



Le  Pakao

SYNTHESE

MEDECINE

Santé

Contenu : Dr GAYE

Collection Le Pakao 78 370 31 51

SYNTHESE MEDECINE du **Dr GAYE S.M** que je ne connais pas. Document mis en forme par **Mamadou CISSE** huitième promotion des Elèves Assistants Infirmiers d'État au Centre Régional de Formation en Santé de Kolda, Fondateur Réseau Scolaire et Initiateur de la Collection **Le Pakao** qui consiste à rassembler des documents de différents auteurs pour en faire un seul dans l'optique de révolutionner l'usage des réseaux sociaux mais aussi de faciliter l'accès à la documentation aux élèves et professionnels qui sont une des cibles primaires de la **plateforme Réseau Scolaire**.

Plan du Contenu

- ❖ FIEVRE JAUNE
- ❖ INFECTION A VIH/SIDA
- ❖ CHOLERA
- ❖ AMIBIASE
- ❖ BILHARZIOSE
- ❖ DREPANOCYTOSE
- ❖ HEMOPHILIESL'INSUFFISANCE CARDIAQUE
- ❖ LES ANEMIES
- ❖ OBESITE
- ❖ LEPRE
- ❖ PALUDISME
- ❖ L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE
- ❖ L'ULCERE GASTRO-DUODENAL
- ❖ DIAGNOSTIC DES ICTERES
- ❖ L'INSUFFISANCE RENALE AIGUE
- ❖ LES PERICARDITES AIGUËS
- ❖ LES ENDOCARDITES INFECTIEUSES
- ❖ INSUFFISANCE CORONARIENNE
- ❖ L'INFARCTUS DU MYOCARDE
- ❖ THROMBOPHLEBITE DES MEMBRES INFERIEURS
- ❖ DIABETE
- ❖ HYPERTENSION ARTERIELLE

EXOS 1... EXO 2... EXO3... EXO4... EXO5... EXO6... EXO7...
EXO8... EXO9... EXO10... EXO 11... EXO12... EXO13... EXO14...
EXO 15... EXO16

- **Infection**: ensemble des phénomènes locaux et généraux secondaires a une multiplication des germes dans l'organisme
- **Bactériémie** : décharge transitoire de germes dans la circulation sanguine
- **Septicémie** : infection généralisée de l'organisme, due à des microorganismes pathogènes de type bactérien.
- **Septicopyoémie** : État infectieux généralisé dû à un microbe pyogène (entraînant la formation de pus) et caractérisé par la présence de foyers d'infection secondaires
- **Syndrome infectieux** : Il regroupe: de la fièvre ; des signes cardiaques, respiratoires, digestifs, neuropsychiques, cutanéomuqueux ; des hypertrophies des ganglions lymphatiques (adénopathies périphériques: cervicale, axillaire, inguinale)
- **Sepsis** : Syndrome de réponse inflammatoire systémique en relation avec une infection.
- **Choc septique** : Sepsis sévère avec hypotension persistante malgré un remplissage vasculaire adéquat et/ou la nécessité d'utilisation de drogues vasoactives associée à une hypoperfusion et/ou dysfonction d'au moins un organe.

STAPHYLOCOCCIES

Infection bactérienne due à un bacille cocci gram positif appelée staphylococcus avec deux types aureus et dore, la porte d'entrée est cutanée

- **Impétigo** : dermatose bulleuse siégeant au niveau du visage du cuir chevelu et des membres
- **Onyxis** : inflammation au niveau du lit de l'ongle
- **Perionyxis** : bourrelet inflammatoire du pourtour de l'ongle
- **Panaris** : infection de la pulpe du doigt
- **Furoncle** : Infection du follicule pilosébacé
- **Orgelet** : furoncle localise au niveau des cils

- **Sycosis** : folliculite suppurée de la barbe ou moustache
- **Anthrax** : agglomération de plusieurs furoncles
- **Staphylococcie maligne de la face** :

Facteur favorisant : manipulation intempestive d'un furoncle de la lèvre supérieure

Clinique : fièvre élevée sup avec frissons et sueurs, tuméfaction volumineuse et brutale de l'hémiface appelée placard staphylococcique

Traitement : Antibiothérapie avec Oxacilline, Céphalosporines de 1ere génération, Aminosides

STREPTOCOCCIES

Germe responsable : Streptocoque beta hémolytique du groupe A de Lancefield

Infections streptococciques

Scarlatine, Angine, Dermohypodermite, Erysipèle

Angine de l'adulte : douleur à la déglutition, fièvre avec frissons et sueurs, examen de la gorge révèle un pharynx soit érythémateux soit érythémateux parsemé de taches blanchâtres, adénopathies cervicale et sous maxillaire

Prélèvement de gorge isole le germe responsable

Erysipèle de la jambe

- **Diagnostic positif**

Les signes généraux : fièvre, frissons, malaise, syndrome pseudo grippal. La fièvre est habituellement élevée atteignant au moins 38,5 °C, voire 39 ou 40 °C

Les signes locaux : un placard inflammatoire (érythème chaud, douloureux et œdémateux) de la jambe

La porte d'entrée doit être recherchée : piqûre d'insecte, intertrigo inter orteils, ulcère de jambe, plaie traumatique

- **Diagnostic différentiel**

Dermohypodermite, thrombophlébite surale

Complications : Affections post streptococciques

- **Rhumatisme articulaire aigu RAA**

Clinique : poly arthralgies fugaces et mobiles avec des articulations chaudes et douloureuses en général genou, cheville, coude, etc. et Syndrome infectieux

Biologie : CRP positive, VS accélérée, ASLO sup à 200UI.L

- **Cardiopathie rhumatismale**
- **Glomérulonéphrite aiguë GNA**
- **Chorée de Sydenham**

Traitement : Bétalactamines ou Macrolides

MENINGITES PURULENTES

Inflammation aiguë des méninges d'origine bactérienne avec un LCR trouble

Germes responsables

- Méningocoque ou neisseria meningitidis avec 4 serogroupes A, B, C et W135 (plus fréquente au Sénégal)
- Pneumocoque
- Haemophilus influenzae

Clinique :

- céphalées intenses en casque, vomissements faciles en jet sans effort photophobie
- Convulsions fébriles
- Syndrome méningé : Raideur de la nuque, Signe de Kerning avec la surélévation des membres inférieurs qui déclenchent une douleur rachidienne vive avec flexion invincible des genoux, Signe de Brudzinsky avec la flexion de la nuque provoquant une flexion des membres inférieurs

Biologie : examen cytobacteriochimique du LCR après ponction lombaire

- Cytologie avec présence d'éléments nucléés
- Chimie avec proteinorachie sup a 0.3g /l et hypoglucorachie inf. a 0.5g /l
- Bactériologie avec mise en évidence du germe responsable

Diagnostic différentiel : Neuropaludisme, hémorragie méningée, Pyélonéphrite aiguë

Complications : abcès cérébral, encéphalites, hydrocéphalie, séquelles à type de surdité et cécité

Traitement : C3G avec la rocephine

Prévention : déclaration de la maladie, vaccination antimeningococcique A et C, antihæmophilus et antipneumococcique par le PEV

TETANOS

Germe responsable : Clostridium tetani ou bacille de Nicolaïer

Portes d'entrée : plaies, brûlures, ombilic, post opératoire, post partum

Clinique :

- **Incubation** : 7 jours en moyenne
- **Invasion** : 2 jours en moyenne marquée par un trismus (contracture des muscles masseters) responsable du signe de l'abaisse langue captif d'Armengaud.
- **Phase d'état** : contracture généralisée avec dysphagie, contracture des muscles paravertébraux avec raideur de la nuque, attitude en opisthotonos, aspect grimaçant responsable d'un faciès sardonique. Accès de contracture paroxystique déclenché par la lumière ou le bruit.

Complications : Spasmes respiratoires, fractures, tassement vertébraux, escarres, surinfection bactérienne etc. ...

Pronostics : deux manières :

- Classification de Mollaret
- Score de Dakar

Traitement :

- Hospitalisation en réanimation
- Antibiothérapie : métronidazole
- Sérothérapie antitétanique

Prévention :

- Vaccination selon le PEV à 6, 10 et 14 semaines
- Vaccination antitétanique chez la gestante : VAT 1 premier contact VAT 2 un mois après, VAT 3 à 6 mois après, VAT 4 à 1 an après, VAT 5 à 1an après.

ROUGEOLE

Germe responsable : paramyxovirus appelé virus morbilleux

Portes d'entrée : voie aérienne par les gouttelettes de Pflugge

Particularité : maladie solidement immunisante (la vaccination de la personne atteinte n'est pas nécessaire).

Clinique :

Invasion :

- Fièvre élevée 39-40°C
- Catarrhe occulo-nasale et digestif avec larmoiement conjonctivite, rhinorée , diarrhée vomissement
- Insomnie avec un enfant bouffis, grognon pleurnichard
- Signe de KOPLICK : semi de taches ardoisées blanchâtres reposant sur un fond erythémateux et siégeant à la phase interne des joues en regard des prémolaires c'est le signe pathognomonique (majeure).

Phase d'état : lésions maculo-papuleuses débutant derrière les oreilles puis le visage, le thorax, l'abdomen avant de se généraliser.

Modalités évolutives :

- Evolution favorable avec desquamation des lésions responsable d'un aspect de peaux tigrée
- Evolution défavorable avec des complications à savoir otites purulentes, kératite, gingivo-stomatite herpétique, pneumothorax, pleurésie.

Traitement :

- Bain tiède, enveloppement humide, paracétamol à raison de 60mg/kg/jr, collyre Argylol 1%, désinfection bucco-pharyngée.

Prévention :

- Isolement des malades
- Vaccination selon le PEV à 9 mois puis vaccination de rappel

COQUELUCHE

Germe responsable : bordetella pertussis

Portes d'entrée : voie aérienne par les gouttelettes de Pflugge

Particularité : maladie solidement immunisante (la vaccination de la personne atteinte n'est pas nécessaire).

Clinique :

- Toux sèche quinteuse environ 10 à 20 secousses avec un bruit évoquant le chant du coq productive ramenant une expectoration claire et visqueuse
- Le tic coqueluchoïde avec une toux déclenchée par une infection bronchique
- Vomissements précédés par la toux et dyspnée d'effort

Complications :

- Dilatation des bronches
- Pneumonie

Traitement :

- Antibiothérapie : Erythromycine 50mg/kg /J

Prévention :

- Isolement des malades
- Vaccination selon le PEV à 6, 10 et 14 semaines

DIPHTERIE

Germe responsable : corynebacterium diphteriae ou bacille de Klebs Loffler

Clinique :

- asthenie, amydales érythémateuses avec fausses membranes luisantes, adhérentes
- Angine diphtérique marquée par un état général alarmant, une pâleur cireuse, une fièvre, une déformation du cou et des fausses membranes adhérentes et sanguinolentes
- Croup : dysphonie puis aphonie, toux et dyspnée

Complications :

- Paralysie des membres
- Myocardite

Traitement :

- Administration de sérum antidiphtérique

Prévention :

- Déclaration de la maladie
- Vaccination selon le PEV à 6, 10 et 14 semaines

VARICELLE

Germe responsable : virus zona varicelle

Clinique :

- malaise général
- éruption cutanée: petites macules recouvertes de vésicules
- lésions hypopigmentées sur le cuir chevelu, puis sur le thorax et les muqueuses, ensuite sur les membres, avec respect des régions palmo-plantaires, et enfin au visage

Complications :

- zona en cas d'immunodépression
- surinfection bactérienne favorisée par le grattage des lésions cutanées, comme l'impétigo ou l'érysipèle.
- Pneumopathie varicelleuse
- Ataxie cérébelleuse aiguë

Traitement :

- Anti-histaminiques
- Toilette: savon tensio-actif
- Antiseptiques :chlorhexidine
- aciclovir

ZONA

Germe responsable : virus zona varicelle

Particularité : terrain d'immunodépression, infection opportuniste

Clinique :

- Brulure et picotements douloureux le long d'un nerf
- Eruptions cutanées thoraciques vésiculeuses avec érythème douloureux à type de décharge électrique responsable de prurit

Complications :

- Névralgie post zona
- Cécité
- Paralysie faciale

- Encéphalite

Traitement :

- Administration de traitement antirétroviral : Zovirax

Prévention :

- Eviter la varicelle
- Vaccination : Zostavax
- Lavage des mains

POLIOMYELITE ANTERIEURE AIGUE

Germe responsable : poliovirus 1, 2, 3

Portes d'entrée : maladie du péril fécal, transmission par les mains sales ou les aliments souillés

Clinique :

- **Incubation** : 6 à 10 jours en moyenne
- **Invasion** : syndrome infectieux avec fièvre, frissons, agitation ; syndrome méningé avec raideur de la nuque, signes de Kerning et de Brudzinsky et syndrome algique
- **Phase d'état** : paralysie périphérique, flasque, précoce avec abolition des réflexes ostéo-tendineux, amyotrophie, asymétrique, anarchique responsable d'une paraplégie ou quadriplégie touchant surtout le deltoïde, les fessiers, le quadriceps

Complications : troubles trophiques, rétention aigue d'urine, déformations

Traitement :

- Hospitalisation en réanimation
- Repos au lit
- Nursing
- Kinésithérapie

- Ventilation artificielle
- Appareillage

Prévention :

- Vaccination selon le PEV à la naissance et à 6, 10 et 14 semaines

OREILLONS

Germe responsable : paramyxovirus ourlien

Portes d'entrée : voie aérienne par les gouttelettes de Pflugge

Particularité : maladie solidement immunisante (la vaccination de la personne atteinte n'est pas nécessaire). Maladie bénigne presque obligatoire

Clinique :

- **Incubation :** 18 à 21 jours en moyenne
- **Invasion :** syndrome infectieux avec fièvre, céphalées ; dysphagie et otalgie ; examen ORL révèle un érythème du canal de sténon
- **Phase d'état :** fièvre, douleur spontanée au niveau de la région parotidienne, tuméfaction parotidienne douloureuse unilatérale puis bilatérale retromandibulaire refoulant l'oreille et comblant le sillon retromaxillaire avec un visage en forme de poire ; Signe de Rillet et Barthez : douleur sous angulo-maxillaire, temporale et mastoïdienne provoquée par la palpation de la tuméfaction

Complications :

- Orchite
- Pancréatite
- Méningite ourlienne

Traitement :

- Soins buccaux
- Paracétamol

Prévention :

- Isolement et éviction scolaire pendant 15 jours
- Vaccination : Imovax ou ROR

GRIPPE

Germe responsable : myxovirus influenzae

Portes d'entrée : transmission interhumaine

Clinique :

- Syndrome infectieux avec fièvre, frissons, malaise, asthénie physique, le classique V grippal avec une fièvre qui diminue pour remonter ensuite
- Syndrome algique avec courbatures, myalgies, arthralgies, céphalées
- Syndrome respiratoire avec obstruction nasale, toux quinteuse, rhinorrhée

Complications :

- Grippe maligne
- Myocardite
- Péricardite

Traitement :

- repos
- Paracétamol et antitussif
- Antibiothérapie

Prévention :

- Vaccination : avec vaccin mis à jour chaque année contre indiquée chez la gestante

FIEVRE JAUNE

Germe responsable : virus amaril

Portes d'entrée : piqure d'un moustique Aèdes

Particularité : maladie soumise à une réglementation internationale

Clinique :

- Phase rouge marquée par des conjonctives rouges, une tuméfaction des lèvres et des paupières, un faciès rouge, voluptueux : c'est le masque amaril ; signe de PAGET avec dissociation pouls et température à 40°C
- Phase de rémission avec une régression du tableau et sensation de bien être
- Phase jaune avec un ictère franc, une splénomégalie, une fièvre à 41°C, un syndrome hémorragique avec épistaxis, gingivorragies, hématomène noirâtre ou vomito-negro

Biologie :

- NFS : anémie, leucopénie et thrombopénie
- Albuminurie élevée
- Syndrome de cytolyse avec transaminases élevées ASAT-ALAT

Complication :

- Choc septique

Traitement :

- Réhydratation
- Epuration extra-rénale : dialyse

Prévention :

- Utilisation de moustiquaires
- Vaccination selon le PEV à 9 mois

INFECTION A VIH/SIDA

Germe responsable : VIH1, VIH2

Modes de Transmission

- **Transmission sexuelle**
- **Transmission sanguine**

- **Transmission materno-foetale**

Particularité : survenue d'une infection opportuniste (maladie dont l'incidence augmente avec l'immunodépression)

Dépistage

- Obligatoire et légal en cas de dons d'organes ou d'accidents avec exposition au sang
- Accord du patient : Counseling pré-test proposé en cas d'une déclaration de grossesse, lors de l'examen prénuptial, devant un comportement à risque, devant les signes évocateurs d'une infection au VIH

Clinique :

- Phase de primo-infection : séroconversion 15 jours à 3 mois après la contamination avec une fièvre au long cours, adénopathies, pharyngite
- Phase asymptomatique
- Forme mineure : altération de l'état général avec amaigrissement important, candidose buccale, vaginale, fièvre, diarrhée chronique
- SIDA : survenue d'infections opportunistes à savoir tuberculose, pneumocystose, candidose oesophagienne, toxoplasmose, cryptococcose, zona

Biologie :

- Test ELISA confirmé avec le Western blood
- Dosage du taux de CD4 et de la charge virale

Traitement : 3 volets

- Prise en charge psychologique
- Traitement des infections opportunistes
- Traitement antirétroviral : Inhibiteurs nucléosidiques avec AZT, 3TC ; inhibiteurs non nucléosidiques NVP, EFV ; Inhibiteurs de la protéase

Critères de mise sous ARV

- Patient présentant une infection opportuniste quelque soit le taux de CD4
- Patient ave taux de CD4 inf à 350/mm3

Prévention :

- Abstinence, fidélité, utilisation de préservatif
- PTME à 14 SA

VIH1 : AZT+3TC+NVP

VIH1 et VIH2 ou VIH2 : AZT+3TC+LPV/r

CHOLERA

Germe responsable : vibrio-choleri

Mode de transmission : oro-fecal

Diagnostic :

- Diarrhée liquidienne afécale incomptable, d'aspect eau de riz
- Vomissement liquidien blanchâtre d'aspect eau de riz déclenchée par toute tentative d'ingestion d'eau malgré une soif vive
- Déshydratation sévère
- Crampes abdominales

Paraclinique :

- Test à la bandelette
- Coproculture

Complications :

- Etat de choc
- Collapsus cardio vasculaire
- Insuffisance rénale aigue

Traitement :

- Hospitalisation
- Réhydratation avec Ringer lactate

- Antibiothérapie : cycline

Prévention :

- Isolement des malades
- Décontamination des selles et des vomissements par l'eau de javel
- Trappes à vibrion
- Déclaration de la maladie

AMIBIASE

Germe responsable : Entamoeba histolitica histolitica

Diagnostic : syndrome dysentérique

- Epreinte : douleur abdominale du cadre colique
- Faux besoins
- Envie impérieuse d'aller à la selle mais souvent infructueuse
- Ténésme : tension douloureuse anale vive
- Evacuation anormale avec diarrhée glairo-sanglante de faible abondance (crachat recto)
- Absence de fièvre (différence avec la shigellose ou le syndrome dysentérique est fébril)

Paraclinique :

- Rectoscopie : ulcération de la muqueuse avec saignement
- Examen parasitologique des selles : isole Entamoeba histolitica histolitica

Complications :

- Hémorragie digestive
- Perforation intestinale
- Abscesses amibiens du foie ou amibiase hépatique marqué par la triade de Fontan avec hépatomégalie, douleur de l'hypochondre droit, fièvre

Traitement :

- Amoebicide tissulaire (métronidazole)+ amoebicide de contact (tibroquinole)

Diagnostic différentiel :shigellose ou le syndrome dysentérique est fébrile

BILHARZIOSE

Germes responsables :

- Schistosoma haematobium : agent de la bilharziose uro-génitale
- Schistosoma mansoni : bilharziose intestinale
- Schistosoma intercalatum : bilharziose rectale
- Schistosoma mekongi et japonicum : bilharziose hépatosplénique

Diagnostic

- Séjour dans la vallée du fleuve Sénégal, région du nord Saint louis, Richard Toll, barrages, pêcheurs, riziculteurs, baignade dans les eaux douces
- Prurit, urticaire et fièvre
- Arthralgies, toux asthmatuiforme, dyspnée
- Cystite, dysurie, brûlures mictionnelles, hématurie macroscopique, intermittente, capricieuse (bilharziose urinaire)

Paraclinique

- ASP : calcifications dessinant le contour de la vessie
- Urographie intraveineuse : déformations de la vessie
- Cystoscopie : granulations
- Examen parasitologique des selles : œufs de bilharzies
- Test à l'antigène bilharzien

Complications

- Surinfection bactérienne
- Lithiase vésicale
- Cystite chronique
- Incontinence urinaire

Traitement :

- Curatif : Biltricide(Praziquantel 40 à 60 mg /kg en prise unique)
- Préventif : interdiction de baignade dans les eaux douces ; utilisation de molluscide

DREPANOCYTOSE

Encore appelée anémie falciforme, c'est une maladie génotypique caractérisée par la présence d'une hémoglobine anormale appelée hémoglobine S

- Mode de transmission : autosomique récessive
- Selon Mendel : 2 parents porteurs alors 50 pour cent de sujets AS. 25 pour cent de sujets SS et 25 pour cent de sujets AA
- Mécanisme de l'anémie et de l'ictère : hémolyse

Diagnostic

- **Phase intercritique** : Anémie ; Ictère ; Splénomégalie
- **Crises vaso-occlusives** :

Syndrome de mal partout marquée par des crises de douleurs osseuses intenses rebelles aux antalgiques habituels et déclenchés par l'altitude, les infections, la chaleur

- **Signes biologiques**

-Anémie normochrome normocytaire régénérative

-Test d'Emmel ou test de falciformation des hématies est positif

-Electrophorèse de l'hémoglobine montre un taux d'hémoglobine S sup à 80%

Complications

- Anémie hémolytique sévère
- Infections : Méningites ; Septicémies
- Osteonécrose de la hanche
- Accident vasculaire cérébrale
- Thrombophlébite cérébrale
- Priapisme

Traitement

- Analgesie
- Oxygenation

- Rehydratation
- Transfusion isogroupe isorhésus

HEMOPHILIES

A : déficit en facteur antihémophilique A ou facteur VIII

B : déficit en facteur antihémophilique B ou facteur IX

Diagnostic

- **Sexe : garçon**
- **Hémarthroses** avec des articulations gonflées douloureuses désaxées
- hématomèse ; hématuries ; purpura
- hémorragies provoquées
- Baisse des facteurs VIII et IX
- Baisse du taux de prothrombine

Traitement

- Moyens de réanimation médicale
- Transfusion isogroupe isorhésus
- Plasma enrichi de des facteurs VIII et IX

L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Insuffisance cardiaque = incapacité du cœur à assurer un débit sanguin suffisant pour satisfaire les besoins de l'organisme et/ou pressions de remplissage ventriculaire gauche anormalement élevées

ÉTIOLOGIES DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE GAUCHE

- Atteinte ischémique par athérosclérose coronarienne
- Pathologies valvulaires : rétrécissement aortique, insuffisance aortique, insuffisance mitrale, rétrécissement mitral
- Cardiomyopathie hypertensive, toxique, hypertrophique, du postpartum

ÉTIOLOGIES DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE DROITE

- Insuffisance ventriculaire gauche
- Retrecissement mitral
- Embolie pulmonaire

ASPECTS CLINIQUES

L'INSUFFISANCE CARDIAQUE GAUCHE

. Dyspnée = maître symptôme

La dyspnée doit être cotée selon la classification de la NYHA (New York Heart Association) :

- stade I : asymptomatique
- stade II : dyspnée pour des efforts importants inhabituels
- stade III : dyspnée pour des efforts peu intenses de la vie courante
- stade IV : dyspnée permanente de repos.

L'orthopnée est une dyspnée survenant en position couchée.

L'auscultation cardiaque peut retrouver des bruits de galop gauche.

L'INSUFFISANCE CARDIAQUE DROITE

- L'hépatalgie d'effort est une pesanteur ressentie au niveau de l'hypocondre droit
- Signe de Harzer à rechercher à la palpation : impulsion systolique perçue sous la xiphoïde témoignant d'une dilatation du ventricule droit.
- Tachycardie
- hépatomégalie ; turgescence jugulaire ; reflux hépato jugulaire

EXAMENS PARACLINIQUES

- ECG
- Rx du thorax / Recherche d'une cardiomégalie (index cardiothoracique > 0,5)
- Examen biologique : dosage BNP

TRAITEMENT

- **Inhibiteurs de l'enzyme de conversion**
- **Diurétiques**
- **Bêtabloquants**
- **Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II**
- **Autres traitements** Les digitaliques (digoxine)

LES ANEMIES

L'anémie est la diminution de l'hémoglobine au-dessous des valeurs de référence à l'hémoграмme.

- **Nouveau-né** : Hb inf. à 14 g/dL
- **Homme adulte** : Hb inf à 12 g/dL
- **Femme adulte** : Hb inf à 11g/dL
- **Femme enceinte** (à partir du second trimestre de grossesse): Hb inf à 105 g/dl
-

CLINIQUE

- **La pâleur** : elle est généralisée, cutanée et muqueuse.
- Asthénie, Dyspnée d'effort puis de repos, Vertiges, Céphalées, Souffle systolique à l'auscultation cardiaque

Devant toute anémie, il faudra craindre surtout en cas d'hémorragie la survenue d'un état de choc marqué par des extrémités froides, un pouls filant rapide, une chute de la TA.

CAUSES DES ANÉMIES

Les anémies sont classées et explorées en fonction du VGM, de la CCMH et de la numération des réticulocytes.

LES ANÉMIES NORMOCYTAIRES NON RÉGÉNÉRATIVES

- leucémie aigue
- myélome
- leucémie lymphoïde chronique

ANÉMIES NORMOCYTAIRES RÉGÉNÉRATIVES

- Anémie hémorragique aiguë
- Anémies hémolytiques

On distingue deux tableaux cliniques : l'hémolyse chronique (pâleur, ictère, splénomégalie) et l'hémolyse aigue

Dans la recherche étiologique, **deux examens** doivent prioritairement être réalisés : frottis sanguin (anomalies érythrocytaires, paludisme...), test de Coombs

Principales étiologies des hémolyses

- Les hémolyses **immunes** (test de Coombs direct positif)
- Les étiologies **infectieuses** constituent une urgence : paludisme, septicémies.
- Drépanocytose
- Thalassémies
-

ANÉMIES MACROCYTAIRES NON-RÉGÉNÉRATIVES

- **Les carences en vitamine B12** : La cause la plus fréquente est l'anémie de Biermer
- **Les déficits en folates ou B9**

LES ANÉMIES MICROCYTAIRES

- **Carence en fer/ Anémie ferriprive** : le traitement repose sur celui de l'étiologie de la carence et sur la prescription de fer (en général per os) : 200 mg de fer métal par jour pendant un minimum de trois mois
- **Inflammatoires**

DIAGNOSTIC DE L'OBÉSITÉ

Obésité est définie par un IMC ≥ 30 kg/m²

Classification IMC (kg/m²)

- Valeurs de référence 18,5 à 24,9 normal
- Surpoids 25,à 29,9
- Obésité légère : 30,0 à 34,9
- Obésité modérée : 35 à 39,9
- Obésité sévère : ≥ 40

Interrogatoire

- **Histoire pondérale** récente et ancienne
- Les **circonstances les plus fréquentes de prise de poids** à rechercher sont : modification du statut hormonal (puberté, grossesse, ménopause) ; choc émotionnel (dépression,deuil) sevrage tabagique ; arrêt du sport

COMPLICATIONS

CARDIOVASCULAIRES

- Hypertension artérielle
- Insuffisance coronarienne
- Hypertrophie ventriculaire gauche
- Accidents vasculaires cérébraux
- Thromboses veineuses profondes – Embolie pulmonaire
- Insuffisance cardiaque

RESPIRATOIRES

- Dyspnée d'effort, syndrome restrictif
- Syndrome d'apnées du sommeil

- Hypoventilation alvéolaire
- Asthme

MECANIQUES

- Gonarthrose, coxarthrose, lombalgies

DIGESTIVES

- Stéatose hépatique
- Hernie hiatale
- reflux gastro-oesophagien
- Lithiase biliaire

METABOLIQUES

- Diabète de type 2
- Hypertriglycémie
- Hyperuricémie, Goutte

ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE

• Conseils alimentaires

• Conseils concernant l'activité physique soit 30 minutes/j d'activité d'intensité modérée

• Prise en charge psychologique et comportementale

• Médicaments

Deux médicaments sont actuellement disponibles: l'orlistat (Xenical®) et la sibutramine (Sibutral®).

• Chirurgie : les deux interventions les plus pratiquées sont la **gastroplastie** par anneau ajustable (réversible) et le **by-pass gastrique** (non réversible).

Germe responsable : Mycobacterium leprae

Schématiquement, on distingue deux formes cliniques : la lèpre tuberculoïde et la lèpre lépromateuse, elles-mêmes reliées par des formes dites intermédiaires. L'OMS a classé les formes cliniques de la lèpre en :

- Formes multibacillaires, correspondant aux formes lépromateuse et intermédiaires, ayant plus de cinq lésions cutanées.
- Formes paucibacillaires, correspondant essentiellement à la forme tuberculoïde.

DIAGNOSTIC

Lèpre tuberculoïde

Cette forme de lèpre est la plus fréquente. Elle associe :

- De grandes taches dépigmentées sur la peau, qui est devenue insensible au toucher, à bords nets, uniques ou en petit nombre, contenant peu ou pas de bacilles. Les éruptions cutanées, comme dans toutes les formes de lèpre, sont non prurigineuses.
- Des troubles nerveux touchant les membres, avec troubles de la sensibilité et anomalies cutanées : ulcères, maux perforants, mutilations, paralysies.

Lèpre lépromateuse

- L'atteinte cutanée prédomine, avec des macules hypochromiques (avec ou sans anesthésie) discrètes, à contours flous. Puis apparaissent les lésions typiques de cette forme, les lépromes, qui sont des papules (nodules infiltrés) luisantes nodulaires de sensibilité normale, siégeant sur tout le corps, mais prédominant au visage (avec épistaxis et congestion nasale).
- L'atteinte des nerfs est moins sévère dans cette forme.

Lèpre borderline

Diagnostic bactériologique

- Test de Mitsuda
- La bacilloscopie consiste en trois prélèvements : suc dermique des deux lobes d'oreille et un prélèvement au niveau d'une lésion.
- Le frottis nasal et la PCR sont effectués selon les laboratoires
-

TRAITEMENT

- La dapsonne (DDS), la rifampicine (RMP), la clofazimine (CLO)

PALUDISME

Germe responsable : plasmodium falciparum

CLINIQUE

ACCES PALUSTRE A FIEVRE PERIODIQUE A P. FALCIPARUM

Cette forme clinique correspond a la description de la triade classique de l'accès palustre : **frissons, chaleur, sueurs** >> survenant tous les 2 ou 3 jours. L'accès est souvent précédé d'une **phase prodromique** marquée par des céphalées, des myalgies, des vomissements, des arthralgies, une asthénie, une anorexie.

L'accès débute classiquement le soir et dure une dizaine d'heures, associant successivement :

- **stade de frissons** : agité de frissons violents, le malade se blottit sous ses draps réclame des couvertures alors que sa température atteint 39°C. La rate augmente de volume, la tension artérielle diminue. Cette phase dure environ une heure.

- **stade de chaleur** : la température peut dépasser 40°C, la peau est sèche et brûlante et le malade rejette ses draps. Cette phase s'accompagne de céphalées et de douleurs abdominales ; elle dure 3 à heures. La rate diminue de volume.

- **stade de sueurs** : ce sont des sueurs profuses qui baignent le malade. Le malade émet des urines foncées, la température s'effondre brusquement, avec même parfois une phase d'hypothermie. La tension artérielle remonte. Ce stade dure 2 à 4 heures et s'accompagne d'une sensation de bien-être, d'euphorie, concluant la crise.

LE PALUDISME GRAVE

CRITERES DE GRAVITE DEFINIS PAR L'OMS

L'OMS a défini des critères de gravité du paludisme. La présence d'un seul de ces critères clinique ou biologique, associée à la présence de *P. falciparum* à la GE

- **Troubles de la conscience**
- **Convulsions répétées**
- **Prostration**
- **Coma**
- **Détresse respiratoire**
- **Ictère, syndrome de cytolyse**
- **Hémoglobinurie macroscopique**
- **Collapsus circulatoire** : TAS < 80 mmHg chez l'adulte et TAS < 50 mmHg chez l'enfant
- **Œdème pulmonaire**
- **Anémie grave** : Adulte : Hb < 7 g/dL , Enfant : Hb < 5 g/dL
- **Hypoglycémie**
- **Acidose métabolique** : pH < 7,35 ou bicarbonates < 15 mmol/L
- **Hyperlactatémie** Lactates plasmatiques > 5 mmol/L
- **Hyperparasitemie**
- **Insuffisance rénale**

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

- **Goutte épaisse**
- **Frottis sanguin**
- **Tests de diagnostic rapide**

TRAITEMENT CURATIF

Accès palustre grave

- **Hospitalisation**
- **Quinine** : 8 mg/kg 3 fois par jour

Accès palustre simple a P. falciparum

ACT : première association recommandée par

- **L'OMS : Artésunate+ Amodiaquine**
- **Le PNLP : Arthemeter + Lumefantrine**

PREVENTION

- une protection contre les piqûres de moustiques : milda
- chimioprophylaxie médicamenteuse TPI
-

L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE

L'**insuffisance rénale chronique** se caractérise par une altération irréversible du système de filtration glomérulaire, de la fonction tubulaire et endocrine des reins.

ETIOLOGIES

Les deux principales causes de l'IRC sont l'hypertension artérielle et le diabète.

DIAGNOSTIC

- Œdème de type rénal
- Oligurie voire anurie
- HTA
- Anémie
- hypocalcémie

Elle est estimée par la clairance de la créatinine elle même estimée par la formule de Cockcroft & Gault chez les adultes de moins de 80 ans :

$$ClCr = \text{coefficient} \times \frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids}}{\text{créatininémie}}$$

Avec un poids en kilogrammes, un âge en année, une créatinine en micromole par litre, le coefficient est de 1,23 pour un homme et de 1,04 pour une femme.

L'ULCERE GASTRO-DUODENAL

La maladie ulcéreuse gastro-duodénale est caractérisée:

- Anatomiquement par une destruction localisée de la muqueuse, dépassant la musculaire muqueuse et pouvant atteindre ou dépasser la musculuse.
- Cliniquement par un syndrome douloureux épigastrique, rythmé par les repas, périodique dans l'année et évoluant selon un mode chronique entrecoupé de périodes de rémission.

FACTEURS ETIOLOGIQUES

- **Facteurs génétiques**
- **Facteurs psychosomatiques** ou stress.
- **Facteurs alimentaires**
- **L'alcool**
- **Le tabac**
- **Facteurs médicamenteux**

Les AINS et l'Aspirine sont ulcérogènes et prédisposent aux complications hémorragiques.

Les Corticoïdes favorisent les rechutes et les complications.

- **Facteurs infectieux:** *Helicobacter pylori*.

DIAGNOSTIC

Quelle que soit la localisation de la lésion, le tableau clinique est le même, caractérisé par un syndrome ulcéreux défini par

- **la douleur**

- Siège: Epigastre.
- Type: Crampe ou sensation de faim douloureuse.
- Irradiation: Abdominale ou transfixiante.
- Agent déclenchant: Repas ou stress.
- Horaire: Postprandiale précoce (2 à 4 heures.)

- Agents calmants: Prise d'aliments et d'Anti-acides.
- Caractère: Se répète quotidiennement lors de la poussée ulcéreuse
- La poussée dure de 2 à 8 semaines.

L'examen clinique est normal, à part une sensibilité épigastrique.

PARACLINIQUE

- **L'endoscopie:**

Elle permet de

*Visualiser directement de la lésion.

*Pratiquer des biopsies (non-systématiques) surtout des ulcères gastriques.

- **Le clo-test** qui lorsqu'il est positif traduit la présence d'*Helicobacter pylori*

EVOLUTION

Les complications évolutives

- Hémorragie ulcéreuse
- Péritonite par perforation d'ulcère
- Sténose du pyloro-duodénale
- Cancer gastrique
- Anémies

TRAITEMENT

- Suppression du tabac, de l'alcool et des excitants.
- Régime alimentaire non-restrictif.

Médicaments Anti-acides:

➡ **Neutralisant de l'acidité gastrique:**

- Hydroxyde de Magnésium et d'Aluminium

➡ **Antagonistes des récepteurs H₂ de l'histamine:**

- Cimétidine, a un effet antisécrétoire et cyto-protecteur, à 1 g/jr, soit 200 mg après chaque repas et 400 mg au coucher
- Ranitidine à 300 mg/jr en 1 prise après le repas du soir pendant 4 à 6 semaines

➡ **Inhibiteurs de la pompe à protons:**

- Oméprazole 20 mg/jr pendant 20 à 30 jours.

- **Antibiotiques:** ils agissent sur *Helicobacter pylori*, augmentent le taux de cicatrisation et diminuent le taux de récurrence.

- Amoxicilline ; Métronidazole ; Clarythromicine

DIAGNOSTIC DES ICTERES

ÉTIOLOGIES

Ictère à bilirubine non conjuguée

- **Hyperhémolyse / Ictère hémolytique de la drépanocytose, du paludisme grave**
- **Diminution de la conjugaison par la bilirubine-glucuronide-transférase**

Ictère à bilirubine conjuguée

- **Cholestase**

Ictère cholestatique par obstruction des voies biliaires

- + Le cancer du pancréas
- + le cancer primitif de la voie biliaire principale
- + la lithiase de la voie biliaire principale
- + La cirrhose biliaire primitive

Ictère cholestatique sans obstruction des voies biliaires

- + hépatites aiguës alcoolique, virale, auto-immune ou médicamenteuse

LES SITUATIONS D'URGENCE ASSOCIÉES À UN ICTÈRE

- + **Encéphalopathie bilirubinique (ictère nucléaire)**

- + **Angiocholite**

L'angiocholite est caractérisée par une infection bactérienne de la bile et des voies biliaires. L'angiocholite est presque toujours associée à une lithiase de la voie biliaire principale ou des gros canaux biliaires.

- + **Ictère associé à une insuffisance hépatique**

Imagerie

- **Échographie**
- **Tomodensitométrie avec injection de produit de contraste**
- **IRM abdominale et bilio-pancréatique**
- **Écho-endoscopie**
- **Cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique**
- **Cholangiographie percutanée transhépatique**

L'INSUFFISANCE RENALE AIGUE

L'IRA est une diminution rapide, importante et souvent réversible, de la filtration glomérulaire

- Le diagnostic est évoqué devant l'élévation de l'urée sanguine et de la créatinémie.

CLASSIFICATION

Les IRA sont schématiquement classées en trois groupes :

- **L'insuffisance rénale aigue pré rénale ou fonctionnelle**

Le rein est soumis à une hypo perfusion qui empêche son fonctionnement normal mais dont la correction rapide entraîne une récupération complète de la fonction rénale.

- **L'insuffisance rénale aigue organique**

- La nécrose tubulaire aigue (NTA)

- Les IRA secondaire à des lésions.

- **L'IRA obstructive ou post rénale**

- Obstruction pyélique et urétrale bilatérale ou sur rein unique.

- Obstruction de la vessie et de l'urètre

DIAGNOSTIC

La symptomatologie dépend de l'étiologie. On peut ainsi constater :

- oligurie, anurie
- asthénie physique

- œdèmes de type rénal : œdème bilatéral, mou, indolore, symétrique, prenant le godet et s'accompagnant d'une bouffissure matinale du visage

- Il repose sur la constatation d'une augmentation rapide de l'azotémie et de la créatinémie souvent associées à une réduction de la diurèse (anurie totale ou oligurie < 400cc/24h ou 15 ml/heure) cependant, la diurèse reste parfois normale.

- Il est important de diagnostiquer le caractère aigu de cette insuffisance rénale. Seuls deux critères affirment ce caractère :

- La notion d'une fonction rénale normale auparavant

- La taille des reins normale

Les critères classiques d'anémie, d'hypocalcémie et d'hyperphosphorémie qui plaident en faveur du caractère chronique d'une IR peuvent également se voir dans les IRA.

TRAITEMENT

- **En dehors de l'épuration extra rénale**

- Apport calorique suffisant (1500 Kcal /24h constitué essentiellement de glucides et lipides

- Apport en eau et électrolytes en fonction de la diurèse et des pertes extra rénales (évaluées de 300 à 500 ml /24h) et surveillance sur la courbe de poids quotidienne, la natrémie, le risque étant un surcharge circulatoire avec risque d'œdème pulmonaire

- Apports en potassium réduits si besoin associé au kayexalate.

- **L'épuration extra rénale**

Représente le traitement le plus efficace des troubles métaboliques de l'urémie. S'impose en urgence si la kaliémie est > 5.5mmol/l et créatinémie.

- **dialyse péritonéale**

Nécessite la mise en place d'un cathéter de dialyse péritonéale qui peut être posé rapidement au lit du malade en quelques heures, on assiste à la correction des troubles métaboliques

- **hémodialyse**

Se fait grâce à un rein artificiel et nécessite un cathéter veineux de gros calibre (fémoral, sous clavier ou jugulaire). C'est une technique d'épuration beaucoup plus efficace que la dialyse péritonéale

LES PERICARDITES AIGUËS

La péricardite aiguë est l'inflammation aiguë du péricarde, qu'elle s'accompagne ou non d'un épanchement.

SYMPTOMATOLOGIE

- La **douleur**, signe essentiel, elle est souvent médio-sternale, à type de simple gêne thoracique antérieure ou parfois pseudo-angineuse restrosternale, constrictive et irradiant vers le cou et les bras. Son caractère fondamental est d'être augmenté par la toux, les changements de position et surtout l'inspiration profonde qu'elle bloque.
- La **dyspnée** modérée, accentuée par le décubitus et soulagée par la position penchée en avant.
- Les **frottements péricardiques** : Leur présence affirme le diagnostic mais leur absence ne l'exclue pas. Il s'agit d'un bruit sec, superficiel de cuir neuf, sans irradiation, persistant en apnée, fugace et variable d'un examen à un autre.

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- **La radio du thorax de face** : Aspect en carafe.
- **L'ECG** : bas voltage

COMPLICATIONS

- **La tamponnade**
- La péricardite chronique constrictive

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

. **Les péricardites aiguës bénignes**

. Les péricardites aiguës tuberculeuses

. Les péricardites rhumatismales

LES ENDOCARDITES INFECTIEUSES

L'endocardite infectieuse est un état septicémique défini par la greffe d'un agent pathogène sur un endocarde sain ou préalablement altéré ou sur une prothèse valvulaire.

ETIOLOGIES

- Streptocoque viridans
- Staphylocoque doré
- E. coli
- Klebsiella

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Chez tout sujet ayant une valvulopathie, toute fièvre persistante au-delà de 8 jours doit faire suspecter une endocardite

- **Signes généraux**

- *fièvre* désarticulée, irrégulière et ondulante avec des périodes d'apyrexie.

- *arthralgies* et des *myalgies*.

- **Signes cardiaques** : L'atteinte cardiaque se manifeste par l'aggravation d'un *souffle*.

- **Signes extracardiaques**

- Une splénomégalie

- Les signes cutanés comme le *faux panaris d'Osler* (nodules rouges douloureux au niveau des doigts et des orteils.), Le *signe de Janeway* (rougeur sur la paume des mains et la plante des pieds.),

EXAMENS COMPLEMENTAIRES

- Les hémocultures

- Echocardiographie : présence de végétations au niveau des valves

INSUFFISANCE CORONARIENNE

- **L'angine de poitrine d'effort ou angor d'effort**

*La douleur est le maître symptôme.

- Siège médian retro-sternal, étendu en barre d'un pectoral à l'autre. C'est une douleur étalée désignée par la main posée à plat sur le thorax.
- Irradiation variable, membre supérieur gauche, épaule gauche, mâchoire inférieure,
- Elle est constrictive et dure quelques secondes à 3 ou 4 mn.
- Calmée par la Trinitrine.

- **L'angor stable**

- **L'angor instable**

Elle se manifeste par :

*Une douleur prolongée, intense qui apparaît le plus souvent au repos, trinitrorésistante

*L'examen physique reste ici aussi souvent normal

On distingue 4 types d'angor instable

- L'angor *de Novo*: C'est un angor survenant au repos ou déclenché par des efforts minimes, le tout évoluant depuis moins de 4 semaines.
- L'angor *Crescendo*: C'est l'aggravation d'un angor d'effort qui survient pour des efforts de moins en moins importants.
- L'angor résiduel: C'est un angor persistant après un infarctus.

- L'angor de *Prinzmetal*: C'est un angor qui survient la nuit ou au petit matin répondant à un spasme coronarien sur artère saine ou athéromateuse

L'INFARCTUS DU MYOCARDE

L'IDM est dû à la nécrose du myocarde (d'origine ischémique) dont l'atteinte dépasse 2 cm². C'est une occlusion coronaire par un thrombus s'installant sur une plaque athéromateuse compliquée.

C'est la complication évolutive la plus grave de l'insuffisance coronaire, il met en jeu le pronostic vital.

ETIOLOGIE

- Athérosclérose
- Les facteurs favorisants : Hypercholestérolémie ,HTA ,Tabagisme,Sédentarité,obésité

DIAGNOSTIC

*L'**angine de poitrine** ou **angor**: C'est une ischémie myocardique transitoire par une ou plusieurs sténoses coronaires avec phénomène thrombotique ou spastique.

Douleur: rétro sternale, constrictive, angoissante, aux irradiations classiques (cou, mâchoire inférieure, bras et poignets.) D'apparition spontanée, parfois après un effort, une exposition au froid ou au stress.

- **Fièvre** modérée, constante d'apparition retardée après 24 heures.

- **ECG à la phase aiguë**: Confirme le diagnostic, les signes électriques font face au territoire de l'atteinte myocardique. **sus-décalage de ST** et la **lésion** sous-épicaire englobant l'onde T et réalisant la classique **onde de perdée**. La **nécrose** réalise une **onde Q large et profonde** entre la 3eme et la 6eme heure avec parfois:

- **BIOLOGIE**

- **Les enzymes:** Augmentées: **troponine très spécifique** et CPK surtout la fraction MB

TRAITEMENT

En cas d'IDM, prise en charge médicalisée immédiate (ambulance + USI

- Morphine pour calmer la douleur
- Dérivés nitrés en sublingual.
- Oxygénothérapie
- Thrombolytiques dans les 6 à 10 premières heures en IV

THROMBOPHLEBITE DES MEMBRES INFÉRIEURS

DIAGNOSTIC

- Oedème unilatéral du membre inférieur
- Absence de ballotement du mollet
- Signes locaux : chaleur locale et douleur du mollet
- Signe de Homans : douleur provoquée par la dorsiflexion du gros orteil
- Adénopathie inguinale satellite

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

- **Dosage des D-dimères sup à 500 ng/ml**
- **Echographie doppler veineuse**
- **Angioscanner**
- **Phlébographie bilatérale**

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- **Erysipèle de la jambe**
- **lymphoedème**

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Facteurs étiologiques

- Alitement prolongé

- Obésité
- Contraceptifs oestroprogestatifs
- Grossesse
- Césarienne
- Chirurgie orthopédique
- cardiopathies

COMPLICATION MAJEURE : EMBOLIE PULMONAIRE

L'embolie pulmonaire se définit comme l'oblitération brusque du tronc ou d'une branche de l'artère pulmonaire par un embole provenant le plus souvent d'une thrombose veineuse profonde des membres inférieurs.

Clinique

- La dyspnée avec tachypnée supérieure à 20/min,
- la douleur thoracique
- une toux ramenant des crachats hémoptoïques

Paraclinique

- Radiographie pulmonaire
- ECG
- Gaz du sang
- D-dimères plasmatiques
- Échodoppler veineux

TRAITEMENT

- Héparinothérapie

Héparines de bas poids moléculaires (HBPM)

DIABETE

OMS : glycémie à jeun supérieure ou égale à 1,26 g/l à deux prises espacées de 15 jours

CLINIQUE :

Diabète de type 1 ou insulino-dépendant

- Sujet jeune âge inférieur à 30ans
- Syndrome cardinal : polyurie, polydipsie, polyphagie, amaigrissement
- Signes d'acidocétoses : obnubilation, diarrhée, dyspnée

Diabète type 2 ou non insulino-dépendant

- Sujet âgé, supérieur ou égal à 40 ans
- Notion de diabète familial
- Obésité
- Syndrome cardinal

BIOLOGIE

- glycémie à jeun supérieure ou égale à 1,26 g /l
- HGPO supérieur à 2g/l
- Hémoglobine glyquée supérieure à 7%

COMPLICATIONS

Facteurs de décompensation

- Choc émotionnel
- Ecart thérapeutique
- Ecart de régime
- Infections : pyelonephrite, angine, otite, pneumopathie, fièvre typhoïde, caries dentaires

Complications aiguës

- **Acidocétose diabétique** : exagération du syndrome cardinal, obnubilation ou coma, diarrhée, déshydratation, dyspnée de Kussmaul (respiration à 3 temps : inspiration-pause-expiration), hyperglycémie sup à 3g/l, présence de corps cétoniques +++ dans les urines avec cétonurie positive, glucosurie +++
- **Coma hyperosmolaire**
- **Coma par acidose lactique**

Complications chroniques

- **Vasculaires**

Microangiopathie : rétinopathie diabétique et néphropathie diabétique

Macroangiopathie : HTA, AVC, coronaropathie

- **Infectieuses** : caries dentaires, mycoses cutanées, infections urinaires, pneumopathie
- **Neurologiques** : mononeuropathie, polyneuropathie, gastroparesie, etc
- **Pied diabétique**

TRAITEMENT

Régime diabétique

- Eviter les aliments riches en sucre d'absorption rapide
- Diminuer les aliments riches en sucre d'absorption lente
- Manger à des heures fixes et régulières
- Limiter les aliments gras

Activité physique surtout pour le type 2

DID : régime et insulinothérapie

DNID : régime, activité physique et antidiabétique oral : metformine, glimépiride

HYPERTENSION ARTERIELLE

OMS : PAS sup ou égale à 140 mmHg et PAD sup ou égale à 90 mmHg

Clinique

- Signes de Dieulafoy : vertiges, acouphènes, phosphènes, sensation de mouche volante, céphalées matinales occipitales, flou visuel
- MAPA : PAS sup ou égale à 140 mmHg et PAD sup ou égale à 90 mmHg dans les conditions de mesure : sujet au repos en decubitus dorsal, loin des repas, aux deux bras

Bilan minimal selon l’OMS

- **Glycémie à jeun**
- **Ionnogramme sanguin : natrémie, kaliémie**
- **Cholestérolémie totale**
- **Bilan rénal : urée sanguine et créatininémie**
- **ECG**
- **Rx du thorax**

Complications

- Insuffisance cardiaque
- Insuffisance coronarienne
- Dissection aortique
- AVC
- Insuffisance rénale
- Epistaxis
- Rétinopathie hypertensive

ETIOLOGIES

- **HTA essentielle : sujet agé** présentant un ou des facteurs de risque cardiovasculaire : âge sup à 50 ans, obésité, sédentarité, hypercholestérolémie, tabac, alcool mais aussi stress, excès de consommation de selles
- **HTA secondaire : sujet jeune** souffrant d’une pathologie : sténose de l’artère rénale, pheochromocytome, maladie de Cushing, dysthyroïdies mais aussi la prise de contraceptifs oestroprogestatifs

TRAITEMENT

Conseils

- Régime désodé le soir
- Eviter le tabac et l’alcool
- Lutter contre la surcharge pondérale
- Pratiquer une activité physique régulière

Antihypertenseurs

- Diurétiques : furosémide (contre indiquée chez la gestante)

- Inhibiteur de l'enzyme de conversion IEC (contre indiquée chez la gestante)
- Antagonistes des recepteurs de l'angiotensine II : valsartan (contre indiquée chez la gestante)
- Inhibiteurs calciques : nicardipine
- Antihypertenseurs centraux : clonidine
- Beta bloquants : propranolol (contre indiquée chez la gestante)

EXOS 1

Madame X, âgée de 40, pesant 60 kg, allergique aux bêtalactamines, est évacuée à l'hôpital pour des accès de fièvre avec frissons, des vomissements et une douleur de la fosse lombaire droite. Le tableau a commencé 5 jours auparavant marqué par une pollakiurie avec brûlures mictionnelles et algie pelvienne. A l'admission, l'examen clinique retrouve:

- Température = 40°C, pouls = 120 pulsations/mn, pression artérielle = 70/60 mm Hg
- Conscience claire, extrémités froides et pli cutané persistant
- Douleur à l'ébranlement de la fosse lombaire droite
- Tests urinaires à la bandelette: leucocytes = +++, nitrites = +++

Un bilan sanguin revient avec:

- Hémogramme (analyse de la lignée leucocytaire): leucocytes = 25000/mm³ (N = 4.000 à 10.000 dont PN = 20000 (N = 1500 à 7000), PEO = 450 (N = 100 à 500), PBaso = 50 (N = 0 à 100), Monocytes = 1000 (N = 100 à 1000) et lymphocytes = 3500 (N = 1000 à 4000)
- CRP = 96 mg/l (N: < 6 mg/l)
- Un ECBU et un uroscanner sont demandés

1. Montrer que la patiente est dans un état infectieux grave

2. Quel est le diagnostic le plus probable? Justifier

3. Donner les intérêts de l'uroscanner dans cette maladie

4. Quel est l'intérêt de l'ECBU?

Une entérobactérie *Klebsiella pneumoniae* est isolée. L'antibiogramme révèle: ampicilline (I), ofloxacilline (S), érythromycine (R), ceftriaxone (S), amoxicilline (I), monocycline (R), ciprofloxacine (S), gentamicine (S), spiramycine (R), céfotaxime (S), lévofloxacine (S), amoxicilline-acide clavulanique (I)

5. Citer trois autres bactéries appartenant à la famille des entérobactéries
6. Classer ces antibiotiques selon leur famille d'appartenance
7. Proposer un schéma thérapeutique curatif utilisable chez notre patiente (produit-posologie-durée)
8. Donner les éléments de surveillance du traitement

EXO 2

O.Samba, polygame à deux épouses, consulte pour deux ulcérations de la verge recouvertes d'un enduit purulent. Ces lésions sont apparues une semaine après un rapport sexuel avec une femme de rencontre.

Les lésions sont extensives depuis deux semaines, douloureuses et molles. Il existe une adénopathie inguinale gauche, volumineuse et suppurée.

1. Proposer un résumé syndromique
2. Donner deux hypothèses diagnostiques
3. Quel est le diagnostic le plus probable? Justifier
4. Quel est l'examen à faire pour confirmer le diagnostic? Préciser le nom de l'agent pathogène
5. Citer trois maladies ayant le même mode de transmission et donnant une cervicite
6. Citer deux maladies donnant le même de transmission et donnant une maladie générale
7. Proposer une CAT pour O.Samba
8. Citer les principes généraux de prévention de ces maladies

EXO3

Mme X, âgée de 50 ans, diabétique et hypertendue depuis 5 ans, jusque-là sous metformine et hydrochlorothiazide, est évacuée à l'hôpital totalement inconsciente. L'entourage signale que la patiente se levait 8 à 10 fois la nuit pour uriner depuis 5 jours.

1. Montrer que la patiente a probablement un diabète de type 2
2. Quel élément montre que la patiente a probablement un déséquilibre hyperglycémique?

L'examen physique retrouvera:

- Score de Glasgow à 7 / 15, T = 40°C, PA = 70 / 60 mmHg, pouls = 100 pulsations / mn, diurèse = 10 ml / h
- Pli cutané persistant, cavités oculaires excavées et la langue sèche
- Absence de déficit moteur
- Volumineux phlegmon suppuré de la main droite
- Glycémie capillaire = 6.98 g / l

3. Proposer un résumé syndromique

4. Citer les paramètres pertinents à rechercher au lit de la patiente

5. Donner deux étiologies de ce coma dans ce contexte

La glycosurie reviendra à ++++ avec une absence de cétonurie

6. Quel est le diagnostic à retenir? Justifier

7. Citer dans le texte les circonstances favorisantes de cette complication

8. Citer les grandes lignes du traitement

EXO4

Un garçon français de 2 ans et demi est amené en urgence par ses parents installés au Sénégal depuis 6 mois. L'enfant est fébrile, se plaint de maux de ventre, a vomit et émis 3 selles diarrhéiques.

L'enfant est conscient, le poids est de 12 kg. La température est à 40°C. Il n'y a pas de raideur méningée. L'auscultation du cœur et des poumons est normale. On palpe une splénomégalie de stade 3 de l'OMS. La diurèse sera mesurée à 8 ml/kg/h. Son état vaccinal est correct.

1. Proposer un résumé syndromique

2. Evoquer trois hypothèses diagnostiques

Un bilan complémentaire revient avec les résultats suivants:

- NFS : hémoglobine à 8,8 g/dl, leucocytes 8.000/mm³, plaquettes à 90. 000/mm³
- Goutte épaisse + Frottis sanguin : présence de trophozoïtes de *Plasmodium falciparum*
- Ponction lombaire : LCR clair, eau de roche, hypertendu, protéinorachie à 0, 22 g/l, cytologie : 2 éléments/mm³, bactériologie : examen direct négatif
- Les hémocultures, la culture du LCR et le sérodiagnostic de Widal demandés reviendront négatifs.

3. Quel est le diagnostic? Justifier
4. Citer 4 complications cliniques et 4 complications biologiques de cette maladie
5. Décrire la prise en charge chez le petit garçon
6. Citer les éléments de surveillance
7. Citer les modalités de prévention de cette maladie

EXO5

Un garçon de 10 ans est évacué par sa mère à l'hôpital dans un tableau d'obnubilation. La maladie a commencé 48 heures auparavant avec une rhinopharyngite.

Un examen attentif montre quelques éléments purpuriques de 2 mm de diamètre sur les membres inférieurs et l'abdomen. La nuque est très raide et une tentative de soulever les membres inférieurs du garçon déclenche une vive douleur lombaire obligeant l'enfant à plier ses jambes sur ses cuisses. Au cours de l'examen, l'enfant présente une crise convulsive alors que la température est notée à 40°C.

Le médecin signale avoir noté un grand nombre de cas similaires dans la ville depuis une semaine.

1. Proposer un résumé syndromique
2. Evoquer deux hypothèses diagnostiques

La goutte épaisse est négative. Une ponction lombaire est pratiquée aux urgences: le LCR est trouble, il y a 1200 éléments/mm³ dont 89% de polynucléaires neutrophiles. La protéinorachie est à 1,10 g/L, la glycorachie à 0,17 g/l. L'examen direct met en évidence une bactérie diplocoque gram négatif «grains de café»

3. De quelle maladie s'agit-il? Donner tous les éléments du diagnostic positif dans le texte
4. Décrire la CAT
5. Citer 4 complications de la maladie
6. Comment prévient-on cette maladie ?

EXO6

Monsieur AD, âgé de 63 ans est évacué à l'hôpital pour une douleur thoracique et une dyspnée paroxystique asphyxiante associée à une toux.

- 1. Citer deux causes cardiaques de dyspnée paroxystique**
- 2. Citer deux causes pulmonaires de dyspnée paroxystique**
- 3. Citer deux causes pleurales de dyspnée paroxystique**

Monsieur AD, est hypertendu et diabétique mais indiscipliné dans l'observance de ses traitements. Il pèse 70 kg pour 170 cm de taille et 110 cm de périmètre abdominale. Sa détresse respiratoire a été précédée d'une violente douleur précordiale.

Le patient est en position assise, suffoquant et toussant ramenant une expectoration mousseuse. Sa pression artérielle est mesurée à 180 / 10 mm Hg et sa température à 37°C. L'auscultation cardiaque objective un bruit de galop gauche et l'auscultation pulmonaire retrouve des râles crépitants perçus des bases pulmonaires à mi-thorax. Il n'existe pas d'œdèmes du visage ou des membres inférieurs.

Une radiographie du thorax révélera «des opacités péri hilaires floconneuses bilatérales en ailes de papillon».

- 4. Quel type de dyspnée présente le patient? Justifier**
- 5. Citer trois étiologies de ce type de dyspnée**
- 6. Montrer que le patient fait probablement une insuffisance cardiaque?**
- 7. Citer les deux explorations à faire pour confirmer le diagnostic d'insuffisance cardiaque?**
- 8. Quelle est l'étiologie la plus probable de la défaillance ventriculaire notée chez AD? Justifier**
- 9. Comment confirmer ce diagnostic étiologique?**

EXO7

Une patiente d'ethnie africaine âgée de 35 ans, qui a accouché (6^{ème} geste, 6^{ème} pare) deux semaines auparavant par voie basse sans problème particulier, d'un nouveau-né de bas poids, est évacuée d'urgence à l'hôpital dans un tableau de dyspnée paroxystique avec toux ramenant une expectoration mousseuse. Ce tableau est survenu dans un contexte de dyspnée d'aggravation progressive survenant mêmes aux efforts quotidiens les dernières 48 heures. La patiente n'avait aucun antécédent médical particulier.

L'examen clinique, chez une patiente en position semi-assise, les membres inférieurs œdématisés en poteau, retrouve:

- Une PA à 130/80 mm Hg, pouls à 100 b/mn, T°C = 37°C

- A l'auscultation pulmonaire des râles crépitants perçus des bases jusqu'au milieu des champs pulmonaires et à l'auscultation cardiaque un bruit de galop gauche.
- A l'examen de l'abdomen met une flèche hépatique à 20 cm et la pression de l'hypocondre droit entraîne une turgescence des veines jugulaires

- 1. Montrer que la patiente fait une insuffisance cardiaque globale**
- 2. Donner les deux explorations paracliniques décisives pour le diagnostic. En donner les résultats attendus**
- 3. Quel est dans ce contexte le diagnostic étiologique de cette insuffisance cardiaque ?**

La patiente sera prise en charge de manière adéquate et retourne chez elle avec un état cardiaque stable. Six mois plus tard, elle est évacuée à l'hôpital pour le même tableau. L'examen clinique note en plus des muqueuses conjonctivales très pâles avec des ongles cassants et chéilite.

Un bilan sanguin rapidement disponible montre:

- Hématies = 4.000.000 / mm³ dont 1% de réticulocytes, Hémoglobine = 5 g / dl, VGM = 65 μ³, CCMH = 24 %
- Sidérémie = 0.2 mg / l (Normes: 0.6 – 1.9 mg / l)
- Ferritinémie = 8 μg / l (Normes: 15 – 150 μg / l)

- 4. Montrer que la patiente fait une anémie ferriprive**
- 5. Quel est le rôle de l'anémie dans la nouvelle tournure de la maladie?**

EX08

Un grand nombre de cas d'un tableau associant diarrhée et vomissement s'est déclaré dans un camp de réfugiés d'une zone en guerre en Afrique. La diarrhée est d'installation brutale, précédée de crampes péri ombilicales. L'émission de selles est incessante, survenant toutes les 5 mn, associée à des vomissements.

D'ailleurs un patient, sans antécédent médical, vient d'être admis dans l'hôpital installé par MSF dans le camp: des selles aqueuses, blanchâtres avec quelques grumeaux dégoulinent de ses membres inférieurs. Il est adynamique, les yeux excavés, la langue sèche, le pli cutané persistant.

La pression artérielle sera prise à 60 / 50 mm Hg, la température à 36.5°C son poids est rapidement passé de 70 à 60 kg. La diurèse sera évaluée à 6 ml / h.

- 1. Proposez un résumé syndromique**
- 2. Quel est le diagnostic le plus probable? Justifiez**
- 3. Comment s'appelle l'agent responsable de la maladie**
- 4. Expliquez brièvement son pouvoir pathogène**
- 5. Montrez que le pronostic vital du patient est menacé**
- 6. Décrire la conduite à tenir**
- 7. Donnez les éléments de surveillance**
- 8. Comment prévient-on cette maladie**

Un bilan biologique effectué par le laboratoire du campement hospitalier donnera les résultats suivants:

- Hémogramme: GR = 7.000.000 / mm³ (4 à 5.000.000), hb = 18.8 g /dl (13 – 17 g / dl), Ht = 62 % (45 – 54 %), leucocytes 15.000 / mm³ (4.000 – 10.000), plaquettes = 600.000 / mm³ (150.000 – 400.000)
 - Biochimie sanguine: Urée = 2 g / l (0.20 – 0.40 g / l), créatinine = 18 mg / l (7 – 14 mg / l), Sodium (Na⁺) = 128 mmol / l (135 – 145), Potassium (K⁺) = 2 mmol / l (3.5 – 5), protidémie = 90 g / l (60 – 80)
 - Bilan urinaire: Na⁺ U= 5 mmol/l; K⁺ U = 25 mmol/l; uréeU = 595 mmol/l; créatinine = 15mmol/l
- 9. Analysez et interprétez l'hémogramme et la protidémie**
 - 10. Montrez que le patient fait une insuffisance rénale**
 - 11. Montrez que cette IR est aigue**
 - 12. Cette IRA est-elle aigue organique ou fonctionnelle?**

EXO9

AF, âgée 21 ans, consulte pour l'apparition d'un ictère. Ses urines très foncées et les selles parfois décolorées (blanchâtres) et graisseuses. Elle est asthénique et il existe un prurit.

- 1. Définir l'ictère et en donnez les différents types**
- 2. Citez deux étiologies en pédiatrie, deux étiologies en obstétrique, deux étiologies infectieuses**

Dix jours auparavant elle avait présenté un tableau fébrile polyalgique avec céphalées, arthralgies et myalgies.

L'examen physique retrouve un hypocondre droit légèrement sensible avec flèche hépatique à 12 cm. Le reste de l'examen somatique est normal.

L'exploration fonctionnelle hépatique montre: ASAT = 800 UI / l (Normal entre 20 et 40), ALAT = 1200 UI / l (Normal entre 20 et 40), bilirubine totale = 87 mg / l dont 72 mg de bilirubine conjuguée.

Echographie abdominale: foie homogène de taille normale.

- 1. Analyser le bilan biologique**
- 2. Quel est le diagnostic le plus probable? Argumentez**
- 3. Donnez les cinq agents responsables, leur mode de transmission et pour chacun l'examen de confirmation**
- 4. Quelle est la forme clinique la plus fréquente au Sénégal ?**
- 5. Donnez ses modalités évolutives**
- 6. Comment prévient-on cette forme clinique**

EXO10

AF, âgée de 23 ans, consulte pour un tableau persistant depuis 4 mois, marqué par des céphalées occipitales intenses avec vertiges et bourdonnement d'oreilles, une bouffissure du visage le matin au réveil et une dyspnée aux efforts quotidiens. Elle a présenté un HRP lors de sa dernière grossesse il y'a 8 mois.

L'examen clinique retrouve:

- Poids = 58 kg, T° = 37°C, PA = 220/120mm Hg
- Muqueuses conjonctivales très pâles avec souffle systolique fonctionnel à tous les foyers d'auscultation cardiaque
- Présence d'albumine dans les urines à la bandelette à +++

- 1. Faire un résumé syndromique**
- 2. Montrer que la patiente AF a une néphropathie**

Un bilan biologique met en évidence les résultats suivants:

- Hémogramme: Hématies = 3.000.000/mm³, taux d'hémoglobine = 7 g/dl, VGM = 90 μ³ (N: 80 – 100), CCMH = 34 % (N: 32 – 36 %), réticulocytes = 40.000/mm³
- Azotémie = 0.90 g/l (N: 0.20 – 0.45), créatininémie = 30 mg/l (N: 5 – 14), protéinurie des 24 h = 3g/24h et faite essentiellement d'albumine (N: < 150 mg/24h)

- 3. Montrer que AF fait une maladie rénale chronique**

4. **Montrez que cette maladie rénale est au stade d'insuffisance rénale**
5. **Donnez les critères de chronicité dans le texte**
6. **Quel type de néphropathie fait la patiente? Justifiez**

EXO 11

Madame AS, âgée de 30 ans, est admise au Service des Urgences, pour une dyspnée asphyxiante avec toux mousseuse. Elle a accouché il y'a 48 h d'un nouveau-né normal après une grossesse sans problème particulier.

L'examen clinique retrouve:

- PA = 240 / 120 mm Hg, Température = 37°C, pouls = 100 bpm, diurèse = 5 ml / h
- Tachycardie sinusale sans bruit surajouté à l'auscultation cardiaque, existence de râles crépitants perçus des bases pulmonaires à mi-thorax à l'auscultation pulmonaire, absence d'organomégalie à l'examen de l'abdomen.

La radiographie pulmonaire révèle des opacités nuageuses péri-hilaires.

1. **Montrez que la patiente est en OAP**
2. **Citez trois (0 3) diagnostics étiologiques d'OAP**

Des explorations complémentaires vont révéler:

- ECG: tachycardie sinusale à 104 bpm
- Echographie cardiaque: bonne fonction systolique du VG avec fraction d'éjection à 71 %
- Echographie appareil urinaire: reins de taille normale, bien différenciés, absence de dilatation des cavités pyélocalicielles ou d'obstacle
- Bilan sanguin: urée = 3g / l, créatininémie = 193 mg / l, Natrémie = 138 mmol / l, kaliémie = 8.7 mmol / l
- Bilan urinaire: Natriurèse = 76 mmol / l, kaliurèse = 34 mmol/l, créatinurie = 11.2 mmol / l, Urée urinaire = 115 mmol / l.

3. **Montrez que l'OAP n'est pas cardiogénique**
4. **Montrez que la patiente fait une Insuffisance rénale aigue en donnant tous les arguments présents dans le texte**

AF, une fille âgée de 10 ans, d'ethnie africaine, est évacuée d'un village de brousse à l'hôpital pour de violentes douleurs lombo-abdominales et de vives douleurs ostéo-articulaires au niveau des grosses articulations. L'examen clinique retrouve:

- une jeune fille chétive pesant 22 kg pour 120 cm (pour l'âge: poids = 28 kg, taille = 135 cm), yeux jaunes, muqueuses conjonctivales très pâles, température = 37°2 C
- poignets et genoux chauds, douloureux associés à une tuméfaction du dos des mains et des pieds
- une splénomégalie
- un souffle systolique fonctionnel à tous les foyers d'auscultation cardiaque

1. Proposer un résumé syndromique

Les parents rapportent que leur fille «a toujours été malade avec les yeux toujours jaunes dès ses premiers mois de vie». Aussi bien chez le père que chez la mère un test d'Emmel est revenu positif mais ils sont bien portants.

2. Quel est le diagnostic le plus probable? Argumenter

3. Quelle est la complication de la maladie en cours?

4. Donner le mode de transmission de cette maladie

5. Citer deux autres hémoglobinopathies pouvant présenter le même tableau clinique

6. Supposons que cette petite fille se marie à l'âge adulte avec un homme porteur du trait de la maladie, quelles seraient les différentes probabilités de portage de la tare sur leur descendance?

Cet épisode aigu de la maladie sera pris en charge correctement. Plusieurs mois plus tard, AF refait une «crise» polyalgique avec douleurs thoraco-abdominales associée à une hémiplégié gauche. La pression artérielle sera mesurée normale pour l'âge.

7. Que traduit cette hémiplégié gauche?

8. Quel est son mécanisme chez AF?

9. Citer un facteur pouvant expliquer la sévérité de la maladie chez AF

10. Quelle est la molécule actuellement recommandée pour les formes sévères de cette maladie? En donner le mécanisme d'action et les autres intérêts

EXO13

Mme AD, âgée de 30 ans, est transportée d'urgence à l'hôpital pour une douleur thoracique et une dyspnée suffocante.

1. Proposez deux étiologies cardiaques pour l'état de Mme AD

L'interrogatoire révèle que la patiente a accouché il y'a une dizaine de jours. L'examen clinique retrouve:

-Température = 38°C, fréquence respiratoire = 28 cycles / mn, pouls = 120 pulsations / mn

-Une grosse jambe gauche avec le mollet douloureux, érythémateux et perte du ballotement; une flexion du pied gauche en exagère la douleur.

-Auscultation cardio pulmonaire sans particularité

2. Citez deux étiologies de grosse jambe inflammatoire

3. Quel est le diagnostic le plus probable chez Mme AD? Argumentez

4. Quel est le facteur étiologique de cette maladie chez la patiente? En citez cinq (5) autres de votre connaissance

5. Donnez trois explorations pertinentes pour la confirmation du diagnostic.

6. Citez trois classes de médicaments utilisables pour le traitement curatif de cette affection

EXO14

Monsieur MN âgé de 35 ans, personne vivant avec le VIH depuis 5ans, se plaint depuis d'une toux persistante depuis trois semaines, associée à une fièvre vespéro-nocturne avec sueurs profuses. La toux ramène parfois une expectoration striée de sang. Il est asthénique et manque d'appétit. L'examen clinique révèle:

-Poids = 65 kg (75 kg il y'a 2 mois), T° = 39°C

- L'examen des poumons retrouve des anomalies au niveau du lobe supérieur du poumon droit: matité, exagération des vibrations vocales, abolition du murmure vésiculaire et présence de râles crépitants. Une radiographie du thorax objective une opacité en infiltrat localisée au sommet du poumon droit. L'IDRT reviendra négative.

1. Proposez un résumé syndromique clinique

2. Quel est le diagnostic le plus probable ? Argumentez

3. Citez trois moyens diagnostiques de certitude de cette affection

Le diagnostic évoqué sera confirmé

4. Décrire les modalités de la prise en charge de cette maladie au Sénégal

5. Donnez les paramètres de guérison de cette maladie

6. Précisez la toxicité des molécules utilisées pour le traitement curatif

8. Citez cinq autres formes cliniques de la maladie

EXO 15

Mlle AD âgée de 20 ans, a quitté son village pour travailler comme fille de ménage à Dakar. Elle est évacuée le 20 mai à l'hôpital pour des spasmes tonico-cloniques généralisés hyperalgiques et de violentes douleurs hypogastriques. Elle a présenté la veille une dysphagie avec contracture douloureuse des mâchoires.

La jeune fille avoue avoir tenté une interruption de grossesse le 14 mai avec l'aide d'un garçon de salle appelé Sidy Massar Gaye. Une échographie pelvienne révélera un corps étranger intra utérin. Elle n'a jamais été vaccinée.

L'examen physique est réalisé dans des conditions difficiles car entraînant une exagération des contractures douloureuses et faisant hurler la patiente. Il révèle toutefois :

-Température = 39°C, Pouls = 130 pulsations par mn, conscience claire, PA = 120 / 70 mmHg

- Liquorrhées vaginales nauséabondes et fétides

- Le médecin introduit un abaisse-langue dans la bouche de la patiente et peine à le retirer.

1. Quel est le diagnostic le plus probable? Argumenter

2. Comment s'appelle l'agent responsable? Donner 2 de ses caractères bactériologiques

- 3. Citer deux autres formes cliniques de la maladie**
- 4. Citer quatre (04) complications de cette maladie**
- 5. Décrire brièvement les principes du traitement de la maladie**

La jeune fille décèdera à J3 d'hospitalisation.

- 6. Montrer à travers deux classifications connues de cette maladie que le pronostic était effectivement sombre**

EXO16

Une femme de 45 ans consulte pour une paralysie faciale gauche. Elle n'a pas d'antécédent médical particulier. A l'examen son état général est bien conservé, La palpation du cou retrouve deux cordons nerveux durs, douloureux et superficiels au niveau du plexus cervical superficiel gauche. Il en est de même des nerfs cubitiaux, d'ailleurs la patiente signale une perte de la sensibilité thermo-algésique au niveau des doigts.

L'examen des téguments montre deux taches hypochromiques, péristernales et une tache en haut du dos. Il existe une hypoesthésie de ces taches par rapport à la peau adjacente.

- 1. Proposez un résumé syndromique**
- 2. De quelle maladie souffre probablement la femme?**
- 3. Proposez deux explorations pertinentes pour la certitude diagnostique**
- 4. Quel est le nouveau critère de classification de cette maladie?**
- 5. De quelle forme clinique de la maladie souffre notre patiente? Justifiez**
- 6. Comparez-la avec une autre forme clinique de la maladie**
- 7. Décrire les modalités du traitement chez la femme**

Dédicace:

- Elèves du CRFS de Kolda et Matam,
- Le personnel et les chargés de cours au CRFS,
Mes connaissances de Yabo Diao et Source du savoir.

@2020

www.facebook.com/reseauscolairesenegal