). Une BU négative (leucocytes et nitrites négatifs) permet d'exclure le diagnostic d'infection urinaire avec une probabilité > 95 %
- Traitement probabiliste
  - En 1<sup>ère</sup> intention fosfomycine trométamol en dose unique
  - En 2<sup>ème</sup> intention : nitrofurantoïne 5 jours ou fluoroquinolone (ciprofloxacine, loméfloxacin, norfloxacine, ofloxacine) en dose unique ou pendant 3 jours
- Pas de contrôle BU ou ECBU après traitement ni de consultation
- Prévenir que les symptômes peuvent durer 2 à 3 jours en particulier avec un traitement en monodose
- En cas d'évolution défavorable, réalisation d'un ECBU avec antibiogramme nécessaire

Cystite compliquée : en dehors des critères de cystite simple (pathologie organique ou fonctionnelle touchant l'arbre urinaire, diabète, immunodépression, insuffisance rénale ou autre comorbidité, sujet âgé, grossesse, homme)

- Examen recommandé ECBU après BU d'orientation
- Traitement probabiliste s'il ne peut être différé dans l'attente de l'antibiogramme
  - En 1<sup>ère</sup> intention : nitrofurantoïne
  - En 2<sup>ème</sup> intention : céfixime ou fluoroquinolone (ciprofloxacine, ofloxacine, voire énoxacin, loméfloxacin, norfloxacine)
- Traitement adapté à l'antibiogramme s'il peut être différé de 48 heures
- Durée totale du traitement ≥ 5 jours, ≥7 jours en cas de traitement par nitrofurantoïne
- Traitement en monodose et traitement court de 3 jours non recommandés

Cystite récidivante : au moins 4 épisodes de cystite sur 12 mois

- Examen recommandé : au moins un ECBU
- Traitement curatif : identique à celui de la cystite simple, ne pas toujours utiliser la même molécule

- Possibilité d'auto-déclenchement par la patiente après éducation et selon les résultats d'une BU
- Traitement prophylactique à évaluer au cas par cas
  - Infections urinaires survenant après les rapports et lorsque la miction post-coïtales ne suffit pas à la prévention : antibioprophylaxie en prise unique avant le rapport et jusqu'à 2 heures après
  - Infections urinaires très fréquentes et/ou invalidantes : antibioprophylaxie continue sur 6 mois, préciser le risque important de récurrence à l'arrêt (nitrofurantoïne ou sulfaméthoxazole-triméthoprimine)
  - Canneberge : argument en faveur d'une efficacité sur E.Coli mais les preuves sont insuffisantes pour une recommandation
  - Méthénamine et nitrate d'argent par instillation : non recommandés
- Règles hygiéno-diététiques : apports hydriques suffisants ( $\geq 1500$  mL/j), mictions non retenues, régularisation du transit intestinal, mictions post-coïtales, arrêt de l'utilisation des spermicides

Pyélonéphrite aiguë simple : critères identiques à ceux de la cystite simple

- Hospitalisation si sepsis, forme hyperalgique, doute diagnostique, impossibilité de réaliser le bilan en ambulatoire, vomissements rendant le traitement PO impossible, conditions socio-économiques précaires, doute sur l'observance du traitement
- Examens recommandés : BU, ECBU, échographie des voies urinaires systématique dans les 24 heures
- Traitement probabiliste : C3G (ceftriaxone IM/IV/SC ou céfotaxime IM/IV) ou fluoroquinolones PO (ciprofloxacine, lévofloxacine ou ofloxacine)
- Attention, en cas de SEPSIS grave : hospitalisation et ajout d'un aminoside (gentamicine – gentaline®) en IV pendant 1 à 3 jours
- Traitement de relai par voie orale après obtention de l'antibiogramme
- Durée totale du traitement 10 à 14 jours, 7 jours pour les fluoroquinolones
- ECBU de contrôle inutile sauf évolution défavorable (ECBU, échographie, scanner)

Pyélonéphrite compliquée : critères identiques à ceux de la cystite compliquée

- Examens recommandés : BU, ECBU, uro-TDM ou échographie des voies urinaires en cas de contre indication au scanner en urgence, hémocultures
- Critères d'hospitalisation : identiques à la pyélonéphrite simple

- Traitement probabiliste : idem à la pyélonéphrite simple
- Traitement de relai en fonction de l'antibiogramme
- Durée du traitement de 10 à 14, voire 21 jours selon la clinique
- Traitement urologique en cas d'obstacle
- Dans tous les cas contrôle ECBU 48-72 heures après le début du traitement et 4-6 semaines après la fin du traitement

## INFECTIONS URINAIRES DE LA FEMME ENCEINTE

### Bactériurie asymptomatique : TRAITEMENT

- 2 cultures positives au même germe (bactériurie  $\geq 10^5$  UFC/ml)
- Dépistage recommandé de façon mensuelle à partir du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse (BU puis ECBU si positive)
- Traitement selon l'antibiogramme
- Durée totale du traitement : 5 jours, 7 jours pour la nitrofurantoïne. Les traitements en dose unique ou traitements courts de 3 jours ne sont pas recommandés chez la femme enceinte
- ECBU 8-10 jours après la fin du traitement puis ECBU mensuel

### Cystite aiguë gravidique

- Examen recommandé : ECBU systématique
- Traitement symptomatique à commencer sans attendre les résultats de l'antibiogramme : cefixime ou nitrofurantoïne
- Traitement de relai possible après obtention de l'antibiogramme avec un antibiotique compatible avec la grossesse
- Durée de traitement de 5 jours (7 jours en cas de traitement par la nitrofurantoïne)
- ECBU 8-10 jours après la fin du traitement puis ECBU mensuel

### Pyélonéphrite aiguë gravidique

- Hospitalisation initiale recommandée
- Examens recommandés : ECBU, échographie des voies urinaires, bilan du retentissement fœtal en urgence
- Traitement probabiliste : C3G +/- aminoside
- Traitement de relai par voie orale en fonction de l'antibiogramme
- Durée de traitement de 14 jours minimum
- ECBU de contrôle 48 heures après le début du traitement et 8-10 jours après la fin du traitement, puis ECBU de contrôle mensuel

Bibliographie : Afssaps. Recommandations de bonne pratique : diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires chez l'adulte. Juin 2008.

### Mercredi 24 juin 2009

P1 – Femme 19 ans, **vaccination par Gardasil®**

P2 – Homme 57 ans, bronchite aiguë sur terrain de BPCO, antibiothérapie

P3 – Femme 21 ans

- Renouvellement de contraception orale
- Inquiète car **tabagisme actif** et contraception œstro-progestatif
- Explications des risques, explications déjà données lors d'une précédente consultation
- **Conseil minimal** : ne veut pas arrêter de fumer
- Ne veut pas changer de contraception

## SEVRAGE TABAGIQUE

Epidémiologie (2005)

Chez les adultes de 18 à 75 ans, 35,5 % des hommes et 27,5 % des femmes déclarent fumer, ne serait-ce que de temps en temps.

Chez les jeunes de 18-19 ans, la proportion de fumeurs est de 37% pour les filles et 36 % pour les garçons. 38 % des femmes de 18 à 35 ans fument.

La consommation quotidienne des fumeurs réguliers est supérieure à 16 cigarettes pour les hommes de 18 à 75 ans (supérieure à 13 pour les femmes) et 10 cigarettes pour les garçons de 12 à 17 ans (plus de 8 pour les filles).

Plus de 48 % des fumeurs réguliers présentent des signes de dépendance moyenne à forte.

Les bénéfices de l'arrêt du tabac

En France, le tabagisme est reconnu comme la première cause de mortalité évitable avec 66 000 décès annuels.

Le délai de survenue des complications est de vingt à trente ans. Si le tabagisme reste à son niveau actuel, le nombre de décès attribuables au tabac atteindra, dans les années 2020, le chiffre de 160 000 par an, dont 50 000 femmes.

**Il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer.** En effet, les risques liés au tabagisme sont partiellement réversibles lors du sevrage

- Après 5 ans, le risque d'être victime d'une crise cardiaque est deux fois moins élevé que celui d'un fumeur
- Après 10 ans, le risque de développer un cancer du poumon est deux fois moins élevé que celui d'un fumeur, et le risque d'être victime d'une crise cardiaque redevient équivalent à celui d'une personne qui n'a jamais fumé
- Dans les jours qui suivent l'arrêt du tabac : amélioration du goût et de l'odorat et respiration plus facile

Par ailleurs, les experts estiment actuellement que la réduction du nombre de cigarettes fumées ne diminue pas les risques de développer une pathologie liée au tabagisme et pourrait même les augmenter. Ceci s'expliquerait notamment par le fait que le fumeur inhale plus profondément la fumée des cigarettes qu'il s'autorise à fumer.

Fumer des cigarettes légères ne diminue pas les risques : quand un fumeur dépendant adopte les cigarettes légères, il fume plus ou inhale davantage pour obtenir la dose de nicotine qu'il avait auparavant.

Le conseil minimal ou intervention brève

Tout professionnel de santé peut appliquer le conseil minimal d'aide à l'arrêt du tabac. Simple, rapide et efficace, cette méthode consiste à encourager les tentatives d'arrêt et soutenir le patient dans sa démarche.

En pratique, poser à chaque patient qui consulte deux questions :

« **Fumez-vous ?** » puis « **Voulez vous arrêter de fumer ?** »

Si la réponse à la deuxième question est oui, il convient de proposer une aide au sevrage.

Si la réponse est non, les questions seront reposées à chaque consultation, sans culpabiliser le patient.

Ces deux questions posées conduisent à 2 à 5 % d'arrêt soutenus.

La démarche éducative

L'information est centrée sur les contenus scientifiques, les données actuelles de la science.

Le conseil est centré sur celui qui le délivre, autrement dit le médecin, qui va dire ce qu'il pense être bon pour le patient.

L'éducation est centrée sur le patient ou plus précisément sur la relation entre le médecin et le patient. C'est un acte d'accompagnement.

Son objectif n'est pas que le patient suive aveuglément les conseils du médecin mais qu'il fasse son propre choix, en toute connaissance de cause, et qu'il soit accompagné dans ce choix par le médecin.

Les projets

- Tentatives d'arrêt : 75 % des fumeurs réguliers ont déjà arrêté de fumer durant au moins une semaine, et ce à plusieurs reprises : 8,6 fois en moyenne. Les motivations retrouvées sont la peur de tomber malade (21 %), le prix des cigarettes (20 %), une grossesse ou la naissance d'un enfant (15 %), la prise de conscience des conséquences du tabac sur la santé (13 %), l'envie d'améliorer sa condition physique (8 %), la lassitude (6 %)
- Projets d'arrêt : près de 60 % des fumeurs disent avoir envie de cesser de fumer. Parmi ceux qui souhaitent arrêter, 34 % disent avoir un projet précis dont 41 % dans le mois, 33 % dans les six mois, 6 % dans douze mois, et 18 % dans un avenir indéterminé. 30 % d'entre eux souhaitent faire appel à un médecin.

Le changement de comportement

Le modèle de Prochaska met en évidence que le changement de comportement n'est pas un événement ponctuel mais un long processus dynamique. Il comporte six étapes :

- la pré-intention (la personne n'envisage pas de changer de comportement)
- l'intention (la personne envisage de changer de comportement, elle pèse le pour et le contre)
- la préparation (la décision est prise, la personne se prépare)
- l'action (la personne modifie concrètement ses habitudes)
- le maintien (la personne consolide ses nouvelles habitudes)
- la résolution (la personne n'a plus jamais la tentation de revenir à son comportement antérieur)

Les retours en arrière (passage à l'étape précédente) font partie du processus.

#### Les consommations associées

Il est utile de demander au patient s'il consomme d'autres substances psycho-actives, comme l'alcool ou le cannabis, afin de prendre en compte une éventuelle poly-consommation. Le Baromètre santé 2005, rapporte que :

- 50 % des fumeurs réguliers de 15-25 ans ont été au moins une fois en état d'ivresse dans l'année, contre 19 % pour les non-fumeurs
- 23 % de ces fumeurs déclarent consommer de façon régulière ou répétée du cannabis et avoir été au moins une fois en état d'ivresse dans l'année, contre 3 % chez les non-fumeurs.

En revanche, il n'existe pas de différence significative chez les adultes

- 24 % des fumeurs réguliers consomment quotidiennement de l'alcool contre 25 % des non-fumeurs
- 1 % des fumeurs réguliers consomme quotidiennement de l'alcool et fume du cannabis régulièrement ou de façon répétée contre 0 % chez les non-fumeurs.

#### Aide au sevrage tabagique

- Explorer la relation du patient avec le tabac : on peut demander au patient de raconter une journée-type et d'essayer de repérer comment sa consommation de tabac s'y intègre
- Identifier une éventuelle dépendance physique : le test de Fagerström est validé internationalement, il permet d'évaluer le niveau de dépendance à la nicotine
- Comprendre la position du patient par rapport à l'arrêt : faire évaluer au patient sur une échelle de 1 à 10
  - l'importance qu'a pour lui le fait d'arrêter de fumer
  - la confiance qu'il aurait en ses chances de réussite s'il décidait de le faire
- Clore l'étape de bilan : demander au patient ce qu'il pense du bilan réalisé et ce qu'il compte en faire. S'il souhaite essayer d'arrêter de fumer, on lui propose de continuer la démarche entamée lors d'une prochaine consultation. S'il ne se sent pas prêt à arrêter de fumer, on respecte la décision du patient, tout en convenant de reparler du tabac lors d'une consultation ultérieure
- Identifier des difficultés éventuelles
  - Anxiété et dépression : quand une personne veut cesser de fumer, il importe de connaître son état psychologique. On peut différer l'arrêt afin de s'attacher dans un premier temps à la symptomatologie anxieuse et/ou dépressive

- Dépendance à l'alcool : en cas de dépendance alcoolique associée à une dépendance tabagique, une prise en charge spécifique est souvent nécessaire, l'expérience montrant qu'il est préférable de traiter en premier lieu la dépendance à l'alcool
- Prendre en charge la dépendance pharmacologique : la nicotine engendre une dépendance pharmacologique responsable d'un syndrome de sevrage (irritabilité, perturbations du sommeil, symptomatologie dépressive, troubles de la concentration intellectuelle). Cet aspect de la dépendance peut éventuellement faire l'objet d'un traitement de substitution nicotinique (la gomme à mâcher, les comprimés sublinguaux ou le timbre à la nicotine)
- Aider le patient à faire face à la dépendance psychologique (plaisir, gestion du stress et de l'anxiété, stimulation intellectuelle) et comportementale (geste réflexe, habitudes, convivialité). Il fait réfléchir avec le patient aux comportements de substitution possibles et qu'il trouve d'autres façons de se détendre ou de se faire plaisir
- Assurer un suivi : la prise en charge du sevrage tabagique nécessite plusieurs consultations. A chaque rencontre, on aborde la manière dont le sevrage se passe : les points positifs mais aussi les difficultés.

### QUESTIONNAIRE DE FAGERSTRÖM

Combien de temps après votre réveil fumez-vous votre première cigarette ?	Dans les 5 premières minutes	3
	Entre 6 et 30 minutes	2
	Entre 31 et 60 minutes	1
	Après 60 minutes	0
Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ?	Oui	1
	Non	0
À quelle cigarette de la journée renonceriez-vous le plus difficilement ?	La première le matin	1
	N'importe quelle autre	0
Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ?	10 ou moins	0
	11 à 20	1
	21 à 30	2
	31 ou plus	3
Fumez-vous à un rythme plus soutenu le matin que l'après-midi ?	Oui	1
	Non	0
Fumez-vous lorsque vous êtes malade, au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Oui	1
	Non	0

#### Interprétation des résultats

- SCORE DE 0 À 2 : le sujet n'est pas dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à des substituts nicotiques
- SCORE DE 3 À 4 : le sujet est faiblement dépendant à la nicotine. Il peut arrêter de fumer sans avoir recours à un substitut nicotinique. En cas de manque ou de difficultés passagères (irritabilité, manque, envie très forte...), il peut prendre un substitut nicotinique par voie orale (comprimé à sucer, gomme à mâcher, comprimé sub-lingual...)
- SCORE DE 5 À 6 : le sujet est moyennement dépendant. L'utilisation des traitements pharmacologiques de substitution nicotinique va augmenter ses chances de réussite

- SCORE DE 7 À 10 : le sujet est fortement ou très fortement dépendant à la nicotine. L'utilisation de traitements pharmacologiques est recommandée (traitement nicotinique de substitution ou bupropion LP ou varenicline). Ce traitement doit être utilisé à dose suffisante.

Bibliographie : Tabac – Guide pratique pour le médecin – Ouvrons le dialogue. Tabac info service et INPES

## VACINATION CONTRE LE VIRUS HPV

### Généralités

Le vaccin GARDASIL® est le premier vaccin destiné à la prévention des infections contre les papillomavirus humains (HPV). Il protège contre plusieurs sérotypes de virus (6, 11, 16 et 18) responsables de dysplasie de haut grade du col de l'utérus, des dysplasies de haut grade de la vulve et des verrues génitales externes (condylomes accuminés). 70 % des cancers du col de l'utérus sont dus à ces sérotypes de virus.

Le service médical rendu (SMR) est important. Ce vaccin doit être utilisé sur la base des recommandations officielles. L'amélioration du service médical rendu est modérée (ASMR III) dans la prévention des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus, des dysplasies de haut grade de la vulve et des verrues génitales externes.

### Cible

Le vaccin est recommandé chez les jeunes filles de 14 ans et en « rattrapage » chez les jeunes filles et les jeunes femmes de 15 à 23 ans n'ayant pas eu de rapport sexuels ou au plus tard dans l'année suivant leur premier rapport sexuel

ATTENTION, le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-vaginaux reste indispensable (recommandations pour la pratique clinique : réalisation d'un frottis cervico-vaginal tous les 3 ans après 2 frottis normaux à un an d'intervalle chez les femmes de 25 à 65 ans). On peut attendre une réduction de la morbidité à court terme après vaccination par Gardasil® mais les conséquences à long terme ne sont pas connues. La durée de protection vaccinale n'est pas connue au-delà de 5 ans. Par ailleurs 30 % des cancers du col de l'utérus sont dus à des virus oncogènes autres que ceux du vaccin.

### Place dans la stratégie thérapeutique

L'efficacité de Gardasil® est la meilleure chez les femmes entièrement vaccinées (3 injections) avant d'être infectées par 1 ou plusieurs des types d'HPV visés par le vaccin. Le principe est donc de s'efforcer de vacciner les jeunes filles avant leur premier rapport sexuel.

### Schéma de vaccination

La primo-vaccination nécessite 3 injections administrées à 0, 2 et 6 mois. Les 3 doses doivent être administrées en moins d'un an (au moins un mois entre la première et la deuxième, et au moins 3 mois entre la deuxième et la troisième). La nécessité d'une dose de rappel n'a pas été établie. Le vaccin est administré par voie intramusculaire.

### Précautions d'emploi

Le vaccin n'est pas recommandé chez les enfants de moins de 9 ans et chez les femmes enceintes (insuffisance de données).

Bibliographie : Quelle place pour le vaccin papillomavirus humain (Gardasil®) dans la prévention des cancers du col ? HAS – Bon usage du médicament. Août 2007.

## Vendredi 26 juin 2009

P1 – Femme 55 ans

- DNID, hypercholestérolémie primitive
- Examen clinique normal, PA normale
- HbA1c 5,9 %
- Renouvellement ordonnance

P2 – Femme 43 ans, suivie en psychothérapie

P3 – Homme 27 ans

- Fracture d'un métacarpe suite à un accident de travail
- A débuté la kinésithérapie pour rééducation, bonne tolérance
- Poursuite arrêt de travail

P4 – Garçon 2 ans

- Drépanocytose homozygote
- Hyperthermie sans point d'appel
- Examen normal, enfant non douloureux, non déshydraté
- Radiographie de thorax et ECBU à faire
- Antibiothérapie à débiter
- Sera revu en consultation le lendemain avec le Dr JOLY
- N'est pas revenu en consultation...

P5 – Femme 73 ans, renouvellement ordonnance

P6 – Homme 36 ans

- Accident de travail, lumbago aigu
- Traitement symptomatique
- Arrêt de travail 5 jours
- Diabète avec suivi aléatoire mal équilibré, doit voir le diabétologue dans 2 semaines

## Lundi 29 juin 2009

P1 – Femme 53 ans

- Syndrome **maniacodépressif**
- Vient pour diarrhée (dernière consultation pour constipation)
- Pense que c'est le **Dépakote®**
- Traitement symptomatique

P2 – Femme 54 ans

- Zona intercostal ?

- Se plaint d'une douleur en bande dans la région mamelonnaire droite
- Eruption cutanée la semaine passée dans la même zone pour laquelle elle a consulté un autre médecin
- Infection urinaire : signes fonctionnels urinaires et BU positive, traitement probabiliste
- Sécheresse vaginale
- Mammographie à faire dans le cadre du dépistage organisé du cancer sein (dernière mammographie en 2007)
  - Résultats le 02/07/09 : micro-calcifications poussiéreuses du sein gauche ACR4 nécessitant investigations complémentaires histologiques
  - Investigations histologiques réalisées négatives : pas de lésions précancéreuses ou cancéreuses

#### P3 – Homme 46 ans

- Renouvellement ordonnance et certificat de suivi pour le juge
- A arrêté son traitement par **Deroxat®** depuis un mois car baisse de la libido
- Patient qui ne veut rien entendre, refuse de prendre le Deroxat®, persistance du délire de persécution, problèmes persistants avec le juge, son ex-femme et son fils
- Apport du maître de stage : intérêt de l'instauration d'un traitement par **Dépakote®** chez ce patient paranoïaque qui a arrêté le Deroxat® ?

## **DEPAKOTE® - DIVALPROATE DE SODIUM**

### Indications

Traitement des épisodes maniaques chez les patients souffrant de troubles bipolaires en cas de contre-indication ou d'intolérance au Lithium®

### Posologie/mode d'administration

- Voie orale, comprimés gastro-résistants à 250 ou 500 mg
- Chez l'adulte : la posologie initiale recommandée est de 750 mg par jour en 2 ou 3 prises, au cours des repas. La posologie est augmentée de façon progressive par paliers tous les jours ou tous les 2 jours afin d'obtenir la dose minimale efficace en une semaine environ. La posologie quotidienne à atteindre est entre 1000 et 2000 mg/j, la dose maximale à ne pas dépasser est de 2500 mg par jour ;
- Chez le sujet âgé : la dose initiale est réduite et la posologie à atteindre est à déterminer selon la réponse clinique
- Chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans : la tolérance et l'efficacité n'ont pas été évaluées

### Contre-indications

- Absolues
  - Hypersensibilité au Valproate, au divalproate ou au valpromide

- Hépatite aiguë, chronique, antécédent personnel ou familial d'hépatite sévère notamment médicamenteuse
- Porphyrie hépatique
- Association au millepertuis ou à la méfloquine
- Relatives : association à la lamotrigine

#### Précautions d'emploi

- Fonction hépatique en début de traitement, puis une surveillance périodique puis un contrôle en fin de traitement. Une élévation isolée des transaminases est possible en début de traitement (re-contrôler, doser le TP, et réévaluer le traitement)
- NFS, plaquettes, temps de saignement et bilan de coagulation en début de traitement, à 15 jours puis en fin de traitement, ainsi qu'en cas d'intervention chirurgicale, d'apparition d'hématome ou de saignement spontanés
- Dosage des enzymes pancréatiques en cas de syndrome douloureux abdominal aigu (savoir évoquer la pancréatite aiguë)
- Déconseillé chez les patients porteurs d'un déficit enzymatique du cycle de l'urée
- Déconseillé chez les patients atteints de lupus érythémateux disséminé

#### Interactions médicamenteuses

- L'utilisation conjointe de médicaments pro-convulsivants ou abaissant le seuil épileptogène est déconseillée voire contre indiquée (antidépresseurs, neuroleptiques, méfloquine, bupropion, tramadol)
- Contre-indiquées : méfloquine, millepertuis
- Déconseillées : lamotrigine (risque de syndrome de Lyell)
- Nécessitant des précautions d'emploi : carbamazépine, carbipénèmes, monobactames, felbamate, phénobarbital, primidone, phénytoïne, topiramate
- A prendre en compte : nimodipine
- Pas d'interaction avec les contraceptifs oraux

#### Grossesse/allaitement

- Grossesse : anomalies de fermeture du tube neural, dysmorphies faciales et anomalies au niveau des membres
- Allaitement : possible en cas de traitement en monothérapie

#### Conduite et utilisation de machines

Risque de somnolence particulièrement en cas de poly-thérapie anticonvulsivante ou d'association à d'autres médicaments pouvant majorer la somnolence

#### Effets indésirables

Pancréatites, hémopathies, risques tératogènes, syndrome parkinsonien (réversible à l'arrêt du traitement), troubles cognitifs d'apparition progressive (réversibles à l'arrêt), états confusionnels ou convulsifs, troubles digestifs surtout en début de traitement (nausées, vomissements, gastralgies, diarrhées qui cèdent en quelques jours sans arrêt du traitement), hyperammoniémie, chute de cheveux, tremblements fins d'attitude, somnolence, céphalées, thrombopénie (dose dépendante), diminution du fibrinogène ou allongement du temps de saignement, anémie, macrocytose, leucopénie, pancytopénie, rashes exanthémateux, syndromes de Lyell ou Steven-Johnson exceptionnels, atteintes rénales (exceptionnelles), perte d'audition réversible ou non (exceptionnelle), prise de poids, aménorrhée et anomalies menstruelles, allergies (colorants des comprimés)

#### Surdosage

Coma calme, hypotonie musculaire, hypo-réflexivité, myosis, diminution de l'autonomie respiratoire. Pronostic le plus souvent favorable.

#### Pharmacodynamie

Anticonvulsivant, thymorégulateur. Le valproate diminue les phases de sommeil intermédiaires et augmente les phases de sommeil lent.

#### Pharmacocinétique

Les mesures du taux d'acide valproïque ne renseignent pas sur une augmentation de sa fraction libre en cas de surdosage ou si la liaison aux protéines est réduite. La biodisponibilité sanguine est de 100 % après administration orale. Le volume de distribution est essentiellement limité au sang et aux liquides extracellulaires à échange rapide (passage dans le LCR). La demi-vie est de 15 à 17 heures. La concentration plasmatique d'équilibre est atteinte en 3 à 4 jours. L'excrétion est urinaire. Le valproate n'est pas inducteur enzymatique. Sa fraction libre (10 %) est dialysable.

## Mardi 30 juin 2009

### P1 – Femme 56 ans

- Découverte d'une hypercholestérolémie
  - Cholestérol total 2,76 g/L
  - HDL-cholestérol 0,66 g/L
  - LDL-cholestérol 1,98 g/L
- Pas d'autres facteurs de risques
- Pas de surpoids
- Bonne hygiène alimentaire
- Traitement par Zocor®
- Contrôle dans 3 mois

### P2 – Homme 59 ans, prolongation arrêt de travail pour gonarthrose

### P3 – Homme 33 ans

- Lomalgie chronique suite à un accident de travail

- Ne fait pas la rééducation par kinésithérapie
- N'a pas perdu de poids comme discuté à la précédente consultation
  - Poids 108 kg
  - Taille 1m77
  - BMI 34,4
- N'a pas fait l'IRM demandé car a un souci avec son papier d'accident de travail

P4 – Femme 26 ans

- Nouvelle patiente
- Antécédents personnels
  - Asthme : Ventoline® à la demande, dernière crise ancienne
  - Palpitations explorées par Holter-ECG
  - Syndrome dépressif : plusieurs hospitalisations et nombreux traitements essayés (Deroxat®, Prozac®, Xanax®, Théralène®...), pas de traitement actuellement
  - Appendicectomie
  - Ablation d'un kyste péricardique dans l'enfance
- Antécédents familiaux
  - Cancer de la gorge chez sa mère, décédée à 42 ans
  - Cancer du sein chez sa sœur de 29 ans actuellement, patiente suivie par un gynécologue
  - Cancer généralisé chez sa grand-mère maternelle (point de départ ?)
- Tabagisme : 2 paquets par jour, 20 paquets-années, conseil minimal
- Alcool et autres dépendance : Ø
- Consulte pour asthénie
- Examen clinique normal, RAS par ailleurs
- Traitement symptomatique

P5 – Femme 51 ans, visite de contrôle suite à une chirurgie pour myopie

P6 – Homme 28 ans

- Angoisse, agitation +++
- Bilan thyroïdien normal
- Traitement par Lexomil® et Euphytose®
- Revient en psychothérapie la semaine prochaine

P7 – Homme 65 ans, renouvellement ordonnance, demande de **cure thermale** pour arthrose

## **Mercredi 01 juillet 2009**

P1 – Homme 76 ans

- Découverte d'une hypercholestérolémie (cholestérol total 1,61 g/L)
- Pas d'autres facteurs de risques cardio-vasculaires en dehors du sexe et de l'âge
- Règles hygiéno-diététiques, contrôle à 3 mois

P2 – Femme 61 ans, contrôle IRM suite à radio-chimiothérapie pour cancer du plancher buccal

P3 – Femme 60 ans, vient pour accident de travail qui a eu lieu le 18 juin 2009, car Assurance Maladie demande un certificat... Examen clinique normal.

## Vendredi 03 juillet 2009

P1 – Femme 83 ans

- Abscès dentaire
- Antibiothérapie, bains de bouche, antalgiques, AINS
- A revoir dans 3 jours

## Lundi 06 juillet 2009

P1 – Homme 67 ans

- Lombalgie suite à un faux mouvement
- Automédication par AINS, antalgiques et myorelaxants
- Va bien...

P2 – Femme 53 ans

- Polyarthrite rhumatoïde invalidante
- Modification de traitement la semaine dernière que la patiente n'a pas supporté
- Renouvellement du traitement habituel

P3 – Garçon 9 ans, vient pour ordonnance de Ventoline® avant départ en vacances, dernière crise ancienne

P4 – Femme 53 ans

- Syndrome maniaco-dépressif, toujours sur le versant maniaque
- Venue 1 fois depuis la dernière consultation
- Persistance des diarrhées, n'a pas fait la coproculture demandée
- Poursuite du traitement symptomatique

P5 – Femme 85 ans

- Dermite d'irritation du cuir chevelu (teinture pour cheveux ?)
- Traitement symptomatique

P6 – Femme 26 ans

- Vient pour douleur oculaire intense droite, céphalées et photophobie importante
- Patiente angoissée +++
- A déjà eu un **glaucome aigu** il y a 1 an avec lésions oculaires séquellaires
- Se plaint d'une douleur identique à celle de son premier glaucome
- A arrêté les collyres  $\beta$ -bloquants depuis 2 mois avec accord de l'ophtalmologue
- N'a pas sur elle de courrier ou de bilan réalisés dans le cadre de son glaucome
- Examen clinique normal, PA limite (150/90 mmHg et FC 95/min)
- Appel ophtalmologue des urgences à l'hôpital de Gonesse
- Accord pour consultation immédiate
- Transfert en ambulance (pas de moyen de locomotion)
- Finalement pas de glaucome aigu mais uvéite antérieure associée à une gonalgie
- Maladie de système ?

- Bilan demandé : HLA B27, bilan PR

P7 – Homme 40 ans, clôture d'un accident de travail

P8 – Femme 59 ans

- OMI probablement lymphatiques, bas de contention +++, traitement symptomatique
- Rhinite allergique, traitement symptomatique

## **GLAUCOME AIGU A ANGLE FERME**

C'est une urgence thérapeutique.

L'appellation " glaucome " désigne deux entités, le glaucome à angle ouvert et glaucome à angle fermé, que tout sépare : les symptômes, le pronostic, les contre-indications. Le glaucome à angle fermé est rare (1 glaucome sur 100) alors que le glaucome à angle ouvert est fréquent.

### SEMILOGIE

- Douleur oculaire uni ou bilatérale parfois intense, rétrobulbaire, parfois à type de céphalée périorbitaire
- Notion de glaucome préexistant ou non
- Baisse de l'acuité visuelle variable, le plus souvent très importante, réduite à la simple perception de la lumière à travers un brouillard
- Perte de la brillance de la cornée (aspect « œil de poisson mort »)
- Rougeur oculaire, dominante au niveau péri-cornéen (cercle périkératique).
- Mydriase
- Pression ou tension de l'œil très élevée – appréciée grâce au palper bi-digital : sensation d'œil dur comme une « bille de verre »
- Circonstances déclenchantes : voyage avion, médicament...
- Lorsque la douleur est intense elle peut être accompagnée de nausées et vomissements pouvant évoquer une urgence chirurgicale abdominale

### TRAITEMENT

L'hospitalisation en milieu spécialisé pour un geste chirurgical rapide (iridotomie par laser et/ou iridectomie généralement bilatérale) est nécessaire

- Diamox® (acétazolamide) : 1 ampoule IVD puis 1 comprimé toutes les 6 heures
- Pilocarpine 2 %® en instillation répétées toutes les 1/2 heures dans les 2 yeux.
- Antalgiques

Les contre-indications des parasympatholytiques et sympathomimétiques n'existent que pour le glaucome à angle fermé.

## Mercredi 08 juillet 2009

P1 – Femme 72 ans

- Asthme : renouvellement traitement
- Bilan sanguin (dernier bilan il y a 1 an) : recherche diabète, hypercholestérolémie....

P2 – Femme 61 ans

- Résultats bilan
- TSH élevée à 4.88, pas de traitement, contrôle dans 3 mois
- Hypovitaminose D 14, traitement par Uvedose®

P3 – Femme 63 ans

- Renouvellement ordonnance
- Résultat de dépakinémie normal

P4 – Femme 65 ans, GEA

P5 – Homme 20 ans

- Panaris non collecté, traitement local
- Certificat de non contre indication au sport pour rugby

## Vendredi 10 juillet 2009

P1 – Homme 52 ans

- Rectorragies depuis plusieurs mois
- A fait le test **Hémocult®** dans le cadre du dépistage organisé du cancer colorectal en début d'année alors qu'il avait déjà les rectorragies. Test négatif.
- Patient inquiet ++
- Examen clinique normal, pas d'AEG, pas d'hémorroïdes ni fissure anale, TR normal
- Lettre pour gastro-entérologue en vue de la réalisation d'une coloscopie
- Bilan sanguin

P2 – Femme 46 ans

- Plaie de la main par écrasement
- Radiographie faite, pas de lésions osseuses traumatiques
- Arrêt de travail
- Pansement et contention

- VAT fait

#### P3 – Femme 40 ans

- Nouvelle patiente
- D'origine marocaine, vivait en Italie jusqu'alors, a rejoint son mari en France
- Aménorrhée depuis 4 mois
- Multitudes de plaintes : mycose unguéale, douleurs abdominales, céphalées, toux, odynophagie...
- Adressée à l'ophtalmologue car présente une lettre d'un ophtalmologue italien parlant d'une rétinopathie et nécessitant des examens complémentaires
- Bilan sanguin avec  $\beta$ -HCG, glycémie à jeun

#### P4 – Garçon 5 ans

- Nouveau patient, fils de P4
- Arrivé en France depuis 1 mois
- Problème de « pieds plats » pour lesquels il a déjà des semelles
- Astigmatisme, adressé à l'ophtalmologue

#### P5 – Femme 25 ans

- Test urinaire de grossesse positif
- Examen clinique normal
- $\beta$ -HCG pour terme

#### P6 – Femme 74 ans, renouvellement ordonnance

#### P7 – Homme 68 ans

- Vient avec lettre de l'Assurance Maladie pour réalisation de l'Hémocult®
- A déjà fait ce dépistage il y a 2 ans, kit test remis et explications données

## DEPISTAGE ORGANISE DU CANCER COLORECTAL

### Généralités

Le cancer colorectal (CCR) représente l'un des cancers les plus fréquents (3<sup>ème</sup> après le cancer du sein puis de la prostate). On note 37 500 nouveaux cas par an (2008) et 17 000 décès par an. L'incidence de ce cancer est croissante. Dans 80 % des cas, le CCR se développe à partir d'une lésion bénigne, le polype adénomateux. L'exérèse chirurgicale de ces polypes empêche l'apparition ultérieure d'un cancer. Le dépistage du CCR par le test Hémocult II®, permet la mise en évidence d'un saignement occulte dans les selles.

### Recommandations

Le test s'adresse à une population cible à risque moyen et en bonne santé. Il doit être simple acceptable, sans danger, peu coûteux et d'efficacité démontrée. La spécificité doit être élevée (éviter les faux positifs afin d'éviter les coloscopies réalisées inutilement) ainsi que la sensibilité (permettre le diagnostic précoce d'un maximum de cancer).

La plupart de gros polypes saignent de manière intermittente (2/3 saignent au moins 1 fois par semaine).

Le dépistage organisé du cancer colorectal est donc préconisé chez les personnes (hommes et femmes) de 50 à 74 ans tous les 2 ans. Il s'effectue par la recherche de sang occulte dans les selles à l'aide d'un test de type Hémocult II®. Le dépistage du cancer colorectal n'est recommandé que dans un cadre organisé.

L'expérimentation de ce dépistage dans un cadre organisé a eu lieu en 2004 dans 23 départements et s'est généralisé en 2008. Le taux de participation est encore aujourd'hui très variable. 1 personne sur 5 de 40 à 75 ans déclare avoir réalisé cet examen au cours de sa vie. Par ailleurs, dans le cadre des bilans de santé proposés par l'Assurance Maladie, un test Hémocult II® est proposé systématiquement aux personnes ciblées par le dépistage.

Si le test est positif (dans 2 à 3 % des cas), une coloscopie sera réalisée. Si il est négatif, un second test sera réalisé au bout d'un délai de 2 ans ;

A noter, le test Hémocult II® est réalisé chez les patients ne présentant pas de symptômes. En cas de symptômes évocateurs d'une pathologie cancéreuse (rectorragies, méléna, trouble du transit d'apparition récente, douleurs abdominale d'apparition récente surtout après 50 ans, amaigrissement inexpliqué), une coloscopie doit être réalisée en première intention.

Le test ne concerne pas les patients présentant un risque élevé (antécédent personnel de CCR ou d'adénome, antécédent familial au premier degré de cancer colorectal ou d'adénome à moins de 65 ans, ou chez 2 parents au premier degré quelque soit leur âge, antécédent personnel de MICI), ou à risque très élevé (polypose adénomateuse familiale ou CCR héréditaire non polypoïde de type HNPCC ou syndrome de Lynch). Dans ces cas le dépistage est individuel par coloscopie en première intention et par consultation d'oncogénétique pour les syndromes héréditaires.

#### Caractéristiques du test

- La spécificité du test est de 50 %, soit diagnostic d'un cancer sur 2.
- La sensibilité est de 98 % (soit une positivité erronée dans 2 % des cas).
- Sa valeur prédictive positive est importante. Si le test est positif, 1 coloscopie sur 10 retrouve un cancer et 3 à 4 coloscopies sur 10 retrouvent un adénome.
- L'efficacité du test est avérée. On note une diminution des cancers de 15 % dans la population cible et de 33 % dans la population ayant réalisé le test.

#### Déroulement de la campagne de dépistage

- La population cible reçoit une lettre d'information et d'invitation à consulter le médecin généraliste, puis une lettre de relance en cas de non réponse et enfin une 2<sup>ème</sup> lettre de relance avec envoi du test directement à domicile.
- Critères d'exclusion : symptômes, antécédents personnels d'adénome ou de CCR, antécédents familiaux au premier degré de cancer colorectal ou d'adénome à moins de 65 ans, ou chez 2 parents au premier degré quelque soit leur âge, antécédent personnel de MICI, test Hémocult II® depuis moins d'un an, coloscopie complète normale depuis moins de 5 ans, maladie grave, refus.
- Remise du test en consultation avec explications +++
  - Selles émises sur un support sec
  - Prélèvement à 2 endroits différents sur la même selle, de la taille d'un grain de riz, à renouveler sur 3 selles consécutives sur une durée de 1 à 15 jours maximum
  - Conservation des plaquettes 15 jours maximum à température ambiante

- Pas d'interférence avec l'Aspirine à faible dose, les anticoagulants et le fer. Par contre éviter l'aspirine > 1 gramme (risque de faux positifs) et de vitamine C > 1 gramme (risque de faux négatifs)
- Expliquer les résultats et la conduite à tenir

#### Bibliographie

- Baromètre de santé 2005 / Attitude et comportement de santé. Le dépistage organisé des cancers : entre organisation et libre choix.
- D. Serra, H. Goulard, N. Dupont, J. Bloch. Pratique du test de détection de sang occulte dans les selles (Hémocult®) dans la population française, Enquête décennale santé Insee, France 2002-2003. InVS. BEH
- M. Souques, M. Longuet. Dépistage des lésions précancéreuses et cancéreuses colorectales par le test Hémocult II ®, Paris, 1980-2005. Journées de Veille Sanitaire. Direction de l'action sociale, de l'enfance, et de la santé. Novembre 2007.
- Le dépistage organisé du cancer colorectal. Présentation aux médecins généralistes. SNFGE ? SFED, Institut national du cancer.

### Mercredi 15 juillet 2009

#### P1 – Homme 42 ans

- Accident de travail il y a 3 semaines
- Lomalgie aiguë
- Persistance des lombalgies mais ne prend pas le traitement prescrit...

#### P2 – Femme 26 ans

- P6 du 08 juillet 2009
- Vient car persistance de la gonalgie, finalement pas de glaucome aigu mais uvéite antérieure
- Examen clinique sans particularité
- HLA B27 négatif, Latex et Waaler Rose négatifs, pas de syndrome inflammatoire, reste du bilan sanguin strictement normal
- Radiographies genoux bilatérales
- Lettre pour rhumatologue

#### P3 – Femme 45 ans

- Dépression psychogène
- Vient pour renouvellement arrêt de travail et ordonnance

#### P4 – Homme 28 ans

- P6 du 30 juin 2009
- Vient avec résultats d'un bilan sanguin réalisé dans le cadre d'un syndrome polyuro-polydypsique, bilan normal, pas de diabète
- Va mieux, beaucoup moins agité
- Persistance d'une sensation d'angoisse avec attaque de panique

- Poursuite psychothérapie

P5 – Femme 65 ans

- Résultats d'examens complémentaires et consultation chez le cardiologue
- Fibrillation auriculaire bien équilibrée, INR équilibré
- HTA mal équilibrée malgré quadrithérapie, changement du Fludex® par Esidrex®
- Glycémie limite, conseils hygiéno-diététiques donnés par le cardiologue réexpliqués
- Contrôle du bilan sanguin dans 3 mois
- VAT fait

P6 – Homme 40 ans, syndrome dépressif, arrêt de travail 7 jours...

P7 – Homme 63 ans

- Œdème cheville droite depuis quelques semaines non douloureux, mollet souple et indolore, pouls périphériques perçus
- Echo-doppler membres inférieurs et renouvellement d'ordonnance

P8 – Femme 57 ans

- Insuffisance veineuse des membres inférieurs, explications données sur la nécessité de porter des bas de contention même et surtout en été !!!
- Angine érythémateuse, apyrétique, traitement symptomatique

## Vendredi 17 juillet 2009

P1 – Homme 60 ans

- Suivi pour diabète de type II, méningiome cérébral
- Lettre pour le cardiologue (bilan annuel)
- Ordonnance pour bilan sanguin de contrôle

P2 – Adolescent 15 ans

- Prise en charge **diététique**
- Carnet alimentaire

P3 – Femme 53 ans

- Syndrome maniaco-dépressif, sur le versant maniaque
- Est venue en consultation 2 fois depuis la dernière consultation
- Coproculture faite, négative
- Se plaint toujours des diarrhées... malgré les 10 Imodium® qu'elle prend quotidiennement
- Explications sur dangers de l'Imodium®
- Résultats du bilan uro-dynamique : vessie neurologique, traitement conseillé par vitaminothérapie B et rééducation périnéale

P4 – Femme 63 ans, renouvellement ordonnance et bilan sanguin

P5 – Femme 23 ans

- Test de grossesse positif

- Terme inférieur à 5 SA
- Veut un arrêt de travail car a peur de faire une fausse couche, explications données
- 1 grossesse il y a 5 ans non compliquée
- AT 2 jours

P6 – Homme 65 ans, renouvellement d'ordonnance et bilan sanguin

P7 – Femme 61 ans

- DMLA compliquée d'une cécité quasi-complète
- A besoin d'un certificat pour changement de sa baignoire par une douche dans son logement pour personnes déficientes

## **Prise en charge d'une patiente atteinte de trouble bipolaire**

### **Cas de Mme F. 53 ans**

Mercredi 3 juin 2009 : consultation en supervision indirecte, patiente vue pour la première fois ce jour. Mme F. présente une bipolarité de diagnostic assez récent, était auparavant « étiquetée dépressive ». Un traitement par Dépakote® a été entrepris. Elle est actuellement sur un versant plutôt maniaque. Elle est infirmière actuellement en arrêt de travail, mariée, avec 2 enfants qui ne sont plus à sa charge. Elle a pour autre antécédent des douleurs lombaires chroniques et une dysurie dans les suites d'une rachianesthésie.

Elle parle vite et beaucoup, avec alternance de rires et de pleurs. Elle consulte car a fait « une bêtise ». La veille a pris tous son traitement par Rivotril® en une seule fois car avait très mal au dos. Le soir n'ayant plus de Rivotril®, elle a décidé de boire du Whisky car avait toujours ses douleurs dorsales.

Elle se plaint également de constipation qu'elle attribue à son traitement par Dépakote®. A chaque consultation, elle présente une nouvelle plainte somatique qu'elle attribue à son traitement. Elle s'est automédiquée par 4 sachets de Forlax® en une prise afin de « guérir » sa constipation. Elle se plaint maintenant de diarrhée...

La patiente exprime clairement qu'elle a beaucoup de mal à accepter le diagnostic de bipolarité.

Consultation difficile car changements d'humeur de la patiente très rapides au cours de la consultation. Patiente que je n'ai jamais vue auparavant, qui a du mal à accepter sa maladie et qui a l'habitude de voir le Dr Joly. J'essaye de l'écouter, de répondre à ses questions et de réexpliquer l'intérêt de poursuivre le traitement Dépakote®, et d'utiliser de façon rationnelle le Forlax®. Mais je me laisse un peu déborder par cette patiente qui parle « trop » et dont je ne sais pas comment « me débarrasser ». Mettre un terme à la consultation sans brusquer la patiente a été compliqué (a payé et s'est rassise pour continuer à parler...)

Lundi 29 juin 2009 : consulte pour diarrhée (dernière consultation pour constipation), pense que c'est un effet secondaire du Dépakote®. L'examen clinique est normal. Je lui prescris un traitement symptomatique, tout en expliquant la nécessité de poursuivre son traitement thymorégulateur. Consultation plus facile que la première mais la patiente parle toujours beaucoup et j'ai de nouveau du mal à terminer la consultation.

Lundi 06 juillet 2009 : toujours sur le versant maniaque. Elle est venue 1 fois depuis la dernière consultation et a vu le Dr Joly pour persistance des diarrhées malgré la prise d'Imodium® en quantités importante (10 gélules par jour minimum). Elle n'a pas fait la coproculture demandée. L'examen clinique est toujours sans particularité. Je lui explique qu'il faut absolument qu'elle fasse la

coproculture pour prescrire un traitement curatif si nécessaire, et qu'il faut diminuer le nombre de prises quotidiennes d'Imodium®. En attendant poursuite du traitement symptomatique avec changement de molécule. La patiente m'a « énérvé », vient en consultation toutes les semaines et ne souhaite pas prendre les traitements prescrits, réalité de la diarrhée ? Malade difficile à prendre en charge du fait de la pathologie psychiatrique, du fait qu'elle soit sur un versant plutôt maniaque et de son statut d'infirmière avec connaissance des traitements.

Vendredi 17 juillet 2009 : patiente venue en consultation 2 fois depuis la dernière consultation, a vu le Dr Joly. La coproculture est revenue négative. Se plaint toujours des diarrhées malgré prise massive d'Imodium®... Réalité des diarrhées ? La patiente paraît résignée par ce symptôme et ne veut plus de traitement malgré les propositions faites. Elle paraît également moins sur le versant maniaque de sa pathologie. Elle pense également que le traitement par Dépakote® améliore son état et ne rapporte pas d'effet secondaire à cette consultation (en dehors de la diarrhée mais qu'elle n'attribue plu à son traitement). A l'air de mieux accepter sa pathologie. Amène par ailleurs, les résultats du bilan urodynamique fait dans le cadre de la dysurie post-rachianesthésie : vessie neurologique, traitement conseillé par vitaminothérapie B et rééducation périnéale (prescription faite).

Patiente non revue depuis le 17 juillet 2009, vu par le Dr Joly

## Lundi 20 juillet 2009

P1 – Homme 82 ans

- Syndrome parkinsonien
- Vient avec radiographie de la main, car traumatisme de la main avec hématome important
- Pas de lésions osseuses traumatiques
- Donc hématome sous Préviscan®
- Augmentation du traitement par Modopar® à discuter, patient autonome mais tremblement relativement important

Apport du maître de stage

Après discussion du dossier avec Dr Joly, sur l'état du patient, il pense que j'aurais peut être dû augmenter les doses de Modopar®. Le patient présente effectivement un tremblement prédominant aux membres supérieurs, m'empêchant de prendre sa PA. Ce tremblement apparaît quand je m'approche du patient et que je commence à prendre la tension et gêne le patient qui essaye de tenir son bras. Il est vrai que je ne lui ai pas demandé clairement si ces tremblements apparaissent dans sa vie quotidienne, si oui à quels moments et si cela le gêne. Je lui ai simplement demandé s'il arrivait à faire les tâches de la vie quotidienne sans aide, question à laquelle il a répondu oui, et je me suis arrêtée là. Je pense que j'aurais dû lui poser plus de questions sur le déroulement de ses journées, et être plus précise sur chaque tâche (est-ce qu'il est gêné pour se laver, se préparer à manger, s'habiller...), ne pas me contenter d'une question générique de principe. J'aurais dû passer plus de temps avec ce patient âgé ayant une pathologie invalidante. Finalement, il a vu le Dr Joly à la consultation suivante et les doses de Modopar® n'ont pas été augmentées. Mais la discussion m'a fait reconsidérer le déroulement de ma consultation.

P2 – Femme 43 ans

- Renouvellement d'ordonnance pour dépression et hypothyroïdie post-chirurgicale
- Examen clinique normal, poids stable
- Bilan sanguin pour la prochaine consultation

P3 – Homme 56 ans

- Trouble bipolaire
- Vient pour vertiges, examen clinique normal, VPPB ?
- Traitement symptomatique par Tanganil®
- Ne veut plus prendre son traitement par Zyprexa®

P4 – Femme 30 ans

- 21 jours du post partum
- BEG, examen clinique normal
- Pas de problème lors de l'allaitement

P5 – Garçon 21 jours, examen clinique normal, bonne prise de poids

## Mardi 21 juillet 2009

P1 – Homme 67 ans

- ACFA
- Antécédent de cancer de la prostate, PSA contrôlés à 3,54
- Renouvellement ordonnance

## Mercredi 22 juillet

P1 – Femme 74 ans

- P1 du 17 juin, multiples antécédents
- Douleur au niveau de son ulcère de jambe de type neuropathique
- Ulcère propre, pas de signes inflammatoires
- Traitement par Lyrica® et doppler des membres inférieurs

P2 – Homme 48 ans

- Lomalgie aigue suite à un effort de soulèvement
- Pas de signes de gravité
- Traitement symptomatique et arrêt de travail

### LYRICA® - PREGABALINE

Formes/Présentation

Gélules à 25, 50, 75, 100, 150, 200, 300 mg

Indications

- Douleurs neuropathiques périphériques et centrales chez l'adulte
- Epilepsie de l'adulte pour les crises partielles avec ou sans généralisation secondaire en association avec un autre traitement
- Trouble anxieux généralisé de l'adulte

## Posologies/Mode d'administration

- La posologie varie de 150 à 600 mg par jour en 2 ou 3 prises au moment ou en dehors des repas
- Douleurs neuropathiques : posologie initiale à 150 mg/j, pouvant être augmentée en fonction de la réponse à 300 mg par jour après un intervalle de 3 à 7 jours, puis à 600 mg par jour après un nouvel intervalle de 7 jours
- Epilepsie : mêmes modalités
- Trouble anxieux généralisé : mêmes modalités
- Interruption du traitement : progressive sur au moins une semaine quelque soit l'indication
- Utilisation chez les insuffisants rénaux : élimination par voie rénale, la posologie doit être diminuée
- Utilisation chez les insuffisants hépatiques : aucune adaptation de posologie
- Utilisation chez les enfants et les adolescents : déconseillée en raison des données insuffisantes
- Utilisation chez les patients de plus de 65 ans : diminution de la posologie peut être nécessaire en rapport avec la diminution de la fonction rénale

## Contre indication

Hypersensibilité à l'un des constituants

## Interactions

Aucune interaction pharmacologique significative

## Grossesse/Allaitement

L'utilisation de la prégabaline est contre indiquée pendant toute la grossesse, les femmes en âge de procréer doivent utiliser un moyen de contraception efficace pendant la durée du traitement

## Conduite/Utilisation de machines

Lyrica® peut induire une somnolence ou des étourdissements, il est donc déconseillé de conduire ou d'utiliser des machines complexes

## Effets indésirables

- Système immunitaire : hypersensibilité, œdème de Quincke, réaction allergique
- Système lymphatique et hématologique : neutropénie
- Métabolisme et nutrition : augmentation de l'appétit, prise de poids, anorexie, hypoglycémie
- Affections psychiatriques : euphorie, confusion, irritabilité, asthénie, diminution de la libido, hallucinations, attaques de panique, nervosité, agitation, dépression, humeur changeante, insomnies, manque du mot, rêves anormaux, augmentation de la libido, apathie, désinhibition, excitation psychomotrice
- Système nerveux : étourdissement, somnolence, chutes, ataxie, troubles de la coordination, tremblements, dysarthrie, troubles de la mémoire, troubles de l'attention, paresthésies, syncope, stupeur, myoclonies, agueusie, vertiges, tremblement intentionnel, nystagmus, troubles cognitifs, hypo ou hyperesthésie, céphalées

- Système oculaire : vision trouble, dipopie, gonflement des yeux, anomalies du champ visuel, diminution de l'acuité visuelle, douleur oculaire, sécheresse oculaire, larmoiement,
- Système vestibulaire et oreille : vertige, hyperacousie
- Système cardio-vasculaire : tachycardie, BAV 1<sup>er</sup> degré, oppression thoracique, bradycardie, arythmie sinusale, bouffées de chaleur, hypertension, hypotension
- Système respiratoire : dyspnée, épistaxis, congestion nasale, rhinorrhée
- Système gastro-intestinal : vomissements constipation, météorisme, RGO, diarrhée, nausées
- Affections dermatologiques : éruption papuleuse, sudation, urticaire, syndrome de Steven-Johnson, prurit
- Système musculo-squelettique : contractures, gonflement articulaire, crampes, myalgies, arthralgies
- Système rénal et urinaire : incontinence urinaire, dysurie, insuffisance rénale, oligurie, rétention d'urines
- Système génital : troubles de l'érection, aménorrhée, écoulement mammaire, douleurs mammaires, dysménorrhée.
- Anomalies biologiques : augmentation de la créatinine, thrombopénie, hyperglycémie, hypokaliémie, leucopénie
- Syndrome de sevrage à l'arrêt : insomnies, céphalées, nausées, diarrhée, syndrome grippal, nervosité, dépression, douleurs, sudation, étourdissements

#### Surdosage

Somnolence, état confusionnel, agitation, nervosité. Traitement symptomatique et dialyse. Aucun effet indésirable inattendu jusqu'à une posologie de 15 g.

#### Pharmacodynamie : antiépileptique

- Douleurs neuropathiques : l'efficacité est démontrée sur les neuropathies diabétiques, les douleurs post-zostériennes et les lésions de la moelle épinière. Une diminution de la douleur dans les études clinique est observée au cours de la première semaine et se maintient tout au long du traitement (observation 12 semaines). L'amélioration de la douleur est observée chez 35 % des patients (18 % des patients sous placebo) pour les neuropathies périphériques et 22 % des patients (7 % sous placebo) pour les neuropathies centrales, le critère d'efficacité dans les 2 cas étant une amélioration de 50 % du score de douleur.
- Epilepsie : diminution de la fréquence des crises observée au bout de la première semaine (3 études cliniques contrôlées sur 12 semaines)
- Trouble anxieux généralisé : (6 études contrôlées sur 4 à 6 semaines, 1 étude sur 8 semaines chez des sujets âgés et une étude sur 6 mois en double aveugle dans la prévention des rechutes) : soulagement des symptômes (évaluation par l'échelle de Hamilton) au cours de la 1<sup>ère</sup> semaine chez 52 % des patients (38 % des patients sous placebo)

#### Pharmacocinétique

Les pics plasmatiques apparaissent dans l'heure suivant l'absorption, la biodisponibilité est évaluée à 90 % indépendamment de la dose. L'état d'équilibre est atteint en 24 à 48 heures. La prégabaline traverse la barrière hémato-encéphalique, le placenta et se retrouve dans le lait maternel. La prégabaline est très faiblement métabolisée (98 % de forme inchangée est retrouvée dans les urines)

### **Vendredi 24 juillet 2009**

P1 – Homme 36 ans

- Lombosciatique suite à un accident de travail
- Persistance de la douleur malgré un traitement approprié, mais ne prend pas correctement son traitement...

P2 – Homme 57 ans

- Hémiplégique, autonome
- Renouvellement ordonnance

P3 – Fille 5 ans

- Fièvre isolée
- Traitement symptomatique et conseils de surveillance avec explication des signes devant faire reconsulter

P4 – Femme 23 ans

- Suivi en psychothérapie par Dr Joly
- Vient pour renouvellement arrêt de travail, mais ne veut pas repasser par la psychothérapie
- Je lui explique que ça n'est pas possible, qu'il faut qu'elle retourne en psychothérapie, que je ne peux pas lui faire son arrêt de travail sans suivi...
- Je lui propose un AT de quelques jours pour qu'elle puisse prendre rendez-vous avec le Dr Joly
- **Se met en colère, part sans payer**

Problèmes posés par ce cas

Nouvelle situation de refus de suivi et de refus des propositions faites.

C'est une consultation difficile où j'ai eu du mal à me faire entendre. J'ai pourtant expliqué les raisons de mon refus et proposé des solutions à la patiente mais ce n'est pas ce qu'elle voulait entendre. Elle aurait voulu que je lui renouvelle son arrêt de travail pour un mois dans le cadre de sa dépression avec renouvellement de ses ordonnances sans repasser par la psychothérapie car « elle n'a pas le temps ». Son argument c'est « le Dr Joly l'aurait fait ».

Je lui explique que la psychothérapie est une consultation particulière, que ce n'est pas moi qui la suis et que je ne suis pas à même d'évaluer si elle a besoin ou non de poursuivre son suivi, si elle a besoin ou non d'être arrêtée. Je lui explique également que le Dr Joly le fera s'il estime qu'elle le nécessite. Je lui propose donc un arrêt de travail de quelques jours afin qu'elle ait le temps de prendre rendez-vous et de faire le point avec le Dr Joly. La patiente se met en colère et part sans payer la consultation.

Je pense avoir proposé ce qu'il y avait de mieux pour la patiente tout en respectant mes convictions même si ce n'est pas ce que cette dernière attendait. Je pense également agir de la même façon si la situation se représentait.

## Lundi 27 juillet 2009

P1 – Homme 45 ans

- Entorse de cheville suite à un accident de travail
- Antalgiques et attelle

P2 – Homme 55 ans

- GEA sans signes de gravité, traitement symptomatique, arrêt de travail 2 jours
- Lombalgie chronique, renouvellement ordonnance

P3 – Femme 61 ans

- Fracture d'un métatarsien suite à une chute mécanique
- Syndactylie, antalgiques et **cacitD3®**

Apport du maître de stage : supplémentation systématique en calcium-vitamine D3 des femmes ménopausées présentant une fracture. Protège du risque de fracture ultérieure (dans une étude américaine, 66 % des patientes de 50 à 79 ans présentant une fracture de la hanche souffrent d'une carence sévère en vitamine (*Annals of Internal Medicine, August 19, 2008, vol. 149, n° 4, 242-250.*)).

P4 – Femme 51 ans

- Epicondylite chronique bilatérale
- Mi-temps thérapeutique
- Renouvellement ordonnance et radiographie du coude car douleur au niveau du condyle
- Revient ensuite avec ses radiographies normales
- IRM à faire

P5 – Homme 47 ans

- Vient pour obtenir son certificat de suivi mensuel pour le juge
- A arrêté définitivement le Deroxat®, prend au moins 4 Xanax® par jour et du Stilnox®
- Initiation d'un traitement par Dépakote® à discuter

P6 – Homme 55 ans

- Fracture métatarsien suite à un traumatisme
- **Syndactylie**, antalgiques

Réalisation d'une syndactylie

« Syndactylie » signifie littéralement « réunion des doigts entre eux ».

Il s'agit d'un terme désignant un groupe de maladies caractérisées par la fusion de doigts ou d'orteils entre eux.

Ce terme a été repris pour désigner une technique d'immobilisation des doigts ou des orteils en cas de traumatisme. Il s'agit en effet de réunir deux doigts ou deux orteils traumatisés afin que le doigt voisin serve d'attelle au doigt traumatisé dans un but antalgique et afin d'accélérer la cicatrisation. Cette technique peut se faire au niveau des doigts ou des orteils en cas d'entorse, de fracture d'une phalange, de déchirure...

On relie les deux doigts ou orteils avec une bande collante type « Elastoplaste® » sans faire garrot et en laissant les articulations libres. Une compresse est placée entre les deux doigts ou orteils afin d'éviter la macération. La contention peut être refaite par la patiente elle-même quand elle ne maintient plus suffisamment les doigts ou orteils et ce jusqu'à disparition des douleurs.

On peut associer à cette technique un traitement PO par antalgiques et/ou anti-inflammatoires selon la lésion traitée.



P7 – Femme 74 ans

- P1 du 22 juillet
- Résultats de l'écho-doppler : doppler artériel normal, insuffisance veineuse
- Augmentation du traitement par Lyrica® car peu efficace
- Traitement de la constipation

## Mardi 28 juillet 2009

P1 – Homme 22 ans

- Plaie du doigt (suite à un accident de travail) suturée
- Plaie propre, pas de déficit sensitivomoteur
- Poursuite de l'arrêt de travail jusqu'à l'ablation des fils

P2 – Homme 75 ans

- Vient avec résultats d'un doppler artério-veineux : infiltration athéromateuse artérielle
- Glycémie et HbA1c normales
- Renouvellement ordonnance

P3 – Femme 34 ans

- Vient avec résultats des examens réalisés dans le cadre d'une douleur thoracique
- Radiographie de thorax et échographie abdominale normale, bilan sanguin normal
- MAIS découverte fortuite d'une grossesse évolutive
- Patiente « sous le choc » mais désire garder la grossesse, a déjà 2 enfants 3 et 5 ans
- Déclaration de grossesse, sérologies à faire
- Persistance des douleurs thoraciques mais plutôt évocatrices d'angoisse, traitement symptomatique

## Mercredi 29 juillet 2009

P1 – Femme 57 ans

- Revient car persistance des vertiges malgré traitement par Tanganil®, vertiges d'une durée d'une seconde... Examen clinique dont neurologique strictement normal
- Bilan sanguin
- Dermite ocre
- Renouvellement ordonnance

P2 – Homme 63 ans

- Pemphigoïde bulleuse
- Vu par son dermatologue, augmentation du traitement par Endoxan® car lymphocytes > 900/mm<sup>3</sup> et début d'un traitement par Disulone®
- Quelques bulles, pas de surinfection, pansement fait par le patient
- FOGD prévue en septembre car crachats hémoptoïques
- Renouvellement traitement par Effexor®

#### P3 – Femme 46 ans

- P2 du vendredi 10 juillet
- Vient pour contrôle de sa plaie de la main
- Toujours douloureuse, toujours œdématiée, cicatrisation de la plaie
- 2<sup>ème</sup> injection de VAT faite
- A repris son travail avec aménagement du poste
- Poursuite antalgiques et conseils pour diminution de l'œdème

#### P4 – Femme 35 ans

- Consulte car son médecin traitant est en vacances et n'a plus d'antidépresseurs
- A déjà été suivie par le Dr Joly en psychothérapie
- Suivie au centre antidouleur de l'hôpital de Bichat pour douleurs multiples
- Contact particulier, a eu un accident du travail il y a plusieurs années, me réexplique tout, avec toutes les démarches entreprises, très revendicatrice, et très renseignée (connaît les noms des médicaments, tous les examens qu'on lui a fait), s'exprime avec un langage quasi-médical alors que ce n'est pas du tout son domaine d'activité (agent de sûreté à l'aéroport)
- Renouvellement des antidépresseurs, je lui explique que c'est à son médecin traitant de renouveler son arrêt de travail et le reste de ses médicaments

#### P5 – Adolescente 16 ans

- A reçu un coup de pied dans la main en chahutant avec son frère
- Pas d'antécédents particuliers, œdème au niveau de la main, pas de fracture à la radio
- Traitement symptomatique, antalgiques, glaçage, surélévation

### **Vendredi 31 juillet 2009**

#### P1 – Homme 57 ans

- Résultats échographie prostatique : adénome de la prostate
- Instauration d'un traitement par Omix® en raison des signes cliniques (pollakiurie nocturne)
- Sensation d'instabilité sans chute ni perte de connaissance ni même déséquilibre, examen clinique dont neurologique normal, bilan sanguin, à réévaluer

#### P2 – Adolescent 14 ans

- **Certificat de non contre-indication au sport** pour les vacances
- Acné persistante malgré traitement par Erythromycine® par voie locale
- Prescription antibiothérapie générale et poursuite du traitement par voie locale : explications donnée sur photosensibilité et intérêt de débiter le traitement plutôt après les vacances

#### P3 – Femme 56 ans

- Diabète insulino-requérant compliqué par rétinopathie très sévère (1/10<sup>ème</sup> OD et 3/10<sup>ème</sup> OG de vision)
- Vient pour renouvellement ordonnance et arrêt de travail
- Chirurgie oculaire prévue en septembre

#### P4 – Homme 74 ans

- Hématome de la paroi abdominale (injection d'insuline et AVK) opéré il y a quelques mois
- Plaie non refermée et purulente
- A déjà été traité il y quelques semaines par Pyostacine® qu'il n'a pas toléré (vomissements)
- Prélèvement à faire au laboratoire, traitement probabiliste par Augmentin®
- A réévaluer dans 7 jours et à adresser au chirurgien en cas de non amélioration

#### Description du cas

Le patient a présenté, suite à la prise de Pyostacine®, des vomissements. Il a diminué la dose de traitement sans reconsulter afin de limiter les effets indésirables. Il rapporte ces épisodes de vomissements à cette consultation.

VIDAL : effets indésirables : les vomissements sont un effet indésirable très fréquent lors de la prise d'un traitement par Pyostacine® (1<sup>er</sup> effet indésirable de la liste).

Explications données au patient sur le fait que c'est très probablement le traitement par Pyostacine® qui a provoqué les vomissements, mais qu'il ne faut pas arrêter ou diminuer un traitement sans avis

médical. Dans ce cas le traitement antibiotique n'aura pas été efficace (ou partiellement) et le patient reconsulte ce jour pour le même motif.

Solution apportée : nouvelle antibiothérapie adaptée à la localisation de l'infection (cutanée) par Augmentin® débutée après prélèvement de l'écoulement.

#### P5 – Homme 62 ans

- Vient avec résultats d'ECBU positif à Klebsiella
- Apyrétique, examen clinique normal, pas de signes fonctionnels urinaires
- Antibiothérapie 3 semaines, fenêtre thérapeutique 1 semaine et contrôle ECBU

#### P6 – Homme 39 ans

- Epicondylite du coude droit (accident de travail)
- Chirurgie et plâtre 6 semaines
- Ablation du plâtre la veille, vient pour contrôle de la cicatrice
- Doit débiter la rééducation la semaine suivante
- Adaptation du poste de travail à discuter

#### P7 – Femme 46 ans

- Vient pour **problèmes multiples**
- Douleurs abdominales depuis plusieurs mois sans signes fonctionnels associés, examen clinique normal, traitement symptomatique et échographie abdominale
- Angines à répétition : à l'examen gorge érythémateuse uniquement, traitement symptomatique, avait déjà un traitement prescrit par une de ses amies médecin qu'elle n'a pas pris
- Asthénie et irritabilité : son amie médecin lui a prescrit un bilan sanguin (NFS, ionogramme sanguin, créatininémie, glycémie à jeun, bilan thyroïdien) normal, en raison des symptômes associés aux cycles irréguliers, bilan hormonal, pré-ménopause ?
- A peur de faire une rechute de sa dépression, souhaite revoir le Dr Joly en psychothérapie, rendez vous pris

#### P8 – Homme 56 ans

- Suivi pour troubles bipolaires

- Vient car douleur de hanche depuis plusieurs années... Douleur d'allure mécanique sans signes de gravité clinique, traitement symptomatique et radiographie. Arthrose ?

## **CERTIFICAT DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE**

### Visite médicale de non-contre-indication

- Permet de rechercher et d'évaluer une incapacité à la pratique du sport
- Permet des actes de prévention, d'information, d'éducation

### Interrogatoire

- Type de pratique : professionnelle (moniteurs, plongeur, sapeur pompier ....), loisir...
- Type de patient : athlète de haut niveau, sportif de loisir, patient porteur d'une affection chronique (cardiorespiratoire, métabolique ....)
- Objectifs du sportif : carrière sportive, participation à des compétitions de masse, maintien de la forme, amaigrissement...
- Antécédents sportifs : passé sportif, compétition ou loisir, interruptions (motifs), modalités d'entraînement, compétitions...
- Antécédents médicaux : personnels (en particulier cardio-vasculaires, broncho-pulmonaires, métaboliques, allergiques...), familiaux, chirurgicaux, traumatiques (durée d'arrêt, traitement, récurrences, séquelles)
- Questions générales : hygiène de vie (sommeil, planning scolaire ou de travail), état des vaccinations, traitements, suppléments (protéines, vitamines, fortifiants), tabac, alcool, alimentation...

### Biométrie

- Adulte : poids, taille, BMI
- Enfant : poids et taille, courbe de croissance ++, maturité pubertaire, adiposité (plis cutanés)

### Examen morphologique et ostéo-articulaire

- Adulte : statique, examen dynamique (flexion antérieure, latérale, rotation, extension du tronc, position assise, marche), masse musculaire (insuffisance, harmonie, déséquilibre), recherche de hernie/éventration, examen articulaire, selon la pathologie/la discipline/les antécédents traumatiques ou les signes fonctionnels
- Enfant : examen de la statique en particulier rachidienne (dans sa globalité, debout de face, de dos, de profil), examen des zones d'ossification secondaire en particulier tendon d'Achille

### Examen cardio-vasculaire

- Adulte : facteurs de risques cardio-vasculaires, signes fonctionnels de repos, d'effort et de récupération (dyspnée d'effort inhabituelle, douleurs thoraciques, palpitations, syncopes, malaises, claudication intermittente), souffle, pouls périphériques, PA
- Enfant : signes fonctionnels de repos, d'effort et de récupération (dyspnée d'effort inhabituelle, palpitations, syncopes, malaises), souffle, pouls périphériques, PA au repos

### Examen pulmonaire

- Signes fonctionnels : toux, dyspnée, sifflements, sensation d'oppression thoracique
- Inspection : recherche de déformation thoracique
- Auscultation

### Reste de l'examen clinique

- ORL : terrain allergique, fréquence des épisodes infectieux, recherche d'une déformation nasale, examen de la gorge et des tympans, pour certains sports
- Dentaire : date du dernier contrôle, examen des dents, protection dentaire pour certains sports
- Gynécologique : premières règles, régularité des cycles, abondance des règles, grossesses, contraception, incontinence urinaire d'effort, ménopause.

#### Les examens au cabinet

- ECG de repos : recommandation d'un ECG de repos à la signature du 1er certificat médical et si symptômes fonctionnels ou d'examen (souffle)
- Test dynamique (+ récupération) : par exemple Test de Ruffier-Dickson : test très facile d'exécution quel que soit le niveau sportif et qui peut donner une idée de l'adaptation et de la récupération sur un effort sous-maximal.

Principe du test de Ruffier-Dickson : prendre la fréquence cardiaque de repos (FC0), immédiatement après 30 flexions de jambes en 45 secondes (FC1), et une minute après l'arrêt de l'effort (FC2). L'indice de Ruffier est calculé par  $(FC0 + FC1 + FC2 - 200)/10$ .

- Indice < 0 = très bonne adaptation à l'effort
- 0 < indice < 5 = bonne adaptation à l'effort
- 5 < indice < 10 = adaptation à l'effort moyenne
- 10 < indice < 15 = adaptation à l'effort insuffisante
- 15 < indice = mauvaise adaptation à l'effort, bilan complémentaire nécessaire

#### Les examens complémentaires (si point d'appel uniquement)

- Imagerie, biologie
- Examen cardiologique : échocardiographie cardiaque, holter tensionnel, holter ECG, épreuve d'effort (si douleur thoracique d'effort, malaise, deux facteurs de risque après 40 ans, anomalies de l'ECG de repos, HTA, hypotension artérielle, dyspnée)
- Autres : ORL, ophtalmologique, gynécologique, en fonction des signes d'appel ou de la spécialité sportive choisie

#### Le certificat de non contre-indication

- Rédaction précise
- Nombre de sports de compétition
- En cas de doute sur l'aptitude : médecin fédéral, consultation spécialisée
- En cas d'inaptitude : NE PAS REDIGER DE CERTIFICAT, avertir le médecin fédéral

#### Les différents types de contre-indications

- Contre indications absolues et permanentes : rares
- Contre indications relatives et permanentes sont plus fréquentes : particulières à certaines catégories de sport (à risque traumatique élevé : sports de combat, rugby, hand... ; à sollicitation cardiovasculaire et/ou respiratoire importante ; sports « à risque » : plongée sous-marine, spéléologie, escalade, alpinisme, sports nautiques, boxe, sports mécaniques...)
- Contre indications temporaires peu souvent respectées

#### Certificat devant être rédigé par un médecin spécialiste (médecine du sport)

- la plongée sous-marine
- l'alpinisme de pointe
- sports mécaniques
- sports aériens sauf aéromodélisme
- sports utilisant des armes à feu
- sports de combats pouvant entraîner un K.O

## OMIX® - TAMSULOSINE

### Indication

Traitement fonctionnel des symptômes de l'hypertrophie bénigne de la prostate

### Posologie/mode d'administration

1 gélule par jour à heure fixe de préférence à la fin du petit déjeuner.

### Contre-indications

- Absolues : antécédents d'hypotension orthostatique, hypersensibilité connue au chlorhydrate de Tamsulosine ou à l'un des excipients, antécédent d'angio-œdème à la Tamsulosine, insuffisance hépatique sévère (Grade C de la classification de Child-Pugh)
- Relatives : antécédent de syncope mictionnelle, antihypertenseurs alpha-bloquants

### Mise en garde/Précaution d'emploi

- Hypotension orthostatique : prévenir les malades +++ le plus souvent en début de traitement, c'est un effet transitoire qui ne nécessite généralement pas l'arrêt du traitement
- Angio-œdème : œdème de la peau et des muqueuses, arrêt immédiat du traitement
- Médicaments hypotenseurs : en particulier inhibiteurs calciques, risque d'hypotension sévère
- Coronariens : risque de réapparition de l'angor, nécessitant un arrêt du traitement
- Insuffisant rénal chronique : pas d'adaptation de posologie nécessaire pour une clairance  $\geq 10$  mL/min

### Interactions médicamenteuses

- Déconseillées : antihypertenseur alpha-bloquant
- Nécessitant des précautions d'emploi : inhibiteur de la phosphodiesterase de type 5 vardénafil
- A prendre en compte : autres antihypertenseurs

### Grossesse/Allaitement

Médicament non destiné à la femme donc pas d'étude lors de la grossesse et de l'allaitement

### Conduite/Utilisation de machines

Prudence recommandée en raison des risques d'hypotension orthostatique surtout en début de traitement.

#### Effets indésirables

- Etourdissements, céphalées, asthénie
- Hypotension orthostatique, risque de syncope, palpitations
- Effets gastro-intestinaux : nausées, vomissements, diarrhée, constipation
- Eruption cutanée, prurit
- Congestion nasale, rhinite
- Angio-œdème
- Trouble de l'éjaculation, priapisme

Surdosage : hypotension systémique

#### Pharmacodynamie

Alpha-bloquant permettant la relaxation des muscles lisses de l'uretère et de la prostate, et augmentant le débit urinaire.

#### Pharmacocinétique

- Libération prolongée des granules permettant une diffusion systémique sur tout le nyctémère et autorisant la prise unique du médicament
- La biodisponibilité est diminuée au moment des repas mais peut être rendue uniforme par la prise après le petit déjeuner
- Le pic plasmatique est obtenu après 6 heures
- L'état d'équilibre est obtenu après 6 jours de traitement
- L'élimination est principalement urinaire
- La demi-vie du médicament est de 22 heures

## Lundi 03 août 2009

P1 – Homme 61 ans

- Vient pour renouvellement d'ordonnance dans le cadre de son arthrose
- Bilan sanguin pour la prochaine consultation (dernier bilan il y a 2 ans)

P2 – Homme 60 ans

- Sciatique gauche d'allure S1 apparue suite à travaux dans sa maison
- Pas de signes de gravité, traitement symptomatique

P3 – Femme 54 ans

- **Plaintes multiples**, douleurs diffuses (céphalées, douleurs abdominales, douleurs lombaires, douleurs dans les bras et les jambes)
- Pas de retentissement sur son métier (femme de ménage)
- Difficultés de communication, parle peu français
- Examen clinique strictement normal, bilan récent normal
- Déjà traitée par Doliprane® et Lyrica®, remplacement du Doliprane® par le Zaldiar®

P4 – Homme 71 ans

- Mari de P3
- Résultats du bilan sanguin, HbA1c 7 % (dernière HbA1c à 8,2 %)
- Renouvellement d'ordonnance

P5 – Homme 47 ans

- Etait en arrêt de travail suite à un accident de travail avec douleur thoracique
- Après multiples explorations dont coronarographie, douleur probablement pas d'étiologie cardiaque
- Reprise d'un travail léger
- Poursuite du traitement antihypertenseur
- A repris le tabac à 1 paquet par jour, conseil minimal

P6 – Homme 33 ans

- Probable déchirure musculaire de la cuisse en jouant au foot
- Traitement symptomatique et échographie, refuse l'arrêt de travail

P7 – Femme 64 ans

- Dyspnée à la parole et toux irritative +++
- Examen clinique normal en dehors de ces 2 symptômes
- Radiographie de thorax, bilan sanguin, traitement symptomatique, A REEVALUER

P8 – Homme 40 ans

- Anxiété, traitement symptomatique

P9 – Femme 35 ans

- Dépression réactionnelle suite à nombreux évènements de vie dont la leucémie de son fils de 7 ans en cours de traitement
- N'a pas supporté le traitement par Seroplex®, prescription d'Effexor®
- Proposition de suivi psychothérapeutique

Description du cas

Depuis le début du traitement par Seroplex®, la patiente se sent plus asthénique, somnolente, et a des sensations de vertiges. Malgré la poursuite du traitement (ces effets indésirables s'estompent avec le temps), la patiente note la poursuite des effets indésirables et souhaite changer de traitement.

VIDAL : effets indésirables : troubles du système nerveux fréquents : somnolence, insomnies, sensations vertigineuses, (> 1/100, < 1/10).

Solution apportée : arrêt du traitement par Seroplex® (antidépresseur sélectif de la recapture de la sérotonine) qui ne convient pas à la patiente et essai d'un traitement par Effexor® (antidépresseur inhibiteur puissant de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline et faible inhibiteur de la recapture de la dopamine).

Après quelques semaines de traitement, la patiente semble bien supporter ce nouveau traitement.

P10 – Homme 57 ans

- Lésion cutanée du pavillon de l'oreille droite

- Adressé au dermatologue pour biopsie

P11 – Homme 54 ans

- **Plaintes multiples** de douleurs dorsales et abdominales
- A multiplié ses derniers temps les consultations chez différents médecins généralistes et spécialistes de ville mais également aux urgences, ainsi que les examens complémentaires (radiographies, scanners, IRM, bilan sanguin)
- A également multiplié les différents traitements antalgiques dont la morphine
- Est persuadé d'être atteint par une pathologie grave
- Vient pour douleurs épigastriques, examen clinique normal, douleurs probablement dues aux AINS qu'il prend depuis plus d'un mois, prescription d'un IPP

## **EFFEXOR® - VENLAFAXINE**

Formes/Présentation

Comprimés à 25 mg, 50 mg et 37,5 mg LP

Indications

- Episode dépressif majeur
- Prévention des récurrences dépressives chez les patients présentant un trouble unipolaire
- Anxiété généralisée évoluant depuis plus de 6 mois (pour la forme LP)

Posologie/Mode d'administration

- Adulte : posologie initiale de 75 mg/j en 2 ou 3 prises dans les dépressions en traitement ambulatoire pouvant être augmenté jusqu'à 150 mg/j après 2 semaines de traitement. Dans les formes de dépressions dites « sévères », la posologie recommandée est de 150 à 225 mg/j jusqu'à 350 mg/j chez un malade hospitalisé. La posologie maximale autorisée est de 375 mg/j
- Insuffisance rénale ou hépatique : la posologie doit être diminuée en cas d'insuffisance rénale (diminution de moitié si DFG  $\leq$  30 ml/min), une diminution de posologie de moitié doit être effectuée en cas d'insuffisance hépatique légère à modérée
- Sujet âgé : tenir compte de la réduction du débit de filtration glomérulaire et des risques de somnolence
- Durée de traitement : les épisodes dépressifs nécessitent un traitement de plusieurs mois à réévaluer périodiquement

- Arrêt du traitement ; décroissance progressive de la posologie sur au moins 2 semaines afin de prévenir la survenue d'un syndrome de sevrage
- Prévention des récurrences des épisodes dépressifs majeurs : la dose recommandée en prophylaxie est celle de l'épisode actuel en cours de traitement
- Anxiété généralisée : dose de 75 mg LP pouvant être augmentée jusqu'à 150 voire 225 mg/j en une seule prise
- Phobie sociale : mêmes critères de prescription

#### Contre-indications

- Absolues : hypersensibilité connue à la Venlafaxine, IMAO non sélectif, allaitement
- Relatives : sympathicomimétiques (alpha et bêta : adrénaline, noradrénaline, dopamine) par voie parentérale, IMAO sélectifs A, linézolide

#### Mises en garde/Précautions d'emploi

- Risque suicidaire en début de traitement (levée de l'inhibition psychomotrice pouvant précéder l'action antidépressive)
- Aggravation de l'état clinique en début de traitement
- Elévation de la pression artérielle dose-dépendante
- Enfant et adolescent de moins de 18 ans : utilisation déconseillée
- Surveillance clinique rapprochée chez les patients épileptiques
- Surveillance des patients présentant une pression intraoculaire élevée et à risque de glaucome aigu à angle fermé
- En cas de virage maniaque franc, le traitement est arrêté et un neuroleptique sédatif est prescrit le plus souvent
- Surveillance des patients présentant un trouble de l'hémostase, ou ayant un traitement par anticoagulants, aspirine, AINS, ou autres médicaments susceptibles de provoquer un saignement

#### Interactions

- Contre-indiquées : IMAO non sélectifs (iproniazide). Risque d'un syndrome sérotoninergique : apparition plus ou moins brutale, de façon simultanée ou séquentielle : agitation, confusion,

hypomanie, myoclonies, tremblements, hyperréflexie, rigidité, hyperactivité, hypo- ou hypertension, tachycardie, frissons, sueurs, hyperthermie, coma, diarrhée.

- Déconseillées : Sympathomimétiques alpha et bêta par voie parentérale, IMAO sélectifs A, linézolide
- Nécessitant des précautions d'emploi : sympathicomimétiques alpha et bêta par voie autre que parentérale

## Grossesse/Allaitement

Médicament déconseillé pendant la grossesse en raison des données insuffisantes (mais pas d'effet tératogène lors des études chez l'animal), contre-indiqué pendant l'allaitement (passage dans le lait)

## Effets indésirables

- Très fréquents : nausées +++ diminuées à 2 à 3 par la forme LP
- Fréquents : constipation, sécheresse de la bouche, insomnie, somnolence, nervosité, asthénie, hypersudation, troubles de l'éjaculation et de l'orgasme, élévation de la pression artérielle, élévation des taux de cholestérol
- Moins fréquents : douleurs abdominales, vomissement, perte de poids, céphalée, anxiété, agitation, agressivité, délire, tremblements, paresthésies, rêves anormaux, convulsions, mydriase, troubles de l'accommodation, pollakiurie, dysurie, rétention d'urines, hypotension, palpitations, diminution de la libido, impuissance, éruption cutanée, saignements cutanéomuqueux, prurit
- Peu fréquents : élévation des transaminases, hyponatrémie
- Très rares : leucopénie, neutropénie, pancytopenie, augmentation de la prolactine, manifestations extrapyramidales, pancréatite, urticaire, glaucome à angle fermé
- Syndrome de sevrage : anxiété, agitation, sensations vertigineuses, convulsions, troubles du sommeil, asthénie, paresthésies, céphalées, acouphènes, nausées

## Surdosage

Les effets rapportés sont en rapport avec une poly-intoxication médicamenteuse ou en association avec l'alcool. Modifications ECG, hypotension, vertiges, troubles de conscience, convulsions. Le traitement est uniquement symptomatique suivi de surveillance clinique.

## Pharmacodynamie

Antidépresseur inhibiteur puissant de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, et faible de la recapture de la dopamine. La venlafaxine n'a pas d'action sur les récepteurs cholinergiques, histaminergiques et adrénergiques.

#### Pharmacocinétique

- Le pic de concentration est 2,4 heures après une administration unique
- La prise d'aliment ralentit l'absorption mais n'affecte pas le pic de concentration
- La venlafaxine est presque totalement métabolisée
- La demi-vie de la venlafaxine est de 5 heures et celle de son métabolite de 11 heures
- L'élimination est essentiellement urinaire

### **Mardi 04 août 2009**

P1 – Homme 55 ans

- Vient pour prescription d'un anxiolytique, car redoute son départ en avion
- Contrôle de la PA, toujours élevée malgré le traitement par Odrik®
- Régime sans sel
- PA à contrôler à son retour de vacances

P2 – Homme 27 ans

- Fracture d'un métacarpien suite à un accident de travail
- Scanner de contrôle montre que la fracture n'est pas consolidée après 4 mois
- Adressé au chirurgien orthopédiste

P3 – Homme 63 ans

- Coxalgie d'allure inflammatoire non soulagée après traitement de 5 jours par antalgiques de palier 1 et myorelaxants
- Radiographie bassin et hanche, bilan sanguin
- Augmentation du traitement antalgique

P4 – Femme 59 ans

- Suivie pour HTA et DNID bien équilibrés
- Découverte d'une hyper-uricémie secondaire sur le bilan sanguin, initiation d'un traitement par Zyloric® et Colchimax®

P5 – Femme 22 ans

- Douleur **basi-thoracique droite** depuis quelques jours
- Examen clinique normal
- En raison de l'association tabac/pilule : bilan sanguin et radiographie de thorax

Apport du maître de stage : le bilan sanguin et la radiographie de thorax sont à faire en raison de l'association tabac/pilule, même en cas de prise d'un contraceptif oral seul. Je n'aurais pas fait ce bilan chez une femme jeune. Pour moi, ces douleurs évoquaient une angoisse chez cette jeune patiente présentant des difficultés sur son lieu de travail et en cours de déménagement. Je pense que ça aurait été une erreur, cette patiente peut être angoissée mais peut également faire une embolie pulmonaire, surtout avec l'association tabac/pilule. Finalement, le bilan est revenu strictement normal mais était nécessaire afin d'éliminer les diagnostics de gravité. Par ailleurs, il a été possible de rassurer correctement la patiente, alors que la douleur a persisté quelques temps.

P6 – Garçon 5 ans

- Consultation pour circoncision
- Examen clinique normal, développement staturo-pondéral normal, vaccins à jour
- Adressé en chirurgie pédiatrique

P7 – Garçon 11 ans

- Frère de P6
- Même motif de consultation, examen normal

P8 – Femme 74 ans

- P7 du 27 juillet
- Rhinorrhée purulente, apyrétique, pas d'autres signes fonctionnels, examen clinique normal
- Antibiothérapie en raison des multiples antécédents

## **Mercredi 05 août 2009**

P1 – Garçon 5 ans

- Diarrhée depuis 48 heures sans autres signes associés
- Examen clinique normal, apyrétique, pas de signes de gravité
- Traitement symptomatique, explication des consignes de surveillance et des signes devant faire reconsulter

## **Vendredi 07 août 2009**

P1 – Homme 36 ans

- Lomalgie aigüe depuis 2 mois suite à un accident de travail
- Amélioration partielle des douleurs réapparaissant après arrêt de traitement
- Essai autre AINS, Voltarène®, pas de corticothérapie possible en raison du diabète insulino-requérant mal équilibré +++
- Clinique du dos évoquée
- Perte de poids nécessaire (poids 108 kg, taille 1m80, BMI 33.5)
- Poursuite arrêt de travail

P2 – Homme 45 ans

- Entorse de cheville
- Douleur persistante, poursuite attelle, traitement antalgique et arrêt de travail

P3 – Homme 79 ans

- Antécédents lombalgies, HTA, cancer de la prostate
- Douleur au niveau des jambes à type de brûlures, douleurs d'allure neuropathique, non soulagées par traitements antalgiques habituels, essai du Lyrica®
- Par ailleurs symptomatologie de bronchite sans signes de gravité, apyrétique

- Traitement symptomatique

P4 – Femme 71 ans

- Toux productive, symptomatologie de bronchite, apyrétique, pas de signes de gravité
- Traitement symptomatique

P5 – Adolescent 17 ans

- Vient pour être adressé pour circoncision pour convenance personnelle
- Examen clinique normal

P6 – Femme 38 ans

- Epigastralgies et pyrosis
- Examen clinique normal
- Traitement symptomatique RGO

## **Mercredi 12 août 2009**

P1 – Femme 74 ans

- P8 du 04/08/09
- Est venue il y a 2 jours pour persistance des douleurs neuropathiques
- A été mise sous Rivotril® 10 gouttes/j
- Revient car aucune amélioration
- Examen clinique inchangé
- Augmentation du traitement par Rivotril®, et ajout du traitement par Topalgic®

P2 – Femme 55 ans

- Antécédent de cancer du sein en rémission
- A vu son oncologue qui lui a prescrit un bilan complet en raison d'une asthénie, de douleurs diffuses et de vertiges
- Bilan sanguin retrouve des gamma-GT élevées, le reste du bilan sanguin est sans anomalie, la radiographie de thorax est normale, l'échographie retrouve une cystadéno-nécrose, la patiente a refusé la mammographie en raison de la reprise de la reconstruction mammaire avec une cicatrice douloureuse
- Attente scintigraphie osseuse, échographie abdominale et IRM cérébrale
- RAS par ailleurs, renouvellement de traitement

#### P3 – Homme 73 ans

- Résultats ECBU négatif
- A fait traitement pour prostatite

#### P4 – Femme 38 ans

- Angine érythémato-pultacée
- **Strepto-test®** positif
- Traitement par Amoxicilline

#### P5 – Femme 77 ans

- Episode de palpitations avec angoisse intense
- PA normale, FC normale (pace maker), examen clinique normal
- Traitement de l'angoisse et réassurance

## TEST DE DIAGNOSTIC RAPIDE (TDR) DE L'ANGINE

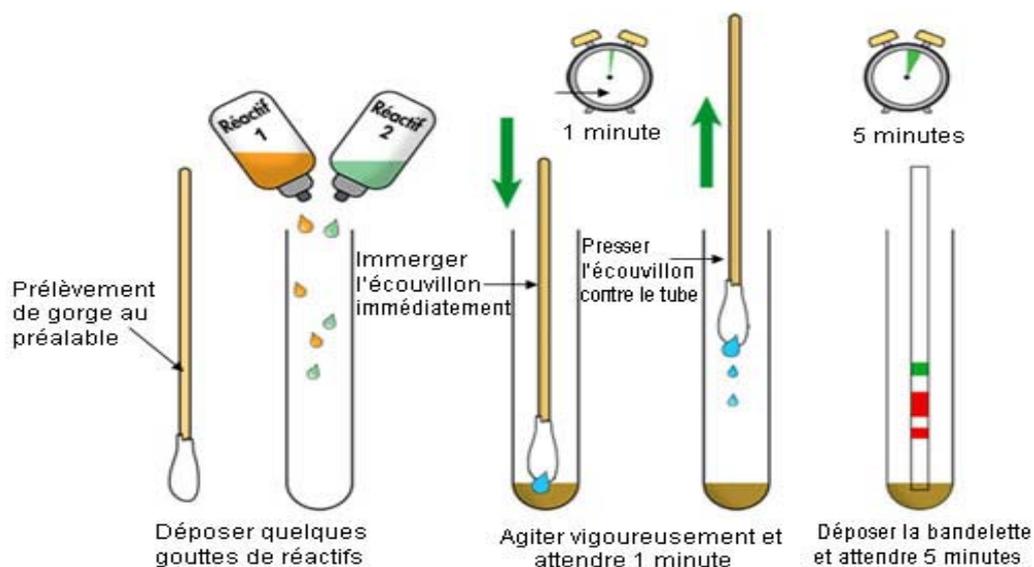
Le test de diagnostic rapide de l'angine permet d'optimiser la prescription d'antibiotiques afin d'éviter le développement de résistance. C'est un test diagnostique de l'angine streptococcique  $\beta$ -hémolytique du groupe A. Il permet de traiter correctement les angines responsables de complications graves notamment le RAA.

C'est un outil diagnostique sensible (> 90%) et spécifique (> 95 %). Le test est fourni gratuitement par l'assurance maladie aux médecins qui en font la demande, après suivi d'une formation spécialisée.

Il est recommandé de pratiquer le TDR chez les enfants de plus de 3 ans ayant une angine érythémateuse ou érythémato-pultacée et chez l'adulte ayant un score de Mac Isaac supérieur ou égal à 2 et une angine érythémateuse ou érythémato-pultacée. Avant l'âge de 3 ans le streptocoque est rare et le RAA est exceptionnel. Le TDR n'est pas recommandé.

Score de Mac Isaac : fièvre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  (+1), absence de toux (+1), ADP cervicales douloureuses (+1), atteinte amygdalienne (+1), âge entre 15 et 44 ans (0), âge  $\geq$  à 45 ans (-1).

Technique : écouvillonner les zones inflammatoires en évitant les lèvres, la langue, les dents et les gencives, poser le tube sur le portoir, verser 4 gouttes de réactifs A et 4 gouttes de réactif B, introduire l'écouvillon dans le tube, agiter, laisser reposer une minute, exprimer l'écouvillon en le comprimant contre les parois du tube et le jeter, plonger la bandelette dans le tube et lire le résultat à 5 minutes.



Interprétation : si le test est négatif (seule la marque témoin apparaît), l'angine n'est pas due au streptocoque du groupe A et ne nécessite donc pas un traitement par antibiotique. Si le test est positif (la marque témoin et la marque de l'antigène détecté apparaissent), l'angine est traitée par antibiotique (Amoxicilline à la dose de 50 mg/kg en deux fois par jour pendant 5 jours ou macrolides en cas d'allergie).

Bibliographie : site de l'assurance maladie, site de la société française de pédiatrie.

**Vendredi 14 août 2009**

P1 – Homme 70 ans

- Antécédent de crise de goutte

- Vient pour renouvellement ordonnance, examen clinique normal

#### P2 – Homme 69 ans

- Consulte car hypertension en auto-mesure, 180/100 mmHg
- PA identique au cabinet médical
- Examen normal par ailleurs
- A fait récemment ECG, écho-doppler des TSA et des membres inférieurs et échographie cardiaque normaux
- A déjà du Cotareg® et de l'Hypérium®
- Augmentation de l'Hypérium® à 2 par jour et réévaluation
- Revient 10 jours plus tard, persistance de l'hypertension, ajout d'un inhibiteur calcique, Amlor® 5 mg

#### P3 – Homme 49 ans

- Venu le 29/07 pour douleur à type de sinusite
- Scanner des sinus : sinusite maxillaire et ethmoïdale importante
- Traitement par Solupred®, Augmentin® et Désturgyllone®
- Revient car persistance quelques symptômes, poursuite uniquement Désturgyllone® et Doliprane®

#### P4 – Femme 48 ans

- Mycose inter-orteils pour laquelle elle prenait de la Pyostacine® (donné par une amie) sans efficacité !!!
- Traitement par Pévaryl®

#### P5 – Fille 4 ans

- Epistaxis sans signes de gravité

- Traitement symptomatique en cas de récurrence

P6 – Homme 39 ans

- Venu le 31/07/09, suivi pour épicondylite coude droit opérée
- Revient car œdème et douleur au niveau du poignet
- RAS par ailleurs, traitement par anti-inflammatoires, arrêt kinésithérapie et revoir le chirurgien

P7 – Homme 68 ans

- Malaise de type vagal, sans douleur ni chute ni perte de connaissance
- Examen clinique normal, pas d'antécédent notable
- En raison de l'âge, bilan sanguin et à réévaluer

P8 – Femme 33 ans

- 1<sup>er</sup> épisode de lombo-sciatique aiguë typique suite à faux mouvement
- Pas de signes de gravité
- Antalgiques, anti-inflammatoires et AT 2 jours

P9 – Homme 45 ans

- Entorse de cheville, arrêt de travail à poursuivre

## **Lundi 17 août 2009**

P1 – Adolescente 15 ans

- Angine, Strepto-test® négatif, traitement symptomatique

P2 – Fille 6 ans

- Urticaire, terrain allergique, a déjà eu des explorations négatives, traitement symptomatique

P3 – Femme 45 ans

- Vient pour douleurs diffuses chroniques malgré Lyrica®, Rivotril®, Biprofénid®, Propofan® et Zoloft®
- Examen clinique normal
- Arrêt du Zoloft® et changement pour Effexor®
- Diminution du Rivotril® et augmentation du Lyrica®

P4 – Homme 59 ans

- Antécédent de dépression
- Vit en Afrique depuis plusieurs années
- Chaque fois qu'il revient en France, difficultés d'endormissement
- Traitement ponctuel par Lexomil®
- A fait bilan sanguin complet récemment

P5 – Femme 27 ans

- Difficultés à son travail suite au décès de sa grand-mère il y a quelques jours
- Arrêt de travail 4 jours
- Ne souhaite pas de traitement

P6 – Adolescente 16 ans

- Toux et expectorations purulentes depuis 3 semaines n'ayant pas cédé sous traitement symptomatique
- Auscultation sans particularité, reste de l'examen normal
- Radiographie de thorax et antibiothérapie
- Certificat de non contre-indication à la pratique du sport (gymnastique, en fait depuis 8 ans)

P7 – Homme 55 ans

- Fracture de P1 le 25/07
- Persistance de la douleur, ne prend pas d'antalgiques
- Antalgiques re-prescrits, poursuite syndactylie et arrêt de travail

P8 – Femme 72 ans

- Renouvellement ordonnance
- Examen sans particularité

P9 – Femme 37 ans

- Fécondation in vitro en juillet
- 2 embryons
- Fausse couche spontanée d'un embryon la semaine dernière et du second cette semaine avec métrorragies importantes et asthénie
- Bilan avec NFS et bilan martial à faire
- Arrêt de travail
- Doit refaire une échographie la semaine prochaine

## **Mardi 18 août 2009**

P1 – Femme 19 ans

- Vient pour avoir un arrêt de travail !!!!
- Se plaint de céphalées pour lesquelles elle n'a pas pris de traitement
- Pense être enceinte mais n'a pas de retard de règles
- Examen clinique dont neurologique strictement normal
- Prescription doliprane et arrêt de travail pour la journée uniquement
- Test de grossesse à faire en pharmacie en cas de retard de règles

## **Mercredi 19 août 2009**

P1 – Homme 71 ans

- Vient pour renouvellement ordonnance
- Diabète non insulino-dépendant, HTA, FA
- Examen clinique normal
- Renouvellement traitement, bilan sanguin à faire, consultation chez le cardiologue

P2 – Femme 43 ans

- Vient pour renouvellement de traitement
- Suivie pour dépression et migraines

- Me présente une ordonnance datant de 1 mois, mais en regardant dans l'historique, est déjà venue 2 fois depuis cette ordonnance pour renouvellement du traitement
- Le dit à la patiente, n'est pas capable de me dire ce qu'elle a fait des médicaments, dit qu'elle n'a pas eu ces ordonnances, puis me dit qu'elle les a tous pris...
- Je lui explique qu'elle prend beaucoup trop de médicaments
- Renouvellement pour 1 mois avec moins de boîtes (Lexomil®, Efferalgan Codéiné®, Naramig®, Stilnox®)
- A revoir en psychothérapie

P3 – Femme 58 ans

- Eczéma du conduit auditif, traitement

P4 – Homme 75 ans

- Renouvellement traitement
- Examen clinique normal
- Rappel des règles à respecter pendant les fortes chaleurs

P5 – Femme 59 ans

- Vient pour la 3<sup>ème</sup> fois pour œdème des membres inférieurs
- Ne met toujours pas ses bas de contention
- Ré-explications données sur importance des bas et poursuite traitement veinotonique

P6 – Femme 22 ans

- Venue le 04/08 pour douleurs basi-thoraciques
- Bilan fait (surtout en raison de l'association tabac/pilule) négatif
- A diminué le tabac de 1 paquet à 5 cigarettes par jour
- Examen clinique en faveur de douleurs pariétales, par ailleurs angoisse liée à son travail et déménagement
- Explications données sur cause probable des douleurs et réassurance

P7 – Homme 37 ans

- GEA, traitement symptomatique

## **Vendredi 21 août 2009**

P1 – Femme 35 ans

- S'est coincé le doigt dans une porte il y a 2 jours
- Persistance des douleurs
- Plaie péri-unguéale propre, hématome sous unguéal
- Pas de fracture à la radiographie
- Traitement symptomatique des douleurs et de la plaie

P2 – Homme 60 ans

- Venu le 03/08/09 pour **sciatalgie**
- Amélioration partielle des douleurs, mais se plaint d'une douleur à la palpation de la hanche
- Examen clinique inchangé
- Changement d'AINS et radio de hanche et bassin, à réévaluer

P3 – Femme 29 ans

- Grossesse 5 SA
- Métrorragies et douleurs abdominales la semaine passée, échographie faite à l'hôpital, grossesse évolutive
- Arrêt des saignements mais persistance des douleurs
- Examen clinique normal
- Traitement symptomatique et poursuite arrêt de travail

P4 – Homme 34 ans

- Nouvelle radiographie pour arthrose cervicale, inchangée par rapport aux clichés précédents
- Examen clinique normal en dehors de la raideur cervicale
- Traitement symptomatique et collier cervical

P5 – Femme 27 ans

- **Lombo-sciatique** typique sans signe de gravité
- Traitement symptomatique

P6 – Femme 42 ans

- Coup de soleil douloureux, pas de phlyctène
- Biafine® et Doliprane®

## LOMBALGIES

LOMBALGIES ET LOMBOSCIATIQUES COMMUNES AIGUES (MOINS DE 3 MOIS D'EVOLUTION)

Définition

La lombalgie est une douleur de la région lombaire n'irradiant pas au-delà du pli fessier. La lombosciatique est définie par une douleur lombaire avec une irradiation douloureuse distale dans le membre inférieur de topographie radiculaire L5 ou S1.

Type

- Lombalgies et lombosciatiques dites symptomatiques
  - Fracture
  - Néoplasie
  - Infection
  - Pathologie inflammatoire
- Urgences diagnostiques et thérapeutiques

- sciatique hyperalgique : douleur résistante aux antalgiques majeurs (opiacés)
- sciatique paralysante : déficit moteur d'emblée
- sciatique avec syndrome de la queue de cheval : apparition de signes sphinctériens et surtout d'une incontinence ou d'une rétention urinaire, d'une hypoesthésie périnéale ou des organes génitaux externes.

Echelle MRC (*Medical Research Council of Great Britain*) de 0 à 5.

5 Force normale

4 Capacité de lutter contre la pesanteur et contre une résistance

3 Capacité de lutter contre la pesanteur mais non contre une résistance

2 Possibilité de mouvement, une fois éliminée la pesanteur

1 Ébauche de mouvement

0 Aucun mouvement

- En dehors de ces cadres, il n'y a pas lieu de demander d'examen d'imagerie dans les 7 premières semaines d'évolution sauf quand les modalités du traitement choisi (comme manipulation et infiltration) exigent d'éliminer formellement toute lombalgie spécifique. L'absence d'évolution favorable conduira à raccourcir ce délai (accord professionnel).

Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes aiguës

- Les examens d'imagerie ne doivent être prescrits que dans le bilan précédant la réalisation d'un traitement chirurgical ou par nucléolyse de la hernie discale (accord professionnel)
- Ce traitement n'est envisagé qu'après un délai d'évolution d'au moins 4 à 8 semaines. Cet examen peut être au mieux une IRM, à défaut un scanner en fonction de l'accessibilité à ces techniques
- Il n'y a pas de place pour la réalisation d'examen électro-physiologiques en aigu
- Il n'y a pas d'arguments en faveur de l'effet bénéfique de la prescription systématique d'un repos au lit. La poursuite des activités ordinaires compatibles avec la douleur semble souhaitable (grade B).
- Parmi les éléments d'évolution vers la chronicité, les facteurs psychologiques et socioprofessionnels sont retrouvés de façon fréquente (grade B)
- Les traitements médicaux visant à contrôler la douleur sont indiqués : antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens et décontractants musculaires (grade B)
- La corticothérapie par voie systémique n'a pas fait la preuve de son efficacité (grade C)
- L'acupuncture n'a pas fait la preuve de son efficacité dans la lombalgie aiguë (grade B)
- Les manipulations rachidiennes ont un intérêt à court terme dans la lombalgie aiguë mais pas dans la lombosciatique aiguë (grade B)
- L'école du dos (éducation de courte durée en petit groupe) n'a pas d'intérêt dans la lombalgie aiguë (grade B)
- En phase aiguë, la kinésithérapie n'est pas recommandée
- L'efficacité des infiltrations épidurales est discutée dans la lombosciatique aiguë. Il n'y a pas d'argument pour proposer une infiltration intra-durale dans la lombosciatique aiguë (grade B)
- Aucune étude pour la mésothérapie, la balnéothérapie, l'homéopathie

## DIAGNOSTIC, PRISE EN CHARGE ET SUIVI DES LOMBALGIES CHRONIQUES COMMUNES

### Définition

La lombalgie chronique est définie par une douleur de la région lombaire évoluant depuis plus de 3 mois. Cette douleur peut s'accompagner d'une irradiation à la fesse, à la crête iliaque, voire à la cuisse et ne dépasse qu'exceptionnellement le genou (accord professionnel).

### Démarche diagnostique

- Interrogatoire et examen clinique : différencier les lombalgies secondaires des lombalgies communes et évaluer la composante douloureuse et son retentissement sur l'activité physique quotidienne et sur l'activité professionnelle

- Radiographies du rachis lombaire (au minimum de face et de profil, parfois complétées par  $\frac{3}{4}$ ) recommandées en première intention. Les autres incidences ne sont justifiées que s'il existe une suspicion clinique de spondylarthropathie.
- Scanner ou IRM : bilan préopératoire, toujours précédé par des radiographies simples

#### Traitement médicamenteux

- Objectif : contrôler et gérer la douleur, favoriser la réinsertion sociale et professionnelle le plus rapidement possible en collaboration avec le médecin du travail
- Par voie générale
  - Paracétamol (à 4 g/j en prise systématique)
  - Anti-inflammatoires non stéroïdiens proposés à posologie antalgique non évalués dans la lombalgie chronique, informer les patients des risques
  - Acide acétylsalicylique peut être proposé, attention à la toxicité digestive
  - Antalgiques de niveau II : proposés après échec des antalgiques de niveau I
  - Antalgiques de niveau III (opioïdes forts) après échec des antalgiques de niveau I et II
  - Myorelaxants (étude sur Tétrazépam uniquement), durée de 2 semaines maximum
  - Antidépresseurs tricycliques : effet antalgique modeste
  - Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine sans effet
  - Phytothérapie sans effet
  - Corticostéroïdes par voie générale : non recommandés
  - Autres thérapeutiques (homéopathie, antiépileptiques, mésothérapie, chondroïtine sulfate, insaponifiable d'avocat et de soja, oligo-éléments (cuivre, zinc...) non évaluées
- Administration locale
  - Anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie locale: non évalués
  - Infiltrations épidurales de corticoïdes : effet antalgique à court terme (grade B)
  - Infiltrations intra-articulaires postérieures de corticoïdes : efficacité non démontrée
  - Injections intra-discales de dérivés stéroïdiens : non évalués
- Traitement non médicamenteux
  - Repos au lit non recommandé (accord professionnel)
  - Massages en préparation des autres techniques de rééducation uniquement (accord professionnel)
  - Ionisations, ondes électromagnétiques et rayonnement laser : pas d'indications
  - Stimulation électrique transcutanée (TENS) : efficacité antalgique pendant la période d'application (grade C)
  - Balnéothérapie : effet antalgique à court terme (grade C), non démontré à long terme
  - Exercice physique efficace à court terme dans le traitement à visée antalgique et fonctionnelle (grade B)
  - Manipulations vertébrales : effet antalgique à court terme (grade B). Elles ont un effet antalgique équivalent à la kinésithérapie (grade C) et supérieur aux AINS seuls, à l'acupuncture et à l'école du dos (grade B)
  - Ecole du dos : programme d'éducation et séances d'exercices physiques
  - Thermalisme : peut être proposé
  - Acupuncture : effet non démontré
  - Arthrolyse réservée à quelques indications exceptionnelles

#### Suivi

Les modalités de suivi seront adaptées à chaque patient en fonction des objectifs fixés avec lui. À chaque consultation, l'interrogatoire et l'examen clinique s'assureront de l'absence des signes d'alerte. La douleur et son retentissement sur les activités quotidiennes seront appréciés. Les examens d'imagerie ne seront pas répétés en l'absence d'élément nouveau pouvant les motiver (accord

professionnel). L'objectif du suivi est d'éviter la médicalisation excessive tout en assurant un accompagnement thérapeutique qui reconforte le patient.

Bibliographie : Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de 3 mois d'évolution – Recommandations professionnelles – HAS – 2000 et Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique – Etude d'évaluation des technologies de santé – HAS – 2005.

## **Lundi 24 août 2009**

P1 – Adolescente 15 ans

- Urticaire, traitement symptomatique

P2 – Fille 6 ans

- Vaccination rappel DTCP

P3 – Femme 33 ans

- Migraine identique à ses migraines habituelles mais n'a plus de traitement par Naramig®
- Examen clinique dont neurologique normal
- Renouvellement ordonnance, AT 2 jours

P4 – Homme 73 ans

- Résultats bilan sanguin : augmentation fer sérique, ferritine et coefficient de saturation de la transferrine à 66 %
- Complément de bilan hépatique et échographie hépatique
- A revoir rapidement avec résultats
- Examen normal par ailleurs, renouvellement traitement pour arthrose et hypertension

P5 – Femme 78 ans

- Examen clinique normal, HbA1c à 6%
- Renouvellement ordonnance

P6 – Femme 51 ans

- Malaise d'allure vagale sans perte de connaissance durant ses vacances alors qu'elle se trouvait en altitude
- A vu un médecin, traitement de découverte d'une hypertension par un bêtabloquant
- ECG normal, bilan sanguin normal mais incomplet (notamment pas de glycémie)
- Examen clinique normal, pas de récurrence du malaise
- PA 100/70 mmHg sous traitement
- Complément du bilan sanguin
- Arrêt du traitement antihypertenseur (hypotension et sensation de vertiges)
- A réévaluer

P7 – Femme 25 ans

- Suivie pour urticaire
- Se plaint de somnolence avec son traitement par Atarax®
- Changement d'antihistaminique

P8 – Homme 45 ans

- Vient pour contrôle d'une otite traitée pendant ses vacances
- Examen normal

P9 – Fille 12 ans

- Fille de P8
- Otite moyenne aigue, Augmentin®

P10 – Garçon 2 ans

- Drépanocytaire homozygote
- Hyperthermie depuis la veille
- Se plaint de douleur à la gorge
- Gorge érythémateuse, RAS par ailleurs, pas d'autre point d'appel
- Traitement par antibiotique
- Enfant non douloureux, bonne prise alimentaire et bonne hydratation

P11 – Femme 23 ans

- Mère de P10
- Rhinite virale, traitement symptomatique
- Rappel DTP prescrit à faire

P12 – Femme 19 ans

- Rhino-bronchite probablement virale
- Traitement symptomatique
- Certificat de non contre-indication pour Basket-Ball

P13 – Homme 22 ans

- Rappel DTCP

P14 – Femme 74 ans

- Venue le 12/08
- Non soulagée par Rivotril® et Topalgic®
- A l'examen, œdème de la jambe gauche et placard érythémateux
- Pansement à voir dans 48 heures avec les infirmières
- Arrêt des antalgiques et prescription de Skenan® et Actiskenan®

P15 – Homme 87 ans

- Vient pour renouvellement ordonnance
- Se plaint de sensations vertigineuses lors des fortes chaleurs, actuellement disparition des vertiges, pas de chute ni de perte de connaissance
- Examen clinique dont neurologique normal
- Explication conduite à tenir par forte chaleur, rester au frais et à l'ombre, hydratation correcte
- Bilan à faire et renouvellement ordonnance

P16 – Femme 50 ans

- Lombosciatique sans signes de gravité
- Traitement symptomatique et AT 4 jours

P17 – Femme 26 ans

- Rhinite virale
- Traitement symptomatique

P18 – Homme 73 ans

- Insuffisance rénale chronique, créatininémie stable (18.5)
- PA bien équilibrée
- Examen clinique normal
- Renouvellement traitement

P19 – Homme 80 ans

- OMI, probablement dus aux inhibiteurs calciques, mais PA bien équilibrée sous traitement
- Pose de pacemaker récente, cicatrice propre
- Examen clinique normal, INR bien équilibré
- Renouvellement ordonnance, conservation de l'IC et augmentation du diurétique

P20 – Femme 62 ans

- Renouvellement de traitement
- Examen clinique normal
- Doit faire contrôler nodules thyroïdiens

P21 – Homme 35 ans

- Rhino-bronchite
- Traitement symptomatique, AT 2 jours car Stewart

P22 – Femme 35 ans

- Syndrome pseudo-grippal, apyrétique
- Examen clinique sans particularité
- Traitement symptomatique

P23 – Homme 51 ans

- S'est fait percuter la main par rétroviseur de voiture alors qu'il était à moto
- Hématomes sous-unguéaux avec œdème ++, pas de plaie
- Pas de déficit sensitivomoteur, douleur ++
- Radiographie à faire et traitement antalgique

P24 – Homme 47 ans

- Vient pour son certificat de suivi pour le juge
- Passe en jugement en septembre
- Va mieux
- Essai de diminuer progressivement le Stilnox® et le Xanax®

P25 – Femme 52 ans

- Vertiges vestibulaires depuis quelques semaines
- A vu l'ORL
- Doit encore avoir des examens le lendemain
- Examen clinique inchangé, diminution des vertiges, surtout gênée par les conséquences (ne peut pas lire, ne peut pas travailler...)
- Poursuite AT

P26 – Homme 34 ans

- Asthénie depuis 6 semaines environ mais stress important à son travail, déménagement récent, a fait pendant un an plus de 4 heures de route par jour pour se rendre à son travail
- Examen clinique normal
- Pas d'antécédent personnel ou familial notable
- A priori pas de symptômes dépressifs à l'interrogatoire
- Bilan à faire
- Cure de magnésium

P27 – Homme 57 ans

- Vertige aux changements de position
- Examen clinique normal
- VPPB ?
- Bilan en raison de l'âge
- Traitement par Tanganil®
- Est revenu le lendemain, bilan normal, poursuite traitement symptomatique

P28 – Femme 48 ans

- Douleur en hypochondre droit depuis quelques semaines, n'a pas consulté
- Depuis la veille augmentation de la douleur qui n'est pas continue avec irradiation en ceinture
- Apyrétique
- Examen abdominal retrouvant une sensibilité en hypochondre droit sans signe d'irritation péritonéale
- Probable calculs vésiculaires
- Echographie abdominale et bilan sanguin, à réévaluer

P29 – Femme 27 ans

- Rappel vaccin DTP

## **PRESCRIPTION DES MORPHINIQUES – PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR**

### **Prescription des morphiniques**

La morphine

- Opioïde de référence par habitude, facile à se procurer, faible coût
- Pas d'effet plafond
- Craintes infondées : toxicomanie, sédation excessive, dépression respiratoire
- Effets secondaires principaux : nausées, vomissements, constipation ++, prurit, sécheresse buccale, rétention urinaire, somnolence, confusion, hallucinations, dépression respiratoire, myoclonies
- Limites : mauvaise biodisponibilité per os : 20 à 30 %, grandes variations individuelles, pas d'efficacité sur les douleurs neurogènes

Titration morphinique PO

- Donner de la morphine à libération prolongée toutes les 12 heures en commençant par une faible dose (exemple Skénan LP® 30 mg toutes les 12 heures)
- En cas d'accès douloureux paroxystique, donner en plus, toutes les 4 heures, 1/6<sup>ème</sup> de la dose totale des 24 heures, sous une forme à libération immédiate (exemple Actiskénan® 10 mg toutes les 4 heures)
- La dose de fond est ajustée en incorporant le total des doses de morphine (entre-doses comprises)
- Technique d'équilibration sûre et efficace
- Doses de secours (= doses de 4 h) peuvent être données toutes les heures
- Réajuster le traitement après 24 h, en fonction des doses administrées, seulement si plus de 3 pics douloureux par 24 h

Morphine à libération immédiate

- Actiskénan® gélules à 5, 10, 20 et 30 mg
- Sévrédol® comprimés à 10 et 20 mg
- Oramorph® glossettes à 10, 30 et 100 mg et flacon doseur 1 goutte = 1,25 mg

Morphine à libération prolongée

- Skénan LP® gélule à 10, 30, 60, 100 et 200 mg
- Moscontin LP® comprimés à 10, 30, 60, 100 et 200 mg
- Kapanol LP® comprimé à 20, 50 et 100 mg

Morphine injectable

- Si voie orale impossible, voie sous-cutanée choisie en premier
- Délai d'efficacité plus rapide que la voie orale
- Absorption régulière, pic de concentration plasmatique dans les 15 à 30 minutes
- Pas d'indication de la voie intra musculaire

- Si voie parentérale : pas de premier passage hépatique
- En pratique : 30 mg de morphine PO = 15 mg de morphine SC = 10 mg de morphine IV

#### Autres voies

- Voie transdermique : utile pour les douleurs stables, Fentanyl - Durogésic®
  - Action sur 72 h
  - 25 µg / h = 60 mg de morphine per os
  - Maniabilité peu évidente malgré facilité des patchs
  - A donner en cas de situation stable, si palier II insuffisant, et prises per os difficiles
  - A éviter quand la situation est évolutive, en cas de fièvre +++, et pendant la recherche d'un dosage adapté
  - Phénomènes de sevrage
- Voie transmuqueuse : efficace pour les accès douloureux paroxystiques, Actiq®
- Voie rectale : biodisponibilité, durée d'action et doses, identiques à la voie orale

#### Association Opioïdes agonistes purs et agonistes-antagonistes

- Opioïdes agonistes purs : Dextropropoxyphène (Diantalvic®, Propofan®), Fentanyl (Fentanyl®, Durogésic®), Méthadone (Méthadone®), Oxycodone (Oxycontin®), Codéine (nombreuses présentations), Tramadol (Contramal®, Topalgic®)
- Opioïdes agonistes-antagonistes : Buprénorphine (Temgésic®, Subutex®), Nalbuphine (Nubain®)
- Mécanisme de l'interaction
  - Mécanisme d'origine pharmacodynamique. Les opioïdes agonistes purs stimulent les récepteurs opioïdes déterminant un effet antalgique
  - Les opioïdes agonistes-antagonistes, lorsqu'ils sont prescrits seuls, ont des propriétés agonistes et stimulent les récepteurs opioïdes, déterminant également un effet antalgique
  - En revanche, en présence d'un opioïde agoniste pur, un opioïde agoniste-antagoniste exerce sa propriété antagoniste, bloquant les récepteurs opioïdes
  - Dans ces conditions, les opioïdes agonistes purs ne peuvent plus stimuler les récepteurs opioïdes et perdent leur efficacité antalgique, tout en exposant à un syndrome de sevrage

Donc pas d'association ++

#### La rotation des opioïdes (chez patient douloureux sous morphine)

- Augmenter les doses de morphine car il n'y a pas d'effet plafond
- Surveiller l'apparition d'effets indésirables : dépression respiratoire, myoclonies, somnolence, nausées, vomissements, constipation
- Éliminer une cause métabolique : insuffisance rénale, hypercalcémie, association avec psychotropes...
- Changer de morphiniques en respectant les doses équianalgésiques (principe de la « rotation des opioïdes » (en changeant d'opioïde, il est possible de faire disparaître les effets indésirables, tout en maintenant un niveau d'analgésie confortable)
- Il se peut qu'après un certain temps, une nouvelle rotation des opioïdes soit nécessaire. On peut alors choisir une troisième molécule ou bien revenir à la première molécule utilisée et ainsi de suite. On peut ainsi observer que l'antalgie est obtenue avec des doses moindres qu'avant la rotation.
- Opioïdes disponibles
  - Par voie orale : Morphine LP et LI, Hydromorphone LP et LI, Oxycodone LP
  - Par voie transdermique : Fentanyl
  - Par voie injectable : Morphine SC, IV, seringue auto pulsée sur 24 heures, Sufentanil et Fentanyl (réservé à l'usage hospitalier)

#### Règles de prescription

- Prescription facilitée par la disparition du carnet à souches
- Prescription sur une ordonnance sécurisée datée
- Identification du médecin avec numéro ADELI, signature, tampon
- Identification du patient avec nom, prénom, sexe et âge
- Inscription de la molécule prescrite avec son dosage, la posologie par jour, le nombre de jours prescrit et le nombre de médicament nécessaire pour la durée totale du traitement EN TOUTES LETTRES (exemple : Skénan LP® trente milligrammes, une gélule à prendre matin et soir (à douze heures d'intervalle soit huit heures et vingt heures) pendant vingt huit jours soit cinquante six gélules)
- Co-prescription d'un laxatif +/- d'un antiémétique
- Prescription pour 28 jours maximum pour la morphine PO pouvant être délivrée en une seule fois
- Pas de chevauchement d'ordonnance

## Prise en charge de la douleur – Cas de Mme T. 74 ans

Mme T. est une patiente de 74 ans qui consulte régulièrement toujours accompagnée de son mari. Ils sont tous les deux autonomes. Mr T. n'a aucun antécédent. Mme T. présente en revanche des antécédents multiples : AOMI stade 1, DNID, embolie pulmonaire, HTA, leucose lymphoïde chronique, hypercholestérolémie, néphrectomie pour cancer du rein, mal perforant plantaire sur carcinome basocellulaire

Elle a pour traitements

Mercredi 17 juin 2009, je la vois pour la première fois, l'examen clinique sans particularité, je lui renouvelle ses ordonnances et lui prescrit un bilan sanguin pour la prochaine consultation.

Mercredi 22 juillet 2009, elle présente une douleur au niveau de son ulcère de jambe de type neuropathique (fourmillements, sensations de décharges électriques...). Je retire son pansement, l'ulcère est propre, il n'y a pas de signes inflammatoires. Je débute un traitement par Lyrica® à 75 mg matin et soir, et prescrit un doppler des membres inférieurs en accord avec le Dr Joly pour contrôler l'étiologie de l'ulcère.

Lundi 27 juillet 2009, elle revient avec les résultats de l'écho-doppler, toujours accompagnée de son mari, le doppler artériel est normal, il existe une insuffisance veineuse. J'augmente le traitement par Lyrica® car il semble peu efficace. La patiente décrit la persistance des douleurs d'allure neuropathique.

Mercredi 12 août 2009, la patiente est venue il y a 2 jours pour persistance des douleurs neuropathiques. Elle a été vue par Dr JOLY qui a diminué le Lyrica® et commencé un traitement par Rivotril® 10 gouttes/j. Elle revient ce jour car aucune amélioration. L'examen clinique est inchangé, l'ulcère est propre, il n'y a pas de signes inflammatoires. En accord avec le Dr Joly, j'augmente le traitement par Rivotril® à 15 gouttes, et j'ajoute du Topalgic® 100 LP matin et soir.

Lundi 24 août 2009, la patiente est non soulagée par Rivotril® et Topalgic®. A l'examen, elle présente un œdème de la jambe gauche et un placard érythémateux. Le pansement sera vu dans 48 heures avec les infirmières. Tous les antalgiques sont arrêtés et je prescris un traitement par Skenan® LP 30 mg matin et soir et Actiskenan® 10 mg toutes les 4 heures en cas de douleur paroxystique. Le Rivotril® est poursuivi à 10 gouttes uniquement et je co-prescris un laxatif et un antiémétique.

Lundi 31 août 2009, la patiente est bien soulagée par le Skénan®, elle ne prend pas d'inter-dose d'Actiskénan®. On poursuit donc le traitement par Skénan® 30 mg x 2/j. Le pansement a été vu à domicile, il n'y a pas de surinfection de l'ulcère.

#### Conclusion – Apport du maître de stage

Il a fallu un mois d'escalade thérapeutique des antalgiques pour arriver à soulager la patiente par de faibles doses de morphiniques. Je pense qu'il aurait fallu prescrire la morphine plus tôt mais j'ai été déroutée par la description des douleurs par la patiente qui semblaient essentiellement neuropathiques avec notamment description de paresthésies à chaque consultation. Je n'ai pas non plus eu assez confiance en la patiente sur l'intensité de ses douleurs (patiente qui se présentait au cabinet médical et paraissait moins douloureuse que ce qu'elle décrivait) ce qui m'a freinée dans la prescription des morphiniques. Aujourd'hui, la patiente est complètement soulagée par le Skenan LP® à doses faibles. Elle ne présente pas d'effets indésirables et a arrêté le Rivotril®. Finalement la douleur n'avait apparemment pas de composante neuropathique. Mais quand faut-il décider d'arrêter la morphine (question posée par la patiente) ?

Apport du maître de stage : écouter les patients, si ils disent qu'ils souffrent c'est qu'ils ont mal, peu importe si ils paraissent douloureux ou non, chacun a son seuil de douleur et l'exprime de façon différente. Si j'avais vu cette patiente en supervision directe je pense qu'on aurait peut être suivi la même escalade thérapeutique mais qu'elle aurait eu de la morphine plus tôt et aurait été soulagée plus rapidement.

## Mardi 25 août 2009

### P1 – Femme 62 ans

- Chirurgie pour polypes abdominaux il y a 15 jours
- Depuis la veille, placard rouge et inflammatoire péri-cicatriciel
- Pas d'écoulement, cicatrice propre, un peu douloureuse
- Examen normal par ailleurs, apyrétique
- Infection péri-cicatricielle probable, antibiothérapie, doit revoir le chirurgien cette semaine
- Doit reconsulter en urgence si nouveaux symptômes ou aggravation

### P2 – Homme 35 ans

- Epigastralgies, examen clinique normal, traitement symptomatique

### P3 – Homme 37 ans

- Douleurs des membres inférieurs soulagées par Doliprane®, polynévrite alcoolique
- Dit avoir arrêté l'alcool, répétition de l'importance du sevrage
- Tabagisme 1 paquet par jour, conseil minimal

### P4 – Femme 32 ans

- Angine érythémateuse

- Strepto-test® négatif, traitement symptomatique

P5 – Femme 63 ans

- Hypoesthésie du 2<sup>ème</sup> orteil droit avec déviation de cet orteil sous l'hallux
- Contrôle glycémie et radiographie du pied
- A réévaluer

P6 – Femme 71 ans

- Résultats bilan fait pour asthénie après pose de PTH
- Bilan normal
- Reprise de l'antidépresseur arrêté pour la chirurgie, va mieux

P7 – Homme 28 ans

- Venu le 15/07/09, suivi en psychothérapie
- Nouvelle crise d'angoisse pour laquelle il a consulté aux urgences le matin même (examen clinique normal, dextro/ECG/constants RAS)
- Examen normal au cabinet médical
- Angoissé +++, réassurance

P8 – Femme 29 ans

- Bilan pour douleurs thoraciques (échographie abdominale, radiographie de thorax et bilan sanguin) normal
- Traitement symptomatique (probables douleurs pariétales)
- Rappel DTP

P9 – Homme 57 ans, P27 du 24/08/09 (cf.)

## **Mercredi 26 août 2009**

P1 – Homme 62 ans

- Hyperthermie et brûlures mictionnelles
- BU positive (leuco, nitrites, sang)
- Antibiothérapie

P2 – Homme 25 ans

- Douleur de l'épaule suite à un déménagement (AT), a entendu un craquement
- Impotence fonctionnelle quasi-totale et douleur intense
- Echographie, traitement antalgique, réévaluation avec résultats

P3 – Femme 35 ans

- Venue le 21/08/09 suite à AT
- Moins douloureuse, poursuite arrêt de travail

P4 – Homme 24 ans

- Cervicalgies, travaille dans un cercle de jeu avec tête penchée en avant
- Poursuite traitements antalgiques et anti-inflammatoires
- Arrêt de travail, radiographie (douleur persistante malgré traitement et notion d'accident de voiture il y a 2 ans)

P5 – Homme 40 ans

- OH chronique sévère, est parti un mois en vacances, abstinence complète
- De retour chez lui, angoisse ++, a bu une fois environ 40 cL de whisky
- Toujours suivi en psychothérapie
- Va déménager, grossesse de sa femme sans soucis

P6 – Homme 51 ans

- Venu le 24/08/09 suite à accident de mot
- Radio de la main, fractures comminutives de P3 des 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts de la main gauche
- Attelle à chaque doigt
- Ne veut pas d'arrêt de travail
- Antalgiques et rappel VAT fait

## PROSTATITE

Toute cystite chez l'homme est à considérer et à traiter comme une prostatite aiguë

- Examens recommandés : BU, ECBU, échographie des voies urinaires en urgence, hémocultures en cas de forme sévère, pas de dosage de PSA à la phase aiguë
- Traitement probabiliste : idem à la pyélonéphrite simple (pas de Bactrim® en probabiliste)
- Traitement de relai de 14 à 21 jours en fonction de l'antibiogramme (pas d'Amoxicilline même si bactérie sensible à l'antibiogramme car mauvaise diffusion prostatique)
- Traitement urologique en cas de rétention aiguë d'urines ou abcès prostatique
- Contrôle ECBU 48-72 heures après début du traitement en cas d'évolution défavorable et dans tous les cas 4-6 semaines après la fin du traitement pour dépister une prostatite chronique
- Si âge ≥ 50 ans, la prostatite peut être la révélation d'un cancer de la prostate. Un dépistage doit être réalisé par dosage des PSA (au moins 6 mois après l'épisode aigu) et TR

Bibliographie : Afssaps. Recommandations de bonne pratique : diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires chez l'adulte. Juin 2008.

## **Vendredi 28 août 2009**

P1 – Homme 36 ans

- Venue le 07/08/09
- Lombalgie chronique suite à un accident de travail
- Allait mieux mais chute dans les escaliers donc de nouveau douloureux
- N'a pas perdu de poids...
- Ré-explication de l'importance de la perte de poids pour la lombalgie et pour le diabète
- Est déjà suivi par une nutritionniste
- Changement de poste de travail évoqué

P2 – Femme 28 ans

- Rhinorrhée depuis quelques jours et asthénie importante
- Grossesse de 7 SA
- Examen clinique sans particularité
- Traitement symptomatique
- Arrêt de travail

P3 – Femme 45 ans

- Dépression
- Douleurs chroniques
- Renouvellement de traitement et d'arrêt de travail
- Venue le 17/08
- Va mieux après l'augmentation du Lyrica® et le changement d'antidépresseur (Effexor®)

## **Lundi 31 août 2009**

P1 – Homme 63 ans

- Diabète insulino-requérant
- Examen clinique normal, PA normale
- Bilan sanguin complet à faire
- Lettre pour le cardiologue faite
- Ophtalmo vu récemment

P2 – Femme 32 ans

- Suivie pour diabète de type 1 et dépression
- Renouvellement d'ordonnance, diabète toujours déséquilibré malgré suivi à l'hôpital, alternance d'hypo- et d'hyperglycémies
- Toujours en arrêt de travail, pas d'adaptation du poste pour l'instant
- Va moins bien qu'avant, pleure

- Patiente qui n'accepte pas du tout sa maladie, demande souvent si des découvertes sont faites pour guérir le diabète

P3 - Femme 56 ans

- Aponévrosite plantaire invalidante pour laquelle elle est en arrêt de travail
- Coxarthrose, radio de contrôle sans évolution
- Sécurité sociale refuse le passage en invalidité, en cours de traitement

P4 – Femme 41 ans

- Brûlures mictionnelles sans fièvre
- Examen clinique normal
- BU : leucocytes +++, nitrites +, sang +++)
- Traitement par antibiothérapie

P5 - Femme 26 ans

- Certificat de non contre indication à la pratique du sport
- Renouvellement de pilule
- Souhaite dépistage MST car à 3 mois de sa dernière relation
- Examen clinique normal

P6 – Garçon 13 mois

- Vaccin PRIORIX® fait dans la cuisse
- Examen clinique normal
- Développement psychomoteur en rapport avec l'âge, marche

P7/P8 – Garçons 9 et 10 ans, frères

- Rhinorrhée claire, éternuements, et larmoiement oculaire clair
- Antécédents asthme (dernière crise il y a plusieurs mois, pas d'hospitalisation) et allergies explorées
- Rhinite et conjonctivite allergiques probables
- Traitement symptomatique
- Ré-explications données sur le traitement de l'asthme car mal compris (Séretide® donné uniquement en cas de crise d'asthme et Ventoline® non prescrite)
- Vérification de l'utilisation correcte des aérosols par les 2 enfants

P9 – Adolescent 14 ans

- Certificat de non contre-indication à la pratique du football
- Examen clinique normal, pas d'antécédent personnel ou familial, pas d'intoxication alcoolotabagique

P10 – Femme 24 ans

- Bilan fait dans le cadre d'une gêne respiratoire évoquant un asthme allergique
- Radio de thorax normale
- Bilan allergologique de base normal

- Essai d'un traitement d'épreuve par Ventoline®

P11 – Femme 74 ans

- Venue le 24/08/09
- Pansement vu à domicile, pas de surinfection de l'ulcère
- Bien soulagée par le Skénan®, ne prend pas d'inter-dose d'Actiskénan® donc poursuite du traitement par Skénan® 30 mg x2/j
- Adressée à l'ORL car persistance de la rhinorrhée purulente malgré antibiothérapie adaptée et notion de polypes nasaux à reconstruire

## **GESTE TECHNIQUE : LA VACCINATION**

- Préparer le produit à injecter (Priorix®), ou préparation déjà reconstituée (DTCP, vaccin antigrippal)
- Expliquer le geste au patient, expliquer et rassurer s'il s'agit d'un enfant (pose préalable d'EMLA® chez les enfants, sauf pour réalisation du BCG intradermique)
- Lavage des mains
- Vérification des dates de péremption
- Installer le patient
- L'injection se fait en intramusculaire dans le muscle deltoïde chez l'adulte et dans la face externe de la cuisse chez le nourrisson, ou en sous cutanée profonde dans la face externe du bras
- Désinfecter la peau
- Tendre la peau et introduire l'aiguille dans un geste sûr
- Vérifier l'absence de reflux sanguin et injecter le produit
- Retirer l'aiguille d'un geste rapide et appliquer une compresse
- Masser la zone de ponction
- Jeter la seringue et l'aiguille dans le container pour objets piquants, jeter le reste du matériel
- Mettre un pansement
- Se laver les mains
- Noter dans le carnet de santé ou le carnet de vaccination, la date, le numéro de lot, la date de péremption du vaccin, la date de la prochaine injection, signature et tampon

### **Mardi 1<sup>er</sup> septembre 2009**

P1 – Homme 55 ans

- Vient pour réévaluation de son hypertension
- PA toujours élevée à 170/100 mmHg, pas de symptômes cliniques
- Augmentation de l'Odrik® à 4 mg
- Bilan sanguin complet à faire
- Réévaluation dans 15 jours

P2 – Homme 55 ans

- Lombo-cruralgie d'allure inflammatoire associée à une coxalgie droite

- Traitement antalgique
- Radiographie de hanche
- Bilan sanguin en raison de l'horaire inflammatoire
- A revoir avec les résultats

P3 – Femme 46 ans

- Venue le 29/07/09
- Traumatisme de la main droite par écrasement, pas de fracture
- Toujours douloureuse, diminution de la motricité et hypoesthésie des 2 derniers doigts
- IRM à faire
- Arrêt de travail

P4 – Fille 2 ans 3 mois

- Certificat de vie en collectivité pour entrée à la crèche
- Rappel ROR à faire
- Examen clinique normal, développement psychomoteur en rapport avec l'âge

P5 – Homme 75 ans

- Vient pour ablation des fils suite à une plaie de la face dorsale de la main droite (8 points)
- Rappel VAT fait
- Résultats de polysomnographie reçus : syndrome d'apnées/hypopnées du sommeil
- Lettre pour pneumologue faite afin d'envisager un appareillage

P6 – Homme 89 ans

- Visite à domicile
- Rétrécissement aortique serré
- Examen clinique normal
- Renouvellement traitement
- Injection vitamine B12 en IM

P7 – Femme 43 ans

- Visite à domicile
- Grossesse en cours, 5<sup>ème</sup> mois
- Mari alcool-dépendant, n'avait pas bu durant les vacances, rechute
- Dispute, a porté plainte pour agression, l'a mis à la porte
- 3 enfants à charge
- Problèmes de dettes
- Psychothérapie, mise en relation avec l'assistante sociale

P8 – Homme 73 ans

- Visite à domicile
- Douleurs abdominales d'apparition brutale, évoluant depuis 2 jours avec vomissements sans arrêt des matières et des gaz
- Antécédent de perforation d'ulcère
- Probable récurrence, abdomen météorisé chirurgical, apyrétique

- Adressé aux urgences chirurgicales de Senlis

## **Mercredi 2 septembre 2009**

P1 – Homme 86 ans

- Antécédent d'hypertension artérielle et de gonarthrose
- Examen clinique normal, PA bien équilibrée
- Renouvellement traitement et bilan sanguin pour la prochaine consultation

P2 – Femme 26 ans

- Antécédent de mal de Pott dorsolombaire en 2005, traité par antibiothérapie pendant 2 ans
- Certificat de non contre-indication à la pratique du sport
- Examen clinique sans particularité
- Radiographie de contrôle à faire

P3 – Femme 56 ans

- Gonalgie chronique sur prothèse totale de genou
- Poursuite du traitement antalgique et de l'arrêt de travail

P4 – Homme 33 ans

- Venu le 30/06/09
- Lombalgie chronique
- Amélioration des douleurs
- En attente de l'IRM car problème de prise en charge
- A perdu 13 kg sans régime strict en contrôlant les portions de chaque plat et en limitant les aliments sucrés (95 kg, 177 cm, BMI 30), encouragements et discussion sur la nécessité de ne pas perdre « trop de poids trop vite » au risque de reprendre les kilos perdus

P5 – Femme 39 ans

- Antécédent d'anorexie mentale
- Poids stable
- Psychothérapie

## **Vendredi 4 septembre 2009**

P1 – Homme 19 ans

- Certificat de non contre-indication à la pratique du sport
- Tabagisme 12 cigarettes/jour, ne souhaite pas arrêter, conseil minimal
- Pas d'antécédents
- Examen clinique normal en dehors d'un surpoids (taille 171 cm, poids 79 kg, BMI 27)
- Rappel DTCP fait

P2 – Homme 55 ans

- Patient venu le 1<sup>er</sup> septembre
- Radiographie normale, pas d'arthrose
- Bilan sanguin normal, pas de syndrome inflammatoire
- Persistance de la douleur, ne supporte pas l'Ixprim®
- Modification du traitement antalgique

## Lundi 7 septembre 2009

P1 – Homme 47 ans

- Sciatique gauche de type S1 typique sans signes de gravité
- Traitement symptomatique

P2 – Homme 62 ans

- HTA équilibrée
- Vient pour renouvellement traitement
- Bilan sanguin pour prochaine consultation

P3 – Femme 29 ans

- Syndrome pseudo-grippal avec pharyngite (Strepto-test® négatif)
- Traitement symptomatique
- Asthénique, je lui propose un AT de 2 jours, n'est pas contente voudrait un AT pour toute la semaine, je lui explique que ça n'est pas possible pour une « simple angine »

P4 – Femme 51 ans

- Asthénie marquée dans le cadre d'une carence martiale importante (fer sérique 0.23 mg/L, ferritine 3.9 µg/L)
- A déjà eu l'année dernière FOGD et coloscopie
- Traitement par Tardyféron B9® depuis 1 semaine
- Recherche de signes de syndrome dépressif non retrouvés
- Examen normal, constantes normales, BMI 18.5 mais poids stable
- Poursuite AT et traitement

P5 – Homme 40 ans

- Vu le 26/08/09
- Rechute alcoolisme chronique, s'est retrouvé aux urgences 2 fois la semaine dernière pour ivresse
- Est retourné vivre chez sa femme
- A fait des démarches pour centre de désintoxication, doit partir en cure de 4 semaines

P6 – Femme 62 ans

- 2<sup>ème</sup> prise de sang pour glycémie (GAJ 1.28 g/L et HbA1c 5.5 %)
- Réexplication du régime diabétique et dernier contrôle de glycémie 1 mois après fin du Ramadan

- Si glycémie toujours limite, traitement à instaurer

P7 – Femme 49 ans

- Toux depuis 1 mois avec expectorations blanchâtres surtout nocturnes
- Interrogatoire et examen clinique en faveur d'un asthme
- RT vu le contexte (patiente africaine parle très peu français) pour écarter une tuberculose ou un foyer pulmonaire
- Traitement d'épreuve par Ventoline®, explications données mais pas de tube à disposition donc efficacité ???

P8 – Femme 35 ans

- Venue le 31/08, accident de travail, persistance de l'hématome sous-unguéal mais amélioration de la douleur
- Reprise du travail avec poursuite des soins
- Certificat de sport pour danse orientale

## **Mardi 8 septembre 2009**

P1 – Homme 62 ans

- DNID, hypercholestérolémie, HTA
- Venu le 02/06/09
- N'a pas fait l'auto-mesure demandée
- PA 150/90
- Bilan sanguin normal selon le patient mais non rapporté...
- Renouvellement traitement

P2 – Femme 54 ans

- Vient pour vertiges
- A l'interrogatoire plutôt sensation d'instabilité, pas de chute ni de malaise
- Examen clinique dont neurologique normal
- Problèmes de couple depuis 2 ans évoqués par la patiente
- A commencé un régime strict sans surveillance médicale il y a 2 semaines où elle a supprimé laitages, féculents, viandes, sucres. Ne mange que des légumes et de la pastèque... A perdu 6 kg en 2 semaines
- Je lui explique les dangers de ce régime, propose une prise en charge par diététicienne qu'elle refuse
- Lui donne des conseils sur alimentation, et lui explique le probable rapport avec les vertiges
- Bilan sanguin à faire (dernier en 2006)

P3 – Homme 57 ans

- Suivi pour Asbestose
- Venu le 09/06/09 pour douleur du pied
- A ramené sa radio : calcifications du tendon achilléen et de l'aponévrose plantaire, épine calcanéenne
- A vu un ostéopathe qui lui a prescrit des semelles orthopédiques qui le soulagent totalement

- Par ailleurs toux et expectorations sales
- Examen normal
- Traitement par antibiotiques (terrain)
- Renouvellement traitement

P4 – Homme 37 ans

- Pharyngite
- Pas de Strepto-test® (hors critères)
- Traitement symptomatique

## Mercredi 9 septembre 2009

P1 – Garçon 7 ans

- Toux nocturne avec gêne respiratoire et expectorations blanchâtres
- Notion de sifflement la nuit
- Examen clinique normal
- Asthme probable
- Pick-flow non réalisable
- Traitement d'épreuve par Ventoline®, explications données et démonstration de l'utilisation Ventoline® avec vérification de la compréhension par l'enfant et sa mère
- A revoir pour envisager EFR

P2 – Adolescent 17 ans

- Douleurs abdominales de type spasmodique
- Examen clinique normal
- Traitement symptomatique

P3 – Garçon 7 ans

- Certificat médical de non contre-indication à la pratique du sport
- Examen clinique normal

P4 – Homme 58 ans

- Douleur malléole externe en regard du LLE gauche avec œdème, type entorse mais pas de traumatisme, pas de chute
- Radio : fracture de fatigue ? A réévaluer

P5 – Femme 66 ans

- DNID déséquilibré avec trithérapie PO maximale
- Amarel® 4 mg, Actos® 30 mg, Glucophage® 1000 mg x3/j
- HbA1c 8.8 %
- Hypercholestérolémie et HTA déséquilibrées
- Réexplication du régime qui n'est pas du tout respecté, surpoids important
- Explications données sur hospitalisation éventuelle courte en HDJ de diabétologie pour réévaluer le traitement

- **Explications données sur passage à l'insuline possible en cas d'échec.** Protestations de la patiente qui refuse le passage à l'insuline même si celui-ci a déjà été évoqué, je reprends avec elle les explications, pourquoi le passage à l'insuline sera probablement inévitable (traitement PO maximal, nécessité d'un équilibre du diabète, complications potentielles du diabète en cas de déséquilibre, association à une HTA et une hypercholestérolémie déséquilibrées, patiente avec espérance de vie encore importante...)
- Contrôle dans 15 jours
- Coxarthrose débutante
- Consultation longue +++ ¾ d'heure

P6 – Fille 12 ans, certificat médical de non contre-indication à la pratique du tir

P7 – Adolescent 15 ans, frère de P6, certificat médical de non contre-indication à la pratique du tir

P8 – Adolescente 15 ans, 3<sup>ème</sup> injection de Gardasil®

P9 et P10 – Enfants de 9 et 13 ans

- Certificats médicaux de non contre-indication à la pratique du sport
- Pas d'antécédents particuliers
- Accompagnés par leur père qui demande un certificat médical pour sa femme que je refuse de faire
- Il se met en colère et devient agressif malgré mes explications sur les raisons de mon refus et mes tentatives pour trouver un RDV qui conviendrait à sa femme
- Finit par dire « puisque c'est comme ça elle ne fera pas de sport »...

P11 – Homme 74 ans

- Vu en août, suivi pour perturbation du bilan martial
- A la dernière consultation fer et ferritine très élevés et coefficient de saturation de la transferrine à 65 %
- Revient ce jour avec complément de bilan, bilan hépatique normal, bilan de coagulation normal, échographie hépatique normale
- Radiologue conseille une IRM hépatique pour calculer la surcharge ferrique du foie
- A revoir avec le résultat de l'IRM et sera ensuite adressé au gastroentérologue

P12 – Fille 11 ans

- Vient pour vaccination par Revaxis®
- Règles douloureuses, réglée depuis l'âge de 9 ans, examen clinique normal, proposition d'un traitement par Ponstyl® et réévaluation

## **Vendredi 11 septembre 2009**

P1 – Homme 41 ans

- Rhinopharyngite sans fièvre, examen clinique normal
- A peur d'avoir la grippe A...
- Arrêt de travail pour le jour même, voudrait un arrêt d'une semaine pour se reposer...  
Explications données au patient sur mon refus

P2 – Homme 55 ans

- A consulté le 01/09, pour contrôle HTA avec augmentation du traitement antihypertenseur (Odrick®)
- Contrôle ce jour PA 150/90, pas de modification du traitement
- Contrôle bilan sanguin fait, diabète et hypercholestérolémie équilibrés

P3 – Femme 77 ans

- Suivie pour HTA, DNID, hypercholestérolémie et hypothyroïdie
- Bien équilibrée sur tous les plans
- Renouvellement de traitement

P4 – Homme 55 ans

- Venu le 04/09 pour sciatalgie gauche
- Toujours non soulagé
- Patient revendicateur, aucun médicament ne fonctionne, je lui avais prescrit du Doliprane® à 4 g/j à la dernière consultation car ne supportait pas l'Ixprim® et ne le prend pas car le Doliprane® ce n'est pas assez fort pour ce qu'il a, n'a même pas essayé... Dit que son problème date maintenant de 6 semaines alors qu'il est venu consulter la 1<sup>ère</sup> fois le 01/09/09, repos au lit en permanence alors que je lui ai expliqué la nécessité de marcher...
- Prescription de Zaldiar® en remplacement du Doliprane® (ne supporte pas non plus la codéine)
- Arrêt de travail 7 jours, à réévaluer

Description du cas

Le patient a présenté après la prise d'Ixprim® des sensations vertigineuses et des nausées importantes.

VIDAL : effets indésirables : trouble du SNC très fréquent : sensations vertigineuses (très fréquentes > 10 %) et troubles gastro-intestinaux : nausées (très fréquentes > 10 %)

Solution apportée : prescription de Doliprane® à la dose maximale de 4 g/j en expliquant bien au patient de prendre la totalité des comprimés pour une efficacité maximale. Finalement le Doliprane® n'a pas été efficace et le patient a été soulagé par le Zaldiar®.

P5 – Femme 48 ans

- Non connue au cabinet médical
- Diabète insulino-requérant sous Lantus®, Byetta® et Metformine®
- Vient car son médecin a oublié de lui prescrire les aiguilles pour stylo à insuline
- Vient de déménager et son médecin se trouve trop loin
- Je lui explique qu'il faut qu'elle change de médecin traitant si elle ne désire plus aller voir le précédent en raison de la distance

## Lundi 14 septembre 2009

P1 – Femme 18 ans, GEA sans signe de gravité, traitement symptomatique

P2 – Femme 47 ans, GEA sans signe de gravité, traitement symptomatique

P3 – Femme 40 ans

- Asthénie, angoisse
- Ne travaille pas actuellement, en cours de reclassement professionnel
- Décès de sa mère récent
- N'a pas pris le magnésium prescrit par Dr JOLY... prend l'Effexor® et le Lexomil®
- N'est pas venue au RDV de psychothérapie avec Dr JOLY...
- Lui réexplique l'importance de venir aux RDV, que les médicaments ne suffisent pas à traiter sa dépression réactionnelle

P4 – Femme 21 ans

- Vue le 10/06 pour retard de règles, non revue depuis
- $\beta$ -HCG positifs, IVG faite (3<sup>ème</sup>), ré-explication sur la contraception et l'IVG, l'IVG n'est pas un moyen de contraception
- Etat dentaire très mauvais, n'a toujours pas vu le dentiste
- Fume tabac  $\geq$  1 paquet par jour et cannabis
- Vient car troubles du sommeil, à type de difficultés d'endormissement, pas de réveils nocturnes une fois endormie
- A vu deux fois le médecin pendant ses vacances pour les mêmes raisons mais ne se rappelle plus de ce qui a été prescrit et n'a pas ses ordonnances mais médicaments sans efficacité selon la patiente
- Ne se sent pas angoissée mais stressée à son travail (cariste)
- Essai de Stresam® à réévaluer
- Vue 2 jours plus tard à l'hôpital pour tentative d'autolyse médicamenteuse, effet inverse du Stresam® avec excitation psychomotrice

P5 – Femme 41 ans

- Vient pour renouvellement de traitement dans le cadre d'une hypothyroïdie post chirurgicale après maladie de Basedow
- A vu son endocrinologue
- Bien équilibrée sous Levothyrox® et Néomercazole®
- Syndrome dépressif sous Deroxat®
- Présente également des lésions maculo-papuleuses prurigineuses du cuir chevelu sans pédiculose, essai d'un traitement par Kétoderm®

## Mardi 15 septembre 2009

P1 – Femme 44 ans

- Venue le 19/08, problème avec la prescription des médicaments, vient 3 à 4 fois par mois pour renouvellement Stilnox®, Lexomil®, Effexor®, Codoliprane®
- Est venue 1 fois depuis la dernière consultation voir le médecin associé
- Histoire abracadabrante sur perte des médicaments quand je lui fais remarquer qu'il devrait lui en rester...
- Prescription des médicaments pour une semaine uniquement et je lui explique qu'elle doit choisir un médecin traitant

P2 – Femme 19 ans, GEA, traitement symptomatique

P3 – Homme 58 ans, sciatalgie déjà traitée par les urgences, vient pour demander avis sur traitement

P4 – Femme 27 ans, rhinopharyngite, traitement symptomatique

## Vendredi 18 septembre 2009

P1 – Homme 55 ans

- Venu sur demande du médecin du travail pour suspicion d'HTA
- Se plaint également de diarrhée évoluant depuis quelques semaines par augmentation de la fréquence des selles non glairo-sanglantes, sans autres signes associés
- Examen clinique normal
- PA 150/90 mmHg à recontrôler
- OH plus d'1/4 de litre de vin à chaque repas et un apéritif par jour, pas de consommation supérieure le week-end selon le patient, explication chiffres OMS
- Bilan sanguin demandé avec GAJ, cholestérolémie... et coproculture
- Vaccins à jour
- Dépistage CCR abordé
- A revoir pour recontrôler la PA, avec résultats d'examens

P2 – Femme 48 ans

- Nouvelle patiente, vue pour la première fois la semaine dernière
- Situation : a déménagé, n'a donc plus de médecin traitant, a revu un médecin qu'elle connaissait avant mais qu'elle trouve encore trop loin
- Était venu la semaine dernière pour aiguilles pour stylos à Insuline
- Vient au cabinet médical ce jour avec résultats du bilan sanguin demandé par l'autre médecin
  - HbA1c 13 %
  - GAJ 3 g/L
  - Triglycérides > 7 g/L
  - Cholestérol total > 4g/L
  - LDL cholestérol non calculé
  - NFS, créatininémie, bilan hépatique, bilan thyroïdien normaux
- Explication des résultats à la patiente qui sait que « ce n'est pas bon » mais qui ne se rend pas compte à quel point
- Reprise de l'histoire de la maladie : mariée, 2 enfants (5 et 7 ans), origine pakistanaise, mère au foyer. Diabète de type II depuis 14 ans. Passage à l'Insuline il y a 3 ans et ajout du Byetta® il y a 9 mois au cours d'une hospitalisation pour déséquilibre du diabète, conservation du Glucophage®. A perdu 23 kg depuis cette hospitalisation, et en a repris 5. A arrêté toute activité physique, et le régime alimentaire par manque de temps. Est également suivie pour une hypercholestérolémie. Pas d'HTA. Dernière consultation ophtalmologue et cardiologue au cours de la précédente hospitalisation. A l'interrogatoire, on retrouve des paresthésies des extrémités et une baisse de l'acuité visuelle. L'examen clinique est sans particularité.
- Appel du Dr Joly. Hospitalisation à organiser rapidement afin de reprendre les règles de base avec un probable passage à l'insuline en plusieurs injections par jour
- Explications données à la patiente
  - Gravité du déséquilibre
  - Régime alimentaire

- Activité physique 30 minutes par jour
- Hospitalisation à organiser rapidement
- Passage à l'insuline en plusieurs injections par jour
- A revoir en consultation dans 15 jours avec nouvelle prise de sang, l'hospitalisation aura été programmée
- La patiente pense que si elle fait son régime correctement pendant 15 jours et reprend une activité physique, elle « échappera » à l'hospitalisation. Je lui explique clairement que son diabète est trop déséquilibré pour ne pas envisager cette hospitalisation et que les 15 jours n'amélioreront pas assez sa maladie, j'insiste également sur son jeune âge et sur le fait qu'elle présente des symptômes somatiques de sa maladie (paresthésies et BAV) qu'il faut absolument prendre en charge, et ce de façon semi-urgente
- Consultation ayant duré 1 heure...

P3 – Femme 63 ans

- Renouvellement ordonnance
- Dépistage CCR

P4 – Adolescente 17 ans

- Entorse de cheville en varus
- Hématome et œdème bord antérieur de la malléole externe, douleur à la palpation du faisceau antérieur du LLE, marche possible, pas de douleur au niveau des métatarsiens ni tibia/fibula
- Attelle type Aircast® avec appui
- Antalgiques
- Arrêt du sport 3 semaines

## Lundi 21 septembre 2009

P1 – Homme, rhinopharyngite

P2 – Homme

P3 – Femme

- Prolongation arrêt de travail suite à accident de travail
- Plaie de la main par écrasement
- Examen clinique inchangé
- Attente de l'IRM

P4 – Homme 55 ans

- Persistance de la sciatgie gauche
- Partiellement amélioré par le Zaldiar® (qu'il ne prend pas à la dose prescrite) alors que ne supportait pas l'Ixprim® (nausées, vertiges)
- Très demandeur d'arrêt de travail
- A chaque fois vient avec nouveau symptôme qu'il prétend durer depuis le début alors qu'il n'en a jamais parlé : ce jour se plaint d'un blocage du genou
- Prise en charge compliquée avec ce patient

- Pense qu'il a quelque chose de grave
- Pense qu'aucun traitement n'est assez fort pour ce qu'il a MAIS ne prend pas correctement les traitements prescrits
- Prétend que tous les traitements essayés sont totalement inefficaces
- Difficultés avec l'arrêt de travail. Je ne peux pas le renvoyer travailler vu la présentation du patient (boiterie) mais est-ce la réalité ou est-ce qu'il « simule », importance des bénéfices secondaires...
- Vu avec le Dr Joly à cette consultation car je me sens « débordée », je ne sais plus quoi proposer à ce patient : examen inchangé, apyrétique, BEG, examen du genou normal (notamment pas de limitation des amplitudes articulaires, pas de signes inflammatoires et pas de douleur provoquée)
- Echographie et radiographie du genou (kyste poplité ?)
- Poursuite du traitement et de l'arrêt de travail
- Réévaluation avec résultats des examens complémentaires

### **Patient inobservant et mise en échec – Cas de Mr. D.**

Difficulté de prendre en charge ce type de patient qui met constamment en échec ce que je lui propose.

Il a des idées préconçues sur les médicaments (« le doliprane® ça sert à rien, c'est pas assez fort pour ce que j'ai ») et quand je lui propose un médicament de palier II en lui expliquant l'escalade thérapeutique, ne prend pas le traitement à la posologie prescrite, donc « le traitement ne marche pas non plus ».

Il se plaint d'effets secondaires avec un traitement qui disparaissent au changement du traitement par une molécule identique. Il ne respecte pas ce que je lui propose malgré le temps passé à lui expliquer (pas de repos strict au lit, importance de prendre les antalgiques régulièrement avant que la douleur ne s'installe).

Il présente à chaque consultation une modification des symptômes qu'il prétend avoir évoqué à la consultation précédente. Il évoque au début une lombosciatique d'apparence typique puis vient à la dernière consultation en disant « mon genou est toujours bloqué » !

Enfin, il réclame toujours son arrêt de travail. Je m'interroge sur la réalité de cette lombosciatique et de ses bénéfices secondaires (surtout l'arrêt de travail), et je pense que je ne pourrais pas soulager ou guérir ce patient tant qu'il n'aura pas décidé lui-même d'aller mieux.

Il est difficile d'être mise en échec dès le début de la consultation, le patient avant toute proposition et explications pense que le traitement que je vais lui prescrire ne sera pas efficace. Finalement, j'ai demandé de l'aide au Dr Joly ne m'en sortant pas toute seule, car je pense mal prendre en charge ce patient du fait de son comportement. Finalement, je ne fais que modifier les antalgiques un peu sur sa demande sans trop y croire moi-même.

P5 – Femme

- Antécédent de cancer du sein sous chimiothérapie
- Bronchite aiguë avec expectorations purulentes
- Examen clinique normal, bon état général
- Antibiothérapie par Augmentin® en raison du terrain immunodéprimé

P6 – Femme, rhinopharyngite

P7 – Adolescente 17 ans

- Entorse du pouce droit au Hand Ball
- Hématome éminence thénar et douleur MCP
- Radiographie de principe
- Strapping, antalgiques et arrêt du sport 3 semaines

P8 – Adolescente 17 ans, rhinopharyngite, traitement symptomatique

P9 – Femme

P10 – Homme 21 ans, angine, Strepto-test® positif, Amoxicilline®

P11 – Homme

P12 – Femme, rhinopharyngite, traitement symptomatique

P13 – Femme

- Infection urinaire, BU (leuco+, nitrites-, sang+), a fait un ECBU ce matin de son propre chef
- Traitement minute par Monuril® selon recommandations

P14 – Homme 21 ans, rhinopharyngite, traitement symptomatique

P15 – Homme, renouvellement traitement, HTA bien équilibrée

## **Mardi 22 septembre 2009**

### **Stage sécurité sociale, Sarcelles 95, vacation « 100 % »**

P1 – Homme 32 ans

- Demande de 100 % pour fracture malléole externe avec pied en varus
- Convoqué par médecin conseil car affection hors liste et demande incomplète
- Pas d'antécédent
- Chute dans les escaliers en Algérie, fracture malléole externe, chirurgie en février 2008
- Mauvaise consolidation sur infection post opératoire, reprise opératoire en France et rééducation
- Déformation importante du pied en varus équin, marche avec 2 cannes anglaises, pas de marche possible sans cannes, douleur et œdème du pied persistants
- En arrêt de travail depuis février 2008 (emploi nécessitant port de charges lourdes, marche et station debout permanente)
- 100 % accordé

P2 – Femme 35 ans

- Demande de 100 % pour fibromyalgie évoluant depuis 1 an
- Professeur des écoles en maternelle, mariée, 2 enfants en bonne santé
- ITG à 6 mois de grossesse pour retard de croissance majeur, pas de cause retrouvée
- Traitement antalgique par Propofan® et Lyrica®
- Traitement antidépresseur
- Rééducation avec kinésithérapeute
- Pas de suivi en psychothérapie
- 100 % refusé, explications données à la patiente

#### P3 – Femme 60 ans

- Demande de 100 % pour lombalgies chroniques, syndrome dépressif et HTA
- Traitement antalgique par monothérapie, traitement antihypertenseur par monothérapie et pas de traitement antidépresseur
- Origine algérienne, en France depuis 30 ans, n'a jamais travaillé, 4 enfants non à charge, parle bien français
- Accompagnée par sa fille qui n'apprécie pas qu'on lui demande de patienter le temps de l'examen clinique
- A l'interrogatoire, lombalgie aggravée depuis 3 mois coïncidant avec le décès de son mari d'un cancer colorectal
- Ne fait rien seule, ne fait ni son ménage ni ses courses (aidée par ses enfants), ne sort pas de chez elle
- Examen clinique sans particularité, très plaintive mais pas de limitation objective des amplitudes articulaires, PA normale
- Demande de 100 % sera probablement refusée, médecin conseil doit appeler le médecin traitant

## **Mercredi 23 septembre 2009**

### **Stage sécurité sociale, Sarcelles 95, vacation « accident de travail »**

#### P1 – Homme 35 ans

- Convoqué car peu de renseignements sur papier d'accident de travail et arrêt de travail supérieur à 1 an
- Accident de trajet, moto contre véhicule léger
- Traumatisme crânien avec perte de connaissance et fracture du plancher de l'orbite, fracture du bassin, fracture fémur, fracture radius, fracture de l'ensemble des côtes à gauche et de 7 côtes à droite avec volet costal et hémopneumothorax bilatéral, fracture de plusieurs apophyses transverses vertébrales et fracture du corps de T10, hématome de la rate
- A passé 6 mois en hospitalisation (réanimation puis rééducation fonctionnelle), actuellement marche normalement sans aide, garde séquelles de l'hémopneumothorax et des fractures costales avec syndrome restrictif objectivé par les EFR sur terrain asthmatique préexistant, douleurs persistantes au niveau du poignet
- Emploi à SERVAIR avec cadences importantes et port de charges lourdes
- A vu le médecin du travail qui lui a proposé un mi-temps thérapeutique

- Médecin conseil propose plutôt un dossier de travailleur handicapé avec formation et reclassement professionnel

#### P2 – Femme 45 ans

- En arrêt de travail depuis 6 mois pour lombalgie
- A l'interrogatoire, lombalgie suite à accès de colère à son travail, a soulevé le caisson de son bureau ayant provoqué une lombalgie
- Examen clinique normal
- Fin de l'arrêt de travail expliqué à la patiente, appel du médecin traitant, probable arrêt pour difficultés relationnelles au travail donc ne peut pas être poursuivi...

#### P3 – Femme 22 ans

- Convoquée car nouvelle lésion apparue sur accident de travail : fracture du radius alors que l'accident de travail date de février et faisait objet d'une entorse
- Contrat étudiant pour le week-end au casino, s'occupe des machines à sous
- Entorse du poignet suite à port de charge lourde
- En reprenant les comptes rendus de radiographies, apparition de la fracture du poignet deux semaines après accident de travail sur une nouvelle radiographie faite pour persistance de la douleur, mais le médecin traitant n'a pas fait apparaître immédiatement la lésion sur l'accident de travail
- Entre temps, déclarée inapte pour son poste et pas de possibilité de reclassement dans l'entreprise, pas de proposition de formation professionnelle car contrat étudiant (est par ailleurs en licence de psychologie), a été licenciée après 2 rendez vous avec le médecin du travail à 15 jours d'intervalle
- Pas de nouveau contrat étudiant, est retournée à la faculté

#### P4 – Homme 40 ans

- Convoqué suite à une demande de mise en invalidité
- Antécédent de spondylarthrite ankylosante
- Demande faite par le patient lui-même, n'a pas consulté son médecin traitant ni le médecin du travail
- Chef d'équipe dans une entreprise
- Déjà reconnu travailleur handicapé
- A une maîtrise de chimie
- A fait plusieurs « petits boulots » après l'obtention de son diplôme
- Ne travaille que depuis 9 ans
- A l'examen, cyphose dorsale et raideur rachidienne, pas d'autre anomalie
- Explications données par le médecin du travail, pas de mise en invalidité pour l'instant car examen clinique sans particularité, n'aura que très peu de revenus car a peu travaillé
- Possibilité de reclassement professionnel évoqué +++
- Doit prendre contact avec le médecin du travail

#### Au cabinet médical

#### P1 – Femme 74 ans

- Venue le 31 août 2009

- Bien soulagée par morphine (Skenan LP® 30 mg matin et soir)
- Poursuite du traitement, avec antiémétiques et laxatifs
- Apparition de 2 nouveaux ulcères probablement veineux au niveau de la malléole externe non douloureux, propres
- Ancien ulcère en cours de cicatrisation

P2 – Homme 76 ans, mari de P1

- Renouvellement de traitement
- A perdu son ordonnance pour EAL (hypercholestérolémie il y a 3 mois, traitée par régime seul, contrôle non fait car ordonnance perdue)

P3 – Homme 21 ans, rhinopharyngite, traitement symptomatique

P4 – Fille 4 ans

- GEA sans signe gravité, traitement symptomatique
- Certificat médical de non contre-indication à la pratique de la danse
- Examen clinique normal, pas d'antécédent, bon développement psychomoteur

P5 – Garçon 7 ans, frère de P4

- Certificat de non contre indication à la pratique du tennis
- Examen clinique normal, pas d'antécédent, bon développement psychomoteur

P6 – Homme 40 ans, père de P4 et P5, rhinopharyngite, traitement symptomatique

## **Vendredi 25 septembre 2009**

### **Stage sécurité sociale, Sarcelles 95, vacation « arrêt de travail »**

P1 – Homme 40 ans

- En arrêt de travail depuis 1 an pour rupture du tendon d'Achille
- Traitement chirurgical avec reprise pour échec de la première opération
- Rééducation faite
- Se plaint de douleurs
- A l'examen, a pris 25 kg depuis sa rupture du tendon car a arrêté le sport
- Essai d'explication de la nécessité de perte de poids, « nous n'avons rien à lui apprendre, il connaît déjà tout et sait très bien ce qu'il faut faire pour perdre du poids, met tout sur le compte de la blessure et du fait qu'il lui est absolument impossible de reprendre le sport »
- Enquête alimentaire rapide sur repas d'une journée, a le régime alimentaire d'un sportif avec apport protéique et quantités mangées trop importants mais ne veut pas l'accepter
- Examen physique normal, cicatrice souple, peu de limitation des amplitudes articulaires, pas de gêne à la marche

- Doit prendre rendez vous avec le médecin du travail pour mi-temps thérapeutique puis reprise du travail à terme

P2 – Femme 59 ans

- Convoquée car en arrêt de travail depuis plus d'un an pour syndrome dépressif
- A déjà été vue plusieurs fois par le médecin conseil
- A l'interrogatoire, rechute d'un syndrome dépressif sévère en rapport avec pathologie de sa fille (méningiome cérébral)
- Patiente pleure pendant l'entretien, ne sort pas de chez elle, ne fait rien de ses journées, n'a aucune activité extérieure, ne fait pas ses courses ni son ménage, mais continue à se lever, se laver et s'habiller, aucune envie
- Vit avec son mari, histoire familiale lourde avec suicide de son frère après que celui-ci ait tué sa femme et sa fille
- A accepté depuis peu d'être suivie par un psychiatre
- Poursuite arrêt de travail
- Proposition de demande de retraite au titre de l'invalidité

P3 – Femme 58 ans

- Lombalgie chronique invalidante, hallux valgus sévère, arthrose genoux, hanches et chevilles invalidante
- Travaille à la chaîne dans une usine en mi-temps thérapeutique
- Convoquée car à un an du début du mi-temps thérapeutique
- Examen clinique inchangé par rapport à la dernière convocation par le médecin conseil
- Proposition de demande de retraite au titre de l'invalidité

## Lundi 12 octobre 2009

P1 – Homme 36 ans

- Sinusite aiguë avec rhinorrhée purulente
- Pas d'amélioration sous traitement symptomatique depuis une semaine
- Traitement antibiotique par Augmentin® et AT 2 jours (pilote de ligne)

P2 – Femme 43 ans, rhinopharyngite, traitement symptomatique

P3 – Femme 26 ans, rhinopharyngite, traitement symptomatique, voulait des antibiotiques...

P4 – Femme 27 ans

- Grossesse 9 SA
- Nausées et vomissements quotidiens, asthénie
- Examen clinique normal
- Poursuite arrêt de travail
- Toxoplasmose négative, à surveiller tous les mois, conseils donnés

P5 – Femme 21 ans, pas d'antécédent, bronchite, examen normal, traitement symptomatique

P6 – Homme 21 ans, pas d'antécédent, GEA, examen normal, traitement symptomatique

P7 – Homme 73 ans

- Pas d'antécédents en dehors d'acouphènes suite à un accident de travail
- Sinusite aiguë avec rhinorrhée purulente, otalgie avec augmentation des acouphènes +++
- Antibiothérapie par Augmentin® et traitement symptomatique

P8 – Femme 26 ans

- Amenée par son compagnon car a fait une crise d'angoisse la veille
- Depuis apathique, pleurs +++, asthénie +++, anorexie
- Compagnon lui-même suivi pour dépression par Dr Joly
- N'a aucune envie selon elle mais veut aller travailler
- Pas de prise médicamenteuse
- Pas d'antécédent
- Avait déjà évoqué psychothérapie avec le Dr Joly
- Traitement « d'appoint » par Lexomil® afin de passer le cap de la crise et doit prendre rendez vous dans la semaine avec Dr Joly

P9 – Homme 74 ans

- Vient pour renouvellement d'ordonnance
- Venu le 31 juillet pour plaie non cicatrisée suite à une chirurgie pour hématome de la paroi abdominale (injection d'insuline sous AVK) datant de mars 2009
- Prélèvement retrouvait une Klebsielle traitée par bithérapie par Augmentin® et Oflozet®
- Amélioration +++, plaie quasi-cicatrisée
- Doit voir le cardiologue le lendemain
- Lettre faite pour l'ophtalmologue (vu il y a 2 ans)
- Bilan sanguin à faire pour la prochaine consultation

P10 – Femme 74 ans, femme de P7, examen clinique normal, renouvellement ordonnance

P11 – Femme 38 ans

- AVP la semaine dernière, pas de PC, pas de TC
- Entorse cervicale, pas de fracture
- Toujours douloureuse
- Contracture musculaire +++
- Limitation des amplitudes articulaires par la douleur
- Pas de douleur des épineuses, douleur musculaire
- Soulagée par collier cervical
- Poursuite AINS et antalgiques
- Ajout décontractant musculaire

P12 – Fille 2 ans 7 mois

- Amenée par son père pour gonalgies bilatérales apparaissant le soir
- Durée environ 15 à 30 minutes
- Douleur cède spontanément ou après prise de Doliprane®
- Apyrétique, pas de modification de l'aspect du genou lors des douleurs

- Pas de notion de chute ni de traumatisme
- Pas de limitation des amplitudes articulaires, douleur non retrouvée à l'examen
- Pas d'épanchement, pas de signes inflammatoires locaux
- Hanches, chevilles, pieds normaux
- Examen cutané normal
- Abdomen souple, dépressible et indolore
- Auscultation CP normale
- Développement psychomoteur en rapport avec l'âge
- Reste de l'examen sans particularité
- Radiographie des 2 genoux et traitement antalgique simple par Doliprane®
- A réévaluer, 2<sup>ème</sup> injection de ROR à faire

## Mardi 13 octobre 2009

P1 – Femme 40 ans

- Rhinopharyngite, traitement symptomatique
- Grossesse 6<sup>ème</sup> mois, suivie par gynécologue

P2 – Femme 74 ans

- Pas d'antécédents
- Cervicalgie, contracture musculaire ++
- Pas de signes inflammatoires locaux, pas de douleurs des épineuses, pas de limitations des amplitudes articulaires, apyrétique, reste de l'examen normal
- A taillé ses haies la semaine dernière
- Traitement symptomatique
- A réévaluer
- Vaccin contre la grippe fait (prise en charge sécurité sociale > 65 ans)

P3 – Homme 63 ans

- Certificat de non contre indication à la pratique du tir
- Examen clinique normal, en fait depuis 15 ans, s'occupe de l'organisation du club
- Bilan sanguin à faire (dernier il y a plusieurs années)

P4 – Homme 35 ans, GEA, traitement symptomatique

P5 – Homme 24 ans

- Nouveau patient, rhinopharyngite
- Pas d'antécédent personnel
- Antécédents familiaux +++ : père avec hypercholestérolémie massive et décès avant 40 ans (n'en sait pas plus), 2 frères de 16 et 19 ans avec hypercholestérolémie depuis l'enfance, patient a été suivi jusqu'à 20 ans (pas d'hypercholestérolémie) ; diabète de type II dans la famille de son père
- Tabagisme arrêté depuis 1 an, consommation OH occasionnelle
- Travaille dans la maintenance d'appareils électriques de nuit
- Examen clinique sans particularité, traitement symptomatique

P6 – Femme 19 ans

- Symptômes multiples : cervicalgies, douleurs d'épaule, nausées, douleurs abdominales, asthénie...
- Examen clinique sans particularité
- Traitement symptomatique

P7 – Nourrisson 7 mois

- Diarrhée non glairo-sanglante depuis quelques jours, pas de vomissement
- Mange totalité de ses repas
- Apyrétique
- Abdomen souple et dépressible
- Pas de signes de déshydratation, bébé tonique +++
- Pas de perte de poids
- Développement psychomoteur en rapport avec l'âge
- Reste de l'examen sans particularité
- Traitement symptomatique par Tiorfan® et Doliprane®, Adiaril® prescrit avec explications données

## **Mercredi 14 octobre 2009**

P1 – Femme 53 ans

- Polyarthrite rhumatoïde
- Changement de traitement cet été après avoir vu le rhumatologue au décours d'une hospitalisation, initiation d'un traitement par Arava®
- Bilan sanguin de surveillance normal
- Examen clinique normal, pas de douleur, renouvellement de traitement
- Vaccin antigrippal fait

P2 – Femme 57 ans

- Vient pour renouvellement de traitement
- Œdème rouge au niveau de la joue après manipulation d'un bouton... Apyrétique, pas de douleur, pas d'augmentation de la chaleur locale, traitement antibiotique, surveillance de l'évolution et de la fièvre, réévaluation
- Test HémoCult II® remis avec explications

P3 – Adolescent 14 ans

- Acné papulo-nodulaire dos, thorax et visage
- Bien amélioré sous Erythrogel® et Minocycline® mais a arrêté le traitement au bout d'un mois, traitement à poursuivre pour 3 mois

P4 – Femme 78 ans

- Vient pour contrôle de son genou (hématome et infection suite à une chute il y a un mois)
- Examen clinique sans particularité
- Renouvellement de traitement

- A eu 7 jours de Pyostacine® suite à l'infection alors qu'elle est sensée y être allergique, pas d'effet secondaire donc probablement pas d'allergie

P5 – Homme 23 ans

- Douleur thoracique en position couchée d'une durée de 15 secondes, mal systématisée
- Pas de toux, apyrétique, pas de douleur à l'effort, examen cutané normal, pas de dyspnée, pas de tabagisme, pas d'antécédent personnel ni familial, examen cardio-pulmonaire normal, hémodynamique correcte
- Traitement symptomatique

P6 – Homme 33 ans

- Syndrome dépressif sévère
- Déclaré inapte temporaire ce jour par médecin du travail
- Arrêt de travail

P7 – Homme 26 ans, bronchite, examen normal, traitement symptomatique