



REPUBLIC OF LEBANON
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

**PROTOCOLES DE PRISE EN CHARGE CLINIQUE
DES AFFECTIONS LES PLUS COURANTES
EN SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE**

DÉCEMBRE 2014

ممول من الإتحاد الأوروبي
Financé par l'Union Européenne



تنفيذ
Mis en œuvre par



تم إنتاج هذا الدليل بدعم من الاتحاد الأوروبي وتمت طباعته من قبل منظمة الصحة العالمية بالشراكة مع مفوضية الأمم المتحدة العليا لشؤون اللاجئين وذلك في إطار مشروع بإدارة وزارة الصحة العامة. إن وزارة الصحة العامة هي الجهة الوحيدة المسؤولة عن محتوى هذا الدليل ولا يمكن اعتباره بأي حال من الأحوال على أنه يعكس وجهة نظر الاتحاد الأوروبي.

Cet ouvrage a été produit avec le soutien de l'Union Européenne et imprimé par l'Organisation Mondiale de la Santé en partenariat avec le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés dans le cadre d'un projet mené par le Ministère de la Santé Publique. Le contenu de cet ouvrage est la seule responsabilité du Ministère de la Santé Publique et ne reflète de nulle façon l'opinion de l'Union Européenne



نقذ هذا الدليل بالتعاون مع الجمعية اللبنانية لطب العائلة:



REPUBLIC OF LEBANON
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

**PROTOCOLES DE PRISE EN CHARGE CLINIQUE
DES AFFECTIONS LES PLUS COURANTES EN SOINS
DE SANTÉ PRIMAIRE**

DÉCEMBRE 2014

PRÉAMBULE

Dans le cadre de sa stratégie générale visant à assurer une Couverture de Santé Universelle, le ministère de la santé publique (MSP) s'est engagé dans une réforme de la santé qui consiste à consolider les Soins de Santé Primaire (SSP) comme pilier principal. Dans ce contexte, le MSP a élargi au cours de la décennie passée son réseau SSP national à la fois en nombre et sur le plan de la distribution géographique, ainsi qu'en termes de types et d'étendue des services ; le MSP a également initié le système d'accréditation. Ce guide national relatif à la prise en charge clinique des affections les plus courantes en milieu ambulatoire vise à renforcer la qualité des soins et à uniformiser la prise en charge des cas.

Ce guide est la base de la formation intensive des prestataires de soins de santé, ciblant spécialement les médecins et les infirmiers/infirmières travaillant dans les centres de SSP. Son but n'étant pas de remplacer les ouvrages de référence en médecine, ce recueil sert d'aide-mémoire aux prestataires de services médicaux et fait référence aux normes et protocoles nationaux lorsqu'ils existent et aux normes internationales au besoin.

Ce guide est le produit d'un partenariat fructueux entre le MSP et le secteur privé représenté par la Société Libanaise de la Médecine de Famille, et bénéficie du soutien absolu de l'Organisation Mondiale de la Santé. Il sera mis à jour de façon périodique, dans un effort de maintenir des recommandations actualisées et fiables.

Dr Walid Ammar

Directeur Général, Ministère de la Santé Publique, Liban

REMERCIEMENTS

Ce guide a été préparé par la Société Libanaise de la Médecine de Famille sous la direction de l'équipe du bureau régional de l'OMS au Liban et la supervision générale de l'équipe du MSP.

Nous remercions en particulier le Directeur Général du MSP, Dr Walid Ammar, pour avoir dirigé le processus entier de développement de ce guide. Nous remercions spécialement l'équipe du MSP, en particulier le Chef du Département de SSP, Mme Randa Hmadeh, pour avoir facilité la mise en œuvre de cet ouvrage. Nous adressons en particulier nos remerciements à l'Officier National Professionnel au bureau régional de l'OMS au Liban, Dr Alissar Rady, pour son soutien tant qu'en matière de compétences techniques qu'au niveau de la coordination du processus entier de mise en œuvre, ainsi qu'à l'Officier de la Santé Publique au bureau régional de l'OMS au Liban, Mme Edwina Zoghbi, pour ses efforts de révision et de suivi auprès de la Société Libanaise de la Médecine de Famille des questions quotidiennes relatives au processus de mise en œuvre. Finalement, nous remercions le représentant intérimaire de l'OMS, Dr Gabriele Riedner, pour son soutien inconditionnel tout au long de ce processus.

ABRÉVIATIONS

AAFP	American Academy of Family Physicians
ACC	American College of Cardiology
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
ACR	American College of Rheumatology
ADA	American Diabetes Association
AES	Auto-examen des seins
AHA	American Heart Association
AINS	Anti-inflammatoires non-stéroïdiens
ALT	Alanine aminotransférase
AMCA	Antagoniste muscarinique à courte durée d'action
AMLA	Antagoniste muscarinique à longue durée d'action
anti-TNF	Inhibiteur du facteur de nécrose tumorale
anti-TPO	Anticorps anti-thyroperoxydase
ARA	Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine
ARLT	Antagoniste des récepteurs des leucotriènes
ASA	Acide acétylsalicylique
ASP	Abdomen Sans Précipitation
AST	Aspartate aminotransférase
ATA	American Thyroid Association
ATC	Antidépresseurs tricycliques
AVAls	Années de vies ajustées sur l'incapacité
AVF	Algie vasculaire de la face/céphalée de Horton
BAAF	Biopsie par aspiration à l'aiguille fine
BACA	Bêta-2 agoniste à courte durée d'action
BALA	Bêta-2 agoniste à longue durée d'action
BCG	Bacille de Calmette-Guérin
BID	Deux fois par jour
BM	Membrane Basale
BNP	Peptide natriurétique de type B
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive
BUN	Azote uréique du sang
CAT	Test d'évaluation de la BPCO
CD4	Cluster de différenciation 4
CGA	Cause, DFG et catégories d'albuminurie
CK	Créatine kinase
CMV	Cytomégalovirus
CO	Contraceptif oral
COX-2	Cyclooxygénase 2
CRB	Confusion, fréquence respiratoire, pression artérielle
CRP	Protéine C réactive
CSI	Corticostéroïdes inhalés/par inhalation
CSM	Céphalée par surconsommation de médicaments
CSO	Corticostéroïdes oraux
CT scan	Tomodensitométrie
CT	Céphalée de tension
CTU	Urographie tomodensitométrique
CVF	Capacité vitale forcée
DASH	Approches diététiques pour stopper l'hypertension
DEP	Débit expiratoire de pointe
DFA	Immunofluorescence directe
DFG	Débit de filtration glomérulaire
DFG-e	Débit de filtration glomérulaire estimé
DIU	Dispositif intra-utérin
DMO	Densité minérale osseuse

DMPA	Acétate de dépo-médroxyprogestérone
DP	Dysménorrhée primaire
DPP	Dérivé protéique purifié
DS	Dysménorrhée secondaire
DSM-V	Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux
ECA	Enzyme de conversion de l'angiotensine
ECS	Examen clinique des seins
EEM	Examen de l'état mental
EKG	Electrocardiogramme
ELISA	Essai immunoenzymatique
ESA	Agent de stimulation de l'érythropoïèse
FC	Fréquence cardiaque
FCV	Frottis cervicovaginal
FDA	Food and Drug Administration
FEVG	Fraction d'éjection du ventricule gauche
FNS	Formule Numération Sanguine
FPG	Glycémie à jeun
FR	Fréquence respiratoire
FRAX	Outil de prédiction absolu du risque de fractures
FSH	Hormone folliculo-stimulante
GB	Globules blancs
GI	Gastro-intestinal
GMN	Goitre multinodulaire
GnRH	Hormone de libération des gonadotropines
GOLD	Initiative mondiale pour la bronchopneumopathie chronique obstructive
GR	Globules rouges/érythrocytes
GSA	Gazométrie du sang artériel
H2RA	Antagoniste des récepteurs à l'histamine de type 2
HbA1c	Hémoglobine A1c
HBP	Hypertrophie bénigne de la prostate
HDL	Lipoprotéine de haute densité
Hgb	Hémoglobine
HGPO	Hyperglycémie provoquée par voie orale
HPF	Champ à forte puissance
HTA	Hypertension Artérielle
HTS	Hormonothérapie substitutive
IC	Insuffisance cardiaque
ICC	Insuffisance cardiaque congestive
ICFEP	Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée
ICFER	Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite
IEC	Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
IgA	Immunoglobuline A
IM	Infarctus du myocarde
IMAO	Inhibiteur de la monoamine oxydase
IMC	Indice de masse corporelle
INH	Isoniazide
INR	International Normalised Ratio
IPP	Inhibiteur de la pompe à protons
IPTM	Infections bactériennes de la peau et des tissus mous
IRA	Isotope radioactif
IRM	Imagerie par résonance magnétique
IRSN	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
IRT	Insuffisance rénale terminale
ISH	International Society of Hypertension
ISRS	Inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine
ITL	Infection tuberculeuse latente
IVRS	Infection des voies respiratoires supérieures
IVU	Infection des voies urinaires

JNC-8	Joint National Committee 8
KOH	Hydroxyde de potassium
LDL	Lipoprotéine de basse densité
LGV	Lymphogranulomatose vénérienne
MC	Maladie coronarienne
MCAS	Maladie cardiovasculaire athérosclérotique
METS	Equivalent métabolique d'une tâche
MII	Maladie inflammatoire de l'intestin
MIP	Maladie inflammatoire pelvienne
MRC	Maladie rénale chronique
MSP	Ministère de la Santé Publique
MST	Maladies sexuellement transmissibles
MT	Membrane tympanique
NCEP	National Cholesterol Education Program
NYHA	New York Heart Association
OA	Arthrose/ostéoarthrite
OD	Une fois par jour
OMA	Otite moyenne aiguë
OME	Otite moyenne avec épanchement ou otite séreuse
OMP	Otite moyenne persistante/réfractaire
OMR	Otite moyenne récurrente
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
O&P	Œufs et Parasites
ORL	Otorhinolaryngologie
PA	Pression artérielle
PAS	Pression artérielle systolique
PAD	Pression artérielle diastolique
PCO	Pilule contraceptive orale
PCR	Amplification en chaîne par polymérase
PDE4-inh	Inhibiteur des phosphodiésterases de type 4
PEH	Pneumonie extrahospitalière
PIV	Pyélographie intraveineuse
PKR	Polykystose rénale
PPSV23	Vaccin antipneumococcique saccharidique
PSA	Antigène spécifique de la prostate
PT	Physiothérapeute
PTH	Hormone parathyroïdienne
PVJ	Pression veineuse jugulaire
QD	Par jour
RAC	Rapport albumine-créatinine urinaire
RADT	Test de détection rapide de l'antigène
RAST	Dosage des IgE sériques spécifiques
RCV	Risque cardiovasculaire
RGO	Reflux gastro-œsophagien
ROR	Rougeole, oreillons, rubéole
RPC	Rapport protéine-créatinine urinaire
RPG	Glycémie aléatoire
RSOS	Test de recherche de sang occulte dans les selles
SCI	Syndrome du côlon irritable
SDMR	Staphylocoque doré méthicilline-résistant
SGA	Streptocoque du groupe A
SGOT	Sérum glutamo-oxaloacétique transaminase
SGPT	Sérum glutamo-pyruvique transaminase
SHNA	Stéatohépatite non-alcoolique
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIH	Société Internationale d'Hypertension
SNC	Système nerveux central
SPEP	Electrophorèse des protéines sériques

SPM	Syndrome prémenstruel
SRO	Solution de réhydratation orale
SS	Sévérité des symptômes
SSP	Soins de santé primaire
T	Température
TAG	Trouble d'anxiété généralisée
TB	Tuberculose
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TCT	Test cutané à la tuberculine
Tdap	Tétanos-diphtérie-coqueluche acellulaire
TDPM	Trouble dysphorique prémenstruel
TFHs	Tests de la fonction hépatique
TID	Trois fois par jour
TLIG	Test de libération de l'interféron gamma
TOC	Trouble obsessionnel compulsif
TP	Temps de Prothrombine
TRAB	Auto-anticorps contre le récepteur de la thyrotropine
TSH	Thyérostimuline
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
UGD	Ulcère gastroduodénal
UI	Unités internationales
UIV	Urographie intraveineuse
UPEP	Electrophorèse des protéines urinaires
USI	Unité des soins intensifs
USPSTF	U.S. Preventive Services Task Force
VEB	Virus d'Epstein-Barr
VEMS	Volume expiratoire maximal par seconde
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VHS	Virus Herpès Simplex
VNRS	Échelle numérique verbale
VPH	Virus du papillome humain
VRS	Virus respiratoire syncytial
VS	Vitesse de Sédimentation
VVZ	Virus de la varicelle et du zona
WPI	Index de douleurs généralisées

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	7
CHAPITRE 1. Examens médicaux périodiques - Détection des maladies et promotion de la santé	13
CHAPITRE 2. Prévention et traitement des maladies cardiovasculaires	17
I. Hypertension artérielle	17
II. Dyslipidémie	21
III. Diabète de type 2	25
IV. Prévention des maladies cardiovasculaires	30
V. Obésité	35
CHAPITRE 3. Insuffisance cardiaque	43
CHAPITRE 4. Maladie rénale chronique	49
CHAPITRE 5. Hématurie chez les adultes	53
CHAPITRE 6. Bronchopneumopathie chronique obstructive	59
CHAPITRE 7. Asthme chez les adultes	65
CHAPITRE 8. Pneumonie extrahospitalière ou communautaire et bronchite aiguë chez les adultes	71
I. Pneumonie extrahospitalière ou communautaire	71
II. Bronchite aiguë	74
CHAPITRE 9. Infections courantes des voies respiratoires supérieures chez les adultes	77
I. Rhume banal et grippe	77
II. Pharyngite aiguë chez les adultes	79
III. Laryngite aiguë	81
IV. Sinusite aiguë chez les adultes	82
V. Otite moyenne aiguë chez les adultes	85
VI. Otite externe	87
CHAPITRE 10. Infection tuberculeuse latente	89
CHAPITRE 11. Parasites intestinaux	95
CHAPITRE 12. Douleur abdominale	101
CHAPITRE 13. Dyspepsie	105
CHAPITRE 14. Diarrhée aiguë	109
CHAPITRE 15. Anxiété	113
CHAPITRE 16. Dépression	117
CHAPITRE 17. Troubles psychosomatiques	121
I. Trouble des symptômes somatiques	121
II. Trouble de l'anxiété liée aux maladies	122
III. Fibromyalgie	123

CHAPITRE 18. Infections cutanées courantes chez les adultes	127
I. Infections bactériennes courantes de la peau et des tissus mous	127
II. Infections virales courantes de la peau	129
III. Infections fongiques courantes de la peau : dermatophytose et candidose	134
IV. Infections parasitaires courantes de la peau	137
CHAPITRE 19. Acné vulgaire	143
CHAPITRE 20. Douleur au dos	147
CHAPITRE 21. Arthrose et douleur articulaire et cervicale	153
CHAPITRE 22. Troubles de la thyroïde	157
I. Hypothyroïdie	157
II. Hyperthyroïdie	158
III. Nodule thyroïdien	160
CHAPITRE 23. Troubles menstruels courants	163
I. Dysménorrhée	163
II. Syndrome prémenstruel	164
III. Ménorragie	165
CHAPITRE 24. Contraception	169
CHAPITRE 25. Ménopause	175
CHAPITRE 26. Maladies sexuellement transmissibles	179
CHAPITRE 27. Céphalée	183
I. Migraine	184
II. Céphalée de tension	186
III. Céphalée de Horton/Algie vasculaire de la face	186
IV. Céphalée par surconsommation de médicaments	187
CHAPITRE 28. Œil rouge	189

CHAPITRE 1.

EXAMENS MÉDICAUX PÉRIODIQUES Détection des maladies et promotion de la santé

Claudine Nasr, MD

EXAMENS MÉDICAUX PÉRIODIQUES POUR TOUS LES ADULTES

Un examen médical adéquat des adultes doit englober un counseling fondé sur les preuves, des tests de dépistage et des immunisations ayant des répercussions positives sur la santé. Les recommandations suivantes ont été publiées par l'USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force) et l'AAFP (American Academy of Family Physicians) (general population guidelines). Elles s'appliquent à tous les adultes âgés de 18 ans et plus. Les recommandations énoncées par des associations à spécialités diverses seront incluses, le cas échéant, en *Italique*.

TABAC

Les médecins doivent questionner tous les adultes à propos de la consommation de tabac et offrir des interventions de cessation du tabagisme aux personnes consommant des produits du tabac.

ALCOOL

Les médecins doivent dépister l'abus d'alcool chez tous les adultes et offrir des interventions de counseling comportemental afin de réduire l'abus d'alcool chez les personnes se livrant à une consommation risquée ou dangereuse d'alcool.

DÉPRESSION

Les médecins doivent dépister la dépression chez les adultes lorsque des services de soins de la dépression, soutenus par un personnel, sont instaurés pour assurer un diagnostic précis ainsi qu'un traitement et un suivi efficaces.

MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Il faut fournir un counseling comportemental intensif aux adultes sexuellement actifs à risque élevé de contracter des infections sexuellement transmissibles.

VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE (VIH)

Tous les adultes âgés de 15 à 65 ans à risque élevé d'exposition au VIH (comportement sexuel à risque élevé, usage de drogues, transfusions multiples) doivent subir un dépistage du VIH.

OBÉSITÉ

Il faut dépister chez les adultes un indice de masse corporelle élevé. Les patients obèses doivent recevoir un counseling intensif et des interventions comportementales pour favoriser une perte de poids durable.

PRESSION ARTÉRIELLE

Les adultes doivent subir un dépistage de l'hypertension artérielle.

DIABÈTE

Les adultes asymptomatiques présentant une pression artérielle durable supérieure à 135/80 mm Hg doivent subir un dépistage du diabète de type 2. Trois tests sont utilisés pour le dépistage: la glycémie à jeun, l'hyperglycémie provoquée orale (HGPO) (ou 2 heures après une charge de glucose) et l'hémoglobine A1c.

L'ADA (American Diabetes Association) recommande de dépister le diabète chez tous les adultes, tous les trois ans, à partir de l'âge de 45 ans. Le diabète doit être dépisté aussi chez les adultes de tout âge qui sont en surpoids ou obèses ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) et présentant un facteur de risque additionnel de diabète ou plus.

DYSLIPIDÉMIE

1. Femmes: il est fortement recommandé que les femmes de 45 ans et plus subissent un dépistage de la dyslipidémie si elles sont exposées à un risque élevé de développer une maladie coronarienne (MC). En outre, les femmes de 20 à 45 ans à risque élevé de MC doivent subir un dépistage de la dyslipidémie.
2. Hommes: tous les hommes de 35 ans et plus doivent subir un dépistage de la dyslipidémie. Les hommes de 20 à 35 ans doivent subir un dépistage de la dyslipidémie uniquement s'ils sont exposés à un risque élevé de développer une maladie coronarienne.
3. L'intervalle de dépistage optimal est incertain. Les options rationnelles proposent tous les 5 ans, l'intervalle étant plus court si le taux de lipides est élevé et plus long si le taux de lipides et le risque de MC sont bas.

Le National Cholesterol Education Program (NCEP) recommande de dépister la dyslipidémie chez tous les adultes à partir de l'âge de 20 ans et de répéter le dépistage tous les 5 ans.

ASPIRINE

1. Les femmes âgées de 55 à 79 ans doivent prendre approximativement 75 mg d'aspirine par jour lorsque les effets bénéfiques relatifs à la réduction d'un accident vasculaire cérébral ischémique surpassent le risque élevé d'une hémorragie gastro-intestinale.
2. Les hommes âgés de 45 à 79 ans doivent prendre approximativement 75 mg d'aspirine par jour lorsque les effets bénéfiques relatifs à la prévention d'un infarctus du myocarde surpassent le risque élevé d'une hémorragie gastro-intestinale.

CANCER COLORECTAL

Les adultes âgés de 50 à 75 ans doivent subir un dépistage du cancer colorectal à l'aide soit d'un test annuel à haute sensibilité de recherche de sang occulte dans les selles (RSOS), ou d'une sigmoïdoscopie tous les 5 ans, ou d'une coloscopie tous les 10 ans.

CANCER DU POUMON

Les adultes âgés de 55 à 80 ans, ayant fumé 30 paquets-années de cigarettes et qui fument toujours ou ayant arrêté de fumer au cours des 15 dernières années, doivent subir un dépistage à l'aide d'une tomodensitométrie annuelle à faible dose. Cette recommandation n'a pas été adoptée par d'autres organisations en raison des limitations quant à la validité externe de l'étude sur laquelle s'est appuyée l'USPSTF. L'AAFP a adopté une attitude plus prudente en concluant qu'il n'y a pas suffisamment de preuves pour prescrire ou proscrire un dépistage à base de CT scan chez les personnes à haut risque.

CHUTES

A tous les adultes âgés de 65 ans ou plus vivant en communauté, présentant un risque élevé de chutes, on conseille l'exercice ou une physiothérapie ainsi que des suppléments de vitamine D.

OSTÉOPOROSE ET SUPPLÉMENTS DE CALCIUM

1. Les femmes âgées de 65 ans et plus doivent subir un dépistage de l'ostéoporose. Les femmes de moins de 65 ans doivent subir un dépistage si le risque de fracture est supérieur ou égal à celui d'une femme blanche de 65 ans sans facteurs de risque additionnels.
2. *Les directives nationales libanaises recommandent un dépistage de routine aux femmes de 65 ans et plus et à toutes les femmes post-ménopausées présentant des preuves radiographiques de déminéralisation, de difformité vertébrale ou de fracture de fragilisation ou lorsqu'une corticothérapie sur plus de 3 mois est envisagée.*
3. *Le National Osteoporosis Foundation recommande une ostéodensitométrie à tous les hommes de 70 ans ou plus ainsi qu'aux hommes de 50 à 69 ans présentant des facteurs de risque additionnels.*
4. *Le National Institute of Health recommande un apport quotidien total de 1,000 mg de calcium aux femmes âgées de 19 à 50 ans (hommes de 19 à 70 ans), et de 1,200 mg pour les femmes de plus de 50 ans (hommes de plus de 70 ans), en plus de 600 à 800 UI de vitamine D en suppléments si l'apport alimentaire est déficitaire.*

IMMUNISATION

Tous les adultes doivent recevoir des vaccinations adaptées à leur âge et à des intervalles appropriés.

1. Une vaccination antigrippale annuelle est fortement recommandée pour tous les adultes.
2. A tous les adultes de plus de 19 ans, l'anatoxine tétanique et l'anatoxine diphtérique (Td) à dose réduite doivent être administrées tous les 10 ans. Remplacer une fois la Td par une Tdap (comprenant la

- coqueluche acellulaire) indépendamment du dernier rappel. Une Tdap est également préférée à une vaccination Td pour les adultes de 65 ans et plus qui seront en contact avec des enfants de moins d'un an.
3. Un vaccin antipneumococcique est conseillé une seule fois pour tous les adultes de 65 ans ou plus.
 4. Tous les adultes sans preuve d'immunité contre la varicelle, contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) et contre l'hépatite B doivent recevoir les vaccins appropriés.

EXAMENS MÉDICAUX PÉRIODIQUES SPÉCIAUX POUR LES FEMMES

VIOLENCE ENTRE CONJOINTS

Les médecins doivent dépister chez les femmes en âge de procréer la violence entre conjoints, et celles avec dépistage positif doivent recevoir ou être orientées vers des services d'intervention.

ACIDE FOLIQUE

Toutes les femmes projetant ou susceptibles de tomber enceintes doivent prendre un supplément quotidien d'acide folique en une dose de 400 à 800 mcg.

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Les femmes doivent subir un dépistage du cancer du col utérin à l'aide de tests de frottis cervicovaginal (FCV) ou pap smear à partir de l'âge de 21 ans. Les femmes à faible risque doivent entreprendre le test FCV ou Pap tous les trois ans. Un test concomitant de détection du virus du papillome humain (VPH) est une option à partir de l'âge de 30 ans, et l'intervalle de dépistage peut être étendu à cinq ans. Le dépistage du cancer du col utérin doit être arrêté à 65 ans ou suite à une hystérectomie totale si la femme a des antécédents gynécologiques bénins.

CANCER DU SEIN

Les femmes âgées de 50 à 74 ans doivent subir un dépistage du cancer de sein tous les deux ans par mammographie. La mammographie doit être envisagée pour les femmes de 40 à 49 ans en fonction des valeurs de chaque patiente et des avantages et préjudices potentiels.

Les directives nationales libanaises incitent à entreprendre un examen clinique annuel des seins (ECS) et une mammographie à partir de l'âge de 40 ans et tant que la femme est en bonne santé. Elles incitent aussi à procéder à un auto-examen des seins (AES) tous les mois à partir de l'âge de 20 ans, et à un examen clinique des seins réalisé par un médecin tous les trois ans entre l'âge de 20 et 40 ans.

Le American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) et la American Cancer Society recommandent un dépistage annuel du cancer de sein à partir de 40 ans sans âge d'interruption spécifique.

EXAMENS MÉDICAUX PÉRIODIQUES SPÉCIAUX POUR LES HOMMES

ANÉVRISME DE L'AORTE ABDOMINALE

Les hommes âgés de 65 à 75 ans doivent subir pour une fois un dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale par échographie s'ils ont des antécédents familiaux ou s'ils ont fumé au moins 100 cigarettes durant leur vie.

CANCER DE LA PROSTATE

En soins de santé primaire, une importante controverse entoure le dépistage du cancer de la prostate. L'USPSTF déconseille le dépistage du cancer de la prostate. La American Urological Association recommande une prise de décision partagée pour les hommes de 55 à 69 ans envisageant un dépistage par antigène spécifique de la prostate (PSA), et de procéder en fonction des valeurs et des préférences de l'homme. Afin de réduire les préjudices associés au dépistage, un intervalle de 2 ans serait préférable à un dépistage annuel.

RÉFÉRENCES

1. The Guide to clinical preventive services 2014: Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/>
2. AAFP. Recommendations for clinical preventive services. September 2014. <http://www.aafp.org>
3. National Cholesterol Education Program. Detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). Executive summary. NIH Publication No. 01-3670. <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3xsum.pdf>.

4. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2014. *Diabetes Care* January 2014 37:S5-S13
5. American College of Obstetricians-Gynecologists. Practice bulletin no. 122: Breast cancer screening. *Obstet Gynecol.* 2011; 118(2 pt 1):372-382.
6. National Institutes of Health. Office of Dietary Supplements. Dietary supplement fact sheet: calcium. 2010. <http://ods.od.nih.gov/factsheets/Calcium-HealthProfessional/>. 2012
7. National Institutes of Health. Office of Dietary Supplements. Dietary supplement fact sheet: vitamin D. 2011. <http://ods.od.nih.gov/factsheets/VitaminD-HealthProfessional/>. 2012.
8. National Osteoporosis Foundation. Clinician's guide to prevention and treatment of osteoporosis. http://www.nof.org/sites/default/files/pdfs/NOF_ClinicianGuide2009_v7.pdf. 2012.
9. American Urological Association. Early detection of prostate cancer: AUA guideline 2013. <http://www.auanet.org/education/guidelines/prostate-cancer-detection.cfm>.
10. Seehusen D. Should family physicians routinely screen for lung cancer in high risk population? *Am Fam Physician* 2014 Jul 15; 90 (2): online.
11. Lebanese guidelines to osteoporosis assessment and treatment. Retrieved from http://www.iofbonehealth.org/sites/default/files/PDFs/National%20Guidelines/lebanese_guidelines.pdf.
12. Adib, SM, EL Saghir, NA & Ammar, W. Guidelines for breast cancer screening in Lebanon Public Health communication. *J Med Liban.* 2009; 57(2):72-7.

CHAPITRE 2.

PRÉVENTION ET TRAITEMENT DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

I. HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Mona Osman, MD, MPH, MBA

EPIDÉMIOLOGIE

1. L'hypertension est la maladie chronique la plus courante traitée en soins de santé primaire.
2. Au Liban, 13.8% des adultes souffrent d'hypertension.

DÉFINITION

1. L'hypertension se définit par une pression artérielle systolique de 140 mm Hg ou plus ou une pression artérielle diastolique de 90 mm Hg ou plus en fonction de la moyenne de deux lectures différentes ou plus. Les personnes sous antihypertenseurs sont également considérées hypertendues.
2. L'hypertension est associée à un risque élevé de maladie coronarienne, d'insuffisance cardiaque, d'infarctus du myocarde, de rétinopathie, de maladie rénale chronique, d'accidents vasculaires cérébraux et de décès.

FACTEURS DE RISQUE

1. Les facteurs de risque d'une hypertension essentielle primaire comprennent :
 - a. L'âge
 - b. L'obésité
 - c. Les antécédents familiaux d'hypertension
 - d. La race (plus courante parmi les populations noires)
 - e. Un régime alimentaire riche en sodium (>3000 mg/jour)
 - f. Une consommation excessive d'alcool
 - g. L'inactivité physique
 - h. Le diabète
 - i. La dyslipidémie
 - j. Les traits de personnalité (se distinguant par une attitude hostile ou une impatience/urgence temporelle) et la dépression
 - k. Une hypovitaminose D (chez certaines populations)
2. L'hypertension secondaire est soupçonnée en présence d'une hypertension résistante ou sévère, d'une élévation substantielle de la pression artérielle par comparaison aux valeurs stables précédentes, d'un âge d'apparition prouvé avant la puberté et d'un âge inférieur à 30 ans sans antécédents familiaux d'hypertension artérielle ni d'obésité. Les causes d'une hypertension secondaire comprennent :
 - a. Les médicaments en vente libre
 - b. Les maladies rénales (les maladies rénales aiguës et chroniques dues à des troubles glomérulaires ou vasculaires)
 - c. L'usage de drogues illicites
 - d. L'aldostéronisme primaire
 - e. L'hypertension rénovasculaire
 - f. L'apnée obstructive du sommeil : essentiellement parmi les hommes obèses qui ronflent, présentant une somnolence et une fatigue diurnes ainsi qu'une confusion matinale
 - g. Le phéochromocytome : soupçonné en présence d'une élévation paroxystique de la pression artérielle et d'une triade de céphalée, de palpitations et de transpiration
 - h. Le syndrome de Cushing : les symptômes typiques comprennent un faciès cushingoïde, une obésité abdominale, une faiblesse musculaire proximale et des ecchymoses. Il est possible que les personnes affectées aient des antécédents d'utilisation de glucocorticoïdes
 - i. Autres troubles endocriniens : hypothyroïdie, hyperthyroïdie et hyperparathyroïdie
 - j. La coarctation de l'aorte : présence d'hypertension dans les bras avec un pouls fémoral tardif ou réduit et des pressions artérielles basses ou introuvables dans les jambes.

DÉPISTAGE

1. La U.S. Preventive Services Task Force recommande de dépister, tous les 2 ans, les personnes présentant des pressions artérielles systolique et diastolique en dessous de 120 mm Hg et 80 mm Hg respectivement, et de dépister annuellement les personnes présentant une pression artérielle systolique comprise entre 120 et 139 mm Hg ou une pression artérielle diastolique comprise entre 80 et 89 mm Hg.

DIAGNOSTIC

1. En l’absence d’atteinte aux organes cibles, on ne doit établir de diagnostic d’hypertension légère qu’après la mesure de la pression artérielle au cours de trois visites au moins, espacées d’un intervalle de semaines à mois.
2. Les critères diagnostiques de classification de la pression artérielle chez les adultes sont mis en relief dans le tableau 2.I.1

TABLEAU 2.I.1. CLASSIFICATION DE LA PRESSION ARTÉRIELLE CHEZ LES ADULTES

Catégorie	Pression artérielle systolique (mm Hg)		Pression artérielle dia-stolique (mm Hg)
Normale	< 120	Et	< 80
Pré-hypertension	120-139	Ou	80-89
Hypertension grade 1	140-159		90-99
Hypertension grade 2	≥ 160		≥ 100

EVALUATION

OBJECTIFS

1. Déterminer l’ampleur de l’atteinte aux organes cibles et/ou d’une maladie cardiovasculaire établie.
2. Evaluer d’autres facteurs de risque cardiovasculaire.
3. Identifier les facteurs associés au mode de vie pouvant potentiellement contribuer à l’hypertension.
4. Identifier les substances interférentes (l’utilisation chronique d’anti-inflammatoires non stéroïdiens, de contraceptifs oraux) et les causes potentiellement curables d’hypertension secondaire.

ANTÉCÉDENTS

1. Durée de l’hypertension (la dernière pression artérielle normale connue et les changements de la pression artérielle avec le temps).
2. Tentatives passées de traitement d’une hypertension.
3. Présence de facteurs aggravants : médicaments (anti-inflammatoires non stéroïdiens, œstrogènes, sympathomimétiques, stéroïdes surréniaux, etc.), consommation d’alcool, apport excessif de sodium.
4. Symptômes de causes secondaires : faiblesse musculaire, crises de tachycardie, transpiration, tremblement, amincissement de la peau et douleur au flanc.
5. Symptômes d’atteinte aux organes cibles : céphalées, faiblesse ou cécité transitoire, perte d’acuité visuelle, douleur à la poitrine, dyspnée et claudication.
6. Présence de facteurs de risque cardiovasculaire : tabagisme, diabète, dyslipidémie, inactivité physique.
7. Antécédents alimentaires : sodium, alcool, graisses saturées.
8. Antécédents familiaux de : hypertension, maladie cardiovasculaire ou décès prématuré, maladies familiales (maladie rénale, phéochromocytome, diabète, goutte).
9. Facteurs psychosociaux : structure familiale, statut professionnel, niveau éducatif.
10. Fonction sexuelle.
11. Caractéristiques de l’apnée du sommeil : céphalées matinales, somnolence diurne, ronflement fort, sommeil irrégulier.

EXAMEN PHYSIQUE

L’examen physique vise généralement à évaluer la présence de signes d’atteintes aux organes cibles, de signes de maladies cardiovasculaires établies et de causes potentielles d’hypertension secondaire.

1. Mesure précise de la pression artérielle (consulter le Cadre 2.1.1 pour obtenir des conseils concernant la mesure de la pression artérielle).
2. Aspect général : distribution de la masse adipeuse, lésions cutanées, force musculaire, vigilance.
3. Examen du fond de l'œil : détecter une hémorragie, un œdème papillaire, des exsudats cotonneux.
4. Cou : palpation et auscultation des carotides, de la thyroïde.
5. Cœur : taille, rythme, bruits.
6. Poumons : ronflants, râles.
7. Abdomen : masses rénales, bruits dans l'aorte ou les artères rénales, pouls fémoral.
8. Extrémités : pouls périphériques, œdème.
9. Evaluation neurologique : troubles visuels, faiblesse focale, confusion.

CADRE 2.1.1. CONSEILS DE MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE :

- Le milieu ambiant doit être accueillant et tranquille.
- Il est recommandé de mesurer la pression artérielle en position assise notamment pour les mesures de suivi.
- Il faut conseiller aux patients de s'asseoir tranquillement, en s'adossant pendant cinq minutes et en appuyant le bras au niveau du cœur.
- Il faut s'assurer que le patient n'a pas consommé de caféine une heure avant la lecture et n'a pas fumé au cours des dernières 30 minutes.
- Il faut s'assurer que le patient n'a pas pris de stimulants adrénergiques exogènes tels que la phényléphrine en forme de décongestionnants ou de gouttes ophtalmiques pour la dilatation des pupilles.
- Il faut prendre au moins deux lectures à chaque visite ; si les lectures varient de plus de 5 mm Hg, il faut prendre des lectures supplémentaires jusqu'à l'obtention de deux lectures consécutives proches.
- Pour établir le diagnostic de l'hypertension, il faut prendre trois lectures à un intervalle d'une semaine au moins.

TESTS DE LABORATOIRE

1. Taux de glycémie.
2. Profil lipidique à jeun y compris les taux de cholestérol total, de cholestérol à lipoprotéines de basse densité, de cholestérol à lipoprotéines de haute densité et de triglycérides.
3. Créatinine sérique.
4. Calcium sérique.
5. Concentration de potassium sérique.
6. Hématocrite.
7. Analyse d'urine.
8. D'autres tests sont indiqués si l'on soupçonne une hypertension secondaire.

AUTRES TESTS

1. Electrocardiographie (EKG)
2. Un suivi ambulatoire de la pression artérielle n'est pas toujours indiqué. Les indications sont récapitulées dans le Cadre 2.1.2.

CADRE 2.1.2. INDICATIONS POUR UN SUIVI AMBULATOIRE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE:

- Pour confirmer le diagnostic du phénomène d'hypertension « blouse blanche ».
- Pour confirmer une faible réponse aux antihypertenseurs.
- Pour confirmer des lectures normales de la pression artérielle obtenues par autocontrôle à la maison.
- Une hypertension épisodique soupçonnée.
- Pour déterminer la maîtrise de la pression artérielle chez les patients présentant un important effet « blouse blanche » établi.
- La présence de symptômes d'hypotension quand le patient est sous antihypertenseurs.
- Une hypertension résistante.
- Un dysfonctionnement autonome.

PRISE EN CHARGE

PRISE EN CHARGE NON PHARMACOLOGIQUE

1. Réduction du poids : il faut maintenir l'indice de masse corporelle (IMC) dans les marges normales. Une perte de poids de 10 kilogrammes est susceptible de réduire la pression artérielle systolique de 5 à 20 mm Hg.
2. Approches diététiques pour stopper l'hypertension (DASH) : il faut adopter un régime alimentaire riche en fruits, légumes, fibres, produits laitiers allégés, viande maigre, calcium, magnésium et potassium, à teneur réduite en graisses saturées et totales. Ce régime s'est avéré réduire la pression artérielle systolique de 8 à 14 mm Hg.
3. Réduction du sodium alimentaire : il faut réduire l'apport en sodium alimentaire à 2.4 grammes de sodium ou 6 grammes de chlorure de sodium au maximum. Ceci s'est avéré réduire la pression artérielle systolique de 2 à 8 mm Hg.
4. Activité physique : une activité physique aérobie telle une marche rapide pendant au moins 30 minutes par jour, la plupart des jours de la semaine, s'est avérée réduire la pression artérielle systolique de 4 à 9 mm Hg.
5. Consommation modérée d'alcool : il faut limiter la consommation quotidienne à 2 boissons alcoolisées au maximum pour les hommes et à 1 boisson alcoolisée pour les femmes. Ceci s'est avéré réduire la pression artérielle systolique de 2 à 4 mm Hg.

PRISE EN CHARGE PHARMACOLOGIQUE

1. Les antihypertenseurs doivent être initiés si la pression artérielle systolique est durablement ≥ 140 mm Hg chez les patients de moins de 60 ans ou ≥ 150 mmHg chez les patients âgés de 60 ans et plus et/ ou si la pression artérielle diastolique est durablement ≥ 90 mm Hg en dépit du traitement non pharmacologique appliqué.
2. Aux patients présentant une pression artérielle de base supérieure à 160/100 mm Hg, il faut envisager l'initiation de 2 médicaments. Ce traitement doit être appliqué avec prudence chez les patients à risque élevé d'hypotension orthostatique comme les patients souffrant de diabète et les personnes âgées.
3. Les avantages d'un traitement antihypertenseur sont moins évidents chez les patients présentant une hypertension légère en l'absence de maladie cardiovasculaire préexistante ainsi que chez les personnes âgées fragiles.
4. Pour une monothérapie initiale, le médecin de première ligne peut donner l'une des classes suivantes: les diurétiques thiazidiques, les inhibiteurs des canaux calciques à action prolongée, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (inhibiteurs d'ECA) et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA).
5. En initiant l'antihypertenseur, il est important de s'assurer de la présence de contre-indications, d'effets secondaires potentiels ou d'avantages additionnels. Le tableau 2.1.2 présente une récapitulation de ces facteurs.

TABLEAU 2.1.2. FACTEURS À ENVISAGER LORS DE L'INITIATION DES ANTIHYPERTENSEURS

Effets secondaires potentiels sur les comorbidités	<ul style="list-style-type: none">• Dépression : bêta-bloquants, alpha-2 agoniste à effet central• Goutte : diurétique• Hyperkaliémie : antagoniste de l'aldostérone, inhibiteur d'ECA, ARA, inhibiteur de la rénine• Hyponatrémie : diurétique thiazidique• Maladie rénovasculaire : inhibiteur d'ECA, ARA, inhibiteur de la rénine
Contre-indications	<ul style="list-style-type: none">• Œdème de Quincke : inhibiteur d'ECA• Maladie bronchospastique : bêta-bloquant• Dépression : Réserpine• Maladie hépatique : Méthylodopa• Grossesse (ou risque de grossesse) : inhibiteur d'ECA, ARA, inhibiteur de la rénine• Bloc cardiaque du deuxième ou troisième degré : bêta-bloquant, inhibiteur des canaux calciques non dihydropyridiniques
Effet favorable potentiel	<ul style="list-style-type: none">• Hypertrophie bénigne de la prostate : alpha-bloquant• Tremblement essentiel : bêta-bloquant (non cardiosélectif)• Hyperthyroïdie : bêta-bloquant• Migraine : bêta-bloquant, inhibiteur des canaux calciques• Ostéoporose : diurétique thiazidique• Syndrome de Raynaud : inhibiteur des canaux calciques dihydropyridiniques

Indications impérieuses	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection basse : inhibiteur d'ECA, ARA, bêta-bloquant, diurétique, antagoniste de l'aldostérone • Post-infarctus du myocarde : inhibiteur d'ECA, bêta-bloquant, ARA, antagoniste de l'aldostérone • Maladie rénale chronique protéinurique : inhibiteur d'ECA, ARA • Angine de poitrine : bêta-bloquant, inhibiteur des canaux calciques • Contrôle de la fibrillation auriculaire : bêta-bloquant, inhibiteur des canaux calciques non dihydropyridiniques • Contrôle du flutter auriculaire : bêta-bloquant, inhibiteur des canaux calciques non dihydropyridiniques
--------------------------------	--

CIBLES

1. Une pression artérielle cible < 140/90 mm Hg chez les patients de moins de 60 ans.
2. Une pression artérielle cible < 150/90 mm Hg chez les patients âgés de 60 ans et plus est recommandée par le Joint National Committee-8 (JNC-8) ; toutefois, une pression artérielle cible < 140/90 est toujours souhaitée chez les personnes en bonne forme.
3. Une pression artérielle cible < 140/90 mm Hg chez les patients atteints d'un diabète et d'une maladie rénale chronique est recommandée par le JNC-8, bien qu'une pression artérielle cible < 130/80 mm Hg soit toujours recommandée par d'autres autorités scientifiques.

VISITES DE SUIVI

1. On conseille deux visites de suivi par an si la pression artérielle est maîtrisée.
2. Au cours de chaque visite : il faut mesurer la pression artérielle et le poids, calculer l'IMC, évaluer l'atteinte aux organes cibles, traiter d'autres risques cardiovasculaires, rappeler le patient des modifications du mode de vie et surveiller l'observance du traitement médicamenteux et la présence d'effets secondaires.
3. Tests de suivi annuels en laboratoire : spot urinaire pour la micro-albumine, profil lipidique à jeun, potassium sérique et créatinine sérique.
4. Vaccination : vaccin antipneumococcique et vaccin antigrippal (annuellement).

ENVOI CHEZ UN SPÉCIALISTE

1. Hypertension non maîtrisée.
2. Suspicion d'hypertension secondaire.
3. Hypertension maligne.

RÉFÉRENCES

1. Basile J, Block MJ. Overview of Hypertension in Adults. In: UpToDate, Bakris G (Ed), UpToDate, Waltham MA, 2014. www.uptodate.com.
2. Chobanian AV, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure [published correction appears in JAMA. 2003; 290 (2):197]. JAMA. 2003; 289(19):2560-2572.
3. James PA, Oparil S, Carter BL, et al. 2014 evidence-based guidelines for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC8). JAMA 2014; 311 (5): 507-520.
4. Sibai AM and Hwalla N. WHO STEPS Chronic Disease Risk Factor Surveillance: Data Book for Lebanon, 2009. American University of Beirut, 2010.
5. Wexler R, Aukerman G. Nonpharmacologic Strategies for Managing Hypertension. Am Fam Physician 2006; 73: 1953-6, 1957-8.

II. DYSLIPIDÉMIE

Mona Osman, MD, MPH, MBA

EPIDÉMIOLOGIE

1. La dyslipidémie est un facteur de risque important pour les maladies coronariennes et les accidents vasculaires cérébraux.
2. Au Liban, environ 18% des hommes et 15% des femmes sont atteints de dyslipidémie.

DÉFINITION

1. La dyslipidémie se définit par un taux élevé de cholestérol total, ou des taux élevés de cholestérol à lipoprotéines de basse densité (LDL), ou des taux bas de cholestérol à lipoprotéines de haute densité (HDL)

- ou des taux élevés de triglycérides.
- 2. La dyslipidémie est habituellement asymptomatique.
- 3. La dyslipidémie peut être primitive (familiale) ou secondaire.

CAUSES DE LA DYSLIPIDÉMIE SECONDAIRE

- 1. Le régime alimentaire : Prise de poids, alimentation riche en graisses saturées ou trans, apport élevé de glucides (responsable de taux élevés de triglycérides) et consommation excessive d'alcool.
- 2. Les médicaments : Diurétiques, cyclosporine, glucocorticoïdes, amiodarone, œstrogènes oraux, chélateurs des acides biliaires, inhibiteurs de protéase, acide rétinoïque, stéroïdes anabolisants, raloxifène, tamoxifène et thiazides.
- 3. Les maladies : Obstruction biliaire, syndrome néphrotique, insuffisance rénale chronique et lipodystrophies.
- 4. Les troubles et perturbations métaboliques : Hypothyroïdie, obésité, grossesse et diabète mal maîtrisé.

DÉPISTAGE

- 1. La USPSTF recommande de dépister les troubles lipidiques chez les hommes âgés de 35 ans et plus et chez les femmes âgées de 45 ans et plus (recommandation de grade A). Le dépistage est recommandé pour les hommes âgés de 20 à 35 ans et pour les femmes âgées de 20 à 45 ans en présence de facteurs de risque de maladies coronariennes (recommandation de grade B).
- 2. Le United Kingdom National Institute of Clinical Excellence (NICE) recommande d'entreprendre, chez tous les individus âgés de 40 ans et plus, une évaluation du risque de maladie coronarienne, notamment une mesure du cholestérol total et HDL.

DIAGNOSTIC

Les critères diagnostiques de la dyslipidémie sont récapitulés dans le tableau 2.II.1 ci-après.

TABLEAU 2.II.1. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE LA DYSLIPIDÉMIE

Cholestérol (mg/dl)	LDL (mg/dl)	HDL (mg/dl)	Triglycéride (mg/dl)
Souhaitable < 200	Optimal < 100	Bas < 40	Normal < 150
Limite supérieure 200-239	Presque optimal 100-129	Elevé ≥ 60	Limite supérieure 150-199
Elevé ≥ 240	Limite supérieure 130-159		Elevé 200-499
	Elevé 160-189		Très élevé ≥ 500
	Très élevé ≥ 190		

EVALUATION

ANTÉCÉDENTS

- 1. Dépister la présence de facteurs de risque de maladie cardiovasculaire athérosclérotique (MCAS) : tabac, hypertension, diabète, obésité, antécédents familiaux de maladie coronarienne prématurée.
- 2. Dépister la présence de causes secondaires de dyslipidémie comme susmentionné en particulier chez les personnes présentant un taux de cholestérol LDL ≥ 190 mg/dl ou de triglycérides ≥ 500 mg/dl (recommandation de grade B).
- 3. Evaluer les habitudes alimentaires.
- 4. Evaluer les habitudes en matière d'exercice physique.
- 5. S'enquérir au sujet des médicaments actuels.

EXAMEN PHYSIQUE

- 1. Il faut entreprendre un examen général, notamment un examen cardiovasculaire.
- 2. Les observations typiques à rechercher comprennent les xanthomes (tendineux ou éruptifs), un xanthélasma (taches jaunâtres sur les paupières) et la présence d'arc cornéen (notamment chez les jeunes patients).

TESTS DE LABORATOIRE

1. Les tests de laboratoire sont essentiellement indiqués, avant l'initiation des hypolipémiants, pour évaluer la présence de causes secondaires soupçonnées de dyslipidémie ou pour évaluer les états susceptibles d'influencer l'innocuité de ces médicaments.
2. Un profil lipidique à jeun.
3. La sérum glutamo-pyruvique transaminase (SGPT) également connue par Alanine Aminotransférase (ALT) avant l'initiation des statines.
4. La créatine kinase (CK) en cas de risque élevé d'événements musculaires indésirables dans un traitement par statine.
5. La créatinine si un traitement avec des fibrates est indiqué.

PRISE EN CHARGE

MODIFICATIONS DU MODE DE VIE

1. Une modification du régime alimentaire : équilibrer les apports et les dépenses énergétiques afin de maintenir un poids corporel souhaitable et empêcher la prise de poids. Il est conseillé que le régime alimentaire comprenne les nutriments suivants :
 - a. Des graisses saturées inférieures à 7% de l'apport calorique total
 - b. Des graisses polyinsaturées constituant jusqu'à 10% de l'apport calorique total
 - c. Des graisses monoinsaturées constituant jusqu'à 20% de l'apport calorique total
 - d. Des graisses totales constituant 25 à 35% de l'apport calorique total
 - e. Des glucides constituant 50 à 60% de l'apport calorique total
 - f. Des fibres 20 à 30 grammes par jour
 - g. Des protéines constituant environ 15% de l'apport calorique total
 - h. Un cholestérol inférieur à 200 mg/jour
 - i. Un régime alimentaire riche en fruits et légumes
2. Une perte de poids chez les patients en surpoids.
3. L'exercice : 30 minutes par jour, au moins cinq jours par semaine.
4. Limiter la consommation d'alcool

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

1. Les statines constituent le premier recours lorsqu'un traitement médicamenteux est envisagé.
2. Aux adultes âgés de 21 ans et plus présentant un taux de cholestérol LDL ≥ 190 mg/dl, il est conseillé de les traiter avec des statines et d'initier préférentiellement un traitement à puissance élevée (recommandation de grade B). Se référer au tableau 2.II.2 qui présente les différents types d'hypolipémiants disponibles dans la liste chronique du ministère de la santé publique au Liban.
3. Aux adultes âgés de 40 à 75 ans présentant un taux de cholestérol LDL compris entre 70 et 189 mg/dl sans MCAS clinique ni diabète mais avec un risque de MCAS estimé sur 10 ans $\geq 20\%$, on recommande un traitement par statines à puissance modérée à élevée (recommandation de grade A).
4. Aux adultes atteints de diabète et âgés entre 40 et 75 ans présentant un taux de cholestérol LDL compris entre 70 et 189 mg/dl, on recommande un traitement par statines à puissance modérée (recommandation de grade A).
5. Aux adultes âgés de 75 ans et moins présentant une MCAS clinique, on recommande un traitement par statines à puissance élevée sauf si c'est contre-indiqué (recommandation de grade B).
6. Le fénofibrate peut être ajouté au traitement par statines à puissance faible ou modérée uniquement si les avantages relatifs à la réduction des triglycérides (taux de triglycérides > 500 mg/dl par exemple) surpassent le risque potentiel d'événements indésirables.

TABLEAU 2.II.2. HYPOLIPIDÉMIANTS DISPONIBLES DANS LA LISTE CHRONIQUE DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE AU LIBAN.

Classe de médicaments	Dose	Effet	Effets secondaires majeurs
Statines (inhibiteurs de l’HMG-CoA réductase)			
Simvastatine	5-40 mg/jour (le soir) - Traitement à puissance modérée* : 20-40 mg - Traitement à faible puissance: 10 mg	↓ LDL by 20%-60% ↑ HDL by 5%-10% ↓ Triglycérides de 10%-33%	Céphalée, nausée, sommeil perturbé, élévation des transaminases hépatiques, myosite, rhabdomyolyse.
Rosuvastatine	5-40 mg/jour (le soir) - Traitement à puissance modérée* : 20-40 mg - Traitement à faible puissance: 10 mg		
Fibrates			
Fénofibrate	160-200 mg/jour (avec les repas)	↓ LDL by 6%-20% ↑ HDL by 5%-20% ↓ Triglycérides de 41%-53%	Éruption cutanée, nausée, ballonnement, crampes, myalgie.
	* une dose quotidienne réduit le taux de cholestérol LDL de 30 à < 50% ** une dose quotidienne réduit le taux de cholestérol LDL de ≥ 50%		

TAUX CIBLES

1. Un taux de cholestérol LDL cible < 100 mg/dl chez les patients présentant un risque élevé de MCAS sur 10 ans (≥ 20%) et même < 70 mg/dl chez les patients présentant un risque très élevé de MCAS sur 10 ans.
2. Un taux de cholestérol LDL cible < 130 mg/dl chez les patients présentant un risque modéré de MCAS sur 10 ans.

CONTRÔLE DU TRAITEMENT HYPOLIPÉMIANT

1. Pour le suivi, un profil lipidique à jeun permet de surveiller la réponse au traitement au bout de 4 à 12 semaines après l’initiation du traitement par statines, puis tous les 3 à 12 mois.
2. L’innocuité de l’hypolipédiant doit être surveillée sur le plan clinique par suivi ; les tests de laboratoire (tels CK, SGPT) doivent être entrepris en présence de signes cliniques de toxicité.
3. Il est conseillé d’utiliser la puissance maximale tolérée de statines chez les individus auxquels une statine à puissance modérée ou élevée est recommandée, mais non tolérée (recommandation de grade B).
4. Pour les individus affichant une réponse thérapeutique inférieure à celle anticipée, il est recommandé de :
 - a. Renforcer l’adhérence aux hypolipémiants.
 - b. Renforcer l’adhérence aux modifications du mode de vie.
 - c. Exclure les causes secondaires d’hyperlipidémie.

ENVOI CHEZ UN SPÉCIALISTE

1. Envisager référer à un endocrinologue en l’absence de réponse au traitement et en cas d’hyperlipidémie familiale.

RÉFÉRENCES

1. Jellinger PS et al. American Association of Clinical Endocrinologists' Guidelines for Management of Dyslipidemia and Prevention of Atherosclerosis: executive summary. Endocrine Practice .2012; 18(1): 1-77. Extrait de <https://www.aace.com/files/lipid-guidelines.pdf>
2. NICE Guidelines. Lipid modification: cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. September 2014. Extrait de <http://www.nice.org.uk/guidance/cg181/resources/guidance-lipid-modification-cardiovascular-risk-assessment-and-the-modification-of-blood-lipids-for-the-primary-and-secondary-prevention-of-cardiovascular-disease-pdf>
3. Rosenson R. Treatment of lipids (including hypercholesterolemia) in secondary prevention. In: UpToDate, Freeman MW (Ed), UpToDate, Waltham MA, 2014. www.uptodate.com.
4. Sibai AM and Hwalla N. WHO STEPS Chronic Disease Risk Factor Surveillance: Data Book for Lebanon, 2009. American University

of Beirut, 2010.

5. Stone NJ, Robinson J, Lichtenstein AH, Bairey Merz CN, Blum CB, Eckel RH, Goldberg AC, Gordon D, Levy D, Lloyd-Jones DM, McBride P, Schwartz JS, Shero ST, Smith SC Jr, Watson K, Wilson PWF. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. 2013; 1-84. Extrait de <https://circ.ahajournals.org/content/early/2013/11/11/01.cir.0000437738.63853.7a>
6. The Task force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS). European Heart Journal (2011) 32, 1769–1818. Extrait de <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/guidelinesdocuments/guidelines-dyslipidemias-ft.pdf>
7. Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult Treatment Panel III). Circulation 2002; 106:3143; with modifications from Grundy SM, Cleeman JI, Merz CN, et al, Circulation 2004; 110:227
8. Vijan S. Screening for lipid disorders. In: UpToDate, Freeman MW(Ed), UpToDate, Waltham MA, 2014. www.uptodate.com.

III. DIABÈTE DE TYPE 2

Mona Osman, MD, MPH, MBA

EPIDÉMIOLOGIE

1. Environ 9% de la population adulte âgée de 18 ans et plus est atteinte de diabète.
2. Au Liban, le diabète affecte 15% de la population et représente 3.7% de la mortalité totale pour diverses causes.
3. L'incidence de diabète de type 2 augmente avec l'âge.

DÉFINITION

1. Le diabète de type 2 est une maladie métabolique chronique qui se caractérise par une hyperglycémie chronique, découlant d'un déficit progressif de la sécrétion d'insuline. Il est associé à une insulino-résistance et à une défaillance progressive des cellules bêta.
2. Le diabète de type 2 est associé à plusieurs états comorbides y compris : l'obésité, l'hypertension, la dyslipidémie, la déficience auditive, l'apnée du sommeil, la stéatose hépatique, les maladies parodontales, le trouble cognitif, la dépression et les fractures.
3. Les complications du diabète de type 2 comprennent : une néphropathie, une rétinopathie, une neuropathie et une athérosclérose accélérée (maladies coronariennes, cérébrales et vasculaires périphériques).

FACTEURS DE RISQUE

1. L'inactivité physique.
2. L'obésité.
3. Les antécédents familiaux de diabète, notamment d'un parent au premier degré.
4. Les femmes avec des antécédents de diabète gestationnel ou ayant accouché d'un bébé pesant 4 kilogrammes ou plus.
5. L'hypertension.
6. La dyslipidémie.
7. Les antécédents de maladies cardiovasculaires.
8. Les femmes présentant le syndrome des ovaires polykystiques.
9. Les états cliniques se caractérisant par une insulino-résistance.

SYMPTÔMES

1. La plupart des patients atteints d'un diabète de type 2 ne présentent aucun symptôme.
2. Les symptômes classiques de polyurie, de polydipsie, de polyphagie et de perte de poids sont éventuellement présents.
3. Les autres symptômes comprennent une vision floue, une paresthésie des membres inférieurs et des infections fongiques.

DÉPISTAGE

1. Tester tous les adultes de tout âge qui sont en surpoids ($IMC \geq 25 \text{ Kg/m}^2$) et présentant des facteurs de

- risque supplémentaires de diabète (recommandation de grade B).
2. Tester tous les adultes âgés de 40 ans et plus indépendamment de la présence de facteurs de risque de diabète, selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).
 3. Le dépistage doit être répété à un intervalle de trois (3) ans si les résultats sont normaux. En cas de prédiabète, les tests doivent être repris annuellement. Des tests plus fréquents sont également indiqués pour les personnes à facteurs de risque de diabète.
 4. L'OMS incite à effectuer un dépistage initial par mesure de la glycémie capillaire lorsque les services de laboratoire ne sont pas disponibles.

DIAGNOSTIC

1. Le diagnostic du diabète de type 2 peut être établi à l'aide de tests différents : la glycémie à jeun (FPG), l'hémoglobine A1c ou l'épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) - recommandation de grade B. Les critères diagnostiques sont récapitulés dans le tableau 2.III.1 ci-après. Il est important de souligner ce qui suit :
 - a. Le jeûne se définit par un apport calorique zéro pendant 8 heures au moins.
 - b. Deux lectures anormales sont nécessaires pour établir le diagnostic du diabète.
 - c. Une HGPO doit être entreprise avec une charge de glucose contenant l'équivalent de 75 g de glucose anhydre dissous dans l'eau.
 - d. La HbA1c est mesurée en laboratoire par une méthode normalisée.
2. L'évolution du diabète de type 2 est habituellement insidieuse et le diagnostic peut être parfois reporté.

TABLEAU 2.III.1. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU DIABÈTE DE TYPE 2

	Taux normal de glycémie	Prédiabète	Diabète
Glycémie à jeun (FPG) (mg/dl)	FPG < 100 mg/dl	100 ≤ FPG < 126 (hyperglycémie modérée à jeun IGT)	FPG ≥ 126
Glycémie aléatoire (RPG) en présence de symptômes (mg/dl)	RPG < 200		RPG ≥ 200
HbA1c (%)	< 5.7	5.7-6.4	≥ 6.5
Epreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) (mg/dl)	2hPG < 140	140 ≤ 2hPG < 200 (intolérance au glucose IGT)	≥ 200

EVALUATION

OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

1. Evaluer les caractéristiques de l'apparition du diabète (résultats de laboratoire asymptomatiques ou polyurie et polydipsie symptomatiques).
2. Evaluer la présence de facteurs de risque.
3. Documenter la présence de complications du diabète.
4. Aider le patient à formuler un plan de prise en charge.
5. Pourvoir le patient d'une base pour soins continus.

ANTÉCÉDENTS

1. Age.
2. Rechercher les symptômes de diabète, le cas échéant.
3. Facteurs associés au mode de vie, notamment les habitudes alimentaires (nutrition), les habitudes liées à l'activité physique.
4. Facteurs de risque cardiovasculaire.
5. Présence de complications dues au diabète : rétinopathie, neuropathie, néphropathie, maladies coronariennes, maladies cérébrovasculaires et maladies artérielles périphériques.
6. Antécédents psychosociaux, notamment dépistage de la dépression et/ou de l'anxiété.
7. Affections dentaires.

EXAMEN PHYSIQUE

1. Mesure de la taille et du poids et calcul de l'IMC.
2. Mesure de la pression artérielle (mesures orthostatiques quand c'est indiqué).
3. Examen du fond de l'œil.
4. Palpation de la thyroïde.
5. Examen de la peau (pour acanthosis nigricans).
6. Examen complet du pied
 - a. Inspecter l'intégrité de la peau notamment entre les orteils et sous les têtes métatarsiennes. Rechercher les zones d'érythème, de chaleur ou de formation de cal. Déceler les déformations osseuses, une mobilité articulaire et vérifier la démarche et l'équilibre.
 - b. Palper les pouls tibial postérieur et pédieux.
 - c. Evaluer la présence ou non de réflexes rotuliens et achilléens.
 - d. Evaluer la proprioception, la sensation de vibration et de monofilament : vibration à l'aide d'un diapason 128 Hz, sensation de piqure d'épingle ou réflexes achilléens.

INVESTIGATION

1. Le profil lipidique à jeun, y compris les taux de cholestérol total, LDL et HDL et de triglycérides.
2. La glycémie à jeun.
3. La HbA1c si elle n'est pas faite au cours des 2 à 3 derniers mois.
4. Les tests de la fonction hépatique (SGPT, SGOT).
5. Le dosage de l'excrétion urinaire d'albumine avec rapport albumine/créatinine sur spot urinaire.
6. La créatinine sérique.
7. La thyroïdostimuline (TSH) dans une dyslipidémie ou chez les femmes de plus de 50 ans.

PRISE EN CHARGE

PRISE EN CHARGE NON PHARMACOLOGIQUE

1. Modifications alimentaires : une combinaison adéquate de glucides, de protéines et de lipides est importante pour la prise en charge du diabète. Le contrôle de l'apport en glucides est vital pour réaliser une maîtrise glycémique chez les patients atteints de diabète. Ce contrôle peut être achevé moyennant un calcul des glucides, le choix de glucides ou une estimation basée sur l'expérience.
2. Réduction du poids : elle est conseillée pour toutes les personnes en surpoids ou obèses atteintes de diabète. Les régimes alimentaires pauvres en glucides, ou pauvres en gras à teneur réduite en calories ou méditerranéens sont efficaces pour réaliser une réduction de poids à court terme (recommandation de grade A).
3. Exercice : il faut pratiquer chaque jour des exercices modérés de 30 minutes, au moins cinq jours par semaine.
4. Cessation du tabagisme.
5. Consommation modérée d'alcool : limiter la consommation à 2 boissons alcoolisées par jour pour les hommes et 1 boisson alcoolisée par jour pour les femmes.

PRISE EN CHARGE PHARMACOLOGIQUE

1. Quand le diagnostic est établi, un traitement à la metformine doit être initié en conjonction avec les modifications introduites au mode de vie, chez les personnes ne souffrant pas d'insuffisance rénale, de maladie hépatique ni d'hypoxie (recommandation de grade A).
2. Administrer une sulfonylurée aux patients présentant des contre-indications à la metformine ou lorsque la metformine n'améliore pas la maîtrise glycémique (niveau de la recommandation : très importante).
3. Si la monothérapie non insulinaire, à la dose maximale tolérée, ne réussit pas à atteindre ou à maintenir la HbA1c cible au bout de 3 à 6 mois, il est nécessaire d'ajouter un second agent oral, un agoniste du récepteur de GLP-1 (peptide 1 de type glucagon), ou l'insuline (recommandation de grade A).
4. Une approche axée sur le patient s'impose en choisissant un traitement pharmacologique. Les considérations doivent englober l'efficacité, le coût, les effets secondaires potentiels et les préférences du patient.
5. L'insuline peut être ajoutée comme thérapie d'augmentation (en plus des hypoglycémifiants oraux) avec une dose de départ de 0.3 unité par kilogramme, ou elle peut être administrée comme thérapie de substitution avec une dose de départ de 0.6 à 1 unité par kilogramme.
6. L'insuline humaine est généralement équivalente à l'analogue de l'insuline au niveau de la maîtrise du diabète.

Le tableau 2.III.2 décrit les différents types de médicaments utilisés pour le traitement du diabète de type 2. L'algorithme 2.III.1 décrit l'approche thérapeutique visant les patients atteints de diabète de type 2.

TABLEAU 2.III.2. MÉDICAMENTS ORAUX UTILISÉS POUR LE TRAITEMENT DU DIABÈTE DE TYPE 2.

Médicament	Action	Avantages	Effets secondaires
Metformine	Elle réduit la gluconéogenèse hépatique	Neutre sur le poids	Effets secondaires gastro-intestinaux (diarrhée), contre-indiquée avec l'insuffisance rénale ou l'insuffisance hépatique
Sulfonylurée	Elle augmente la sécrétion d'insuline	Promptement efficace	Prise de poids, hypoglycémie notamment avec glibenglamide ou chloropropamide
Thiazolidinedione TZD	Elle accroît l'insulinosensibilité dans les tissus adipeux et les muscles	Amélioration du profil lipidique (pioglitazone), réduction potentielle de l'IM (pioglitazone)	Rétention de fluides, insuffisance cardiaque, prise de poids, fractures des os, coût élevé, augmentation potentielle de l'IM (rosiglitazone)
Inhibiteur de l'alpha-glucosidase	Il réduit l'absorption intestinale des glucides	Neutre sur le poids	Effets secondaires GI fréquents, trois doses par jour, coût élevé
Glinide	Il augmente la sécrétion d'insuline	Promptement efficace	Prise de poids, 3 doses par jour, coût élevé, hypoglycémie
Pramlintide	Il retarde la vidange gastrique, réduit le glucagon	Perte de poids	Trois injections par jour, symptômes GI fréquents, sécurité à long terme non établie, coût élevé
Dipeptidyl peptidase-4 (inhibiteur de DPP-4)	Il bloque la dégradation de GLP1	Neutre sur le poids	Sécurité à long terme non établie, coût élevé
Cotransporteur sodium – glucose de type 2 (inhibiteur de SGLT2)	Il favorise la glucosurie	Perte de poids, réduction de la pression artérielle systolique	Candidose vulvo-vaginale, infections des voies urinaires, sécurité à long terme non établie

CIBLES

- 1. Hémoglobine A1C < 7.0%.
- 2. Pression artérielle < 140/90 mm Hg comme recommandé par le JNC-8 bien que d'autres autorités scientifiques recommandent toujours une pression artérielle cible < 130/80 mm Hg.
- 3. Taux de cholestérol LDL < 100 mg/dl (il doit être ≤ 70 mg/dl si le risque de maladies cardiovasculaires athérosclérotiques (MCAS) sur 10 ans est très élevé).

MAINTIEN DE LA SANTÉ

- 1. Vaccination
 - a. Un vaccin antigrippal annuel est conseillé à tous les diabétiques.
 - b. Un vaccin antipneumococcique polysaccharidique est conseillé à tous les diabétiques. Une seule revaccination est recommandée aux personnes âgées de 65 ans si le vaccin a été administré depuis plus de 5 ans.
 - c. Un vaccin contre l'hépatite B est conseillé aux adultes non vaccinés, atteints de diabète, âgés de 19 à 59 ans.
- 2. Il est également important que les patients diabétiques puissent bénéficier des services de maintien de la santé recommandés en fonction de l'âge et du sexe, notamment les services liés au cancer puisque les diabétiques risquent fortement de développer un cancer, notamment un cancer du foie, du pancréas, de l'endomètre, du côlon/rectum, du sein et de la vessie.

CONTRÔLE ET SUIVI

Les patients atteints de diabète de type 2 doivent être régulièrement suivis comme décrit dans le tableau 2.III.3 ci-dessous.

TABLEAU 2.III.3. SUIVI DES PATIENTS ATTEINTS DE DIABÈTE DE TYPE 2

	Composante	Fréquence	Description
Consultation	Pression artérielle	A chaque visite	< 130/80 (< 140/80)
	Examen des yeux	Une fois par an	Consulter un ophtalmologue au début
	Examen dentaire	Une fois par an	Examen des dents et de la gencive
	Examen partiel du pied	A chaque visite	
	Examen complet du pied	Une fois par an	
	Vaccin antigrippal	Une fois par an	
	Counseling en matière de cessation du tabagisme	A chaque visite	Aux fumeurs uniquement
	IMC	A chaque visite	
Laboratoire	Hémoglobine A1c	Tous les 3-6 mois	< 7%
	Triglycérides	Une fois par an	< 150 mg/dl
	Cholestérol Total	Une fois par an	< 200 mg/dl
	Cholestérol LDL	Une fois par an	< 100 mg/dl (même < 70)
	Cholestérol HDL	Une fois par an	>40 mg/dl chez les hommes et > 50 mg/dl chez les femmes
	Albumine/créatinine urinaire	Une fois par an	< 30 microgrammes/mg
	Electrocardiogramme	Une fois par an	Normal
Education dans le domaine de la santé	Objectifs thérapeutiques	A chaque visite	En discuter avec le patient
	Glycémie	Contrôle	A recommander selon les besoins
	Alimentation saine	A chaque visite	A recommander toujours
	Activité physique	30 minutes, 5-7 fois par semaine	A recommander selon les besoins

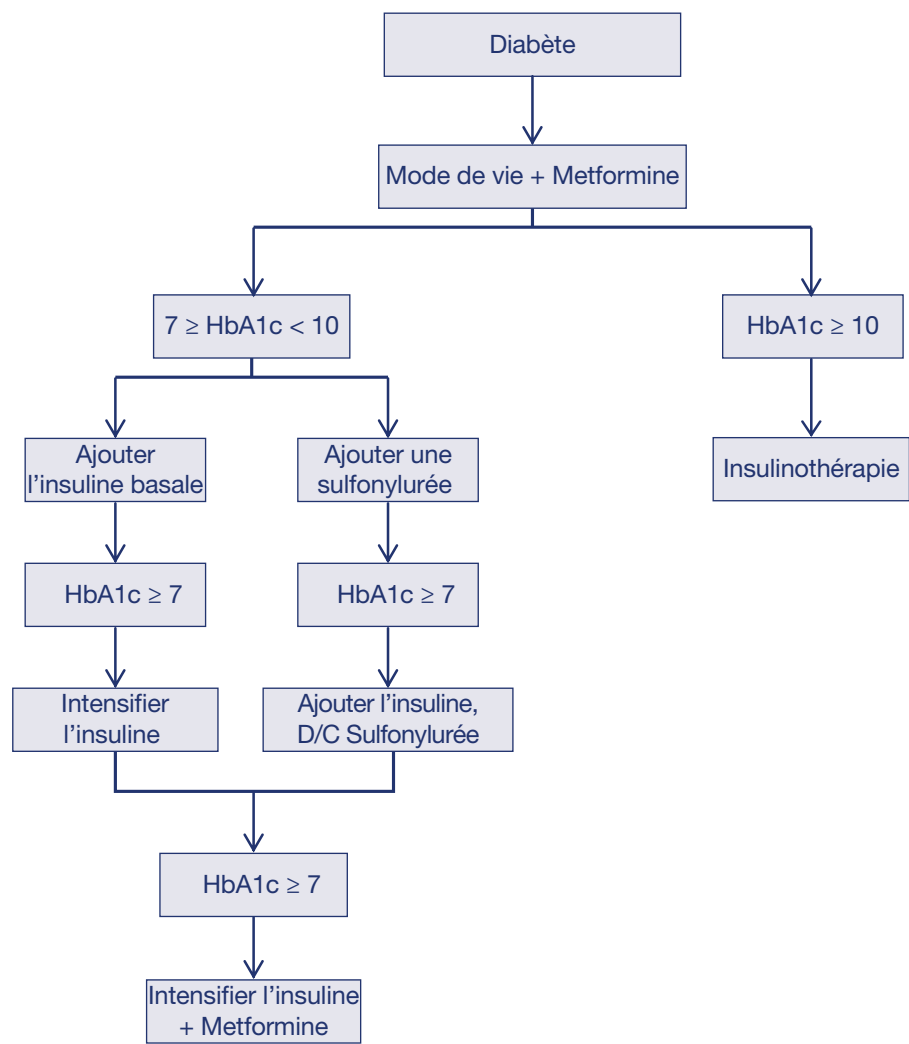
ENVOI CHEZ UN SPÉCIALISTE

1. Un ophtalmologue pour un examen annuel du fond de l’œil une fois le diagnostic établi.
2. Un dentiste pour un examen parodontal complet.
3. Un spécialiste de santé mentale si nécessaire.
4. Un chirurgien vasculaire en cas d’ulcère du pied.
5. Un diététicien.

RÉFÉRENCES

1. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes. Diabetes Care. 2014; 37(1): S14- S80. Extrait de http://care.diabetesjournals.org/content/37/Supplement_1/S14.full.pdf+html
2. McCulloh D. Overview of medical care in adults with diabetes mellitus. In: UpToDate, Nathan D(Ed), UpToDate, Waltham MA, 2014. www.uptodate.com.
3. Pan American Health Organization; Building blocks in Diabetes Education and control: a framework for comprehensive Diabetes care, 2009.
4. Patel P, Macerello A. Diabetes Mellitus: Diagnosis and Screening. American Family Physician. 2010; 81(7): 863-870.
5. Petznick A. Insulin Management of Type 2 Diabetes Mellitus. American Family Physician. 2011; 84(2): 183-190.
6. Rispin C, Kang H, Urban R. Management of Blood Glucose in Type 2 Diabetes Mellitus. American Family Physician. 2009; 79(1): 29-36.
7. World Health Organization. Package of essential non-communicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings.2014.

ALGORITHME 2.III.1. PRISE EN CHARGE DU DIABÈTE DE TYPE 2



IV. PRÉVENTION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Mona Osman, MD, MPH, MBA

EPIDÉMIOLOGIE

- 1. Environ 40% de l'ensemble des décès au Liban sont dus à des maladies cardiovasculaires.
- 2. Au Liban, environ 38.5% des adultes sont des fumeurs actuels, 20.5% consomment de l'alcool, 65.4% sont en surpoids et 45.8% pratiquent une activité physique minimale. Environ 34.4% d'entre eux présentent 1 à 2 facteurs de risque cardiovasculaire et 18.5% présentent 3 à 5 facteurs de risque cardiovasculaire.

DÉFINITION

Les maladies cardiovasculaires regroupent les maladies coronariennes, les maladies vasculaires cérébrales et les maladies vasculaires périphériques.

FACTEURS DE RISQUE

- Les facteurs de risque majeurs des maladies cardiovasculaires sont répartis en deux groupes :
- 1. Les facteurs de risque non modifiables : âge avancé, sexe masculin, antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire et origine ethnique.
 - 2. Les facteurs de risque modifiables : dyslipidémie, hypertension, tabagisme, diabète, obésité et mode de vie sédentaire.

EVALUATION DU RISQUE DE MALADIE CARDIOVASCULAIRE

- 1. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Société Internationale d'Hypertension (SIH) ont développé des diagrammes OMS/SIH de prédiction du risque cardiovasculaire dans le but d'évaluer les risques cardiovasculaires estimés chez les personnes n'ayant pas encore développé de maladies cardiovasculaires cliniques.
- 2. Le diagramme OMS/SIH de prédiction du risque cardiovasculaire et son mode d'emploi sont décrits dans la figure 2.IV.1.

PRISE EN CHARGE (TABLEAU 2.IV.1)

TABLEAU 2.IV.1 PRISE EN CHARGE EXHAUSTIVE DES PATIENTS PRÉSENTANT DIFFÉRENTS RISQUES CARDIOVASCULAIRES

	Risque < 10%	10 ≤ Risque < 20	20 ≤ Risque < 30	Risque ≥ 30
Prévention des maladies cardiovasculaires	Les personnes appartenant à cette catégorie sont à faible risque cardiovasculaire. Une prise en charge prudente, axée sur les modifications du mode de vie, est suggérée.	Les personnes appartenant à cette catégorie sont exposées à un risque moyen d'événements vasculaires, mortels ou non. Suivre le profil de risque tous les 6 à 12 mois.	Les personnes appartenant à cette catégorie sont exposées à un risque élevé d'événements vasculaires, mortels ou non. Suivre le profil de risque tous les 3 à 6 mois.	Les personnes appartenant à cette catégorie sont exposées à un risque très élevé d'événements vasculaires, mortels ou non. Suivre le profil de risque tous les 3 à 6 mois.
Cessation du tabagisme	Counseling en matière de cessation du tabagisme	Counseling en matière de cessation du tabagisme	On fournira un traitement de substitution nicotinique et/ou des médicaments aux fumeurs motivés qui n'ont pas réussi à arrêter de fumer avec un counseling.	On fournira un traitement de substitution nicotinique et des médicaments aux fumeurs motivés qui n'ont pas réussi à arrêter de fumer avec un counseling.
Hypertension	Les personnes présentant durablement une pression artérielle ≥ 140/90 mm Hg et < 160/100 mm Hg doivent continuer à appliquer dans leur mode de vie des stratégies visant à abaisser leur pression artérielle et faire réévaluer leur pression artérielle et leur risque cardiovasculaire total tous les 2 à 5 ans, selon les circonstances cliniques et les ressources disponibles.	Les personnes présentant durablement une pression artérielle ≥ 140/90 mm Hg et < 160/100 mm Hg doivent continuer à appliquer dans leur mode de vie des stratégies visant à abaisser leur pression artérielle et faire réévaluer chaque année leur pression artérielle et leur risque cardiovasculaire total, selon les circonstances cliniques et les ressources disponibles.	Aux personnes présentant durablement une pression artérielle ≥ 140/90 mm Hg et < 160/100 mm Hg qui ne parviennent pas, en l'espace de 4 à 6 mois, à abaisser leur pression artérielle à l'aide d'un professionnel de la santé par des stratégies visant leur mode de vie, il faut envisager l'administration de médicaments.	Aux personnes présentant durablement une pression artérielle ≥ 130/80 mm Hg et < 160/100 mm Hg, il faut envisager l'administration de médicaments.

Hypolipidémiants	On conseillera à ces personnes un régime hypolipidémiant.	On conseillera à ces personnes un régime hypolipidémiant.	On administrera une statine aux adultes de plus de 40 ans présentant un taux de cholestérol sérique élevé (> 190 mg/dl) et/ou un taux de cholestérol LDL > 115 mg/dl, malgré un régime hypolipidémiant.	On conseillera aux personnes appartenant à cette catégorie de risque de suivre un régime hypolipidémiant et de prendre une statine.
Antiplaquettaire (prévention primaire)	Les risques dus à un traitement par l'aspirine surpassent ses effets bénéfiques. Il ne faut pas administrer d'aspirine aux personnes de cette catégorie à faible risque.	Les effets bénéfiques d'un traitement par l'aspirine sont équivalents à ses préjudices. Il ne faut pas administrer d'aspirine aux personnes de cette catégorie de risque.	Le rapport effets bénéfiques/risques d'un traitement par l'aspirine n'est pas clair. Il ne faut probablement pas administrer d'aspirine aux personnes de cette catégorie de risque.	Il faut administrer une faible dose d'aspirine aux personnes de cette catégorie de risque.

PRÉVENTION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

MODIFICATIONS DU RÉGIME ALIMENTAIRE

1. Il faut vivement encourager tous les individus à réduire leur apport en graisses totales et saturées.
2. Les graisses totales doivent être réduites à environ 30% de l'apport calorique, les graisses saturées doivent être réduites à moins de 10% de l'apport calorique, et les acides gras trans doivent être réduits autant que possible voire éliminés ; et la majorité des matières grasses alimentaires doivent être polyinsaturées (jusqu'à 10% de l'apport calorique) ou monoinsaturées (10–15% de l'apport calorique).
3. Il faut vivement encourager tous les individus à réduire leur consommation quotidienne de sel d'un tiers au moins et, si possible, à < 5 g par jour.
4. Il faut encourager tous les individus à consommer au moins 400 g par jour de fruits et de légumes variés ainsi que des céréales complètes et des légumineuses.

ACTIVITÉ PHYSIQUE

1. Il faut conseiller aux individus de pratiquer une activité physique aérobie modérée au moins 30 minutes par jour, au moins cinq jours par semaine.
2. Les personnes peuvent pratiquer une activité physique aérobie vigoureuse 25 minutes par jour, au moins trois jours par semaine, ou combiner activité modérée et activité vigoureuse

MAÎTRISE DU POIDS

1. Il faut encourager toutes les personnes en surpoids ou obèses à perdre du poids en combinant réduction de l'apport calorique (conseils diététiques) et augmentation de l'activité physique.

ALCOOL

1. Les hommes doivent s'abstenir de boire régulièrement plus de 2 verres d'alcool par jour et les femmes doivent s'abstenir de boire plus de 1 verre d'alcool par jour.

CESSATION DU TABAGISME

1. On doit conseiller à tous les fumeurs d'arrêter de fumer.
2. Au besoin, une thérapie de substitution nicotinique peut être offerte.

RÉFÉRENCES

1. Sibai AM and Hwalla N. WHO STEPS Chronic Disease Risk Factor Surveillance: Data Book for Lebanon, 2009. American University of Beirut, 2010.
2. World Health Organization. Prevention of cardiovascular diseases: guidelines for assessment and management of cardiovascular risk, 2007.
3. World Health Organization. Package of essential Non Communicable Diseases Interventions for primary health care in low resource settings, 2010.
4. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health, 2010.
5. World Health Organization. Prevention and control of Non Communicable Diseases: Guidelines for primary health care in low resource settings, 2012.

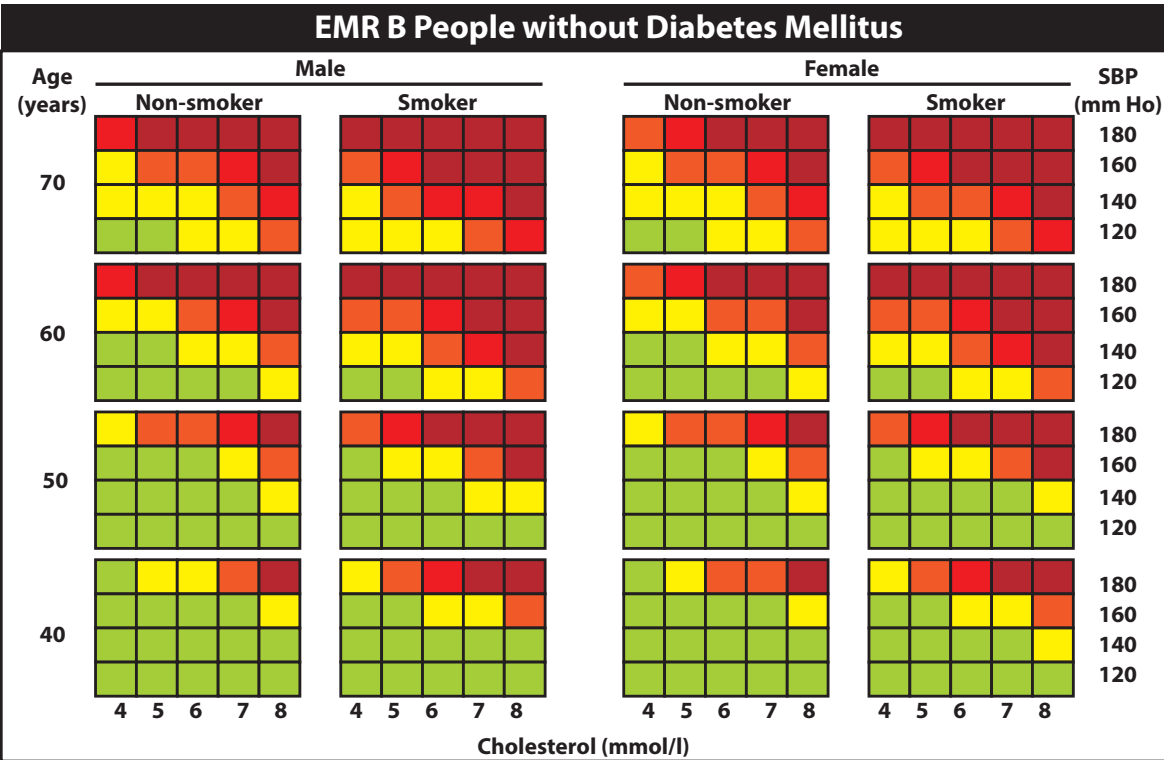
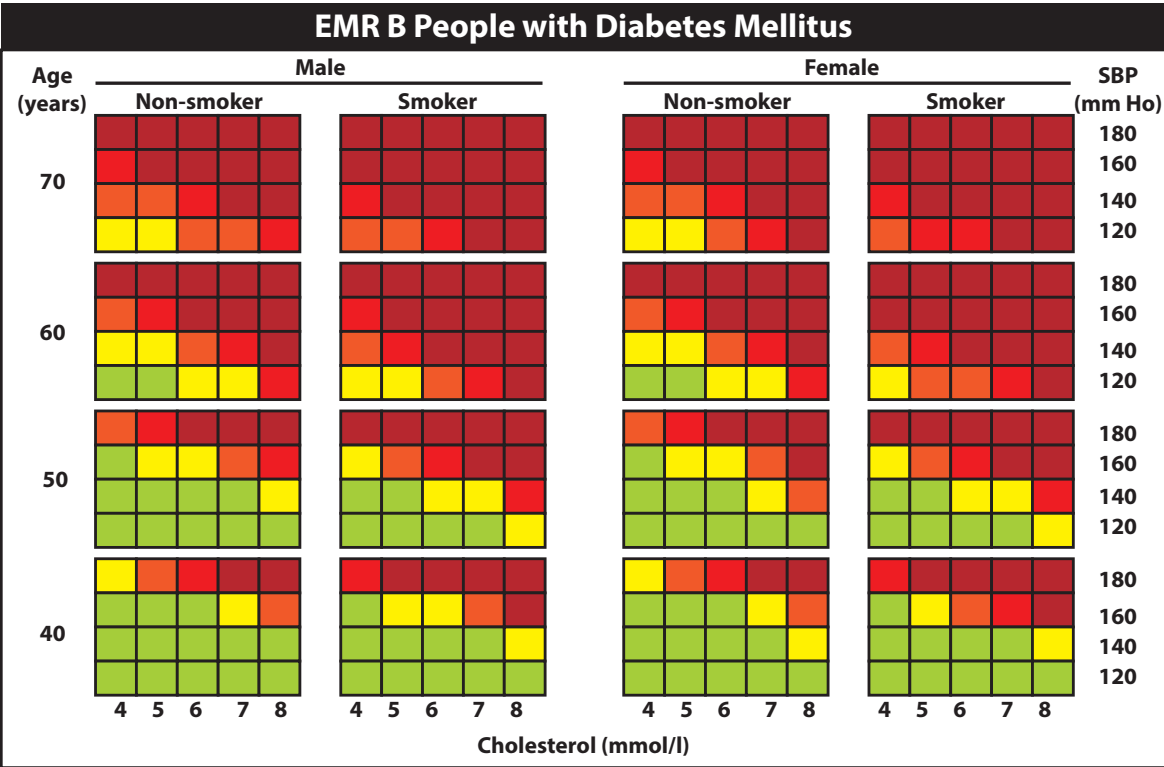
FIGURE 2.IV.1 DIAGRAMMES OMS/SIH DE PRÉDICTION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE

WHO/ISH Risk prediction charts

for 14 WHO epidemiological sub-regions

WHO/ISH risk prediction chart for EMR B. 10-year risk of a fatal or non-fatal cardiovascular event by gender, age, systolic blood pressure, total blood cholesterol, smoking status and presence or absence of diabetes mellitus.

Risk Level ■ -10% ■ 10% to -20% ■ 20% to -30% ■ 30% to -40% ■ -40%



This chart can only be used for countries of the WHO Region of Eastern Mediterranean, sub-region B, in settings where blood cholesterol can be measured.

INSTRUCTIONS CONCERNANT LA FAÇON D'UTILISER LES DIAGRAMMES OMS/ SIH DE PRÉDICTION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE

Il faut veiller à choisir les diagrammes pertinents en fonction des informations suivantes :

- La présence ou non de diabète. Ceci se traduit par une personne prenant de l'insuline ou des hypoglycémifiants oraux, ou présentant un taux de glycémie à jeun en dessus de 7.0 mmol/l (126 mg/dl) ou une glycémie postprandiale. Une concentration supérieure à 11.0 mmol/l (200 mg/l) en deux occasions séparées.
- Le sexe.
- Le fait d'être fumeur ou non fumeur. Tous les fumeurs actuels et ceux ayant arrêté de fumer moins d'un an avant l'évaluation sont considérés fumeurs au cours de cette évaluation.
- L'âge (si âgé entre 50 et 59 ans, choisir 50 et, si âgé entre 60 et 69 ans, choisir 60, etc.)
- La pression artérielle systolique (la moyenne de deux lectures en deux occasions différentes).
- Le taux de cholestérol total (s'il est donné en mg/dl, diviser par 38 pour convertir en mmol/l).

Il faudrait relever le fait que le risque de MCV peut être supérieur à celui indiqué dans les diagrammes en présence de ce qui suit:

- Le patient est déjà sous antihypertenseur.
- Une ménopause prématurée.
- La proximité de la tranche d'âge ou de la catégorie de pression artérielle systolique suivante.
- L'obésité (notamment l'obésité abdominale).
- Un mode de vie sédentaire.
- Des antécédents familiaux de maladie coronarienne (MC) ou d'accident vasculaire cérébral prématuré chez un parent au premier degré (hommes < 55 ans, femmes < 65 ans).
- Un taux élevé de triglycérides (> 2.0 mmol/l ou 180 mg/dl).
- Un taux bas de cholestérol HDL (lipoprotéine à haute densité) (< 1 mmol/l ou 40 mg/dl chez les hommes, < 1.3 mmol/l ou 50 mg/dl chez les femmes).
- Des taux élevés de protéine C-réactive, de fibrinogène, d'homocystéine, d'apolipoprotéine B ou Lp(a), ou une glycémie à jeun ou une intolérance au glucose ;
- Une microalbuminurie (augmente le risque de diabète sur 5 ans d'environ 5%).
- Un rythme cardiaque (ou pouls) élevé.
- Un dénuement socioéconomique.

Niveaux de risque

La couleur de la case indique le risque combiné sur 10 ans d'un infarctus du myocarde et d'un accident vasculaire cérébral (fatal et non fatal) comme illustré ci-dessous :

- | | | |
|---|---|--|
|  Vert <10% |  Jaune 10% to <20% |  Orange 20% to <30% |
|  Rouge 30% to <40% |  Rouge Foncé > 40% | |

Il faudrait observer que les personnes atteintes déjà de maladies cardiovasculaires établies sont à risque cardiovasculaire élevé et doivent appartenir à la catégorie à risque élevé.

V. OBÉSITÉ

Antoine Aoun, MD

EPIDÉMIOLOGIE

1. C'est une importante crise de santé publique ; sa prévalence est en croissance rapide dans le monde.
2. La prévalence de l'obésité au Liban atteint approximativement 26%, selon une étude menée en 2012 sur un échantillon représentatif de 3500 participants.

DÉFINITION

1. Elle se définit par une accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé.

CAUSES

1. Hypothyroïdie.
2. Syndrome de Cushing.
3. Insulinome.
4. Obésité hypothalamique.
5. Syndrome des ovaires polykystiques.
6. Antécédents familiaux.
7. Syndromes G tels que syndromes de Pader Willi, d'Alstrom, de Bardet Biedl, de Cohens, de Borjeson Forsman Lehmann et de Frohlich.
8. Déficience en hormone de croissance.
9. Médicaments pertinents : notamment phénothiazines, valproate de sodium, carbamazépine, antidépresseurs tricycliques, lithium, glucocorticoïdes, acétate de mégestrol, thiazolidinediones, sulfonamides, insuline, antagonistes adrénergiques, antagonistes de la sérotonine et contraceptifs oraux.
10. Troubles de l'alimentation : notamment hyperphagie boulimique, boulimie nerveuse et troubles alimentaires nocturnes.
11. Hypogonadisme.
12. Pseudohypoparathyroïdie.
13. Environnementales : comportements sédentaires, habitudes alimentaires et liées à la culture etc. par exemple jeux de télévision-vidéo-ordinateur, consommation de boissons gazeuses sucrées.

DIAGNOSTIC

1. L'indice de masse corporelle (IMC) est calculé comme Poids en kg/Taille en m². Il est communément utilisé pour classer l'obésité :
 - a. Surpoids Grade 1 (communément appelé surpoids) - IMC de 25-29.9 kg/m²
 - b. Surpoids Grade 2 (communément appelé obésité) - IMC de 30-39.9 kg/m²
 - c. Surpoids Grade 3 (communément appelé obésité morbide ou sévère) - IMC \geq 40 kg/m²
2. Tour de taille : dans la région du Moyen Orient, il est considéré élevé s'il dépasse 94 cm chez les hommes et 80 cm chez les femmes.
3. Un rapport taille/hanche en dessous de 0.90 pour les hommes et de 0.85 pour les femmes reflète une obésité abdominale qui se caractérise par une forme "androïde" ou de "pomme". Elle est plus courante parmi les hommes et considérée un facteur de risque puissant de plusieurs maladies, tandis que l'obésité "gynoïde" ou en forme de "poire" est plus fréquente chez les femmes.

COMORBIDITÉS

1. Respiratoires : apnée obstructive du sommeil, prédisposition supérieure aux infections respiratoires, incidence élevée d'asthme bronchique et syndrome de Pickwick (syndrome d'hypoventilation chez les obèses).
2. malignités : de l'endomètre, de la prostate, du côlon, des seins, de la vésicule biliaire et éventuellement un cancer du poumon.
3. Psychologiques : stigmatisation sociale et dépression.

4. Cardiovasculaires : maladie coronarienne, hypertension artérielle essentielle, hypertrophie ventriculaire gauche, cœur pulmonaire, cardiomyopathie associée à l'obésité, athérosclérose accélérée et hypertension artérielle pulmonaire de l'obésité.
5. Système nerveux central (SNC) : accident vasculaire cérébral, hypertension intracrânienne idiopathique et meralgie paresthésique.
6. Obstétriques et périnatales : hypertension liée à la grossesse, macrosomie fœtale et dystocie pelvienne.
7. Chirurgicales : risque chirurgical élevé et complications postopératoires, y compris infection des blessures, pneumonie postopératoire, thrombose veineuse profonde et embolie pulmonaire.
8. Incontinence urinaire d'effort.
9. Gastro-intestinales : troubles de la vésicule biliaire (cholécystite, lithiase biliaire), stéatohépatite non-alcoolique (SHNA), infiltration graisseuse du foie et œsophagite peptique
10. Orthopédiques : arthrose, coxa vara, glissement épiphysaire fémoral supérieur, maladie de Blount, maladie de Legg-Perthes-Calvé et lumbago chronique.
11. Métaboliques : diabète de type 2, prédiabète, syndrome métabolique et dyslipidémie.
12. Reproduction :
 - a. Chez les femmes : anovulation, puberté précoce, stérilité, hyperandrogénisme et ovaires polykystiques
 - b. Chez les hommes : hypogonadisme hypogonadotrope
13. Cutanées : Intertrigo (bactérien et/ou fongique), acanthosis nigricans, hirsutisme et risque élevé de cellulite et d'anthrax.
14. Extrémités : varicosités, œdème veineux et/ou lymphatique des membres inférieurs.
15. Diverses : mobilité réduite et difficulté à entretenir une hygiène personnelle.

EXAMEN PHYSIQUE

1. Mesures anthropométriques : taille, poids, tour de taille et de hanches.
2. Peau : les éruptions cutanées intertrigineuses traduisent une friction cutanée ; l'hirsutisme chez les femmes, acanthosis nigricans et les acrochordons sont courants avec un état d'insulinorésistance.
3. Cou : un goitre peut dénoter des anomalies thyroïdiennes.
4. Abdomen : un grand foie sensible peut suggérer une infiltration graisseuse du foie ou une SHNA (stéatohépatite non-alcoolique) et de grandes stries roses peuvent évoquer un excès de cortisol.
5. Extrémités : déformations articulaires (par exemple, coxa vara), crépitations évoquant une arthrose, escarres de décubitus. Une graisse localisée et une lipodystrophie doivent également être identifiées en raison de leur association courante à l'insulinorésistance.

TESTS DE LABORATOIRE

1. Bilan lipidique à jeun.
2. Examens de la fonction hépatique.
3. Tests de la fonction thyroïdienne.
4. Glycémie à jeun et hémoglobine A1c (HbA1c).
5. Le taux d'insuline *n'est pas recommandé*.

PRISE EN CHARGE (CONSULTER L'ALGORITHME 2.V.I)

1. Insister sur le rapport entre le comportement alimentaire et les facteurs stressants.
2. Adopter des habitudes alimentaires régulières relatives à l'ingestion d'aliments à teneur réduite en calories et en petites portions.
3. Eviter de sauter des repas, notamment le petit-déjeuner.
4. Se peser une fois/semaine.
5. Pratiquer 1 heure d'activité physique/jour et regarder la télévision moins que 10 heures par semaine.
6. Soutien et implication de la famille.

Le tableau 2.V.1 présente les recommandations de pratique clinique de la prise en charge de l'obésité.

TABLEAU 2.V.1 : RECOMMANDATIONS DE PRATIQUE CLINIQUE CONCERNANT L'OBÉSITÉ

Lignes directrices de pratique clinique	GRADE
Dépistage et évaluation	
1. Dépister les patients adultes pour établir un diagnostic de surpoids ou d'obésité en calculant leur indice de masse corporelle (IMC), et documenter l'existence de surpoids ou d'obésité dans le dossier médical du patient.	B
Patients à poids normal	
2. Aux patients à poids normal, envisager d'offrir des informations et un counseling comportemental concernant une alimentation et une activité physique saines, afin de maintenir un poids sain.	C
Patients en surpoids sans problème (ou problèmes) associé à l'obésité	
3. Aux patients en surpoids sans problèmes associés à l'obésité, envisager d'offrir des informations et un counseling comportemental concernant une alimentation et une activité physique saines, afin de chercher à atteindre un poids de bonne santé.	C
Patients en surpoids avec un problème (ou problèmes) associé à l'obésité	
4. Aux patients en surpoids, offrir une intervention globale du mode de vie visant à réaliser une perte de poids et à améliorer la pression artérielle et/ou à maîtriser la glycémie.	A
5. Aux patients en surpoids présentant une dyslipidémie, offrir une intervention globale du mode de vie visant à réaliser une perte de poids et à améliorer les taux de lipides.	B
Patients obèses	
6. Aux patients obèses, offrir une intervention globale du mode de vie liée à la perte de poids visant à améliorer les taux de lipides, la pression artérielle et/ou à maîtriser la glycémie.	A
7. Aux patients obèses, offrir une intervention globale du mode de vie liée à la perte de poids visant à réduire les préjudices de l'apnée obstructive du sommeil.	B
8. Aux patients obèses, envisager d'offrir une intervention globale du mode de vie liée à la perte de poids visant à réduire les préjudices des lésions articulaires dégénératives.	C
Principes thérapeutiques généraux de la perte de poids	
9. Offrir aux patients au moins 12 contacts au cours d'une intervention globale du mode de vie s'étendant sur 12 mois et combinant des stratégies en matière de comportement, de régime alimentaire et d'activité physique.	B
10. Projeter de réaliser un déficit net de 500 à 1,000 kcal/jour en adoptant un régime alimentaire et une activité physique qui permettent d'achever une perte de poids de 0.3-1 kg par semaine, ce qui équivaut à une réduction de 5 à 10% du poids corporel au bout de 6 mois.	A
11. Aux patients ayant atteint leurs objectifs en matière de perte de poids, offrir un programme d'entretien complet combinant des composantes comportementales et un soutien permanent.	B
Approches axées sur le comportement et le mode de vie	
12. Offrir des interventions globales du mode de vie liées à la perte de poids, soit à titre individuel ou en groupe.	B
13. Offrir une intervention globale du mode de vie, liée à la perte de poids, par téléphone, à titre alternatif ou complémentaire à une intervention face-à-face.	B
14. Il n'y a pas suffisamment de preuves pour proscrire ou prescrire une intervention globale du mode de vie, liée à la perte de poids, basée sur internet, à titre alternatif ou complémentaire à une intervention face-à-face.	I
Approches alimentaires	
15. Offrir l'un des régimes alimentaires produisant un déficit calorique et ayant fait preuve d'efficacité et de sûreté en matière de perte de poids (par exemple, pauvre en glucides, les approches diététiques pour stopper l'hypertension (DASH), pauvre en graisses)	A
16. Offrir des régimes hypocaloriques sévères pour la perte de poids, mais uniquement pour de courtes durées (12 à 16 semaines) et sous une étroite surveillance médicale.	B
17. Offrir des substituts de repas pour réaliser des régimes hypocaloriques ou hypocaloriques sévères.	A

Approches axées sur l'activité physique	
18. Offrir des activités physiques variées comprenant des poussées d'activité intermittentes courtes (au moins 10 minutes) ainsi que des exercices continus plus longs.	A
19. Dans le cadre d'une intervention globale du mode de vie liée à la perte de poids, offrir une activité physique à intensité modérée qui est exécutée pendant au moins 150 minutes/semaine.	A
Pharmacothérapie	
20. Aux patients présentant un IMC ≥ 30 kg/m ² et à ceux présentant un IMC ≥ 27 kg/m ² ainsi que des problèmes associés à l'obésité, offrir une pharmacothérapie par la combinaison de phentermine/topiramate à libération prolongée, à titre complémentaire à l'intervention globale du mode de vie, lorsque les interventions du mode de vie toutes seules ne réussissent pas à réaliser la perte de poids souhaitée.	A
21. Aux patients présentant un IMC ≥ 30 kg/m ² et à ceux présentant un IMC ≥ 27 kg/m ² ainsi que des problèmes associés à l'obésité, offrir une pharmacothérapie avec orlistat ou Lorcaserine, à titre complémentaire à l'intervention globale du mode de vie, lorsque les interventions du mode de vie toutes seules ne réussissent pas à réaliser la perte de poids souhaitée.	B
22. Aux patients ayant atteint leur objectif en matière de perte de poids, offrir un programme comprenant l'utilisation continue de médicaments pour le maintien du poids.	B
Chirurgie bariatrique	
23. Aux patients adultes présentant un IMC > 40 kg/m ² ou à ceux présentant un IMC 35.0-39.9 kg/m ² ainsi qu'un problème ou plus associé à l'obésité, offrir une chirurgie bariatrique à titre complémentaire à l'intervention globale du mode de vie liée à la perte de poids.	A

MÉDICAMENTS

Le tableau 2.V.2 présente les médicaments majeurs actuels approuvés par la FDA et utilisés pour la prise en charge de l'obésité.

TABLEAU 2.V.2 : DOSES RECOMMANDÉES POUR LA PHARMACOTHÉRAPIE DE L'OBÉSITÉ

Dose recommandée pour une pharmacothérapie sélectionnée de l'obésité		
Médicament	Dose recommandée et administration	Contre-indications et précautions
Orlistat (Xenical) Capsule de 120 mg [Inhibiteur des lipases gastro-intestinales]	120 mg, trois fois par jour - Prendre avec ou 1 heure avant ou après chaque repas riche en matières grasses - Prendre de façon quotidienne des multivitamines (contenant des vitamines liposolubles A, D, E et K au moins 2 heures avant la prise d'orlistat)	- Contre-indiqué durant la grossesse (catégorie X de la FDA) - Déconseillé aux mères allaitantes - Effets secondaires gastro-intestinaux importants quand il est pris avec des aliments à teneur élevée en matières grasses

<p>Lorcaserine Comprimé de 10 mg</p> <p>[Agoniste des récepteurs de la sérotonine]</p>	<p>10 mg, deux fois par jour</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dose maximale 20 mg/jour - Elle peut être prise indépendamment de l'ingestion d'aliments - Envisager l'arrêt de la Lorcaserine après 12 semaines si elle ne réussit pas à réaliser une perte de poids de plus de 5% du poids corporel initial 	<ul style="list-style-type: none"> - Contre-indiquée durant la grossesse (catégorie X de la FDA) - Déconseillée aux mères allaitantes - A utiliser avec prudence chez les patients atteints d'une valvulopathie, d'une bradycardie, d'une insuffisance cardiaque congestive, ou chez ceux prenant des médicaments sérotoninergiques ou antidopaminergiques - Risque potentiel d'un trouble cognitif et de réactions psychiatriques, notamment la sédation, l'euphorie et les idées suicidaires - Risque potentiel d'hypoglycémie chez les patients traités d'un diabète, d'une anémie, d'une neutropénie, d'une hyperprolactinémie
<p>Phentermine/topiramate 3.75 mg/23 mg, 7.5 mg/46 mg, 11.25 mg/69 mg, 15 mg/92 mg Capsules à libération prolongée (caps LP)</p> <p>[Anorexigène/ Antiépileptique]</p>	<p>Ajustement de la dose</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une capsule LP 3.75 mg/23 mg chaque matin pendant 14 jours ; puis augmenter la dose à 7.5 mg/46 mg chaque matin pendant 12 semaines additionnelles. - Si l'on n'obtient pas de perte de poids équivalente à 3% du poids corporel initial, arrêter ou augmenter la dose à 11.25 mg/69 mg chaque matin pendant 14 jours ; puis augmenter à 15mg/92 mg (dose maximale) chaque jour. - Si, au bout de 12 semaines d'une dose de 15 mg/92mg, le patient n'a pas perdu au moins 5% de son poids corporel initial, arrêter le traitement progressivement en prenant le médicament un jour sur deux pendant une semaine afin de réduire le risque de convulsions de sevrage 	<ul style="list-style-type: none"> - Contre-indiqué durant la grossesse (catégorie X de la FDA) et déconseillé aux mères allaitantes - Eviter son utilisation en cas de glaucome, d'hyperthyroïdie ou dans les 14 jours suivant l'utilisation d'un inhibiteur de la monoamine oxydase (IMAO) - Déconseillé aux patients atteints d'une maladie cardiaque ou cérébrovasculaire instable - Risque potentiel d'une acidose métabolique, d'une créatinine élevée, d'une hypotension, d'une dépression du SNC, d'une hypokaliémie, de calculs rénaux, de convulsions de sevrage et d'une hypoglycémie chez les patients traités du diabète

CHIRURGIE

Le tableau 2.V.3 présente une récapitulation des procédures chirurgicales destinées au traitement de l’obésité




CRITÈRES DE SÉLECTION :

1. Une capacité d’adhérence aux soins postopératoires
2. Un IMC ≥ 40 kg/m²
3. Un IMC ≥ 35 kg/m² avec une comorbidité associée à l’obésité
4. L’échec des tentatives non chirurgicales antérieures de réduction du poids, notamment les programmes non professionnels

CRITÈRES D’EXCLUSION :

1. Une maladie cardio-pulmonaire qui rendrait le risque prohibitif
2. Un abus actuel de drogues ou d’alcool
3. Une incompréhension des risques, avantages, résultats prévus, alternatives et changements requis du mode de vie
4. Des troubles endocriniens réversibles ou autres troubles pouvant induire une obésité
5. Une maladie psychiatrique grave non maîtrisée

TABLEAU 2.V.3 : RÉCAPITULATION DES PROCÉDURES CHIRURGICALES DE TRAITEMENT DE L’OBÉSITÉ

		Pontage gastrique	Anneau gastrique	Gastrectomie longitudinale	
					
De quoi s’agit-il ?		L’estomac est agrafé en dessous de l’œsophage pour créer une petite poche. Cette poche est raccordée à la partie inférieure de l’intestin grêle, court-circuitant le segment supérieur.	Une bande ajustable rétrécit l’estomac juste en dessous de l’œsophage, créant une petite poche ayant une sortie étroite vers la partie large de l’estomac.	Un mince manchon vertical de l’estomac est créé à l’aide d’un dispositif d’agrafage. Le manchon a environ la taille d’une banane. Le reste de l’estomac est enlevé.	
Type de procédure		Combinaison		Restrictive	
Perte du poids excessif	en 1 an	38%		21%	
	en 2 ans	62%		47%	
Perte de poids à long terme		10 ans, 25%		10 ans, 13%	
Risque de mort pendant la chirurgie		Lapa- roscopique	Ouverte	Lapa- roscopique	Ouverte
		< 1%	< 1%	< 0.1%	< 1%
Pourcentage de personnes présentant des effets secondaires gastro-intestinaux après la chirurgie		17%		7%	
Carences en vitamines ou nutriments		17%		NA	
Durée moyenne de séjour à l’hôpital après la chirurgie	Lapa- roscopique	2 jours		1 jour	
	Ouverte	3 jours		4 jours	

ENVOI CHEZ UN SPÉCIALISTE

- 1. Envoyer chez un diététicien ou une diététicienne autorisée pour la mise en œuvre du régime alimentaire prescrit
- 2. Orienter vers un “centre de traitement de l’obésité” ou un endocrinologue en cas d’incertitude à propos du diagnostic ou si le patient souhaite un traitement multidisciplinaire ou si l’IMC > 40 ou l’IMC > 35 avec une comorbidité significative

RÉFÉRENCES

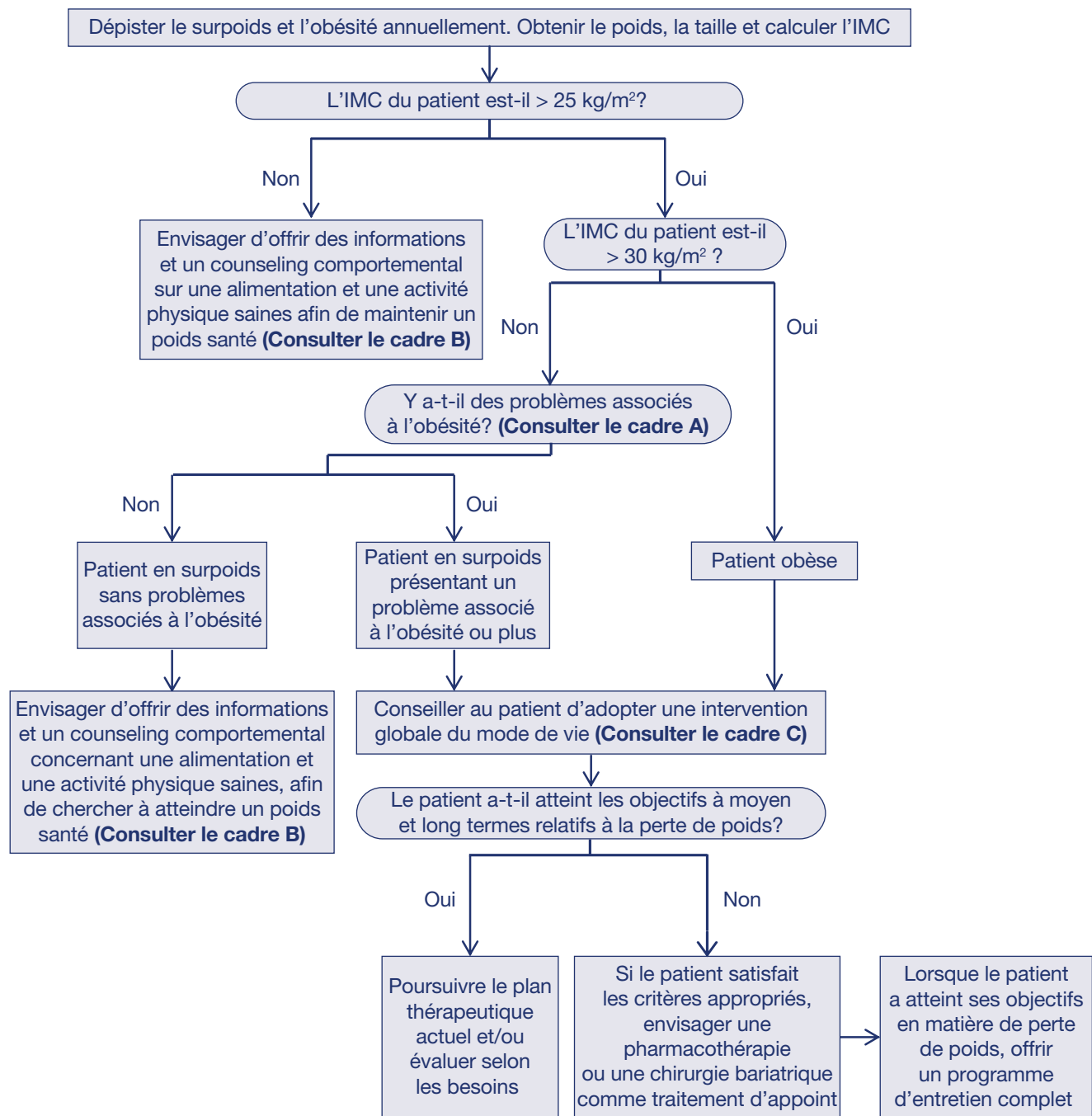
1. Jensen M et al. AHA/ACC/TOS Guideline for the Management of Overweight and Obesity in Adults. JACC. 2014 July 1; 63(25):2985-3023

2. Kushner RF and Ryan DH. Assessment and lifestyle management of patients with obesity: clinical recommendations from systematic reviews. JAMA. 2014 Sep 3;312(9):943-52.

3. VA/DOD Clinical practice guideline for screening and management of overweight and obesity 2014. <http://www.healthquality.va.gov/guidelines/CD/obesity/>

4. Hamdy O. Obésité overview. Medscape Medical News. Available at <http://emedicine.medscape.com/article/123702-overview> . Accessed September 15, 2014.

ALGORITHME 2.V.1 : PRISE EN CHARGE DE L'OBÉSITÉ



Cadre A: Problèmes courants associés à l'obésité

- 1. Hypertension
- 2. Diabète de type 2 et prédiabète
- 3. Dyslipidémie
- 4. Syndrome métabolique
- 5. Apnée obstructive du sommeil
- 6. Lésions articulaires dégénératives
- 7. Stéatose hépatique non alcoolique

Cadre B: Counseling comportemental

Activités délivrées par le personnel de santé pour aider les patients à adopter, changer ou maintenir une alimentation et une activité physique saines.

Cadre C: Intervention globale du mode de vie

Une intervention combinant des composantes en termes d'alimentation, de comportement et d'activité physique et comprenant au moins 12 sessions d'intervention étendues sur 12 mois.

CHAPITRE 3.

INSUFFISANCE CARDIAQUE

Jumana Antoun, MD, MS, CPHIMS

ÉPIDÉMIOLOGIE

1. Dans les pays développés, 1 à 2% des adultes souffrent d'insuffisance cardiaque (IC).
2. La prévalence d'insuffisance cardiaque augmente avec l'âge, davantage en dessus de 70 ans.
3. Le taux de mortalité absolue chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque atteint approximativement 50%, durant la période de 5 ans après le diagnostic.
4. L'insuffisance cardiaque est actuellement classée comme suit :
 - a. Une insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite de < 40% (ICFER, désignée auparavant par insuffisance cardiaque systolique), due essentiellement dans les deux tiers des cas à une maladie coronarienne. L'hypertension et le diabète sont des facteurs y contribuant.
 - b. Une insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée (ICFEP, désignée auparavant par insuffisance cardiaque diastolique) ; elle est plus courante parmi les patients atteints d'hypertension, de fibrillation auriculaire ou parmi les femmes obèses.

DIAGNOSTIC

1. Le diagnostic de l'insuffisance cardiaque peut s'avérer difficile étant donné que c'est un diagnostic principalement clinique, que les signes et les symptômes ne sont pas spécifiques et qu'il n'existe pas de test diagnostique standard. La recherche d'une cause cardiaque sous-jacente est primordiale pour dresser le bilan d'IC. L'algorithme 3.1 décrit les différentes étapes de l'évaluation d'une insuffisance cardiaque.

ANTÉCÉDENTS

1. Le patient peut présenter (1) une fatigue et une dyspnée affectant la tolérance à l'effort, OU (2) une rétention d'eau qui se traduit par une congestion pulmonaire et un œdème périphérique. L'expression "insuffisance cardiaque congestive" n'est plus utilisée car il est possible que les patients atteints d'IC ne présentent pas de symptômes de surcharge volémique.
2. Les symptômes typiques comprennent un essoufflement, une orthopnée, une dyspnée paroxystique nocturne, une tolérance réduite à l'effort, une fatigue et une enflure des chevilles.
3. Les symptômes moins typiques comprennent : une toux nocturne, une respiration sifflante, une prise de poids supérieure à 2 kg en une semaine, une perte de poids dans l'IC avancée, une perte d'appétit, une dépression, une distension abdominale, une ascite et une syncope.
4. Les antécédents médicaux complets sont importants pour déterminer les causes cardiaques et non cardiaques d'IC. Ils comprennent :
 - a. Des antécédents de maladie coronarienne, d'hypertension ou de rhumatisme articulaire aigu ; la consommation d'alcool, les antécédents familiaux d'IC ou de cardiomyopathie, ainsi que de maladies thyroïdiennes.

EXAMEN PHYSIQUE

1. Il est possible que les patients atteints d'IC ne présentent pas de signes physiques anormaux décelables ; ceux-ci se manifestant habituellement à un stade avancé.
2. Les signes spécifiques comprennent une pression veineuse jugulaire élevée, un reflux hépato-jugulaire, un troisième bruit, un apex latéralement déplacé et un souffle cardiaque.
3. La mesure de la pression veineuse jugulaire :
 - a. La tête du lit est relevée d'un angle de 45 degrés ; la tête du patient est tournée à droite
 - b. Identifier le plus haut point de la pulsation veineuse dans le cou (PVJ)
 - c. Identifier l'angle de Louis situé à l'entaille du sternum
 - d. Mesurer la distance entre le plus haut point de la pulsation et le sternum en cm (elle doit être inférieure à 3 cm)
4. Les signes moins spécifiques comprennent un œdème périphérique, des crépitations, une tachycardie, un pouls irrégulier, une hépatomégalie et une cachexie.

5. La volémie et les signes vitaux doivent être évalués à chaque rencontre avec le patient ; les évaluations comprenant des mesures sérielles du poids, des estimations de la pression veineuse jugulaire ainsi que la détection d'un œdème périphérique ou d'une orthopnée. (*Grade de la recommandation B*)

EVALUATION

1. Le diagnostic d'IC s'appuie sur des critères cliniques et les tests d'établissement du bilan ci-après sont conformes à une recommandation de grade C. Le tableau 3.1 présente les tests recommandés pour le diagnostic d'IC.

TABLEAU 3.1 : TESTS RECOMMANDÉS POUR LE DIAGNOSTIC DE L'IC

Test	Observations
ECG	Il dépiste le rythme ; un IM antérieur ; des anomalies structurelles
Radio thorax	Elle évalue les congestions pulmonaires; une cardiomégalie ; une maladie pulmonaire
Echocardiogramme	Il distingue entre l'IC systolique et l'IC diastolique ; il identifie les anomalies structurelles
TSH, Calcium	Elle détecte les causes possibles d'IC ; hypocalcémie, hypo/hyperthyroïdie
Formule Numération Sanguine (FNS)	L'anémie peut causer une IC à haut débit
Fonction rénale (cr et analyse d'urine)	Elle peut causer une IC ou constituer une complication de l'IC
Fonctions hépatiques	L'IC peut causer une congestion hépatique
Electrolytes	La surcharge volémique et l'emploi de diurétiques causent des troubles électrolytiques
Lipides	Ils augmentent le risque de maladie cardiaque
Epreuves d'effort/ coronarographie	Patients sélectionnés avec une douleur thoracique à l'effort, avec ou sans MC

IM : infarctus du myocarde, IC : insuffisance cardiaque, DFG : débit de filtration glomérulaire

RÔLE DES PEPTIDES NATRIURÉTIQUES

- 1. Les concentrations plasmatiques de peptide natriurétique de type B (BNP) sont en corrélation avec la gravité de l'IC, le risque d'hospitalisation et la mortalité.
- 2. Les changements des concentrations de pro BNP en réponse à un traitement médical prédisent aussi les taux de survie.
- 3. Un dosage de pro BNP *n'est pas recommandé* de façon systématique dans le diagnostic de l'IC ou dans l'orientation du traitement.

CLASSIFICATION DES SYMPTÔMES

Le système traditionnel de classification des symptômes d'IC est celui de la New York Heart Association (NYHA). Toutefois, une nouvelle classification (American College of Cardiology (ACC)/American Heart Association (AHA)) vient d'être adoptée. Le tableau 3.2 décrit les deux systèmes utilisés pour la classification et la stadification de l'IC.

TABLEAU 3.2 : SYSTÈMES DE STADIFICATION ET DE CLASSIFICATION DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Système de classification ACC/AHA	Système de classification fonctionnelle NYHA
A Risque élevé d'IC sans cardiopathie structurelle ni symptômes d'IC	I Cardiopathie mais pas de symptômes d'IC avec une activité ordinaire mais pas au repos

B	Cardiopathie structurelle sans symptômes d'IC	II	Cardiopathie limitant la fonction légèrement, les symptômes d'IC survenant durant une activité ordinaire mais pas au repos
Système de classification ACC/AHA		Système de classification fonctionnelle NYHA	
C	Maladie structurelle avec des symptômes antérieurs ou actuels d'IC	III	Cardiopathie limitant la fonction substantiellement, les symptômes d'IC survenant durant une activité moins qu'ordinaire mais pas au repos
D	IC réfractaire nécessitant une intervention spécialisée	IV	Toute activité physique provoque des symptômes d'IC ; les symptômes peuvent survenir au repos et empirer en pratiquant une activité
ACC, American College of Cardiology ; AHA, American Heart Association ; IC, insuffisance cardiaque ; NYHA, New York Heart Association			

PRISE EN CHARGE

1. Pour chaque stade AHA, les interventions thérapeutiques consistent à modifier les facteurs de risque (stade A), à traiter une cardiopathie structurelle (stade B) et à réduire les taux de morbidité et de mortalité (stades C et D).
2. Le traitement vise à atténuer les signes et les symptômes, à réduire l'hospitalisation et à améliorer la survie.
3. Les recommandations ci-après sont spécifiques du traitement d'ICFER. Il existe très peu d'informations au sujet du meilleur traitement d'ICFEP ayant prouvé son efficacité.

TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE (TABLEAU 3.3)

TABLEAU 3.3 : RECOMMANDATIONS POUR UN TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE DE L'IC

	Grade de recommandation
Une activité physique régulière est conseillée. Les patients doivent aussi marcher chaque jour à la maison pendant 10 à 30 minutes/jour, cinq à sept jours par semaine. L'exercice ne doit pas les empêcher d'entretenir une conversation normale. Les patients âgés ne sont pas exclus. Les patients présentant une exacerbation aiguë doivent se reposer au lit jusqu'à l'amélioration de leur état.	B
Le sodium alimentaire doit être limité en dessous de 2 g/jour	C
La prise de fluides peut être limitée à 1.5-2 l/jour chez les patients présentant des symptômes sévères	C
La consommation d'alcool doit être évitée ; mais un verre d'alcool régulier par jour est acceptable	D
Le tabac est déconseillé	D
Les patients doivent se peser et consulter leurs médecins s'ils remarquent une prise de poids de 2 kg en l'espace de 3 jours.	D
Les patients doivent faire les vaccins antigrippaux et antipneumococciques	B
Les endroits en haute altitude doivent être évités ainsi que les voyages vers des climats humides et chauds	C
Sildénafil et autres inhibiteurs de la phosphodiesterase V sont sans danger pour le patient souffrant d'IC mais sont contre-indiqués avec un traitement concomitant aux nitrés; les relations sexuelles sont autorisées si le patient est capable d'exécuter 6 équivalents métaboliques d'une tâche (METS)	C
Réduire l'obésité	D
Adopter une alimentation riche en fibres, à teneur réduite en graisses saturées	D
2 tasses de caféine au maximum sont autorisées par jour	D
La grossesse doit être évitée chez les patientes souffrant d'IC	D

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE (TABLEAU 3.4)

TABLEAU 3.4 : TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE DE L'IC

Agents de premier recours	Grade de recommandation
Les IECAs sont recommandés pour tous les patients présentant une insuffisance cardiaque systolique (FEVG < 40%) indépendamment de la sévérité des symptômes, sauf en cas d'intolérance ou de contre-indication.	A
Les bêta-bloquants sont conseillés pour tous les patients présentant une insuffisance cardiaque systolique qui sont légèrement à modérément symptomatiques, sauf en cas d'intolérance ou de contre-indication. Les bêta-bloquants ne doivent pas être initiés durant une phase de décompensation aiguë, mais uniquement lorsque l'état du patient se stabilise.	A
Les diurétiques doivent être utilisés pour achever une euvolémie chez les patients présentant une surcharge de fluides. Ils ne doivent jamais être utilisés dans une monothérapie.	C
Le blocage des récepteurs de l'aldostérone avec spironolactone est recommandé pour les patients qui demeurent sévèrement symptomatiques en dépit de doses adéquates d'IECA et de diurétiques. Augmentation du risque d'hyperkaliémie notamment avec IECA. La créatinine doit être 2.5 mg/dl ou moins chez les hommes ou 2.0 mg/dl ou moins chez les femmes (ou un débit de filtration glomérulaire estimé > 30 ml/min/1.73 m²), et le potassium doit être inférieur à 5.0 mEq/l.	A
Les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II constituent un choix alternatif aux IECAs si ces derniers ne sont pas tolérés.	A
Agents de second recours	
Digoxine pour soulager les symptômes et réduire l'hospitalisation dans une IC avancée. C'est un traitement privilégié pour les patients souffrant d'IC accompagnée de fibrillation auriculaire.	B
Combinaison d'hydralazine-dinitrite d'isosorbide en cas d'intolérance aux ECA ou ARA.	B
Autres agents	
Amlodipine peut être utilisée pour traiter les comorbidités telles que l'hypertension artérielle. Son effet sur la mortalité n'est ni décroissant ni accroissant. Vérapamil et diltiazem sont contre-indiqués chez les patients atteints d'IC.	B

Médicaments habituellement utilisés pour le traitement de l'insuffisance cardiaque

Le tableau 3.5 présente une liste des médicaments habituellement utilisés pour le traitement de l'insuffisance cardiaque.

TABLEAU 3.5 : MÉDICAMENTS HABITUELLEMENT UTILISÉS POUR L'INSUFFISANCE CARDIAQUE

Catégorie	Médicament	Dose initiale	Dose maximale
Diurétiques de l'anse	Furosémide	20 à 40 mg, une ou deux fois par jour	Ajuster la dose pour réaliser un poids sec (jusqu'à 400 mg par jour)
IECA	Captopril	6.25 mg, 3 fois par jour	50 mg, 3 fois par jour
IECA	Lisinopril	2.5 à 5.0 mg, une fois par jour	20 à 40 mg, une fois par jour
Bêta-bloquants	Bisoprolol 5 mg	1.25 mg, une fois par jour	5 mg, tous les jours
Autres agents	Spironolactone	12.5 mg, tous les jours	50 mg, tous les jours
	Digoxine	0.0625 à 0.25 mg, tous les jours	Niveaux de pré-dosage 0.5-0.9 mg/dl)
	Dinitrite d'isosorbide	10 mg TID	80 mg TID

Médicaments à éviter avec une IC

1. Les anti-arythmiques (à l'exception des bêta-bloquants et d'amiodarone)
2. Les inhibiteurs des canaux calciques non dihydropyridiniques (vérapamil, diltiazem)
3. Les antidépresseurs tricycliques
4. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les inhibiteurs de la COX-2
5. La Clozapine
6. La Metformine et les thiazolidinediones (pioglitazone)
7. Les corticostéroïdes (glucocorticoïdes et minéralocorticoïdes)
8. Les produits biologiques antagonistes du facteur de nécrose tumorale

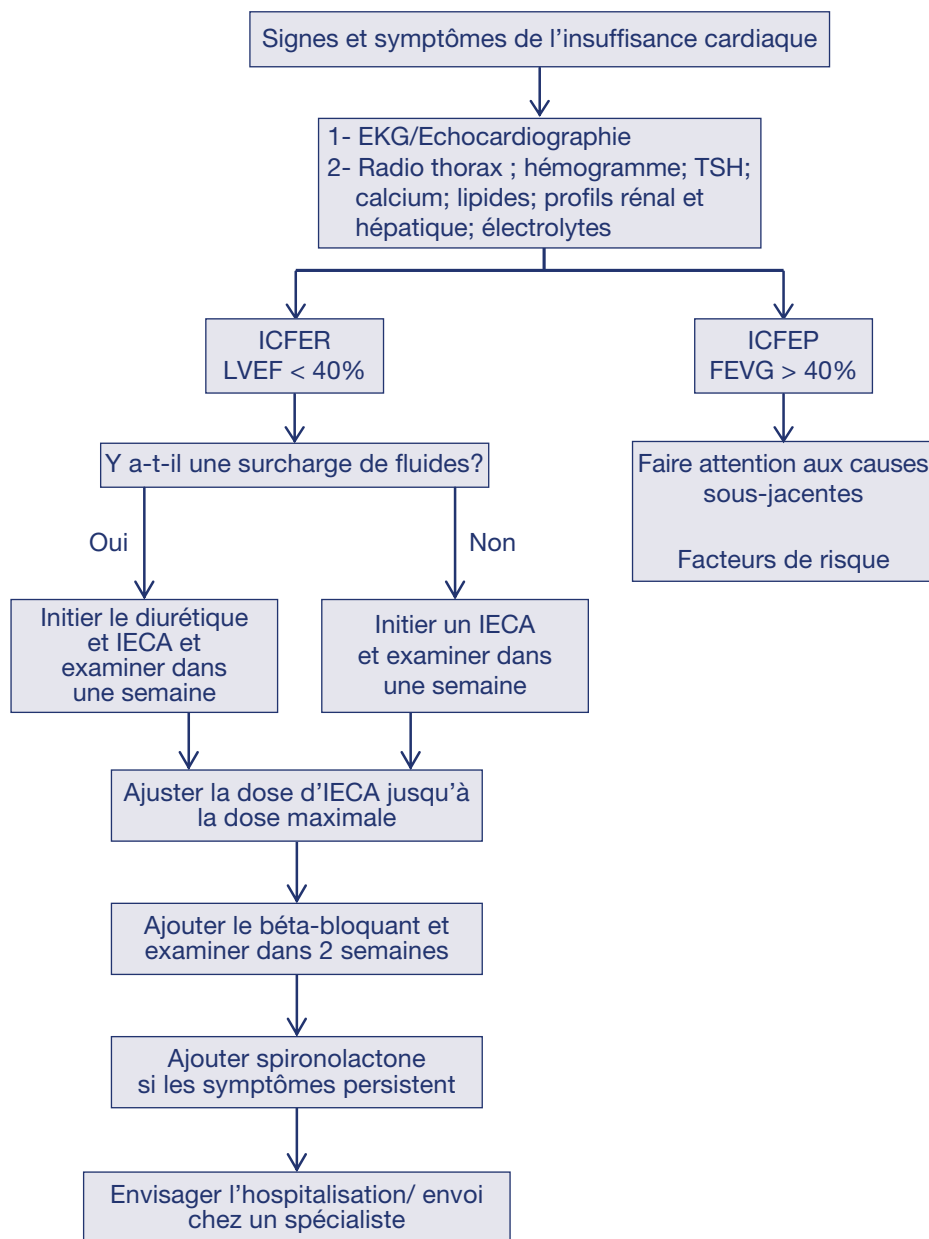
Prise en charge de l'ICFEP

Il y a peu d'indications pour guider le traitement de l'ICFEP (auparavant, l'insuffisance diastolique). La prise en charge s'appuie sur l'identification et le traitement de la cause et le soulagement des symptômes. En général, la pression artérielle doit être maîtrisée, initialement avec un inhibiteur d'ECA, ARA, un diurétique thiazidique ou une combinaison d'antihypertenseurs. La tachycardie doit être maîtrisée, habituellement avec un bêta-bloquant ou un inhibiteur des canaux calciques. L'hypervolémie est traitée avec des diurétiques et une restriction du sodium.

RÉFÉRENCES

1. Antoun J. Heart Failure. In: Hamadeh G, Antoun J, editors. Primary Care Clinical Guide. Beirut, Lebanon: American University of Beirut; 2011. p. 115-123.
2. Clyde W.Y., et al. 2013 ACCF/AHA guidelines for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association task force on practice guidelines. Circulation. 2013;128:e240-e327.
3. Kelder, J.C., et al. The diagnostic value of physical examination and additional testing in primary care patients with suspected heart failure. Circulation. 2011;124:2865-2873.
4. Lainscak, M., et al. Self-care management of heart failure: practical recommendation from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. European Journal of Heart Failure. 2011;13:115-126.
5. Porapakkham, P., Porapakkham, P., Zimmet, H., Billah, B., Kreum, H. B-type natriuretic peptide-guided heart failure therapy. Archives of Internal Medicine. 2010;170(6):507-514.
6. McMurray, J.V., et al. ESC guidelines for diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. European Journal of Heart Failure. 2012;14:803-869.

ALGORITHME 3.1 : APPROCHE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE



CHAPITRE 4.

MALADIE RÉNALE CHRONIQUE

Remi Daou, MD

ÉPIDÉMIOLOGIE

La maladie rénale chronique (MRC) est courante, fréquemment non identifiée et associée à une morbidité significative.

DÉFINITION

Elle se définit par des anomalies de la **fonction rénale** ou de la **structure du rein**, persistant **depuis plus de 3 mois**.

1. Un débit de filtration glomérulaire (DFG) inférieur à 60 ml/min/1.73 m² en 2 occasions au moins, séparées par une période d'au moins 90 jours
OU
2. La présence d'indicateurs d'atteintes rénales :
 - a. Une albuminurie
 - b. Des anomalies du sédiment urinaire, c'est-à-dire des GR dans une glomérulonéphrite proliférative, des GB dans une pyélonéphrite ou une néphrite interstitielle
 - c. Des anomalies électrolytiques et autres anomalies dues à des troubles tubulaires, c'est-à-dire une perte de potassium rénal, une perte de magnésium rénal, un diabète insipide néphrogénique et une acidose tubulaire rénale
 - d. Des anomalies détectées ou inférées par histologie, c'est-à-dire des maladies glomérulaires (maladies auto-immunes, diabète et infections systémiques), des maladies vasculaires, des maladies tubulo-interstitielles et des maladies congénitales.
 - e. Des anomalies structurelles détectées à l'imagerie d'une polykystose rénale, d'une dysplasie rénale, d'une hydronéphrose due à une obstruction, d'une sténose de l'artère rénale
 - f. Des antécédents de greffe du rein

FACTEURS DE RISQUE

1. Le diabète (la cause principale d'insuffisance rénale)
2. L'hypertension
3. L'insuffisance rénale aiguë
4. Une maladie cardiovasculaire
5. Une atteinte structurelle des reins, des calculs rénaux récurrents ou une hypertrophie de la prostate
6. Des maladies multisystémiques comme le lupus érythémateux disséminé
7. Des antécédents familiaux d'insuffisance rénale terminale (IRT) ou de maladie rénale héréditaire
8. Une hématurie accidentelle
9. Des médicaments comme le lithium, les anti-inflammatoires non-stéroïdiens, les aminoglycosides

EVALUATION

IDENTIFICATION DES PATIENTS ATTEINTS DE MRC OU QUI RISQUENT DE DÉVELOPPER UNE MRC

1. Offrir, comme décrit ci-après, un dépistage d'une maladie chronique du rein aux patients présentant l'un des facteurs de risque susmentionnés. Un âge avancé ou une obésité seuls ne sont pas indicateurs pour dépister une MRC
 - a. La créatinine sérique pour estimer le DFG et évaluer la fonction rénale
 - Conseiller aux patients de ne pas manger de viande dans les 12 heures avant le dosage de la créatinine sérique.
 - Interpréter le DFG en fonction de la masse musculaire du patient. Si cette dernière est :
 - o Croissante comme chez les sportifs (bodybuilders), le DFG est sous-estimé.
 - o Décroissante comme avec une amputation ou des troubles de perte de masse musculaire, le DFG est surestimé

- o Chez les personnes avec un DFG < 60 ml/min/1.73 m² ou une albuminurie, examiner les antécédents et les mesures précédentes pour rechercher une chronicité (critères de durée de 3 mois).
- b. L'albumine dans l'urine pour évaluer des anomalies structurelles :
 - Le mieux sur un échantillon de première urine du matin
 - Les dosages disponibles sont les suivants :
 - o Le rapport albumine-créatinine (RAC) dans l'urine est le meilleur
 - Entre 3 mg/mmol (30 mg/g) et 70 mg/mmol (700 mg/g) -> confirmer avec un autre échantillon. Un RAC confirmé de 3 mg/mmol (30 mg/g) ou plus doit être considéré indicateur d'une protéinurie pertinente sur le plan clinique
 - 70 mg/mmol (700 mg/g) ou plus -> il n'est pas nécessaire de répéter les dosages. C'est une protéinurie pertinente sur le plan clinique
 - o Le rapport protéine-créatinine (RPC) dans l'urine
 - o L'analyse d'urine sur un bâtonnet réactif pour obtenir la teneur totale en protéine moyennant une lecture automatisée ou manuelle

IDENTIFICATION DE LA CAUSE DE MRC

1. Il est important d'identifier la cause de MRC pour la prise en charge et le pronostic.
2. Un bilan complet n'est pas nécessaire pour tous les patients et doit être guidé par les antécédents, l'examen physique et les tests de laboratoire préliminaires.
3. Pour la plupart des patients, les tests suivants sont indiqués :
 - a. Une analyse d'urine sur une bandelette urinaire réactive pour détecter une hématurie ou une pyurie. Si elle est positive, entreprendre un examen microscopique des urines pour détecter des cylindres GR ou des cylindres GB.
 - b. Une échographie pour évaluer la structure du rein (c'est-à-dire, forme, taille et symétrie du rein, ainsi que preuve d'obstruction), comme indiqué sur le plan clinique.
 - c. Des électrolytes sériques et urinaires pour évaluer les troubles tubulaires rénaux, comme c'est indiqué sur le plan clinique, c'est-à-dire en cas de polyurie et de polydipsie avec une suspicion de diabète insipide néphrogénique. Le sodium sérique est mesuré ainsi que l'osmolalité urinaire.

CLASSIFICATION DE MRC

La MRC est classée en fonction de la cause de MRC, du DFG et des catégories de RAC (tableau 4.1). Ceci est connu par classification CGA (Cause, DFG et catégories d'albuminurie).

TABEAU 4.1 : CLASSIFICATION DE MRC

Catégorie de DFG	GFR (ml/min/1.73 m ²)	Conditions	
G1	≥ 90	Normal ou élevé	
G2	60-89	Légèrement réduit	
G3a	45-59	Légèrement à modérément réduit	
G3b	30-44	Modérément à sévèrement réduit	
G4	15-29	Sévèrement réduit	
G5	< 15	Insuffisance rénale	

Catégorie	UACR (mg/mmol)	UACR (mg/g)	Conditions
A1	< 3	< 30	Normal à légèrement élevé
A2	3-30	30-300	Modérément élevé
A3	> 30	> 300	Sévèrement élevé

* Mesurer le DFG et l'albuminurie au moins annuellement pour évaluer l'évolution, c'est-à-dire une réduction durable de DFG de ≥ 25% et un changement de la catégorie de DFG en l'espace de 12 mois.

PRISE EN CHARGE

PRÉVENTION DE L'ÉVOLUTION DE LA MRC

MAÎTRISE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE

1. MRC sans albuminurie : prescrire des hypotenseurs pour maintenir une PA \leq 140/90 mm Hg
2. MRC avec albuminurie : prescrire des hypotenseurs pour maintenir une PA \leq 130/80 mm Hg
 - a. Si l'albuminurie $>$ 30 mg/g : prescrire ECA ou ARA aux patients diabétiques
 - b. Si l'albuminurie $>$ 300 mg/g : prescrire ECA ou ARA aux patients non diabétiques

MAÎTRISE DE LA GLYCÉMIE

1. Cibler une HbA1c de 7%
2. Une HbA1c en dessus de 7% est acceptable en cas d'espérance de vie limitée ou de risque élevé d'hypoglycémie

EDUCATION DU PATIENT ET MESURES DIÉTÉTIQUES

1. Une activité physique compatible avec l'état cardiovasculaire (150 min par semaine)
2. Un poids sain
3. La cessation du tabagisme
4. Une réduction de l'apport en protéines à 0.8 g/kg/j si le DFG est $<$ 30 ml/min/1.73 m². Ne pas l'abaisser davantage pour éviter une malnutrition
5. Une réduction de la consommation de sel à $<$ 2 g/jour sauf si c'est contre-indiqué
6. Des conseils diététiques concernant l'apport de phosphate et de potassium à des stades avancés

PRÉVENTION DES COMPLICATIONS

ANÉMIE

1. La concentration d'hémoglobine (Hgb) doit être mesurée :
 - a. Quand c'est cliniquement indiqué aux stades I et II ou dans les catégories G1 et G2
 - b. Au moins annuellement au stade III ou dans la catégorie G3
 - c. Deux fois par an aux stades IV et V ou dans les catégories G4 et G5
2. Un bilan de l'anémie dans la MRC doit inclure une évaluation des causes secondaires, notamment une carence en fer.
3. Les agents de stimulation de l'érythropoïèse (ESAs) doivent être utilisés pour élever la HB au seuil de 11.5 parallèlement à une thérapie de remplacement du fer en cas de carence en fer.

MALADIE OSSEUSE MÉTABOLIQUE

1. Les taux sériques de calcium, phosphate, PTH, phosphatase alcaline et 25 Oh vitamine D doivent être mesurés au moins une fois si le DFG $<$ 45 ml/min/1.73 m².
2. La fréquence ultérieure des dosages dépend des circonstances cliniques
3. Il n'y a pas de recommandations spécifiques concernant les tests de la densité minérale osseuse dans une MRC

MALNUTRITION

1. Déceler une malnutrition à l'aide des antécédents alimentaires, du poids et de l'albumine sérique :
 - a. tous les 6 à 12 mois au stade III ou dans la catégorie G3
 - b. tous les 1 à 3 mois aux stades IV et V ou dans les catégories G4 et G5

MALADIE CARDIOVASCULAIRE

1. La modification de ce facteur de risque est cruciale pour réduire la mortalité. Il faut procéder comme suit :
 - a. Réduire les taux de lipides avec un traitement par statines
 - b. Administrer de l'aspirine pour une prévention secondaire
 - c. Corriger l'anémie
 - d. Assurer une maîtrise optimale de la pression artérielle
 - e. Assurer une maîtrise optimale du diabète

AJUSTEMENT DES DOSES DE MÉDICAMENTS

1. Le DFG doit être pris en considération pour ajuster les doses avant la prescription des médicaments.
2. Conseiller aux patients de consulter leur médecin avant d'acheter des médicaments en vente libre ou des suppléments nutritifs protéinés, et d'éviter les remèdes à base de plantes.

VACCINATION

1. Un vaccin antigrippal est conseillé à tous les stades d'une MRC
2. Un vaccin antipneumococcique et un vaccin anti-hépatite B sont conseillés dans la catégorie G4 ou en cas de risque élevé d'évolution

PRÉCAUTIONS DANS LES ÉTUDES PAR IMAGERIE

1. Lorsque le DFG < 60 ml/min/1.73 m², pour les patients sous investigations avec des produits de contraste iodés, il faut :
 - a. Éviter les agents très osmolaires
 - b. Utiliser la plus faible dose de produit de contraste radiologique
 - c. Retirer les agents néphrotoxiques potentiels avant et après la procédure
 - d. Assurer une hydratation adéquate avec une solution saline avant, pendant et après la procédure
 - e. Mesurer le DFG 48 à 96 heures après la procédure
2. Les produits de contraste à base de gadolinium ne doivent pas être utilisés chez les patients présentant
 - a. Un DFG < 15 ml/min/1.73 m²
 - b. Pour les patients présentant un DFG < 30 ml/min/1.73 m², on préfère une préparation de chélates de gadolinium macrocycliques

ENVOI CHEZ UN NÉPHROLOGUE

1. MRC stade IV
2. Insuffisance rénale aiguë ou baisse brutale durable de DFG
3. Maladie rénale héréditaire
4. Protéinurie réfractaire (RAC > 300 mg/g)
5. Hypertension réfractaire à 4 agents antihypertenseurs ou plus
6. Evolution de la MRC
7. Lithiase rénale récurrente ou étendue
8. Hyperkaliémie persistante
9. Troubles osseux et minéraux
10. Anémie de la MRC
11. Difficulté à gérer les effets secondaires des médicaments
12. Cylindres érythrocytaires dans l'urine, GR > 20 par champ à forte puissance, durables et injustifiables aisément
13. Sténose soupçonnée de l'artère rénale
14. Maladie cardiovasculaire aiguë, complexe ou sévère

KYSTES RÉNAUX

1. Il y a trois critères majeurs des kystes rénaux simples à l'échographie :
 - a. Une masse ronde nettement délimitée à parois lisses
 - b. L'absence d'échos dans la masse
 - c. Un écho fort dans la paroi postérieure
2. En l'absence de ces 3 critères de kyste simple, une tomodensitométrie est conseillée et l'envoi chez un urologue est indiqué pour exclure toute malignité.

RÉFÉRENCES

- 1- Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Inter., Suppl. 2013; 3:1-150.
- 2- National Institute for Health and Care Excellence Clinical Guideline on early identification and management of chronic kidney disease in adults in primary and secondary care, 2014 nici.org.uk
- 3- National Kidney Foundation, K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: Evaluation, Classification and Stratification. Am Kidney Dis 39:S1-S266, 2002 (Suppl1)
- 4- Josette A.Rivera, Ann M. O'Hare, G. Michael Harper, Update on the Management of Chronic Kidney Disease, Am Fam Physician. 2012 Oct 15;86(8):749-754.
- 5- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Chronic Kidney disease: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement, Ann Intern Med, 2012; 157 (8): 567-570
- 6- Israel GM, Bosniak MA. An update of the Bosniak renal cyst classification system. Urology 2005; 66: 484
- 7- Curry NS. Small renal masses: Imaging evaluation and management. AJR 1995; 164:355

CHAPITRE 5.

HÉMATURIE CHEZ LES ADULTES

Grace Abi-Rizk, MD - Najla Lakkis, MD

EPIDÉMIOLOGIE

1. L'hématurie est courante, par exemple la prévalence d'hématurie microscopique asymptomatique chez les adultes varie de 0.19 à 21%.
2. En général, une tumeur urologique est découverte par la suite chez 1% à 3% des personnes présentant une hématurie microscopique asymptomatique. La plupart des lésions sont découvertes en l'espace de 3 ans après les résultats négatifs initiaux.

DÉFINITION

1. L'hématurie microscopique se définit par 3 érythrocytes (GR) ou plus par champ haute puissance (HPF) (c'est-à-dire ≥ 3 GR/HPF) dans de l'urine propre, fraîchement prélevée.
2. L'hématurie peut être très visible sous la forme d'une urine rouge ou marron (hématurie macroscopique) ou invisible, c'est-à-dire qui est décelable uniquement à l'examen de l'urine (hématurie microscopique). Elle peut être symptomatique ou asymptomatique. Une approche générale des patients souffrant d'hématurie est présentée dans l'algorithme 5.1.
3. A la différence de l'hématurie macroscopique, l'hématurie microscopique est souvent une découverte fortuite. Elle peut être transitoire et insignifiante (par exemple, contamination des menstruations ou 24 à 48 heures après un traumatisme, un exercice physique vigoureux, un rapport sexuel ou un examen de la prostate par toucher rectal), mais elle peut être aussi un signe de tumeur urologique en particulier chez les patients âgés de plus de 35 ans.

CAUSES

1. **La pseudo-hématurie** (urine rouge ou foncée avec un examen microscopique négatif des GR ; une bandelette urinaire positive pour la présence de sang n'est pas évocatrice d'hématurie). Elle serait due à :
 - a. Des sources exogènes comme les médicaments (par exemple, Nitrofurantoïne, Rifampine, Laxatifs/Senna) ; les colorants végétaux (betteraves, mûres, colorant alimentaire) ; les antiseptiques (Bétadine, Mercurochrome).
 - b. Des causes endogènes (myoglobine, hémoglobine). La bilirubine et la porphyrine dans l'urine peuvent lui conférer sa couleur brune.
2. **L'hématurie vraie** peut être classée en fonction de sa source :
 - a. L'hématurie extra-rénale (> 60%) :
 - L'origine étant dans les voies urinaires : des infections (cystite, prostatite, urétrite), une lithiase urinaire, une tumeur de la vessie, un cancer de la prostate, une hypertrophie bénigne de la prostate (HBP), un traumatisme (foley, rapport sexuel)
 - L'origine n'étant pas dans les voies urinaires comme les menstruations
 - b. L'hématurie rénale :
 - L'hématurie rénale non glomérulaire (tubulo-interstitielle), due habituellement à :
 - o Une lithiase rénale ou une cristallurie
 - o Une pyélonéphrite
 - o Un traumatisme/contusion ou exercice
 - o Une cause vasculaire : un infarctus rénal, une thrombose veineuse rénale, une déranocytose et un trait déranocyttaire
 - o Une polykystose rénale (PKR)
 - L'hématurie glomérulaire, due habituellement à :
 - o Une néphropathie à IgA
 - o Une maladie de la membrane basale mince (BM mince, hématurie familiale bénigne),
 - o Une néphrite héréditaire (syndrome d'Alport)
 - o Une glomérulonéphrite focale légère ayant d'autres causes.

ANTÉCÉDENTS

Souvent, des indices déduits des antécédents désignent un diagnostic spécifique. Ceux-ci incluent :

1. Des symptômes urinaires
 - a. Dysurie, urgence, fréquence et \pm fièvre/frissons : infection
 - b. Urine foncée couleur coca-cola : origine glomérulaire
 - c. Caillots : saignement extra-glomérulaire
 - d. Retard de la miction et fuites : obstruction prostatique (la présence d'une hypertrophie bénigne de la prostate ne doit pas dissuader le médecin d'entreprendre une évaluation de l'hématurie)
2. Une infection récente des voies respiratoires supérieures (IVRS) : glomérulonéphrite (glomérulonéphrite membrano-proliférative post-infection) ; IVRS concurrente : néphropathie à IgA.
3. Arthrite/arthralgies/éruption : lupus, vascularite, purpura de Henoch-Shönlein.
4. Une douleur
 - a. Une douleur lombaire unilatérale irradiant vers l'aîne : calculs ou caillot sanguin, infarctus, pyélonéphrite et, occasionnellement, malignité
 - b. Une douleur lombaire persistante ou récurrente pouvant survenir aussi dans le syndrome particulier « lombalgie-hématurie »
 - c. Une hématurie indolore et/ou anorexie/perte de poids : malignité ou infection chronique (par exemple, tuberculose)
5. Un traumatisme récent ou un exercice physique vigoureux : traumatique ou rhabdomyolyse.
6. Un cathétérisme vésical/foley récent.
7. Des antécédents de trouble hémorragique ou de saignement en plusieurs endroits dû à une anticoagulothérapie excessive. Toutefois, un traitement par la Warfarine ne devrait pas causer d'hématurie sauf en présence d'une anomalie urologique sous-jacente.
8. Des médicaments : une anticoagulothérapie ou un traitement antiplaquettaire, la méthicilline, la nafcilline et les analgésiques (par exemple, phénacétine), l'abus de pénicillines à spectre étendu, les agents chimiothérapeutiques alkylants (par exemple, cyclophosphamide), les préparations amaigrissantes à base de plantes contenant de l'acide aristolochique etc.
9. Une prise excessive de vitamines (en particulier la vitamine C) : calculs.
10. Un voyage ou un séjour dans des zones endémiques présentant *Schistosoma haematobium* ou la tuberculose.
11. Des antécédents sociaux : tabagisme (malignité), expositions au plomb ou au mercure.
12. Des expositions professionnelles (benzène, cuir, colorants, caoutchouc ou fabrication des pneus) : cancer urothélial.
13. Des antécédents médicaux : une maladie vasculaire périphérique ou rénovasculaire, un anévrisme de l'aorte abdominale antérieurement diagnostiqué, une hypertension artérielle mal maîtrisée ou accélérée, et une fibrillation auriculaire ou des palpitations peuvent indiquer un infarctus rénal. Une hématurie, une infection des voies urinaires, une lithiase rénale ou une irradiation pelvienne passée.
14. Des antécédents familiaux de lithiase urinaire, de surdité ou de maladie rénale (par exemple, une déranocytose, une polykystose rénale, une néphrite héréditaire, une hématurie familiale bénigne ou une membrane basale mince).

EXAMEN PHYSIQUE

1. Signes vitaux pour évaluer la stabilité hémodynamique.
2. Peau et muqueuses : pour rechercher des signes de troubles hémorragiques, tels que pétéchies, purpura, ecchymoses et saignement de la gencive.
3. Examen cardiovasculaire.
4. Signes abdominaux de traumatisme, de masses ou de sensibilité : tumeur maligne des reins, hydronéphrose ou anévrisme de l'aorte abdominale.
5. Examen musculo-squelettique : des angles costovertébraux sensibles indiquent des calculs urétéraux, une pyélonéphrite ou une polykystose rénale.
6. Examen génital pour rechercher une érosion méatique, des lésions génitales ou une fistule scrotale.
7. Examen rectal chez les hommes pour évaluer la taille et la symétrie de la prostate.

TESTS DE LABORATOIRE

1. Une microscopie de l'urine (1ère étape obligatoire) :
 - a. La présence de ≥ 3 GR/HPF confirme une hématurie --> si l'hématurie est confirmée même une seule fois, l'évaluation est nécessaire (même chez les patients prenant des anticoagulants et des antiplaquettaires).
 - b. Une pyurie et des cylindres GB suggèrent une infection --> initier une antibiothérapie le plus tôt possible après l'envoi à l'uroculture d'un échantillon d'urine propre prélevé à mi-miction.
 - c. Des cylindres GR, des GR dysmorphiques ou une protéinurie suggèrent une maladie glomérulaire --> envoyer chez un néphrologue.
2. Une uroculture et une coloration de gram (2nde étape obligatoire) : avant d'entreprendre une évaluation de l'hématurie, tous les patients doivent passer une uroculture afin d'exclure toute infection.
3. La créatinine plasmatique, le débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe) et urée (BUN).
4. D'autres tests de laboratoire dépendent de l'étiologie suspectée :
 - a. Une formulation sanguine complète (FSC) pour évaluer une atteinte systémique (par exemple, une anémie consécutive à une hémorragie, une leucocytose évocatrice d'une infection)
 - b. Créatinine sérique, glycémie, électrolytes ; calcium et acide urique
 - c. Tests de coagulation ; INR (TP) pour les patients prenant la Warfarine
 - d. Taux de PSA si l'on soupçonne un cancer de la prostate
 - e. Electrophorèse de l'hémoglobine si l'on soupçonne un trait déranocyttaire ou une déranocytose (antécédents familiaux positifs).
5. Une cytologie urinaire pour les patients exposés à un risque élevé de cancers urothéliaux (Cadre 5.1) (première urine du matin pendant 3 jours consécutifs pour optimiser sa sensibilité), toutefois des résultats négatifs ne peuvent pas exclure une malignité.

CADRE 5.1 : QUAND FAUT-IL INVESTIGUER UNE HÉMATURIE ?

Hématurie significative nécessitant des investigations pour exclure des états sous-jacents sérieux

1. Tout épisode unique d'hématurie macroscopique/visible.
2. Tout épisode unique d'hématurie microscopique/invisible symptomatique (en l'absence d'infection des voies urinaires (IVU) ou de toute autre cause transitoire).

EXAMENS D'IMAGERIE

1. Une urographie CT (CTU)-multidétecteur ou multiphasique sans produit de contraste (pour une lithiase urinaire soupçonnée), et avec produit de contraste intraveineux (pour une masse suspecte, notamment supérieure à 1cm) est l'étude d'imagerie préférée. Toutefois, elle est contre-indiquée chez les femmes enceintes. D'ailleurs, une CTU avec produit de contraste doit être faite uniquement si les patients ne sont pas allergiques au produit de contraste et s'ils présentent une créatinine sérique normale (≤ 1.2 mg/dl).
2. Si une CTU multiphasique n'est pas disponible ou contre-indiquée, les tests suivants seraient indiqués. Toutefois, même s'ils sont faits ensemble, ces tests ont une sensibilité limitée pour détecter une lithiase urinaire (en particulier < 3 mm) ainsi que les petites masses rénales (< 3 cm), par comparaison à une CTU.
 - a. Une échographie rénale et des voies urinaires est indiquée pour détecter une obstruction ou une maladie parenchymateuse, des calculs radiotransparents et des masses kystiques ou solides. Elle est très utile pour évaluer un parenchyme rénal. Elle n'a pas de contre-indications. Elle peut compléter une CTU lorsqu'il est nécessaire de distinguer entre les masses solides et les masses kystiques.
 - b. Des radiographies ordinaires de l'abdomen en position couchée (KUB) peuvent être faites en plus de l'échographie pour détecter des calculs radio-opaques.
 - c. Une urographie/pyélographie intraveineuse (UIV ou PIV) est indiquée en l'absence de CTU lorsque des calculs des voies urinaires sont soupçonnés mais ne sont pas détectés par KUB+échographie. Toutefois, elle est moins sensible qu'une CTU pour détecter une lithiase urinaire, et présente une sensibilité limitée pour les petites masses rénales et pour distinguer les masses solides des masses kystiques. Ses contre-indications sont semblables à celles d'une CTU avec produit de contraste (c'est-à-dire grossesse, allergie au produit de contraste, créatinine sérique élevée).

PROCÉDURES DIAGNOSTIQUES

1. Une biopsie rénale peut s'avérer nécessaire pour évaluer les patients chez qui on soupçonne une maladie glomérulaire progressive, telle qu'une protéinurie et/ou une élévation de la concentration de créatinine sérique, la présence de cylindres GR ou de GR dysmorphiques dans la microscopie de l'urine.
2. Une pyélographie rétrograde, qui nécessite une cystoscopie, est utilisée pour mieux évaluer les lacunes rénales, urétérales ou vésicales détectées dans d'autres modalités. En outre, chez les patients présentant des contre-indications relatives ou absolues à l'urographie CT-multidétecteur (par exemple, une insuffisance rénale, une allergie au produit de contraste, une grossesse), une pyélographie rétrograde doit être associée à une IRM, une CT sans produit de contraste ou une échographie rénale pour évaluer l'ensemble des voies urinaires.
3. Une cystoscopie est recommandée pour évaluer une pathologie de la vessie chez tous les patients présentant :
 - a. un risque élevé de cancers urothéliaux (Cadre 5.1)
 - b. une cytologie anormale

PRISE EN CHARGE ET SUIVI

1. Le traitement doit cibler la cause sous-jacente.
2. En cas d'hématurie visible/macroscopique + incapacité d'uriner : envoyer aux urgences (ER) pour évaluer et évacuer les caillots sanguins de la vessie.
3. Indications pour l'envoi chez un urologue ou un néphrologue (Tableau 5.1).
4. Souvent, le bilan initial ne réussit pas à révéler la cause sous-jacente, essentiellement dans une hématurie microscopique. Un suivi est nécessaire chez les patients à risque élevé de développer un cancer urologique. Les patients, de tout âge, présentant un bilan initial négatif nécessitent un suivi avec une cytologie annuelle, une analyse d'urine et un contrôle de la pression artérielle et, parfois, une répétition des imageries et de la cystoscopie.
 - a. Les patients présentant même un seul épisode d'hématurie inexplicée et qui sont exposés à un risque élevé de malignité nécessitent un suivi très étroit (analyse d'urine annuelle) suite à une évaluation négative. Si l'analyse d'urine est négative dans les 2 années qui suivent, la poursuite des évaluations doit être interrompue.
 - b. Les patients présentant une hématurie microscopique inexplicée persistante et des facteurs de risque de malignité doivent être surveillés à l'aide d'une analyse d'urine annuelle s'ils sont asymptomatiques. Dans le cas d'une hématurie persistante pendant 3 à 5 ans, il faut envisager une autre évaluation urologique complète comprenant une urographie CT, une cytologie et une cystoscopie. Certains médecins recommandent aussi de répéter l'échographie et la cystoscopie à un intervalle d'un an chez les patients à risque élevé. (Le cadre 5.2 décrit les caractéristiques des patients à risque élevé de malignité).

CADRE 5.2 : RISQUE ÉLEVÉ DE MALIGNITÉ CHEZ LES PATIENTS SOUFFRANT D'HÉMATURIE

1. Age > 35 ans.
2. Sexe masculin.
3. Tabagisme.
4. Abus d'analgésiques (Phénacétine).
5. Exposition au benzène, aux produits chimiques utilisés dans le cuir, les colorants, le caoutchouc ou la fabrication des pneus.
6. Exposition à des agents chimio-thérapeutiques alkylants, par exemple Cyclophosphamide.
7. Symptômes chroniques irritants liés à la miction.
8. Corps étrangers internes chroniques.
9. Antécédents d'irradiation pelvienne.

TABLEAU 5.1 : INDICATIONS POUR L’ENVOI CHEZ UN SPÉCIALISTE EN CAS D’HÉMATURIE

Envoi chez un urologue
<div>1. Les patients de tout âge avec une hématurie macroscopique indolore et ne présentant pas de preuves de saignement glomérulaire ni d’infection.</div> <div>2. Les patients ayant des caillots sanguins même s’ils présentent des preuves d’une lésion glomérulaire puisque les caillots sanguins ne sont pratiquement jamais associés à un saignement glomérulaire et peuvent suggérer la présence de deux lésions séparées dans le glomérule et dans le système de collecte.</div> <div>3. Les patients chez qui une visualisation directe des voies urinaires inférieures est nécessaire pour établir le diagnostic, par exemple les patients à risque élevé de cancers urothéliaux mentionnés dans le cadre ci-dessus et les patients présentant une cytologie anormale.</div> <div>4. Les patients avec une masse abdominale identifiée cliniquement ou à l’imagerie et dont l’origine semble être les voies urinaires.</div> <div>5. Les patients avec une lithiase urinaire > 5mm ou avec toute lithiase urinaire non résolutive.</div>
Envoi chez un néphrologue
<div>1. Une insuffisance rénale aiguë</div> <div>2. Une fonction rénale significativement diminuée (DFG < 60 ml/min par 1.73 m² de surface corporelle) de durée chronique ou inconnue ; ou une preuve de DFG déclinant (de > 10 ml/minute à tout stade au cours des 5 dernières années ou de > 5 ml/minute au cours de l’année passée).</div> <div>3. Une protéinurie significative (rapport albumine-créatinine (RAC) ≥ 30 mg/mmol ou rapport protéine-créatinine (RPC) ≥ 50 mg/mmol).</div> <div>4. Une hématurie isolée (c’est-à-dire en l’absence d’une protéinurie significative) avec hypertension chez les personnes de moins de 40 ans.</div> <div>5. Une hématurie visible/macroscopique coïncidant avec une infection intercurrente (habituellement des voies respiratoires supérieures).</div> <div>6. Des cylindres érythrocytaires ou des érythrocytes dysmorphiques à la microscopie de l’urine.</div> <div>7. Une indication possible de biopsie rénale, notamment une protéinurie persistante, une hématurie avec une protéinurie persistante ou une hématurie glomérulaire isolée persistante pendant 1 an avec un bilan négatif des voies urinaires.</div> <div>8. La cause sous-jacente d’hématurie n’est pas évidente même après un bilan approfondi des voies urinaires.</div>

RÉFÉRENCES

1. Davis R, Jones JS, Barocas DA, Castle EP, Lang EK, Leveillee RJ, Messing EM, Miller SD, Peterson AC, Turk TM, Weitzel W; American Urological Association. Diagnosis, evaluation and follow-up of asymptomatic microhematuria (AMH) in adults: AUA guideline. J Urol. 2012 Dec;188(6 Suppl):2473-81.

2. Feldman AS, Hsu C, Kurtz M, Cho KC. Etiology and evaluation of hematuria in adults. In: Uptodate, Post TW (2014), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on October 08, 2014.)

3. Jimbo M. Evaluation and management of hematuria. Prim Care. 2010 Sep;37(3):461-72, vii.

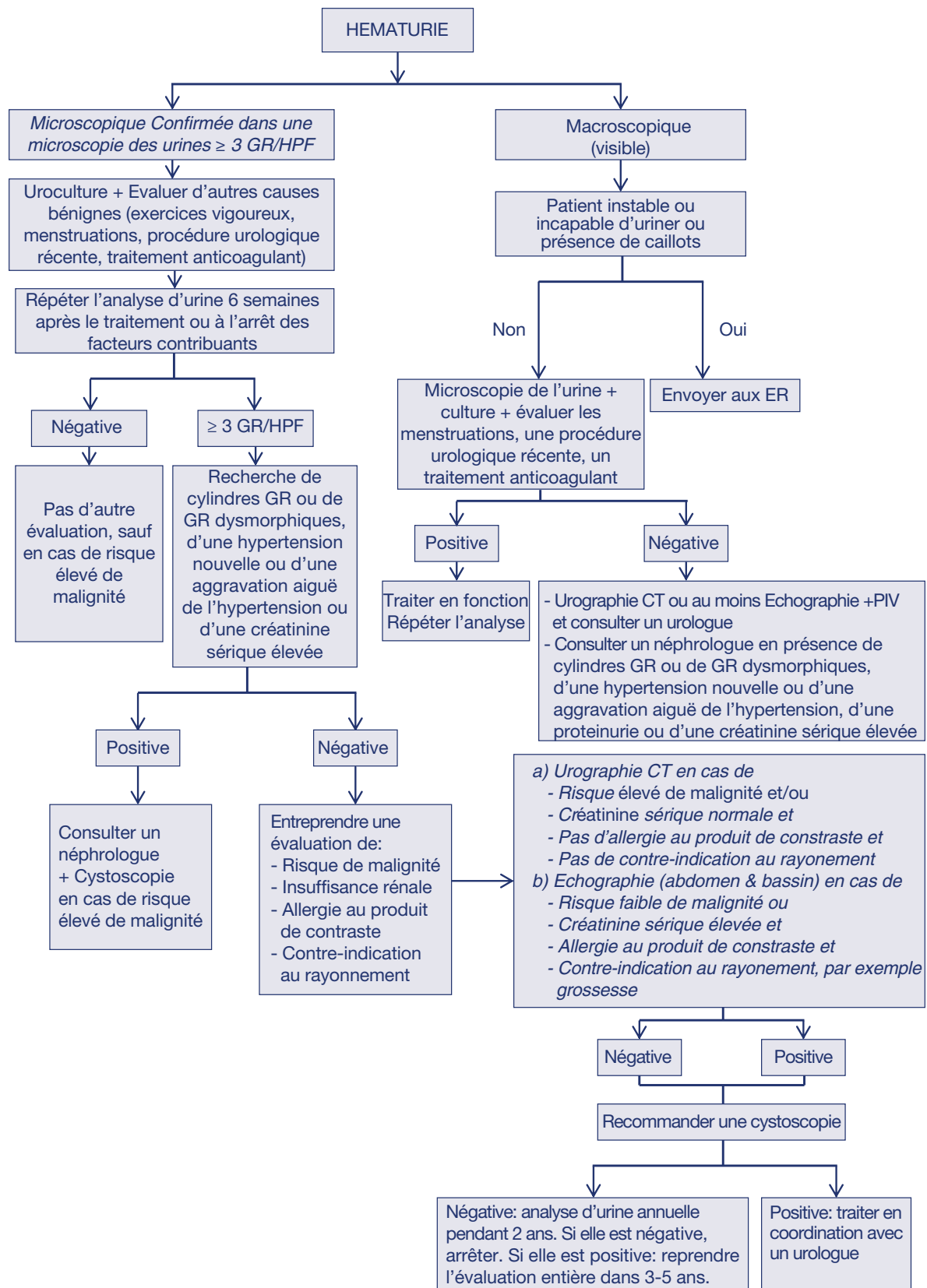
4. Medscape Education Clinical Briefs. Guidelines for Diagnosis of Asymptomatic Microhematuria. CME/CE Released: 11/20/2012.

5. Mishriki SF, Aboumarzouk O, Vint R, Grimsley SJ, Lam T, Somani B. Routine urine cytology has no role in hematuria investigations. J Urol. 2013 Apr;189(4):1255-8.

6. Sharp VJ, Barnes KT, Erickson BA. Assessment of asymptomatic microscopic hematuria in adults. Am Fam Physician. 2013 Dec 1;88(11):747-54

7. Wollin T, Laroche B, Psooy K. Canadian guidelines for the management of asymptomatic microscopic hematuria in adults. Can Urol Assoc J. 2009 Feb;3(1):77-80

ALGORITHME 5.1 : APPROCHE DE L'HÉMATURIE



CHAPITRE 6.

BRONCHOPNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE

Rania Sakr, MD - Najla Lakkis, MD

ÉPIDÉMIOLOGIE

1. La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) est la 4ème cause majeure de mortalité dans le monde et est prévue devenir la 3ème en 2020 en raison de l'exposition continue aux facteurs de risque de BPCO et de l'espérance de vie prolongée avec le temps.
2. Elle est responsable d'une mortalité précoce, de taux élevés de mortalité et de l'important coût imposé au système de santé.
3. Au Liban, une étude transversale a trouvé une prévalence de BPCO de 9.7% en 2009-2010. Dans cette étude, uniquement 20% des patients souffrant de BPCO furent diagnostiqués et traités.

DÉFINITION

1. La BPCO est une obstruction chronique et progressive des voies respiratoires, qui n'est pas totalement réversible. Elle est due à une réaction inflammatoire des voies respiratoires aux particules ou gaz nocifs occasionnant un emphysème et une bronchite chronique. La gravité de la maladie est en corrélation avec la fréquence des exacerbations et les comorbidités.

ANTÉCÉDENTS

1. Le dépistage de la présence et des variations au jour le jour de ce qui suit :
 - a. Dyspnée : habituellement progressive, persistante et s'aggravant à l'effort.
 - b. Toux : peut être intermittente et/ou non productive.
 - c. Production d'expectorations : chronique en général.
2. Les questionnaires des symptômes (*par exemple, CAT : consulter le tableau 6.1*)
3. D'autres symptômes : respiration sifflante, hémoptysie, céphalée matinale, œdème aux jambes, activité limitée, détérioration de la qualité du sommeil et manque d'énergie.
4. Les facteurs de risque :
 - a. Fumée de tabac (*active ou passive*)
 - b. Pollution de l'air intérieur (*biocombustibles pour la cuisson et le chauffage*) et extérieur
 - c. Exposition professionnelle aux polluants/poussières (*par exemple, cadmium, silice*) et aux produits chimiques (*comme les pompiers*)
 - d. Infections récurrentes des voies respiratoires
 - e. Statut socioéconomique bas (*faible poids à la naissance, surpeuplement, mauvaise alimentation, infection, etc.*)
5. Les exacerbations : nombres par an, hospitalisations annuelles et facteurs précipitants (*par exemple, une infection récente*).
6. Une prise/perte de poids récentes.
7. Les comorbidités : les patients souffrant de BPCO sont exposés à un risque élevé de :
 - a. Maladies cardiovasculaires (*cardiopathie ischémique, insuffisance cardiaque, fibrillation auriculaire, hypertension artérielle et troubles thromboemboliques*)
 - b. Ostéoporose (*inflammation, mauvaise alimentation, inactivité, hypoxie*)
 - c. Respiratoires : infections respiratoires récurrentes ; cancer du poumon ; bronchectasie ; asthme
 - d. Diabète
 - e. Gastrite, ulcère gastroduodénal
 - f. Anxiété, dépression

EXAMEN PHYSIQUE

1. Poids : une prise de poids suggère une bronchite chronique tandis qu'une perte de poids suggère un emphysème.
2. Inspection : cyanose, respiration à lèvres pincées, thorax en tonneau (*diamètre antéropostérieur accru du thorax*) et utilisation des muscles accessoires.
3. Examen des poumons : tachypnée, bruits respiratoires réduits, respiration sifflante, râles ronflants.
4. Examen du cœur : bruits cardiaques distants.

TESTS DIAGNOSTIQUES

1. Les tests de la fonction pulmonaire :
Une spirométrie est requise pour confirmer un diagnostic de BPCO (*lorsqu'un rapport VEMS/CVF post-bronchodilatateur est < 0.70 avec moins de 12% de changement après la bronchodilatation*) ; toutefois, elle est utile uniquement chez les patients stables (*c'est-à-dire ceux ne présentant pas d'exacerbation aiguë des symptômes*). Elle sert à classer la limitation du débit respiratoire (*en fonction de VEMS; consulter le Cadre 6.1*), permettant ainsi de dépister l'évolution de la maladie et de surveiller la réponse au traitement.
2. Une radio thorax peut révéler un emphysème (*distension, diaphragmes aplatis, atteintes interstitielles ± bulles*), et aide à exclure d'autres diagnostics alternatifs soupçonnés ou à identifier les comorbidités comme l'insuffisance cardiaque.
3. Une tomodensitométrie du thorax (CT scan) peut détecter un emphysème et aide à exclure un cancer des poumons (*si on le soupçonne sur le plan clinique et chez les adultes âgés de 55 à 80 ans ayant fumé 30 paquets de cigarettes par an et fument toujours ou ayant arrêté de fumer au cours des 15 dernières années*).
4. Une oxymétrie du pouls est proposée pour :
 - a. Les patients stables atteints de BPCO avec VEMS < 50%
 - b. Les patients présentant une aggravation des symptômes ou d'autres signes d'une exacerbation aiguë.
 - c. Les patients présentant des signes cliniques évoquant une insuffisance respiratoire (*cyanose*) ou une insuffisance cardiaque droite (*augmentation de la pression jugulaire veineuse et œdème des membres inférieurs*).

Remarque : elle est acceptable si la saturation en oxygène ≥ 92%
5. Une gazométrie du sang artériel (GSA) est conseillée si la saturation en oxygène < 92% à l'oxymétrie du pouls, VEMS < 35% et lorsque le patient présente des signes cliniques d'insuffisance respiratoire (*cyanose*) ou d'insuffisance cardiaque congestive (*augmentation de la pression jugulaire veineuse et œdème des membres inférieurs*).
6. Le dépistage d'un déficit en Alpha-1 Antitrypsine (*en dosant le taux sérique d'alpha1-antitrypsine*) : si une BPCO se développe chez des patients jeunes (*< 45 ans*) d'origine caucasienne ou présentant d'importants antécédents familiaux de BPCO.

DIAGNOSTIC

Il doit être envisagé chez les patients présentant un essoufflement ou une dyspnée progressive, une toux chronique ou une production croissante d'expectorations avec des facteurs de risque (*par exemple, tabac*), et confirmé par spirométrie.

PRISE EN CHARGE

OPTIONS THÉRAPEUTIQUES PHARMACOLOGIQUES

1. La prise en charge de la BPCO dépend de la classification des patients (Tableau 6.1). La classification du patient dépend du nombre et de la gravité des exacerbations, des classes GOLD (limitation du débit respiratoire par spirométrie faite au moins 6 semaines après la disparition d'une exacerbation) (Cadre 6.1) et du score CAT (Cadre 6.2).
2. La réduction ou l'augmentation des doses de médicaments dépend de la nouvelle classification car il est possible que les patients n'appartiennent plus à la classe dans laquelle ils étaient classés initialement.

CADRE 6.1 : CLASSES GOLD BASÉES SUR UNE VALEUR DE SPIROMÉTRIE VEMS POST-BRONCHODILATATEUR

- a. GOLD1 : légère ; VEMS 80% ou plus du prédit
 - b. GOLD2 : modérée ; VEMS entre 50 et 80%
 - c. GOLD3 : sévère ; VEMS entre 30 et 50%
 - d. GOLD4 : très sévère ; VEMS moins que 30%

CADRE 6.2 : TEST D'ÉVALUATION DE LA BPCO (CAT)							
<i>Pour chaque élément ci-dessous, placer une marque (X) dans la case qui vous décrit le mieux actuellement. Sélectionner uniquement une réponse à chaque question.</i>							Score
<i>Exemple : Je suis très heureux</i>	1	2	3	4	5	<i>Je suis très triste</i>	
Je ne tousse jamais	1	2	3	4	5	Je tousse tout le temps	
Je n'ai pas de flegme (mucus)	1	2	3	4	5	Ma poitrine est pleine de flegme (mucus)	
Je ne ressens aucune oppression dans la poitrine	1	2	3	4	5	Je ressens une oppression dans la poitrine	
Lorsque je monte une pente les escaliers, je ne suis pas essoufflé	1	2	3	4	5	Lorsque je monte une pente ou les escaliers, je suis très essoufflé	
L'exercice de mes activités à la maison n'est pas limité	1	2	3	4	5	L'exercice de mes activités à la maison est très limité	
Je suis confiant de quitter la maison en dépit de l'état de mes poumons	1	2	3	4	5	Je ne suis nullement confiant de quitter la maison en raison de l'état de mes poumons	
Je dors profondément	1	2	3	4	5	Je ne dors pas profondément en raison de l'état de mes poumons	
Je suis plein d'énergie	1	2	3	4	5	Je manque totalement d'énergie	
Total Score							

Réf.: Test d'évaluation de la BPCO (CAT). <http://www.catestonline.org/>

TABLEAU 6.1 : OPTIONS THÉRAPEUTIQUES PHARMACOLOGIQUES BASÉES SUR UNE ÉVALUATION COMBINÉE DES SYMPTÔMES, DE L'ESSOUFFLEMENT, DE LA CLASSIFICATION SPIROMÉTRIQUE ET DU RISQUE D'EXACERBATIONS DE LA BPCO

Options thérapeutiques pharmacologiques basées sur une évaluation combinée des symptômes, de l'essoufflement, de la classification spirométrique et du risque d'exacerbations de la BPCO			
GOLD4 (VEMS < 30) GOLD3 (VEMS 30-49) GOLD2 (VEMS 50-79) GOLD1 (VEMS ≥ 80)	C CSI + BALA ou AMLA	D CSI + BALA et/ou AMLA	≥ 2 exacerbations ou ≥ 1 exacerbation nécessitant une hospitalisation
	A AMCA selon les besoins ou BACA selon les besoins	B BALA ou AMLA	
	CAT < 10 Symptômes CAT ≥ 10		
	Groupe*	Premier choix	Second choix
A	AMCA ou BACA selon les besoins	AMLA ou BALA ou AMCA+BACA	Théophylline^
B	AMLA ou BALA	BALA+AMLA	BACA et/ou AMCA selon les besoins Théophylline^
C	CSI + BALA ou AMLA	BALA+AMLA ou BALA+PDE4-inh.* ou AMLA+PDE4-inh.*	BACA et/ou AMCA selon les besoins Théophylline
D	CSI + BALA ou AMLA	CSI +AMLA Ou CSI +BALA+AMLA Ou CSI +BALA+ PDE4-inh.* Ou BALA+AMLA Ou AMLA+ PDE4-inh.*	Carbocystéine BACA et/ou AMCA selon les besoins Théophylline^

Abréviations et médicaments de la BPCO :

CSI : Corticostéroïdes inhalés

BACA : bêta-agoniste à courte durée d'action, par exemple Albutérol

AMCA : antagoniste muscarinique à courte durée d'action, par exemple Ipratropium

BALA : bêta-agoniste à longue durée d'action, par exemple Indacatérol ou Formotérol deux fois par jour

AMLA : antagoniste muscarinique à longue durée d'action, par exemple Glycopyrronium

Bromure de tiotropium

CSI+BALA par exemple Formotérol+Budésonide ; Salmétérol+Fluticasone

^La Théophylline nécessite de surveiller les concentrations de médicaments. Elle peut être ajoutée ou utilisée à titre alternatif dans une trithérapie chez les patients présentant des symptômes non maîtrisés ou chez ceux ne pouvant pas se permettre une thérapie par inhalation (mais la Théophylline est moins efficace et moins bien tolérée).

* **PDE4-inh** : inhibiteurs des phosphodiésterases de type 4, par exemple Roflumilast ; ils réduisent les exacerbations chez les patients avec VEMS < 50% du prédit, une bronchite chronique et des exacerbations fréquentes

Réf. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. <http://www.goldcopd.org/other-resources-gold-teaching-slide-set.html>. Date d'accès le 16 octobre 2014.

OXYGÉNOTHÉRAPIE À LONG TERME

1. Une oxygénothérapie > 15 heures par jour est conseillée pour les patients souffrant de BPCO et d'une hypoxémie sévère.
2. La saturation en oxygène ciblée doit avoisiner 90% pour éviter une acidose respiratoire.
3. Elle est indiquée quand :
 - a. Une PaO₂ est égale ou inférieure à 55 mm Hg ou une SaO₂ est égale ou inférieure à 88% (*confirmée deux fois en l'espace de 3 semaines*).
 - b. 55 mm Hg < PaO₂ < 60 mm Hg ou SaO₂ = 88% en association avec une hypertension artérielle pulmonaire, un œdème périphérique (*insuffisance cardiaque congestive*) ou une polyglobulie (*Hématocrite > 55%*).

CORTICOSTÉROÏDES ORAUX

Les corticostéroïdes oraux sont indiqués uniquement pour une courte période en cas d'exacerbations.

ANTIBIOTHÉRAPIE PROPHYLACTIQUE

Elle est déconseillée pour prévenir les exacerbations de la BPCO.

AGENTS MUCOLYTIQUES

Ils offrent un effet bénéfique minime aux patients ayant des expectorations visqueuses. Les antitussifs sont déconseillés.

PRISE EN CHARGE ET CONTRÔLE DES COMORBIDITÉS

1. Eviter les facteurs de risque
 - a. Cessation du tabagisme (*fortement recommandée*)
 - Celle-ci est fortement susceptible d'influencer l'évolution naturelle de la BPCO.
 - On doit encourager et conseiller à tous les patients fumeurs d'arrêter de fumer même pour une courte période (3 minutes) de temps à autre, à l'aide de la stratégie (*interroger, conseiller, évaluer, aider et prévoir*).
 - Une pharmacothérapie (*varénicline, bupropion, nortriptyline*) et une thérapie de substitution nicotinique prolongent les taux d'abstinence tabagique à long terme.
 - b. Réduction de la pollution intérieure (*c'est-à-dire éviter les biocombustibles intérieurs pour la cuisson et le chauffage et éviter les exercices à l'extérieur durant les périodes de pollution*).
 - c. Réduction de l'exposition professionnelle
2. Réadaptation (*fortement recommandée*)
 - a. La pratique d'une activité physique régulière est bénéfique aux patients souffrant de BPCO qui doivent être encouragés à demeurer actifs.

- b. Le programme de réadaptation réduit les symptômes, améliore la qualité de vie et augmente la participation aux activités quotidiennes.
- c. La durée minimale d'un programme efficace de réadaptation pulmonaire est de 6 semaines (*plus le programme est long, plus les résultats sont efficaces*). Si l'entraînement physique est maintenu à la maison, la santé du patient demeure en dessus des niveaux existant avant la réadaptation.

VACCINATION

1. Un vaccin antigrippal est conseillé une fois par an en l'absence de contre-indications (*il réduit de 50% la possibilité d'une maladie grave et la mortalité chez les patients souffrant de BPCO*). La vaccination est faite idéalement avant le déclenchement de l'activité grippale dans la communauté (*en septembre-octobre, si possible*).
2. Un vaccin antipneumococcique polysaccharidique (*PPSV23*) est conseillé pour tous les adultes souffrant de BPCO et peut être répété à 65 ans ou au-delà à condition que 5 ans se soient déjà écoulés.

VISITES DE SUIVI

1. Les patients souffrant de BPCO doivent être réévalués tous les 2 à 3 mois.
2. Les questionnaires des symptômes (*par exemple, CAT*), la cessation du tabagisme (*le cas échéant*) et les antécédents d'exacerbations doivent être examinés à chaque visite.
3. Une répétition annuelle de la spirométrie est conseillée (*à un intervalle de 2 à 3 mois après l'exacerbation*).

INDICATIONS POUR L'ENVOI CHEZ UN SPÉCIALISTE

1. Une exacerbation sévère ; des exacerbations fréquentes et/ou des hospitalisations.
2. Un âge d'apparition < 40 ans (c'est-à-dire que l'on suspecte un déficit en alpha-1-antitrypsine)
3. Une évolution rapide de la BPCO
4. Une perte de poids
5. Une maladie cardiaque concurrente, un asthme soupçonné ou une autre maladie pulmonaire compliquant le diagnostic ou la prise en charge.
6. Une suspicion d'obstruction des voies respiratoires supérieures.
7. Le besoin d'une oxygénothérapie.
8. La nécessité d'une hospitalisation à l'unité des soins intensifs pour causes pulmonaires ou d'une ventilation mécanique.
9. Une chirurgie prévue dans des cas sélectionnés (*réduction du volume pulmonaire ou greffe de poumon*).

RÉFÉRENCES

1. COPD Assessment Test (CAT). <http://www.catestonline.org/> (Date d'accès le 27 octobre October 2014)
2. Fletcher CM, Elmes PC, Fairbairn AS, Wood CH. The significance of respiratory symptoms and the diagnosis of chronic bronchitis in a working population. *Br Med J.* 1959;2(5147):257-266.
3. Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD): Teaching Slide Set January 2014. <http://www.goldcopd.org/other-resources-gold-teaching-slide-set.html>. Date d'accès le 16 octobre.
4. Lee H, Kim J, Tagmazyan K. Treatment of stable chronic obstructive pulmonary disease: the GOLD guidelines. *Am Fam Physician.* 2013 Nov 15;88(10):655-63, 663B-F.
5. Waked M, Khayat G, Salameh P. Chronic obstructive pulmonary disease prevalence in Lebanon: a cross-sectional descriptive study. *Clin Epidemiol.* 2011;3:315-23.
6. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). <http://www.who.int/respiratory/copd/en/>. Date d'accès le 16 octobre 2014.

CHAPITRE 7.

ASTHME CHEZ LES ADULTES

Jihad Irani, MD

EPIDÉMIOLOGIE

1. Sa prévalence est estimée à 10 à 12% de la population.
2. Uniquement 6% sont qualifiés d'asthmatiques et 20% sont traités adéquatement.
3. 20% des patients présentent une maladie sévère et 20% présentent une maladie légère.

DÉFINITION

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies respiratoires, qui se caractérise par des crises récurrentes de toux, une dyspnée et une respiration sifflante dues à des niveaux variables et réversibles d'obstruction des voies respiratoires liée à une hypersensibilité.

ANTÉCÉDENTS

1. Des symptômes récurrents d'obstruction des voies respiratoires ou d'hyperréactivité bronchique : une dyspnée, une toux, une respiration sifflante, une gêne respiratoire (qui empire la nuit ou tôt le matin).
2. La sévérité, la fréquence et la durée des symptômes (Tableau 7.1), les visites à la salle d'urgence et l'hospitalisation.
3. Les déclencheurs : les infections virales, les animaux à fourrure ou poils, les allergènes (pollen, acariens, moisissures, blattes, etc.), les déclencheurs non allergiques (fumée, exercices, air froid, stress, brûlures d'estomac, écoulement post-nasal suggérant une sinusite, médicaments comme aspirine, AINSs, bêta-bloquants).
4. Une exacerbation de l'asthme au travail et son amélioration loin du travail (par exemple, durant les week-ends), suggérant un asthme professionnel ou aggravé par le travail.

Confirmer le diagnostic de l'asthme très tôt, puisque la tâche devient plus difficile lorsque le traitement est initié.

EXAMEN PHYSIQUE

1. Il est souvent normal entre les exacerbations.
2. Polypes nasaux éventuels, rhinite (tuméfaction des muqueuses).
3. Expiration prolongée ; sifflements diffus bilatéraux ; distension du thorax ; détresse respiratoire.
4. Peau : hippocratisme digital, dermite atopique.

EVALUATION

1. Une spirométrie est conseillée aux patients (VEMS, CVF, VEMS/CVF avant et après un β -agoniste à courte durée d'action [BACA])
 - a. Profil d'obstruction : VEMS réduit $< 80\%$ et rapport VEMS/CVF réduit $< 70\%$
 - b. Réversibilité – après BACA (très importante pour établir le diagnostic, sinon il faut adresser le patient à un pneumologue) :
 - Augmentation de VEMS $\geq 10\%$ du VEMS prédit, ou
 - Augmentation de VEMS > 200 ml et $\geq 12\%$ de la valeur de base
 - c. Elle est conseillée, lorsque c'est possible, au départ (pour servir de référence) avant l'initiation du traitement, 3 à 6 mois après le traitement, puis de façon périodique par exemple annuellement
2. Un débit expiratoire de pointe (DEP) est plus utile pour le suivi que le diagnostic
 - a. Il vaut mieux le mesurer le matin
 - b. Variabilité diurne quotidienne moyenne $> 10\%$ dans l'asthme
3. Une oxymétrie du pouls, une GSA en cas de détresse/insuffisance respiratoire
4. Un test d'allergie, IgE spécifiques aux allergènes (RAST), en présence de déclencheurs allergiques

5. Une radiographie thoracique peut contribuer à écarter certaines causes de l'asthme ou un diagnostic alternatif tel une pneumonie, un pneumothorax ou une insuffisance cardiaque.
6. Les numérations d'éosinophiles dans les expectorations peuvent être utiles pour orienter le traitement.

PRISE EN CHARGE

1. Trois composantes :
 - a. Les médicaments : chaque patient souffrant d'asthme doit disposer d'un médicament soulageant, surtout d'un médicament de contrôle. La prise en charge est mise en œuvre en fonction de la classification de la sévérité de l'asthme (Tableaux 7.1, 7.2 et 7.3).
 - b. Identifier et traiter/contrôler les facteurs de risque/précipitants modifiables et les déclencheurs.
 - c. Identifier et contrôler les comorbidités susceptibles d'aggraver l'asthme : le tabac, l'obésité, une rhinite allergique, une sinusite, des brûlures d'estomac/RGO, une BPCO (par exemple, bronchite chronique ou emphysème), une insuffisance cardiaque, une sensibilité aux médicaments (bêta-bloquants, Aspirine, AINSs), une maladie psychiatrique (par exemple, anxiété).
2. L'éducation du patient : l'asthme, les symptômes, les déclencheurs, l'autocontrôle, la prise en charge personnelle, le plan d'action écrit, la maîtrise de la technique de l'inhalateur et l'adhérence, les visites de suivi régulières.
3. L'immunisation : un vaccin antigrippal annuel en Septembre/Octobre et un vaccin antipneumococcique une fois avant et une fois après l'âge de 65 ans.
4. L'exacerbation de l'asthme, consulter l'algorithme 7.1.

INDICATIONS POUR L'ENVOI CHEZ UN SPÉCIALISTE

1. Des exacerbations potentiellement mortelles ou un diagnostic initial d'asthme persistant sévère.
2. Une réponse insuffisante au traitement, un besoin permanent de corticostéroïdes oraux (CSO), ou plus de 2 traitements par corticostéroïdes oraux/an.
3. Un diagnostic peu clair ou le besoin de tests additionnels (par exemple, un test d'allergie).

SUIVI

1. Entreprendre une visite de suivi pour examiner la réponse au bout de 2 à 3 mois ou en fonction de la réponse clinique, puis des visites de routine au moins une fois par an, tant que le patient est sous surveillance.
2. Évaluer la sévérité de l'asthme (Tableau 7.1) et la maîtrise des symptômes au cours des 4 dernières semaines (Tableau 7.3).
3. Identifier les facteurs de risque pouvant occasionner des résultats peu satisfaisants (Cadre 7.1) et les comorbidités.
4. Évaluer la fonction pulmonaire, quand c'est possible, de façon périodique (par exemple, annuellement).
5. Évaluer l'adhérence au traitement et vérifier la technique d'utilisation de l'inhalateur.
6. Intensifier le traitement en présence de symptômes non maîtrisés, d'exacerbations ou de risques (mais vérifier d'abord la technique d'utilisation de l'inhalateur et l'adhérence).
7. Réduire le traitement en présence d'une bonne maîtrise de l'asthme au bout de 3 mois et d'un faible risque d'exacerbations.

EMPLOI DU DÉBITMÈTRE DE POINTE

1. Indicateur à "zéro".
2. Position verticale, respiration profonde.
3. Placer les lèvres autour de l'embout et souffler très fort et rapidement.
4. Enregistrer le nombre.
5. Répéter au total 3 fois et retenir le score le plus élevé.

TABLEAU 7.1 : CLASSIFICATION DE LA SÉVÉRITÉ DE L’ASTHME (LES PATIENTS NE PRENNENT PAS DE MÉDICAMENTS DE CONTRÔLE À LONG TERME)

Classification de la sévérité de l'asthme				
Composantes de sévérité	Intermittent	Persistant		
		Léger	Modéré	Sévère
Fréquence des symptômes	≤ 2 jours/semaine	> 2 jours/semaine (pas tous les jours)	Tous les jours	Souvent 7 fois/semaine
Réveils durant la nuit	≤ 2 jours/mois	3-4 fois/mois	> 1 fois/semaine mais pas durant la nuit	Souvent 7 fois/semaine
Utilisation de BACA pour le contrôle des symptômes (et non pas pour la prévention de l'asthme d'effort)	≤ 2 jours/semaine	> 2 jours/semaine pas tous les jours + pas plus qu'une fois/jour	Tous les jours	Plusieurs fois par jour
Interférence avec l'activité normale	Aucune	Mineure	Moyenne	Extrême
Fonction des poumons VEMS/CVF Normal: <i>20-39 ans 80%</i> <i>40-59 ans 75%</i> <i>60-80 ans 70%</i>	VEMS Normal entre les exacerbations VEMS > 80% VEMS/CVF normal	VEMS > 80% VEMS/CVF normal	VEMS 60-80% VEMS/CVF réduit de 5%	VEMS < 60% VEMS/CVF réduit de > 5%
Exacerbations nécessitant des stéroïdes systémiques oraux	0-1 fois/an	≥ 2 fois/an		
	Consider severity and interval since last exacerbation			
<i>Étapes recommandées pour initier le traitement</i>	<i>Étape 1</i>	<i>Étape 2</i>	<i>Étape 3</i>	<i>Étape 4 ou 5</i>
<i>Envisager un cycle court de corti-costéroïdes oraux</i>			<i>Oui</i>	<i>Oui</i>
<i>BACA : Bêta-agoniste à courte durée d'action ; VEMS : volume expiratoire maximal en 1 seconde ; CVF : capacité vitale forcée</i> <i>Adapté du National Heart, Lung and Blood Institute, National Asthma Education and Prevention Program, Expert Panel Report 3 (2007)</i>				

TABLEAU 7.2 : APPROCHE PROGRESSIVE DE PRISE EN CHARGE DE L’ASTHME

	Etape 1	Etape 2	Etape 3	Etape 4	Etape 5
Agent soulageant	Selon les besoins BACA		Selon les besoins BACA ou une faible dose de CSI/Formotérol		
Choix préféré d’agent de contrôle		Une faible dose de CSI	Une faible dose de CSI/BALA	Une dose moyenne/ élevée de CSI/BALA	Recommander un traitement d’appoint (Ex. anti IgE)
Autres choix d’agents de contrôle	Envisager une faible dose de CSI	Antagonistes des récepteurs des leucotriènes (ARLT)	Une dose moyenne/élevée de CSI	Une dose élevée de CSI+ARLT ou + théophylline	Add low dose OCS
		Une faible dose de théophylline	Une faible dose de CSI+ARLT ou + théophylline		
CSI : Corticostéroïdes inhalés ; BALA : Bêta-agoniste à longue durée d’action ; ARLT : Antagonistes des récepteurs des leucotriènes ; CSO : Corticostéroïdes oraux ; BACA : Bêta-agoniste à courte durée d’action (par exemple Salbutamol)					
L’étape préférée 3 est une dose moyenne de CSI- Consulter un spécialiste de l’asthme pour l’étape 4 ou 5 Adapté de GINA 2014					

TABLEAU 7.3 : EVALUATION DES SYMPTÔMES ET ACTION RECOMMANDÉE

Au cours des 4 dernières semaines, le patient a présenté ce qui suit:	Bien maîtrisés	Partiellement maîtrisés	Non maîtrisés
Symptômes diurnes > 2/semaine	Aucun	1 – 2 de ceux-ci	3 – 4 de ceux-ci
Réveil nocturne à cause de l’asthme			
Agent soulageant nécessaire > 2/semaine			
Toute restriction de l’activité due à l’asthme			
Action recommandée	Maintenir l’étape actuelle Suivi dans 1-6 mois	Monter une étape Réévaluer dans 2-6 semaines	Envisager un cycle thérapeutique court de corticostéroïdes oraux Monter 1 ou 2 étapes Réévaluer dans 2 semaines
Adapté du National Heart, Lung and Blood Institute, National Asthma Education and Prevention Program, Expert Panel Report 3 (2007)			

TABLEAU 7.4 : MÉDICAMENTS COURANTS DE L’ASTHME (MÉDICAMENTS ESSENTIELS DE L’OMS)

	Dose	Fréquence	Classe
Salbutamol en inhalation, 100 mcg/bouffée	2 bouffées	5 min avant l’exercice Toutes les 4-6 heures selon les besoins	Bêta-2 agoniste à courte durée d’action (BACA)
Ipratropium en inhalation, 20 mcg/bouffée	2 bouffées	Toutes les 6 heures	Antagoniste muscar- inique à courte durée d’action (AMCA)
Béclométhasone en inhalation, 50µg/dose	Dose quotidienne : Faible : 80-240 µg Modérée : 240-480 µg Elevée : > 480 (> 11)		Corticostéroïdes inhalés
Béclométhasone, 250 µg/dose			
Montelukast, 10 mg	1 comprimé	10 mg tous les jours	Leukotriene receptor antagonists (LTRA)
Aminophylline, comprimés de 100 mg	Age ≥ 12 ans Dose de départ 10 mg/kg/jour jusqu’à 300 mg au maximum Dose maximale habituelle 800 mg/jour		Méthylxanthines

CADRE 7.1 : FACTEURS DE RISQUE POUR L’EXACERBATION DE L’ASTHME

1. Symptômes non maîtrisés de l’asthme.
2. Corticostéroïdes inhalés (CSI) non prescrits ou mauvaise adhérence/technique de l’inhalateur.
3. Emploi excessif de bêta-agonistes à courte durée d’action (BACA) (> 1 x conteneur de 200 doses/mois).
4. Faible volume expiratoire maximal par seconde (VEMS).
5. Problèmes psychologiques ou socio-économiques.
6. Expositions à la fumée, aux allergènes.
7. Comorbidités : obésité, rhinosinusite.
8. Eosinophiles dans les expectorations ou le sang.
9. Grossesse.
10. Antécédents d’intubation ou de passage à l’unité des soins intensifs USI à cause de l’asthme.
11. Une ou plusieurs exacerbations sévères passées au cours des 12 derniers mois.

RÉFÉRENCES

1. Musharrafieh U, Al-Sahab B, Zaitoun F, El-Hajj MA, Ramadan F, Tamim H. Prevalence of asthma, allergic rhinitis and eczema among Lebanese adolescents. J Asthma 2009; 43(4): 382-7.

2. Waked M., Salameh P. Asthma, allergic rhinitis and eczema in 5-12 year old school children across Lebanon. Public Health 2008; 122(9): 965-73.

3. Waked M, Salameh P. Risk factors for asthma and allergic diseases in school children across Lebanon. J Asthma Allergy 2008; 2:1-7.

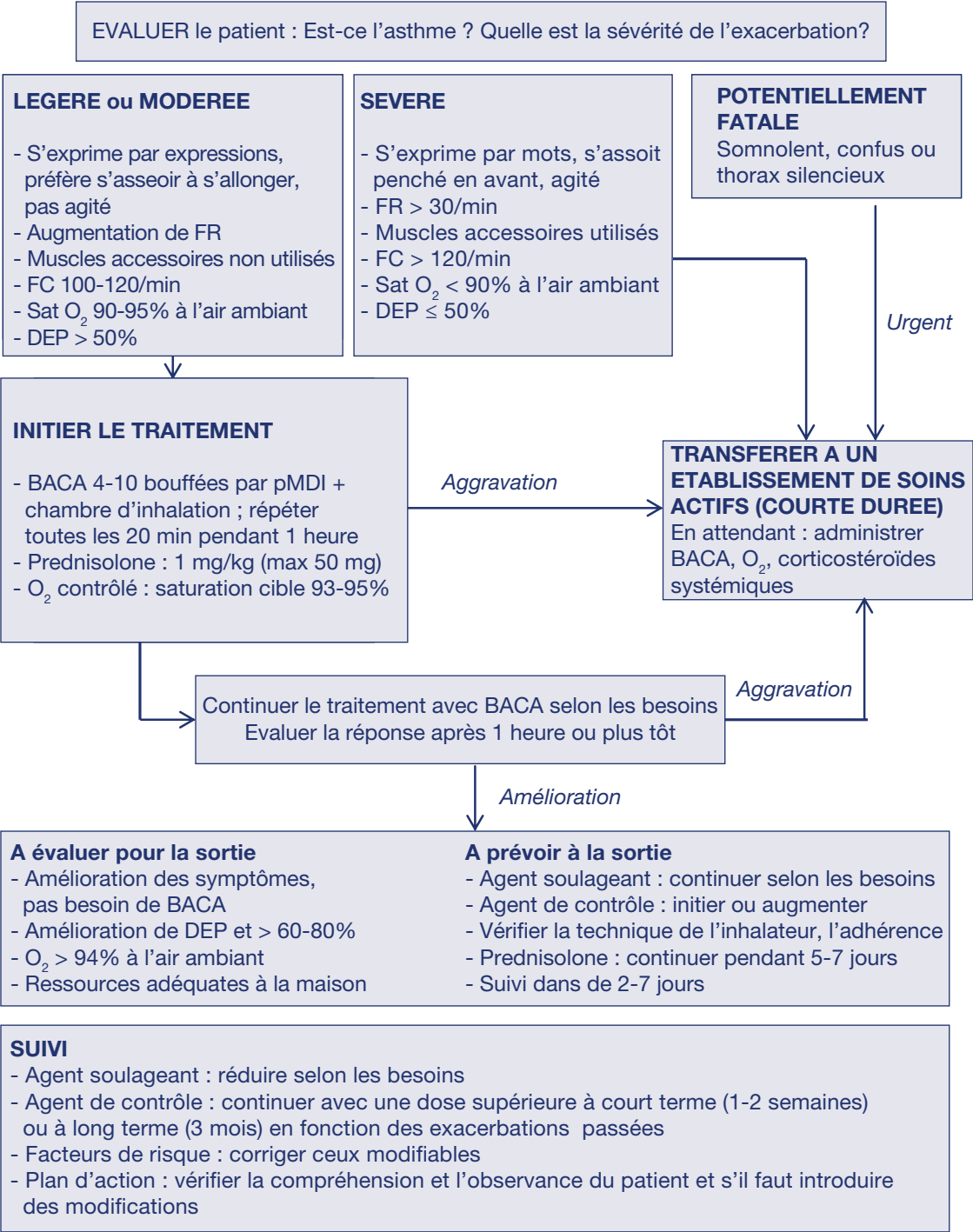
4. Global Initiative for Asthma (GINA), A pocket guide for physicians and nurses, revised 2014. www.ginasthma.org (Accessed 20 October 2014).

5. National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI) National Asthma Education and Prevention Program (NAEPP) Expert Panel Report 3 (2007) guidelines.

6. National Asthma Education and Prevention Program. Expert Panel Report 3 (EPR-3): Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma-Summary Report 2007. J Allergy Clin Immunol. 2007 Nov;120(5 Suppl):S94-138. or at National Heart, Lung and Blood Institute (NHLBI) PDF, correction can be found in J Allergy Clin Immunol 2008 Jun;121(6):1330

7. DynaMed [Internet]. Ipswich (MA): EBSCO Information Services. 1995 – [cited 2014 Oct 07]. Available from <http://www.ebsco-host.com/DynaMed/>.

ALGORITHME 7.1 : PRISE EN CHARGE DE L'EXACERBATION DE L'ASTHME



FC : fréquence cardiaque ; DEP : débit expiratoire de pointe ; FR : fréquence respiratoire ; BACA: Bêta-Agoniste à courte durée d'action (par exemple Salbutamol)

Adapté de GINA 2014

CHAPITRE 8.

PNEUMONIE EXTRAHOSPITALIÈRE OU COMMUNAUTAIRE ET BRONCHITE AIGÜE CHEZ LES ADULTES

Najla Lakkis, MD

I. PNEUMONIE EXTRAHOSPITALIÈRE OU COMMUNAUTAIRE

EPIDÉMOLOGIE

1. Son incidence annuelle est de 5-11 cas par 1000 personnes adultes. Environ 20% d'entre elles sont admises à l'hôpital pour le traitement.
2. Les taux de mortalité d'une pneumonie extrahospitalière (PEH) sont supérieurs en présence de comorbidités et d'un âge avancé et sont inférieurs parmi les personnes vaccinées.

DÉFINITION

La pneumonie extrahospitalière (PEH) ou communautaire se définit par une infection aiguë du parenchyme pulmonaire et du système pulmonaire, non acquise à l'hôpital ni dans un établissement de soins de santé à long terme, ni d'un contact récent avec le système de soins de santé. La PEH peut être soit :

1. *Typique* généralement due à *Streptococcus pneumoniae* et, en second lieu, à *Hemophilus influenza* et *Moraxella catarrhalis*.
2. *Atypique* due à *Mycoplasma pneumoniae*, les espèces de *Chlamydia*, les espèces de *Legionella* et les virus respiratoires (les plus courants étant les virus de la grippe A et B).

ANTÉCÉDENTS

1. Liés à la maladie actuelle

- a. Une triade des symptômes les plus courants : fièvre (+/- frissons), essoufflement et toux
 - *L'apparition rapide* d'une fièvre élevée, d'une toux productive (expectorations mucopurulentes, parfois couleur de la roux) et d'une douleur thoracique (habituellement pleurétique) suggère une PEH typique. Chez les patients souffrant d'une BPCO, la quantité et le caractère des expectorations pourraient changer.
 - *L'apparition insidieuse* d'une fièvre légère, d'une toux légèrement productive ou non productive (production de crachat liquide ou peu abondant), en l'absence de douleur thoracique ou de symptômes extra-pulmonaires, suggère une PEH atypique ou virale.
- b. Les symptômes extra-pulmonaires comprennent :
 - Des symptômes des voies respiratoires supérieures (mal de gorge, écoulement nasal, etc.) ou des symptômes gastro-intestinaux (nausée/vomissement, diarrhée, douleur abdominale) suggérant une pneumonie virale
 - Des myalgies, des céphalées et des symptômes gastro-intestinaux suggérant une infection à *Legionella*
 - Une faiblesse généralisée, une détérioration des états fonctionnel et mental pouvant être des symptômes indicateurs de pneumonie, en particulier chez les patients âgés

2. Non liés à la maladie actuelle

- a. La présence d'autres comorbidités (citées dans le paragraphe intitulé 'Décision en faveur d'une admission à l'hôpital')
- b. L'utilisation d'antimicrobiens au cours des 3 derniers mois

EXAMEN PHYSIQUE

1. Une fièvre $T > 38.5^{\circ}\text{C}$ (éventuellement absente chez les patients âgés)
2. Une tachycardie ($\text{FC} > 100/\text{min}$) ou une bradycardie ($\text{FC} < 60/\text{min}$) sont possibles.
3. Une tachypnée ($\text{FR} > 20/\text{min}$), une cyanose (signes de détresse respiratoire). Une oxymétrie du pouls doit être faite, quand disponible.
4. Un examen des poumons :

- a. Râles audibles.
 - b. Bruits respiratoires réduits dans un épanchement pleural et une consolidation.
 - c. Egophonie.
 - d. Vibrations vocales croissantes dans une consolidation et décroissantes dans un épanchement pleural.
 - e. Matité à la percussion survenant dans une consolidation et un épanchement pleural.
5. Un examen abdominal : la présence d'une sensibilité ou d'une douleur abdominale peut indiquer une pneumonie du lobe inférieur.

EVALUATION

La pneumonie est un diagnostic clinique. Les radiographies thoraciques et les tests de laboratoire ne sont PAS SYSTEMATIQUEMENT nécessaires.

EXAMENS D'IMAGERIE

1. Une radio thorax PA et latérale, avec des vues en décubitus latéral si l'on soupçonne un épanchement pleural ou en cas de doute. Elle peut être négative si elle est faite à un stade précoce de la maladie. A répéter après 24 heures si le diagnostic soupçonné est celui d'une pneumonie.
2. Les observations sur la radio thorax :
 - a. Consolidation focale segmentaire ou lobaire pulmonaire, ou infiltrats (avec ou sans épanchement pleural) : il s'agit d'une PEH typique.
 - b. Infiltrats diffus bilatéraux/atteinte interstitielle : il s'agit d'une PEH atypique ou virale.
 - c. Cavités avec niveaux air-fluide dans une PEH sévère et formation d'abcès (le plus probablement staphylocoque, anaérobies ou bacilles à Gram négatif).
 - d. Cavités sans niveaux air-fluide dans une tuberculose ou une infection fongique.
 - e. Gonflement des ganglions lymphatiques médiastinaux ou hilaires suggérant une infection fongique ou mycobactérienne.
3. Une radiographie thoracique est envisagée en l'absence de réponse à un traitement adéquat.

TESTS DE LABORATOIRE

1. Ils sont nécessaires UNIQUEMENT chez les patients nécessitant un traitement en milieu hospitalier : FSC, électrolytes, urée (BUN), Cr, tests de la fonction hépatique (TFHs), GASs, coloration de Gram et culture des crachats, hémoculture, etc.

DÉCISION EN FAVEUR D'UNE ADMISSION À L'HÔPITAL

La décision concernant le traitement en milieu hospitalier doit se baser sur l'un des volets de l'approche suivante à trois volets :

1^{er}. Présence de conditions préexistantes :

1. Un âge de 65 ans ou plus
2. L'utilisation d'antimicrobiens au cours des 3 derniers mois ou une résistance aux antibiotiques
3. Des comorbidités :
 - a. Etats d'immunodépression (par exemple, infection par le VIH) ou utilisation d'immunodépresseurs notamment des corticostéroïdes
 - b. Maladie pulmonaire (asthme, BPCO)
 - c. Malignité
 - d. Trouble de la circulation (insuffisance cardiaque chronique, maladie vasculaire cérébrale)
 - e. Diabète
 - f. Maladie hépatique
 - g. Maladie rénale chronique
 - h. Asplénie
 - i. Alcoolisme
 - j. Épanchement pleural > 5 cm sur une radio thorax latérale.

2nd. Le score de l'indice de sévérité (consulter le Tableau 8.I.1) : CURB-65 (confusion, urémie, fréquence respiratoire, hypotension artérielle et âge \geq 65 ans) ou CRB-65 c'est-à-dire sans urée (BUN) peut également être utilisé.

Remarque : ils ne prennent pas en considération une maladie chronique en décompensation survenant avec la PEH.

Un score CURB-65 de ≥ 2 ou un score CRB-65 de ≥ 1 indique la nécessité de traitement en milieu hospitalier.

3^{ème}. Jugement clinique :

- 1. La capacité de prendre des médicaments oraux de façon sûre et fiable.
- 2. La disponibilité des ressources de soutien au patient en milieu externe.

TABLEAU 8.I.1 : OUTIL DE PRÉDICTION DE LA MORTALITÉ CURB-65 POUR UNE PEH

Facteurs de pronostic		
Confusion		1 point
Taux d'urée (BUN) > 20 mg/ dl		1 point
Fréquence respiratoire ≥ 30 souffles par minute		1 point
Pression artérielle (systolique < 90 mm Hg ou diastolique ≤ 60 mm Hg)		1 point
Age ≥ 65 ans		1 point
Score CURB-65	CRB-65 (sans urée)	Malade hospitalisé vs. malade externe
0 ou 1 point	0 point	Traiter en externe
2 points	1-2 points	Traiter en milieu hospitalier
3-5 points	3-4 points	Traiter à l'unité de soins intensifs

Référence : Lim et al. Thorax. 2009;64(suppl 3):1-55.
Levy et al. Prim Care Respir J. 2010 Mar;19(1):21-7.

PRISE EN CHARGE

Puisqu'une surconsommation d'antibiotiques pour le traitement des infections des voies respiratoires supérieures favorise une résistance aux médicaments et peut avoir des effets négatifs (par exemple, une infection à Clostridium Difficile), l'identification des patients souffrant d'une PEH qui bénéficieront d'un traitement antimicrobien est importante.

TRAITEMENT

- 1. Il doit être initié le plus tôt possible (c'est-à-dire 4-8h) après l'établissement du diagnostic
- 2. Un traitement empirique (Tableau 8.I.2) s'appuie sur la gravité de la maladie, la prévalence locale d'agents pathogènes, le profil de résistance de Streptococcus pneumoniae dans la communauté et la présence de comorbidités ou d'une saison de grippe.
- 3. Une antibiothérapie est administrée pendant 5 jours au minimum (traditionnellement pendant 10 à 14 jours). Les patients doivent être cliniquement stables et afebriles pendant 48 à 72 heures avant l'arrêt de l'antibiothérapie. Les analgésiques, comme le paracétamol, sont prescrits pour une douleur pleurétique.
- 4. Aux patients chez qui on suspecte une PEH, on conseille de ne pas fumer, de se reposer et de boire beaucoup de fluides sauf si c'est contre-indiqué.

TABLEAU 8.I.2 : TRAITEMENTS ANTIMICROBIENS EMPIRIQUES D'UNE PEH

PEH	Classe de risque, site des soins et antibiotiques empiriques préférés
Patient sans comorbidités et n'ayant pas reçu d'antibiothérapie au cours des 3 derniers mois	Risque faible (patient externe) : 1 ^{ère} intention : Macrolide ¹ (par exemple, Azithromycine) 2 ^{nde} intention : Doxycycline ²
Patient présentant des comorbidités ou ayant reçu une antibiothérapie au cours des 3 derniers mois (<i>dans lequel cas le choix d'une classe alternative différente s'impose</i>)	Risque faible (patient externe) : 1 ^{ère} intention : β -lactame ³ (par exemple, Amoxicilline - acide clavulanique) + Macrolide ¹ (par exemple, Azithromycine) 1 ^{ère} intention : Fluoroquinolone ⁴ quand disponible peut être utilisée aussi. 2 ^{nde} intention : β -lactame ³ (par exemple, Amoxicilline- acide clavulanique) + Doxycycline ²

Doses et Notes :

¹ Macrolide : Azithromycine une seule dose de 500 mg par voie orale, puis 250 mg une fois par jour pendant 4 jours ou 500 mg chaque jour pendant 3 jours puisqu'elle a une longue demi-vie dans le sang. La Clarithromycine est un choix alternatif : Clarithromycine 500 mg par voie orale deux fois par jour pendant 5 jours ou Clarithromycine XL 2 comprimés de 500 mg une fois par jour pendant au moins 5 jours.

² Doxycycline dose de charge de 200 mg, puis 100 mg deux fois par jour avec les repas pendant au moins 5 jours.

³ B-lactame : Amoxicilline-Clavulanate 2 g par voie orale deux fois par jour pendant au moins 5 jours. Une Céphalosporine (Ceftriaxone, Cefpodoxime ou Céfuroxime) est une autre alternative, par exemple en cas d'allergie à la pénicilline.

4 Lévofoxacine 750 mg par voie orale chaque jour OU Moxifloxacine 500-750 mg par voie orale chaque jour pendant au moins 5 jours.

Remarque : pour les patientes non enceintes à risque élevé d'allongement de l'intervalle QT, la Doxycycline est préférable aux Macrolides et la combinaison de Doxycycline+Bêta-lactame (par exemple Amoxicilline-Clavulanate) est préférable à une Fluoroquinone + un Macrolide.

SUIVI

1. S'il n'y a pas d'amélioration en l'espace de 48 à 72 heures, il faut envisager l'hospitalisation.
2. Une radio thorax est déconseillée pour surveiller la réponse : elle a du retard dans le tableau clinique et peut ne pas s'éclaircir avant 4 à 8 semaines après la maladie.
3. La répétition de la radio thorax est indiquée
 - a. UNIQUEMENT lorsque des complications sont soupçonnées (par exemple, fièvre continue, hypoxie et détérioration clinique).
 - b. 7 à 12 semaines après le traitement, un suivi est prévu chez les fumeurs et les patients âgés de plus de 40 ans pour documenter la disparition de la pneumonie. Si elle n'est pas guérie, on doit écarter des maladies sous-jacentes.

PRÉVENTION GÉNÉRALE

1. La cessation du tabagisme
2. Un vaccin antigrippal annuel est recommandé pour toutes les personnes âgées de ≥ 6 mois en l'absence de contre-indications. La vaccination est idéalement faite avant le déclenchement de l'activité grippale dans la communauté (en septembre-octobre, si possible).
3. Un vaccin antipneumococcique polysaccharidique (PPSV23) est recommandé pour tous les adultes âgés de 65 ans et plus, ou présentant d'autres indications pour la vaccination comme la présence de comorbidités ou de tabagisme.

II. BRONCHITE AIGUË

DÉFINITION

1. C'est une infection respiratoire aiguë, habituellement due aux virus.

DIAGNOSTIC

1. Purement clinique :
 - a. Toux (non productive ou peu productive) persistant moins de 2 à 3 semaines, accompagnée ou précédée de symptômes des voies respiratoires supérieures
 - b. Elle N'EST PAS due à une pneumonie, à un asthme aigu ni à une exacerbation de la BPCO
 - c. Habituellement, absence de fièvre

EXAMEN PHYSIQUE

1. Tête et cou : rhinorrhée, pharynx normal ou rouge, lymphadénopathie localisée sous-mandibulaire et cervicale.

2. Examen des poumons : râles ronflants grossiers et sifflements qui changent d'endroit et d'intensité après une toux profonde et productive.

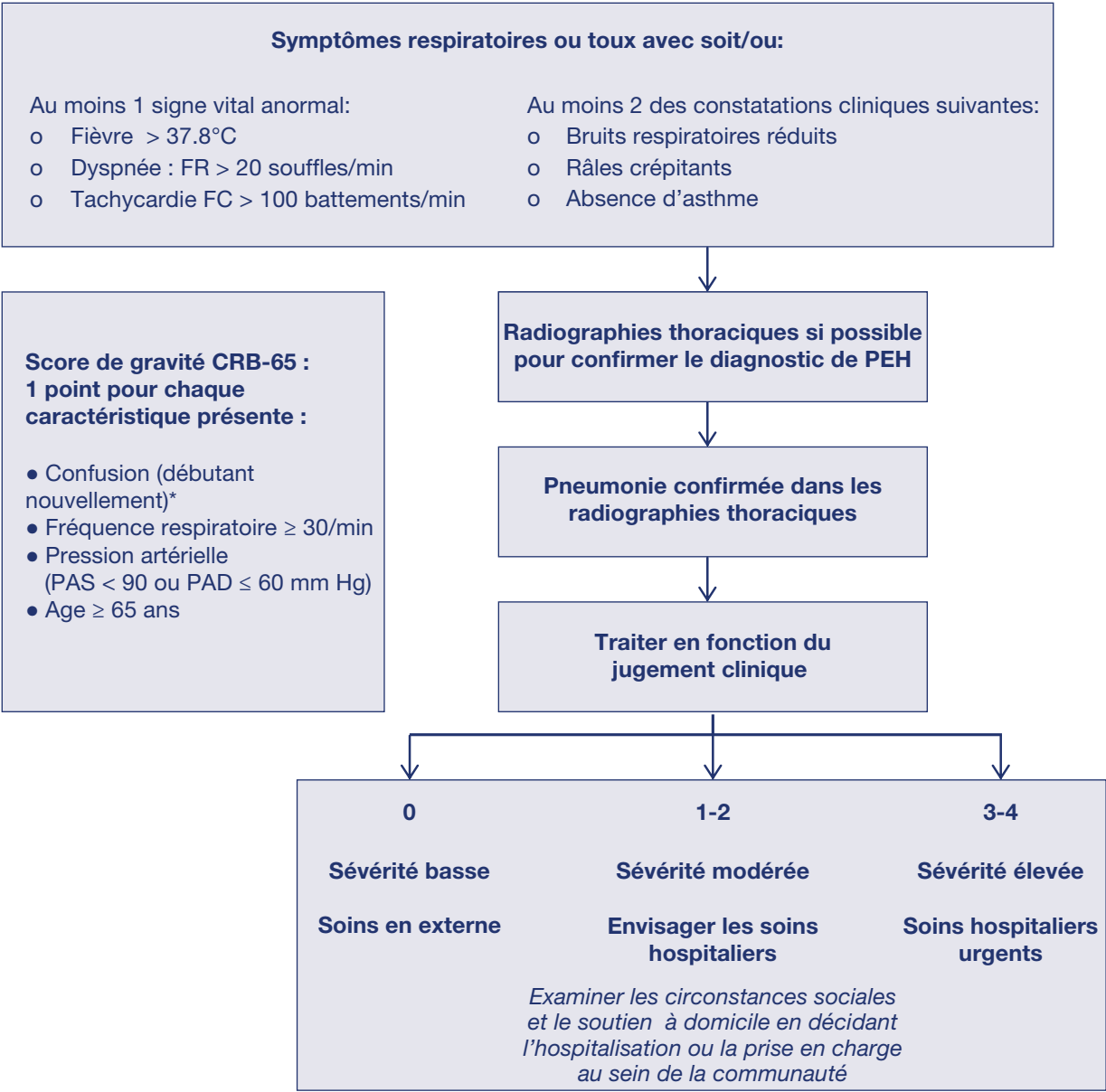
PRISE EN CHARGE

1. La bronchite aiguë est habituellement une atteinte spontanément résolutive. Une prise en charge SYMPTOMATIQUE est recommandée :
 - a. L'acétaminophène et/ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), par exemple Ibuprofène, Naproxène ou Diclofénac, peuvent réduire la douleur, l'inflammation et une légère fièvre.
 - b. Les bronchodilatateurs du groupe des bêta-2 agonistes (Salbutamol) sont bénéfiques aux patients présentant une respiration sifflante ou des antécédents de maladie pulmonaire sous-jacente, d'hyperréactivité des voies respiratoires ou d'asthme. Ils ne sont PAS utilisés de façon systématique pour atténuer la toux.
 - c. Les médicaments contre la toux (mucolytiques et expectorants) et les pastilles de Zinc se sont avérés peu bénéfiques pour atténuer la toux et, par conséquent, sont déconseillés.
 - d. Les antitussifs (tels dextrométhorphan, codéine ou hydrocodone) sont utilisés UNIQUEMENT pour traiter une toux sèche dépourvue de production d'expectorations.
 - e. Les antihistaminiques de première génération (par exemple, Dexchlorphéniramine, Chlorphéniramine, Diphenhydramine) avec ou sans décongestionnant seraient utiles pour traiter une toux persistant pendant 3 semaines à la suite d'une maladie virale.
 - f. Adopter des mesures générales :
Arrêter de fumer, augmenter l'apport de fluides sans caféine et favoriser le repos au lit.
Des mesures préventives comme le lavage des mains dans le but de réduire la propagation à l'intérieur de la maison.
2. Procéder à un suivi en l'absence d'amélioration après 5 jours ou en cas de dyspnée, de respiration sifflante ou de symptômes systémiques tels que fièvre et frissons pour une évaluation approfondie.
3. Les antibiotiques sont UNIQUEMENT indiqués pour :
 - a. Les patients de plus de 65 ans
 - b. Les patients présentant des comorbidités
 - c. Les patients avec une pneumonie soupçonnée (consulter l'Algorithme 8.II.1)
4. Aux patients chez qui on soupçonne une coqueluche (contact passé avec une personne atteinte d'une coqueluche ou d'une toux persistante > 2 semaines, ou en cas de quinte de toux ou de vomissement survenant après la toux), il faut initier le plus tôt possible Macrolide, par exemple Azithromycine (ou Triméthoprime-sulfaméthoxazole), pour réduire la transmission. Les antibiotiques ne réduisent pas la durée des symptômes.

RÉFÉRENCES

1. Albert RH. Diagnosis and Treatment of Acute Bronchitis. Am Fam Physician. 2010 Dec 1; 82(11):1345-1350.
2. Braman SS. Chronic cough due to acute bronchitis: ACCP evidence-based clinical practice guidelines. Chest. 2006 Jan;129(-Suppl 1):95S-103S.
3. Ebell MH. Point-of-Care Guides. Predicting Pneumonia in Adults with Respiratory Illness. Am Fam Physician. 2007 Aug 15;76(4):560-562.
4. Fine MJ, Auble TE, Yealy DM et al. A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia. N Engl J Med. 1997;336:243-50.
5. Fisman DN, Abrutyn E, Spaude KA et al. Prior pneumococcal vaccination is associated with reduced death, complications, and length of stay among hospitalized adults with community-acquired pneumonia. Clin Infect Dis. 2006;42:1093-101.
6. Knutson D, Braun C. Diagnosis and management of acute bronchitis. Am Fam Physician. 2002; 65(10):2039-2044.
7. Levy ML, Le Jeune I, Woodhead MA, Macfarlane JT, Lim WS; British Thoracic Society Community Acquired Pneumonia in Adults Guideline Group. Primary care summary of the British Thoracic Society Guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults: 2009 update. Endorsed by the Royal College of General Practitioners and the Primary Care Respiratory Society UK. Prim Care Respir J. 2010 Mar;19(1):21-7. doi: 10.4104/pcrj.2010.00014.
8. Mandell LA, Wunderink RG, Anzueto A et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults. Clin Infect Dis. 2007;44 Suppl 2:S27-72.
9. Snow V, Mottur-Pilson C, Gonzales R, for the American Academy of Family Physicians, the American College of Physicians-American Society of Internal Medicine, the Centers for Disease Control and Prevention, and the Infectious Diseases Society of America. Principles of appropriate antibiotic use for treatment of acute bronchitis in adults. Ann Intern Med. 2001;134:518-20.
10. Watkins RR, Lemonovich TL. Diagnosis and management of community-acquired pneumonia in adults. Am Fam Physician. 2011 Jun 1;83(11):1299-306.
11. Worrall G. Acute bronchitis. Can Fam Physician. 2008; 54(2):238-239.
12. Coughlin L. Cough: Diagnosis and Management. Am Fam Physician. 2007 Feb 15;75(4):567-575.
13. Lakkis N. Pneumonia in Adults - Community Acquired. Primary Care Guidelines for Lebanon; second edition (2011). American University of Beirut, Department of Family Medicine.

ALGORITHME 8.II.1 : APPROCHE PRATIQUE POUR LE DIAGNOSTIC ET LA PRISE EN CHARGE DE LA PEH



*La confusion mentale est définie comme une désorientation dans l'espace, le temps et face aux gens qui n'est pas chronique. C'est une indication pour une prise en charge et un traitement à l'hôpital.

CHAPITRE 9.

INFECTIONS COURANTES DES VOIES RESPIRATOIRES SUPÉRIEURES CHEZ LES ADULTES

Dany Daham, MD

I. RHUME BANAL ET GRIPPE/INFLUENZA

DÉFINITION

1. Le rhume banal est l'infection la plus courante des voies respiratoires supérieures (IVRS). C'est une IVRS bénigne, légère, spontanément résolutive, causée par des virus (> 100 sérotypes, les plus courants étant le rhinovirus 50%, suivi du coronavirus, des virus paragrippaux, de l'adénovirus, du virus coxsackie et du VRS).
2. La grippe est un orthomyxovirus très contagieux transmis par les gouttelettes respiratoires (Cadre 9.I.1). Il existe 3 types de grippe : A, B et C. Les sous-types de grippe A (par exemple, H 5N I, I-II N 1) sont classés en fonction des glycoprotéines (hémagglutinine et neuraminidase).

CADRE 9.I.1 : TRANSMISSION DU VIRUS

1. Les symptômes de rhume et de grippe apparaissent habituellement 1 à 4 jours (en moyenne 2 jours) après l'inoculation avec le virus par inhalation de matière toussée ou éternuée ou par contact des mains (c'est-à-dire après une exposition à des personnes infectées). Les symptômes durent habituellement 7 à 14 jours.
2. Les adultes excrètent le virus un jour avant l'apparition des symptômes et jusqu'à 5 à 10 jours après le déclenchement de la maladie. Les gouttelettes porteuses du virus ne demeurent pas suspendues dans l'air et parcourent généralement une petite distance uniquement (≤ 1 mètre) dans l'air.

ANTÉCÉDENTS

RHUME BANAL

1. Un mal de gorge, suivi d'une congestion et/ou d'une obstruction nasale, d'un éternuement et d'une rhinorrhée (écoulement liquide clair ou muqueux puis purulent à un stade avancé en l'absence d'une infection bactérienne secondaire), et suivi d'une toux sèche ou légèrement productive pouvant persister jusqu'à 14 à 21 jours.
2. Des symptômes constitutionnels peuvent se présenter mais sont rarement sévères : fièvre $< 39^{\circ}\text{C}$ pendant < 72 heures (peu courante chez les adultes), malaise, céphalée et faiblesse.

GRIPPE/INFLUENZA

1. Une apparition soudaine de symptômes systémiques : fièvre élevée, frissons, malaise, myalgies, céphalée, faiblesse, toux, coryza (rhinorrhée, larmolement), qui éclipsent les problèmes respiratoires. Des symptômes gastro-intestinaux sont éventuellement présents.
2. Les patients âgés peuvent avoir des présentations atypiques qui se caractérisent uniquement par une confusion.

EXAMEN PHYSIQUE

1. Fièvre : élevée en cas de grippe et peu élevée ou absente en cas de rhume banal.
2. Coryza (rhinorrhée, larmolement) plus abondant avec une grippe \pm pharyngite érythémateuse sans exsudats.
3. Déceler les complications : pneumonie virale ou bactérienne, bronchite aiguë, sinusite aiguë, exacerbation de BPCO et asthme.

EVALUATION

1. Elle n'est pas recommandée, sauf en cas de fièvre élevée avec une pharyngite bactérienne soupçonnée ou une grippe/ influenza ou autres complications. Le Cadre 9.1.2 expose les symptômes pouvant contribuer à établir le diagnostic différentiel.
2. On recommande des tests diagnostiques en cas de fièvre élevée et si l'on suspecte une grippe
 - a. La leucopénie est une constatation courante.
 - b. Test de détection rapide d'antigènes viraux dans les prélèvements naso-pharyngés (quand disponibles).
 - c. Un diagnostic plus définitif peut être établi avec des tests d'immunofluorescence directe (DFA), une culture virale ou une amplification en chaîne par polymérase (PCR).

TRAITEMENT

Le traitement est un traitement de soutien. Le rhume banal et la grippe/Influenza sont habituellement des maladies spontanément résolutives et leur traitement est axé sur l'atténuation des symptômes plutôt que sur la guérison de la maladie. Eviter la prescription inadéquate d'antibiotiques.

1. Une hydratation adéquate : elle fluidifie les sécrétions et empêche l'obstruction des voies respiratoires. Elle peut être achevée en augmentant l'apport de fluides et par inhalation de vapeur.
2. Le repos et les analgésiques (Acétaminophène, Ibuprofène ou Naproxène) pour soulager le malaise, la céphalée, la fièvre et les douleurs.
3. Un décongestionnant nasal en gouttes ou aérosol pendant moins de 5 jours avec ou sans antihistaminiques oraux de première génération (Dexchlorphéniramine, Chlorphéniramine, Diphenhydramine) pour la rhinorrhée/éternuement. De façon alternative, une combinaison d'antihistaminiques OTC oraux avec un décongestionnant pendant 5 jours au maximum.
4. Un antitussif (Dextrométhorphan, Codéine) : effet discutable (résultats mitigés).
5. Les antiviraux : un inhibiteur de la neuraminidase comme Oseltamivir ou Zanamivir pour les patients atteints d'une grippe sévère (nécessitant par exemple une hospitalisation). Ils sont plus efficaces quand ils sont utilisés dans les 2 jours après le début de la maladie et peuvent raccourcir la durée de l'infection de 1 à 2 jours.

SUIVI

1. Demander au patient qui était auparavant en bonne santé de faire un suivi dans une semaine si les symptômes ne s'améliorent pas et avant ce temps en cas de détérioration/exacerbation des symptômes après une amélioration initiale et si de nouveaux symptômes (essoufflement, otalgie, etc.) se déclarent.

CADRE 9.1.2 : SYMPTÔMES AIDANT À ÉTABLIR UN DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- L'apparition récente de douleurs corporelles ± fièvre peut distinguer entre un rhume et une autre rhinite non infectieuse (allergique et vasomotrice).
- Une période prolongée d'écoulement persistant avec des symptômes d'obstruction nasale chez un patient atteint d'une rhinite allergique suggère des polypes nasaux.
- Des antécédents d'emploi prolongé de décongestionnants topiques, de symptômes de douleur nasale, d'écoulement purulent et de muqueuse nasale enflammée suggèrent une rhinite médicamenteuse.

EDUCATION DU PATIENT ET MESURES PRÉVENTIVES

1. Expliquer au patient l'étiologie et l'évolution de la maladie.
2. Renseigner le patient à propos de l'inefficacité et des risques des antibiotiques et des médicaments inappropriés contre la toux et le rhume.
3. Renseigner le patient au sujet des mesures préventives visant à limiter la propagation de la maladie aux contacts, telles que lavage des mains, masques protecteurs, isolation limitée, mouchoirs hygiéniques jetables, poignées de mains limitées, etc.
4. Vaccin antigrippal annuel et vaccin antipneumococcique comme indiqué.

RÉFÉRENCES

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Influenza (Flu). Information for Health Professionals. <http://www.cdc.gov/flu/professionals/index.htm> (accessed 30 October 2014).
2. Erikkh IV, Abraham S, Kondamudi VK. Management of influenza. Am Fam Physician. 2010 Nov 1;82(9):1087-95.
3. Fashner J, Ericson K, Werner S. Treatment of the Common Cold in Children and Adults. Am Fam Physician. 2012 Jul 15;86(2):153-159.
4. Livingston C, Cozzens J, Hamilton A. FPIN's clinical inquiries. Treatments for symptoms of the common cold. Am Fam Physician. 2013 Dec 15;88(12).
5. Snellman L, Adams W, Anderson G, Godfrey A, Gravley A, Johnson K, Marshall P, Myers C, Nesse R, Short S. Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Treatment of Respiratory Illness in Children and Adults. <http://bit.ly/Resplll>. Updated January 2013 (accessed 30 October 2014).

II. PHARYNGITE AIGÜE CHEZ LES ADULTES

DÉFINITION

1. La pharyngite (également appelée tonsillite) est une inflammation de la région pharyngée (pharynx et/ou amygdales) pouvant être d'origine virale ou bactérienne.
 - a. Virale : c'est l'étiologie la plus fréquente associée à de nombreux types de virus ; les plus pertinents étant Influenza, le virus d'Epstein-Barr et le VIH primaire qui causent le syndrome mononucléosique
 - b. Bactérienne : les bactéries les plus fréquentes sont le streptocoque du groupe A (SGA) avec 5-15% d'isolats dans les cas de pharyngite, et ce sont aussi les agents traitables principaux

ANTÉCÉDENTS

1. Un mal de gorge notamment à la déglutition est le symptôme courant principal d'une pharyngite.
2. Une toux, un enrouement, des symptômes des voies respiratoires inférieures.
3. Des symptômes constitutionnels : fièvre et/ou frissons, anorexie, malaise, céphalée, myalgie.
4. Des symptômes gastro-intestinaux : diarrhée, nausée/vomissement, douleur abdominale.
5. Des contacts présentant des symptômes semblables ou une infection à streptocoques diagnostiquée au cours des 2 dernières semaines.

EXAMEN PHYSIQUE

1. Fièvre.
2. Erythème pharyngé ± amygdales grossies ± exsudats ± pétéchies palatales.
3. Adénopathie cervicale (ganglions enflés et grossis) : lymphadénopathies cervicales antérieures dans une pharyngite streptococcique et lymphadénopathies postérieures dans une mononucléose infectieuse.
4. Éruption de scarlatine : macules érythémateuses ponctuées avec des plis de flexion rougis et une pâleur péribuccale (pharyngite streptococcique).
5. Pseudomembrane grise : diphtérie et, occasionnellement, mononucléose.
6. Vésicules claires caractéristiques sur base érythémateuse : stomatite herpétique.
7. Conjonctivite : plus courante avec les infections à adénovirus.
8. Hépatosplénomégalie : évoquant une mononucléose.
9. Rechercher d'autres infections des voies respiratoires : otite moyenne, rhinosinusite, bronchite aiguë, pneumonie et abcès péri-amygdalien.

EVALUATION

1. Le score streptococcique (modified Centor score) : c'est un score clinique permettant d'estimer la probabilité d'une pharyngite à SGA ainsi que la nécessité d'investigations poussées ou de traitement (Tableau 9.II.1). Si le score total est 2 à 3, le patient doit subir le test ou les tests suivants :
 - a. Test de détection rapide de l'antigène (RADT) : c'est un test coûteux qui n'est pas fréquemment accessible dans les polycliniques au Liban ; s'il est positif, initier une antibiothérapie et, s'il est négatif, entreprendre une culture de gorge.
 - b. Culture de gorge si RADT est inaccessible ou négatif.

2. Les patients chez qui on soupçonne une mononucléose peuvent passer les tests suivants pour confirmer le diagnostic (rarement nécessaires) :
 - a. Test Monospot (il peut être négatif durant les quelques premières semaines après l'apparition des symptômes).
 - b. Aux patients avec une mononucléose soupçonnée et présentant un test Monospot négatif, des anticorps spécifiques anti-VEB sont éventuellement requis.
 - c. Les syndromes de mononucléose infectieuse, qui sont négatifs sur un test Monospot et sur les anticorps anti-VEB, sont le plus souvent dus à une infection à cytomégalo virus (CMV) ou par d'autres virus, comme le VIH.

CADRE 9.II.1 : A PROPOS DE L'INFECTION STREPTOCOCCIQUE

Le problème majeur de la pharyngite consiste à identifier la pharyngite streptococcique qui doit être promptement traitée avec des antibiotiques en raison d'éventuelles séquelles rhumatismales qu'il est possible de prévenir. Les adultes présentant une infection streptococcique de la gorge peuvent développer une fièvre rhumatismale, mais cette éventualité est extrêmement faible. En même temps, l'exclusion des étiologies virales permettra également dans ce contexte de limiter l'emploi inapproprié des antibiotiques.

TRAITEMENT

1. Les traitements abaisseurs de la fièvre et les analgésiques : acétaminophène avec ou sans AINSs (par exemple, Ibuprofène), au besoin en fonction de la sévérité des symptômes.
2. Un antibiotique pour une pharyngite streptococcique (Tableau 9.II.2). Remarque : la plupart des patients souffrant de mononucléose et recevant un antibiotique contenant de l'amoxicilline pour une pharyngite streptococcique suspectée développent une éruption maculo-papuleuse prurigineuse prolongée.

SUIVI ET ENVOI CHEZ UN SPÉCIALISTE

1. Les patients doivent éviter de travailler pendant 24 heures.
2. En cas de complications, les patients doivent être envoyés chez un spécialiste.

EDUCATION DU PATIENT

1. Convaincre le patient de ne pas prendre d'antibiotique quand c'est inutile.
2. Convaincre le patient de se conformer au traitement entier aux antibiotiques quand ils sont nécessaires.
3. Le renseigner au sujet des mesures susceptibles de limiter la contamination.

RÉFÉRENCES

1. Choby BA. Diagnosis and Treatment of streptococcal pharyngitis. Am Fam Physician. 2009;79(5):383-390.
2. McIsaac WJ, White D, Tannenbaum D, Low DE. A clinical score to reduce unnecessary antibiotic use in patients with sore throat. CMAJ. 1998;158(1):79.
3. Stanford T, Shulman, Alan L. Bisno, Herbert W. Clegg, Michael A. Gerber, Edward L. Kaplan, Grace Lee, Judith M. Martin, and Chris Van Beneden. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of Group A Streptococcal Pharyngitis: 2012 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. (2012) 55 (10): e86-e102.
4. Wald ER. Approach to diagnosis of acute pharyngitis in children and adolescents. In UpToDate, Edwards MS (Ed), UpToDate, Waltham MA, 2014 (accessed 30 October 2014).

TABLEAU 9.II.1 : SCORE STREPTOCOCCIQUE D'UN MAL DE GORGE

Absence de toux	+1 point
Lymphadénopathies cervicales	+1 point
Fièvre	+1 point
Amygdales avec exsudats ou grossies	+1 point
Age: 3 - 14 ans	+1 point
15 - 44 ans	0 point
45 - ans et plus	-1 point
Score Total =

* La confusion mentale est définie comme une désorientation dans l'espace et le temps et face aux gens, qui n'est pas chronique. C'est une indication pour une prise en charge et un traitement en milieu hospitalier.

Score 2-3

Exécuter un RADT ou une culture de gorge et traiter si l'un des deux s'avère positif

(faire une culture si RADT est négatif)

Score ≥ 4

Traitement empirique aux antibiotiques

Ref. McIsaac WJ, White D, Tannenbaum D, Low DE. CMAJ. 1998;158(1):79.

TABLEAU 9.II.2 : CHOIX DES ANTIBIOTIQUES POUR UNE PHARYNGITE STREPTOCOCCIQUE

Antibiotique	Dose aux Adultes
Pénicilline V	250 mg par voie orale 3-4 fois par jour ou 500 mg par voie orale deux fois par jour pendant 10 jours
Amoxicilline <i>Elle peut induire une éruption en présence du virus d'Epstein-Barr (mononucléose)</i>	500 mg par voie orale deux fois par jour pendant 10 jours ou 1000 mg par voie orale deux fois par jour pendant 10 jours dans les cas sévères
Benzathine Pénicilline	1.2x10 ⁶ unités par voie intramusculaire si le poids > 27 kg
Céphalexine*	500 mg par voie orale deux fois par jour pendant 10 jours
Céfadroxil*	1 g 1-2 fois par jour pendant 10 jours
Azithromycine*^	500 mg au premier jour, puis 250 mg chaque jour pendant 4 jours
Ethylsuccinate d'érythromycine*	400 mg 4 fois par jour ou 800 mg par voie orale deux fois par jour pendant 10 jours
*Allergie à la Pénicilline	
^Azithromycine, Clarithromycine, Cefdinir, Cefprozil, Cefpodoxime et Ceftibuten sont approuvés par la FDA, mais ne sont pas recommandés par les directives de traitement primaire de SGA	

III. LARYNGITE AIGUË

- 1. Elle est habituellement spontanément résolutive en moins de 3 semaines, mais le patient doit :
 - a. Reposer sa voix jusqu'à la disparition de la laryngite pour éviter la formation de nodules vocaux
 - b. Eviter la fumée de tabac
 - c. Inhaler de l'air humidifié
- 2. Les antibiotiques, les stéroïdes et les antihistaminiques n'ont pas fait preuve d'efficacité.
- 3. Envoyer le patient chez un otorhinolaryngologiste si l'enrouement persiste pendant plus de 3 semaines.

IV. SINUSITE AIGUË CHEZ LES ADULTES

EPIDÉMIOLOGIE

1. Elle est plus courante parmi les adultes (incidence annuelle : 13%).
2. C'est la 5^{ème} cause fréquente de prescription d'antibiotiques. Plusieurs de ces diagnostics sont imprécis et les antibiotiques sont probablement inutiles.

DÉFINITION

1. Une rhinosinusite aiguë (également appelée sinusite) est une inflammation des sinus paranasaux et de la cavité nasale, de durée inférieure à 4 semaines, résultant d'un drainage déficient et d'une rétention de sécrétions
2. Elle est habituellement virale (la plus courante) mais peut se compliquer de bactéries dans 2.0% des cas (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* et *Moraxella catarrhalis*).

ANTÉCÉDENTS

1. Les symptômes indicateurs d'une sinusite bactérienne (se référer au Cadre 9.IV.1)
2. Les symptômes associés : céphalée, douleur faciale en se penchant en avant, congestion/ obstruction nasale, douleur rétro-orbitaire, otalgie, hyposomie, halitose, toux (parfois chronique)
3. Les symptômes nécessitant des soins urgents :
 - a. Troubles visuels, en particulier diplopie
 - b. Erythème ou tuméfaction périorbitaire
 - c. Altération de l'état mental
4. Les facteurs de risque : IVRS virale ; rhinite allergique ; anomalies anatomiques nasales (par exemple, déviation de la cloison nasale, hypertrophie des cornets, polypes nasaux), hypertrophie tonsillaire et adénoïde, fente palatine, reflux gastro-œsophagien, exposition à la fumée de tabac, asthme, infections et procédures dentaires, immunodéficience (par exemple, VIH), fibrose kystique

EXAMEN PHYSIQUE

1. Fièvre.
2. Œdème et érythème de la muqueuse nasale.
3. Écoulement post-nasal purulent.
4. Sensibilité faciale à la palpation (sur le ou les sinus).
5. Douleur dentaire à la percussion.
6. Épreuve de transillumination négative (utile si l'examen est asymétrique, inutile si l'examen est symétrique).

EVALUATION

1. Une exploration radiologique de routine n'est pas recommandée en établissant le diagnostic initial car :
 - a. ≥ 3 critères cliniques ont la même précision diagnostique que l'imagerie.
 - b. L'imagerie ne distingue pas entre une étiologie virale et une étiologie bactérienne.
2. Une CT scan, coupe coronale limitée, peut s'avérer utile en présence d'une infection récurrente ou en l'absence de réponse à un traitement médical.

CADRE 9.IV.1 : CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'UNE RHINOSINUSITE BACTÉRIENNE

Les présentations cliniques suivantes (l'une des 3) sont recommandées pour distinguer entre les patients atteints d'une rhinosinusite bactérienne aiguë et ceux atteints d'une rhinosinusite virale:

1. Début accompagné de symptômes ou de signes persistants compatibles avec une rhinosinusite aiguë, persistant ≥ 10 jours sans signe d'amélioration clinique.
2. Début accompagné de symptômes ou de signes sévères de fièvre élevée ($\geq 39^{\circ}\text{C}$) et d'écoulement nasal purulent ou de douleur faciale persistant pendant au moins 3-4 jours consécutifs au début de la maladie.
3. Début accompagné de symptômes ou de signes d'exacerbation se caractérisant par l'apparition d'une fièvre nouvelle, d'une céphalée ou d'une augmentation de l'écoulement nasal suite à une infection virale typique des voies respiratoires supérieures (IVRS) ayant duré 5 à 7 jours et s'étant améliorée au début ("double maladie").

TRAITEMENT

CHOIX DES ANTIBIOTHÉRAPIES POUR UNE RHINOSINUSITE BACTÉRIENNE AIGUË

TABLEAU 9.IV.1 : SOMMAIRE DES CHOIX D'ANTIBIOTHÉRAPIES POUR UNE RHINOSINUSITE AIGUË

	Première intention	Choix alternatifs
Agents de base	- Amoxicilline par voie orale (500 mg toutes les 8 heures ou 1000 mg toutes les 12 heures) pendant 10 jours	- Triméthoprim/sulfaméthoxazole 800 mg/160 mg deux fois par jour pendant 10 jours - Azithromycine 500 mg par jour pendant 3 jours
Pour une éventuelle résistance à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	- Amoxicilline par voie orale (1000 mg toutes les 6-8 heures) pendant 10 jours	- Clarithromycine formulation régulière ou XR, 500 mg deux fois par jour ou 1000 mg XR chaque jour pendant 14 jours
Si l'on soupçonne <i>Moraxella catarrhalis</i> et <i>Haemophilus influenza</i> productrices de bêta-lactamases	- Amoxicilline-Clavulanate par voie orale (625 mg toutes les 8 heures ou 1 g toutes les 12 heures) pendant 10 jours	- Cefdinir par voie orale 300 mg deux fois par jour pendant 10 jours - Cefpodoxime par voie orale 200 mg deux fois par jour pendant 10 jours - Céfuroxime Axétil par voie orale 250 mg deux fois par jour pendant 10 jours
Pour une maladie modérée, une utilisation récente d'antibiotiques ou l'échec du traitement	- Amoxicilline-Clavulanate XR 2,000 mg/125 mg deux fois par jour pendant 10 jours	- Lévofloxacine 500 mg/jour pendant 10-14 jours ou 750 mg/jour pendant 5 jours - Moxifloxacine 400 mg/jour pendant 10 jours

TRAITEMENTS D'APPOINT

1. Une irrigation nasale avec une solution saline : (si elle est préparée à la maison, NE PAS utiliser le sel de table car il contient de l'iode : $\frac{1}{4}$ cuillerée à soupe de sel dans un verre d'eau).
2. Les corticostéroïdes pour inhalation nasale sont particulièrement utilisés pour les patients avec des antécédents de rhinite allergique, mais pas à titre restrictif.
3. Les antihistaminiques peuvent excessivement sécher la muqueuse nasale et augmenter l'inconfort, pour cette raison ils doivent être utilisés uniquement pour les patients présentant des symptômes d'allergie (par exemple, démangeaisons).
4. Les décongestionnants topiques et oraux peuvent temporairement soulager la congestion nasale, mais leurs effets ne s'étendent pas aux sinus paranasaux. Ils ne doivent pas être utilisés pendant plus de 5 à 7 jours en

raison du risque de rebond de la congestion nasale. Ils doivent être évités par les patients souffrant de problèmes cardiaques, d'hypertension artérielle, d'affections rénales, de diabète, de glaucome, d'une thyroïde hyperactive, de problèmes de prostate ou prenant des antidépresseurs IMAO (inhibiteurs de la monoamine oxydase).

SUIVI

1. Si le patient ne présente aucun signe d'amélioration aux antibiotiques au bout de 3 à 5 jours ou si son état s'aggrave après 2 à 3 jours, il doit être réévalué sur le plan clinique pour exclure d'autres causes de maladie et détecter les complications. Si le diagnostic de sinusite aiguë est reconfirmé, un traitement alternatif doit être proposé, c'est-à-dire une dose élevée d'amoxicilline-clavulanate, ou Lévofoxacine (en cas de réaction anaphylactique passée), ou une pénicilline de troisième génération combinée avec la Clindamycine.
2. Devant un nouvel échec, on recommande au patient d'entreprendre des examens radiologiques (CT-SCAN) et une culture, dans le but d'écarter tout autre diagnostic, des bactéries résistantes ou des complications de la sinusite.
3. Les radiographies simples sont inutiles.

EDUCATION DU PATIENT

1. L'importance d'attendre des périodes de temps déterminées pour évaluer la réussite ou l'échec du traitement.
2. L'importance de se conformer au traitement complet aux antibiotiques.
3. L'importance de reconnaître un traitement compliqué.

ENVOI CHEZ UN SPÉCIALISTE (OTORHINOLARYNGOLOGISTE)

1. L'échec du traitement ou une aggravation des symptômes, après 2 traitements tentés aux antibiotiques comme susmentionné.
2. Une sinusite aiguë récurrente (≥ 4 épisodes/an avec une guérison complète entre les épisodes; chaque épisode dure au moins sept jours).
3. Une sinusite chronique où les symptômes persistent >12 semaines.
4. Des complications soupçonnées (incidence : 1/1000 cas), c'est-à-dire une atteinte orbitaire, intracrânienne et osseuse, notamment une méningite, une cellulite orbitaire aiguë ou une ostéite orbitaire. Elles doivent être suspectées en présence de symptômes visuels (signes de diplopie, acuité visuelle réduite, regard sans coordination ou difficulté à ouvrir les yeux), de céphalée sévère, de somnolence ou en l'absence de toute amélioration.

Remarque : on recommande aux patients présentant des complications intracrâniennes de requérir des consultations en neurologie et en neurochirurgie. Une consultation en ophtalmologie est nécessaire pour les patients présentant des complications orbitaires.

RÉFÉRENCES

1. Aring AM, Chan MM. Acute Rhinosinusitis in adults. Am Fam Physician. 2011 May 1;83(9):1057-63.
2. Chow AW, Benninger MS, Brook I, Brozek JL, Goldstein EJ, Hicks LA, Pankey GA, Seleznick M, Volturo G, Wald ER, File TM Jr, Infectious Diseases Society of America. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. Clin Infect Dis. 2012 Apr; 54(8):e72-e112.
3. Hwang PH, Patel ZM. Acute sinusitis and rhinosinusitis in adults. In: UpToDate, Deschler DG (Ed), UpToDate, Waltham MA, 2014 (accessed 30 October 2014).
4. University of Michigan Rhinosinusitis Guideline Team. Guidelines for Clinical Care Ambulatory. Acute Rhinosinusitis in Adults. August 2011. <http://www.med.umich.edu/1info/FHP/practiceguides/Rhino/rhino.pdf> (accessed 30 October 2014).

V. OTITE MOYENNE AIGÜE CHEZ LES ADULTES

EPIDÉMIOLOGIE

1. L'otite moyenne aiguë (OMA) peut survenir à tout âge mais chez les adultes elle est bien moins courante que parmi les enfants.

DÉFINITION

1. **L'otite moyenne aiguë (OMA)** est une infection de l'oreille moyenne, due à une infection virale ou bactérienne essentiellement par *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus* ou *Moraxella catarrhalis*.
2. **L'otite moyenne avec épanchement (OME) ou séreuse** est une effusion dans l'oreille moyenne qui n'est pas d'origine infectieuse et qui peut ressembler à l'otoscopie à une OMA.
3. **L'otite moyenne persistante/réfractaire (OMP)** est une otite moyenne non guérie pendant ≥ 6 semaines.
4. **L'otite moyenne récurrente (OMR)** : ≥ 2 crises au cours des 12 mois précédents.

ANTÉCÉDENTS

1. Une apparition soudaine d'otalgie, de fièvre, d'ouïe diminuée, d'otorrhée.
2. Des symptômes antérieurs ou concomitants d'infection des voies respiratoires supérieures (IVRS) (essentiellement virale) ou d'exacerbation d'une rhinite allergique.
3. Des facteurs de risque occasionnant un dysfonctionnement de la trompe d'Eustache, c'est-à-dire une rhinite allergique.

EXAMEN PHYSIQUE (OTOSCOPIE + PNEUMATIQUE)

1. Examiner la membrane tympanique (MT) à la recherche de l'une des anomalies suivantes :
 - a. Un écoulement ou une otorrhée (séreux, pus)
 - b. Une couleur (rouge, trouble/opaque, normale). N.B. une rougeur n'est pas un signe fiable en l'absence d'autres symptômes.
 - c. Une position (bombée, rétractée, normale) et la présence d'un niveau air-liquide derrière la membrane.
 - d. Une mobilité vérifiée à l'aide d'une otoscopie pneumatique (déficiente, normale).
2. L'otite moyenne (à la différence de l'otite externe) ne doit pas causer de douleur au mouvement du tragus/pavillon de l'oreille.
3. Déceler les complications : une surdité de transmission, une perforation de la membrane tympanique/otorrhée, une mastoïdite aiguë, une labyrinthite aiguë, et rarement une méningite aiguë, un abcès cérébral, une paralysie faciale et une thrombose du sinus latéral.

EVALUATION

1. Une culture de l'écoulement d'oreille en l'absence de réponse au traitement, otite réfractaire ou récurrente (OMA).
2. Un audiogramme + tympanogramme en cas de perte auditive.
3. D'autres tests en cas de complications soupçonnées.

DIAGNOSTIC

1. Un diagnostic de l'OMA est établi avec l'un des critères suivants :
 - a. Bombement modéré à sévère de la membrane tympanique (MT).
 - b. Bombement léger de la MT + otalgie d'apparition récente (< 48 heures).
 - c. Bombement léger de la MT + érythème intense de la MT.
 - d. Otorrhée (apparition récente) non due à une otite externe.
2. Un diagnostic de l'OMA ne doit PAS être établi en l'absence d'épanchement de l'oreille moyenne à l'otoscopie pneumatique. (Veuillez vérifier le lien suivant pour vous familiariser avec l'otoscopie pneumatique : <http://www2.aap.org/sections/infectdis/video.cfm>).

TRAITEMENT DE L'OMA

1. Acétaminophène ou AINSs (par exemple, Ibuprofène, Diclofénac ou Naproxène). Les traitements topiques de la douleur (par exemple, des gouttes auriculaires de Benzocaïne si le patient est âgé de plus de 5 ans) sont efficaces pour une très courte durée.
2. Les décongestionnants et les antihistaminiques sont déconseillés.
3. Choix d'antibiothérapies pour l'otite moyenne aiguë (tableau 9.IV.1).

TABLEAU 9.IV.1 : CHOIX D'ANTIBIOTHÉRAPIES POUR L'OTITE MOYENNE AIGÜE

Antibiotiques de première intention
De base : <ul style="list-style-type: none">• Amoxicilline, par voie orale, 500 mg trois fois par jour pendant 10 jours.• Amoxicilline-Clavulanate, par voie orale, 625 mg trois fois par jour ou 1g deux fois par jour pendant 10 jours, en cas d'une prise passée d'Amoxicilline au cours des 30 jours précédents ou en présence d'une conjonctivite purulente concurrente
Allergie à la pénicilline (urticarienne/anaphylactique): <ul style="list-style-type: none">• Azithromycine par voie orale (500 mg en dose unique au 1er jour et 250 mg/jour aux jours 2 à 5.• Clarithromycine, par voie orale, 500 mg deux fois par jour pendant 10 jours.• Triméthoprine-Sulfaméthoxazole, par voie orale, 160 mg/800 mg deux fois par jour pendant 10 jours.• Lévoﬂoxacine 500 mg une fois par jour pendant 10 jours.
Allergie à la pénicilline (urticarienne/anaphylactique): <ul style="list-style-type: none">• Azithromycine par voie orale (500 mg en dose unique au 1er jour et 250 mg/jour aux jours 2 à 5.• Clarithromycine, par voie orale, 500 mg deux fois par jour pendant 10 jours.• Triméthoprine-Sulfaméthoxazole, par voie orale, 160 mg/800 mg deux fois par jour pendant 10 jours.• Lévoﬂoxacine 500 mg une fois par jour pendant 10 jours.
Antibiotiques de seconde intention
48 à 72 heures après l'échec de l'antibiothérapie initiale, réévaluer le diagnostic. <ul style="list-style-type: none">• Amoxicilline-Clavulanate, par voie orale, 625 mg trois fois par jour ou 1 g deux fois par jour pendant 10 jours si le patient a été traité initialement avec Amoxicilline.• Ceftriaxone intramusculaire ou intraveineux 2 g en une seule dose IM ou IV pendant 1-3 jours, si le patient a été traité initialement avec Amoxicilline-Clavulanate ou Céphalosporine orale.

SUIVI ET ENVOI CHEZ UN SPÉCIALISTE

1. Un suivi est recommandé dans 48 à 72 heures.
2. Envoyer le patient chez un otorhinolaryngologiste (ORL) pour des investigations et pour exclure une tumeur à l'échec d'une antibiothérapie de seconde intention (OMA réfractaire), en cas de récurrence de l'OMA ou à l'apparition de complications.

EDUCATION DU PATIENT

1. Renseigner le patient à propos des signes d'amélioration et des signes de détérioration.

MESURES PRÉVENTIVES

1. Dépister une rhinite allergique avec une rhinorrhée chronique secondaire
2. Eviter l'exposition à la fumée de tabac.

RÉFÉRENCES

1. Harnes KM, Blackwood RA, Burrows HL, Cooke JM, Harrison RV, Passamani PP. Otitis Media: Diagnosis and Treatment. Am Fam Physician. 2013 Oct 1;88(7):435-40.

2. Schaefer P, Baugh RF. Acute otitis externa: an update. Am Fam Physician. 2012 Dec 1;86 (11):1055-61

VI. OTITE EXTERNE

1. L'apparition soudaine d'une otalgie (intensifiée par le mouvement de la mâchoire), d'un prurit, d'une sensation de plénitude ± perte auditive et d'un éventuel écoulement purulent.
2. Une douleur au mouvement du tragus/pavillon de l'oreille (**à la différence de l'otite moyenne**) et un conduit auditif érythémateux et œdémateux ± otorrhée. Un érythème de la membrane tympanique (MT) est possible ; toutefois, une otoscopie pneumatique révèle une bonne mobilité de la MT (**à la différence de l'otite moyenne**).
3. Traitement
 - a. Nettoyer l'oreille (curette ou aspiration), et y instiller des gouttes auriculaires associant un antibiotique et des stéroïdes (par exemple, des gouttes auriculaires de Ciprofloxacine/Fluocinolone Acétonide deux fois par jour, pendant 7 jours). Aux patients présentant une MT intacte, il est possible de prescrire Gentamycine/Dexaméthasone 2 à 3 gouttes deux fois par jour pendant 7 jours.
 - b. Les antibiotiques systémiques augmentent les risques d'effets secondaires, de production de bactéries résistantes et de récurrence. Ils prolongent aussi le temps jusqu'à la guérison clinique et n'améliorent pas les résultats par comparaison à un seul agent topique dans une otite externe non compliquée.
 - c. Les fluoroquinolones par voie orale couvrant *Pseudomonas Aeruginosa* et *Staphylococcus Aureus* doivent être utilisés uniquement si l'infection se propage au-delà du conduit auditif ou si le patient souffre d'immunodéficience, de diabète, a des antécédents de rayonnement de l'oreille ou d'occlusion du conduit auditif empêchant l'arrivée des médicaments topiques.
4. Envoyer le patient chez un otorhinolaryngologiste :
 - a. Si le conduit auditif du patient est obstrué et une aspiration est nécessaire.
 - b. Si le patient semble avoir subi des effets toxiques. Le diagnostic d'otite externe nécrosante ou maligne doit être confirmé par CT ou IRM.

RÉFÉRENCES

Schaefer P, Baugh RF. Acute otitis externa: an update. Am Fam Physician. 2012 Dec 1;86 (11):1055-61.

CHAPITRE 10.

INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE

Rania Sakr, MD - Najla Lakkis, MD

EPIDÉMIOLOGIE

1. Si elle n'est pas traitée, la tuberculose (TB) latente présente un risque de 5 à 10% d'évoluer vers une maladie active au cours de la vie ; le risque le plus important survenant au cours des 2 premières années après l'acquisition de l'infection (50% des cas).
2. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime le taux annuel de mortalité par TB dans le monde à 2 millions de décès approximativement ; la maladie se plaçant en deuxième position après le VIH comme cause infectieuse de décès. Environ le tiers de la population mondiale est infecté par *Mycobacterium Tuberculosis*.
3. Au Liban, le taux moyen d'incidence de TB sur 3 ans était 15/100000 de la population entre 2008 et 2010.

DÉFINITION

1. L'infection tuberculeuse latente (ITL) est une affection dans laquelle une personne est infectée par *Mycobacterium tuberculosis* mais ne présente pas effectivement de maladie active.

DÉPISTAGE DE LA TUBERCULOSE

Le dépistage est recommandé pour :

1. **Les populations à forte prévalence** (*plus susceptibles d'être exposées et infectées*) :
 - a. Les personnes ayant été, au cours des 5 dernières années, dans des pays endémiques à TB.
 - b. Les nourrissons, les enfants et les adolescents en contact étroit avec des adultes à risque élevé.
 - c. Les résidents/employés des habitats collectifs à risque élevé (*les militaires, les prisons, les établissements de longue durée comme les maisons de repos et les institutions psychiatriques, les abris, les camps de réfugiés, etc.*), *les populations à faible revenu et les personnes sans accès aux soins de santé (les sans-abris, etc.)*.
 - d. Le personnel soignant, notamment le personnel des laboratoires de mycobactériologie.
 - e. Les contacts étroits d'un patient atteint d'une TB active.
2. **Les populations à risque élevé** (*chez qui l'ITL est plus susceptible d'évoluer vers une tuberculose active une fois infectées*) :
 - a. Les personnes âgées et les enfants de moins de 5 ans.
 - b. Les personnes immunodéprimées : une infection par le VIH, un traitement avec des corticostéroïdes (par exemple, prednisone ou son équivalent en une dose quotidienne ≥ 15 mg pendant ≥ 1 mois), un traitement par anti-TNF (facteur de nécrose tumorale) pour des atteintes rhumatologiques, une chimiothérapie, etc.
 - c. Les personnes vivant avec le VIH et les personnes immunodéprimées.
 - d. Les travailleurs exposés à la silice sur leur lieu de travail.
 - e. Les personnes présentant à la radio thorax des changements fibrotiques qui sont compatibles avec une infection TB antérieure sans antécédents de traitement de la TB.
 - f. Les contacts étroits d'un patient atteint d'une TB active.
 - g. Les consommateurs d'alcool ou de drogues illicites, en particulier intraveineuses.
 - h. Les personnes présentant des affections chroniques : diabète mal maîtrisé et tabagisme, malignités, insuffisance rénale chronique, greffe d'organes, malabsorption chronique (*gastrectomie, pontage intestinal, etc.*), malnutrition, poids insuffisant (poids qui est en dessous du poids corporel idéal de 10% ou plus) et silicose.

TESTS DE DÉPISTAGE

TEST CUTANÉ À LA TUBERCULINE (TCT)

Appelé antérieurement Dérivé Protéique Purifié (DPP)

Technique du TCT

1. DPP : 5U (0.1 ml), force moyenne, intradermique, sur la face antérieure de l'avant-bras.
2. L'alcool, l'acétone, l'éther ou le savon et l'eau peuvent être utilisés pour nettoyer la peau. La zone doit être nettoyée et séchée soigneusement avant l'injection du DPP.

Lecture du TCT

1. Procéder à une lecture après 48 à 72 heures.
2. Mesurer le diamètre de l'induration (PAS L'ERYTHEME) transversalement au long axe de l'avant-bras et enregistrer la valeur mesurée en millimètres (y compris 0 mm). Utiliser la pointe d'un stylo à billes, doucement incliné d'un angle de 45° par rapport au site d'injection, et s'arrêter au bord de l'induration.
3. Enregistrer la présence et la taille de la nécrose et de l'œdème (si présents), bien que ceux-ci ne soient pas utilisés pour l'interprétation du test.

Interprétation du TCT

1. Elle varie avec le risque de TB et l'état de santé :
 - a. Une induration ≥ 5 mm est classée comme positive chez les patients immunodéprimés (*par exemple, infection par le VIH, usagers de stéroïdes*), les receveurs d'une greffe d'organe, les contacts étroits d'une personne atteinte de TB active et les personnes présentant des changements fibrotiques (*essentiellement apicaux*) sur la radio thorax (*c'est une preuve radiographique de TB primaire*)
 - b. Une induration ≥ 10 mm est classée comme positive chez les autres groupes à risque élevé (*par exemple, les personnes vivant dans des zones à forte prévalence, les immigrants au cours des 5 dernières années, les sans-abris, les prisonniers, le personnel soignant, les résidents des maisons de repos, les contacts étroits d'une personne atteinte de TB, les alcooliques, les diabétiques*) ; et dans le cas d'un virage tuberculinique récent (*augmentation de l'induration à ≥ 10 mm au cours des 2 dernières années*).
 - c. Une induration ≥ 15 mm est considérée positive chez les personnes sans facteurs de risque de TB.
 - d. Une induration < 5 mm dans le test initial et, si indiqué, dans le second test est considérée négative (*se référer au test en 2 étapes*).

Questions pratiques à propos du TCT

1. Le TCT induit une réaction d'hypersensibilité retardée qui est décelable 2 à 12 semaines après l'infection (période d'incubation) par Mycobacterium Tuberculosis -> si vous examinez un patient immédiatement après l'exposition à la TB, faites un test de référence et, s'il est négatif, répétez-le dans 3 mois.
2. Le test doit être lu après 48 à 72 heures ; si le patient retourne après 72 heures, les résultats négatifs ne sont plus fiables tandis que les réactions positives persistent jusqu'à une semaine.
3. Il faut éviter de frotter, de racler ou d'appliquer un bandage/emplâtre adhésif ou une pommade/crème/lotion à l'endroit où le TCT a été fait (*interprétation éventuelle de faux positif*). S'il démange, on peut appliquer un glaçon ou une compresse d'eau froide. Le résultat du test n'est pas affecté si l'endroit du TCT devient mouillé comme pendant un bain ou une douche.
4. Il n'y a pas de preuve concluante que la répétition du TCT donne un TCT positif.
5. Lorsque le test est positif, il demeure positif et sa répétition est déconseillée puisque le patient risque de développer une réaction sévère.
6. Un virage tuberculinique est défini comme une augmentation de ≥ 10 mm de l'induration en une période de 2 ans, indépendamment de l'âge.

Test en 2 étapes

1. Si le TCT initial est négatif, un 2nd TCT dans 1 à 4 semaines est indiqué comme référence chez :
 - a. Les personnes supposées subir, dans les années à venir, des TCT à des intervalles réguliers comme le personnel soignant, les résidents des maisons de repos ou le personnel et les détenus des établissements pénitentiaires.
 - b. Les personnes soupçonnées avoir acquis une TB (par exemple, contact étroit avec une maladie TB ou une ancienne TB) ou ayant déjà reçu un vaccin BCG (bacille de Calmette-Guérin).
2. Le 2nd test est mesuré et interprété comme ci-dessus. S'il est positif, il faut rechercher chez la personne une

- ancienne vaccination BCG ou évaluer une TB latente.
- Le protocole de la 2nde étape détecte un phénomène de rebond (ancienne infection TB ou vaccin BCG antérieur) et évite de classer à tort les personnes s'avérant positives au TCT comme présentant un virage tuberculinique (lorsque le TCT est répété régulièrement)
 - Le protocole de la 2nde étape doit être entrepris une SEULE FOIS uniquement s'il est adéquatement exécuté et documenté. Un TCT ultérieur peut être un TCT à étape unique, indépendamment du dernier TCT.

Contre-indications du TCT

- Une allergie à tout composant du DPP ou une réaction anaphylactique ou toute autre réaction allergique à un TCT antérieur.
- Les personnes ayant eu une réaction sévère (par exemple, nécrose, vésicules, choc anaphylactique ou ulcérations) à un TCT antérieur.
- Les personnes avec une TB active documentée ou des antécédents évidents de traitement d'une infection ou d'une maladie TB.
- Les personnes présentant des brûlures étendues ou un eczéma.
- Les personnes présentant déjà un TCT positif antérieur.

TABLEAU 10.1 : CAUSES D'UNE FAUSSE INTERPRÉTATION DU TCT

Causes de faux positifs au TCT	Causes de faux négatifs au TCT
<ul style="list-style-type: none"> - Mauvaise interprétation d'un érythème par une induration. - Réaction croisée avec des mycobactéries non tuberculeuses. - Vaccination BCG antérieure, en particulier au cours des 10 dernières années (pouvant causer une induration de < 20 mm). - Phénomène de rebond dû à une ancienne infection à TB. <p><i>N.B. Un faux positif est moins probable avec une grande induration.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mauvaise manipulation de la solution TCT: par exemple entreposage inadéquat (exposition à la lumière ou à la chaleur); dilution inappropriée ou dénaturation chimique. - Erreur dans l'exécution du test, par exemple une injection très profonde, très peu de tuberculine ou administration > 20 minutes après l'insertion dans la seringue. - Interprétation inadéquate du résultat du TCT (c'est-à-dire lecture ou mesure de l'induration). - Test fait durant la période d'incubation (< 10 semaines après l'exposition). - Chez les personnes âgées ou les personnes testées pour la première fois, les réactions peuvent se développer lentement et n'atteindre de pic qu'après 72 heures. - Immunodéficience : VIH, malignités, alcoolisme, malabsorption, malnutrition, carence en zinc, insuffisance rénale, sarcoïdose et traitement immunosuppresseur à base de corticostéroïdes (par exemple, Prednisone ≥ 15 mg/jour pendant > 2 semaines) ou traitement avec des inhibiteurs du facteur de nécrose tumorale (<i>TNF</i>). - TB active accablante (TB avancée ou miliaire). - Infections virales, bactériennes et fongiques systémiques. - Vaccins à virus vivants dans la période des 6 semaines* (<i>par exemple, rougeole, oreillons, rubéole, polio oral, varicelle et fièvre jaune</i>).
<p><i>* Lorsque des vaccins à virus vivants sont administrés, un TCT peut être fait le même jour mais dans un endroit différent, ou remis à 4-8 semaines après les vaccins à virus vivants.</i></p>	
<p><i>^Entreposage : entreposer à 2° à 8°C. Ne pas congeler. Jeter le produit s'il a été exposé à la congélation. Protéger de la lumière. Le produit doit être entreposé au noir sauf au moment où les doses sont effectivement retirées des flacons.</i></p> <p><i>Un flacon multidose de DPP qui est utilisé depuis 30 jours doit être jeté.</i></p> <p><i>Ne pas utiliser après la date d'expiration.</i></p>	

TESTS DE LIBÉRATION D'INTERFÉRON GAMMA (TLIGS)

- 1. Deux TLIGs sont vendus sur le marché :
 - a. Le test QuantiFERON®-TB Gold-in-Tube (QFT-GIT)
 - b. Le test T-SPOT®TB
- 2. Ils sont recommandés dans des conditions spécifiques :
 - a. Les patients qui seront en immunodépression iatrogène (par exemple, un traitement anti-TNF pour des troubles rhumatologiques) où l'identification d'une ITL avant le traitement peut aider à prévenir une maladie tuberculeuse ultérieure.
 - b. Les personnes ayant reçu le vaccin BCG, présentant un TCT positif et ayant été en contact avec un patient souffrant de TB.
- 3. Il est plus spécifique mais moins sensible qu'un TCT, d'où il aide à exclure un faux positif au TCT. Il n'est pas affecté par une vaccination BCG antérieure, nécessite uniquement 1 visite du patient, MAIS il est coûteux.
- 4. Il peut être fait 3 jours après un TCT. Un rebond a rarement lieu.

TABLEAU 10.2 : CAUSES D'UNE FAUSSE INTERPRÉTATION DU TLIG

Conditions de faux positifs au TLIG	Conditions de faux négatifs au TLIG
<ul style="list-style-type: none">- Effet rebond d'antigènes spécifiques des mycobactéries tuberculeuses : ESAT-6 et CFP-10*, par exemple lorsque des TLIGs sont faits quelques années après l'infection TB initiale.	<ul style="list-style-type: none">- Période très courte entre l'exposition et la mise en œuvre du test.- Anergie d'une maladie avancée, d'une malnutrition, d'une maladie immunodépressive ou de médicaments notamment des stéroïdes, ou d'une basse numération de lymphocytes CD4.- Retard entre le prélèvement sanguin et l'exécution du test au laboratoire.- Manipulation ou température de transport inadéquate de l'échantillon sanguin.
<p>* L'effet maximal survient 1 à 5 semaines après le test ; l'effet minimal au bout de 48 heures ou après 60 jours. Le test QuantiFERON-TB Gold In-Tube contient l'antigène TB7.7 et serait plus sûr. Un effet rebond est peu probable avec le test T-Spot.TB.</p>	
<p><i>Remarque : les tests de dépistage (TLIGs et TCT) sont conçus pour détecter une infection tuberculeuse latente. Ce sont des tests indirects qui ne détectent pas le bacille TB en soi mais plutôt une réaction immunitaire suggérant une exposition passée ou actuelle au bacille TB.</i></p>	
<p><i>Remarque : une radio thorax (vue postéro-antérieure) est requise chez les personnes asymptomatiques (absence de toux, d'hémoptysie, de fièvre, de transpirations nocturnes, d'anorexie et de perte de poids) avec un test de dépistage positif (TCT et/ou TLIG) pour exclure une TB active.</i></p>	

TRAITEMENT D'UNE INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE

- 1. Toutes les personnes dont le TCT ou TLIG s'avère positif doivent passer une radiographie thoracique. Elles sont orientées vers l'un des huit centres de contrôle de la tuberculose à travers le pays où des radiographies thoraciques peuvent être faites à des tarifs minimes et les médicaments de la TB sont remis gratuitement.
- 2. Les personnes à risque élevé de contracter une TB (se référer au paragraphe "indications de dépistage") et qui s'avèrent atteintes d'une ITL doivent recevoir un traitement indépendamment de leur âge et statut vaccinal BCG, afin de réduire l'incidence d'une TB active.
- 3. Programmes thérapeutiques

TABLEAU 10.3 : OPTIONS THÉRAPEUTIQUES POUR UNE INFECTION TUBERCULEUSE LATENTE

Médicament	Durée du traitement	Doses aux adultes	Doses Totales
Isoniazide (INH)	9 mois	Une fois par jour 5 mg/kg (max : 300 mg)	270 doses
		Deux fois par semaine 15 mg/kg (max : 900 mg)	76 doses
	6 mois	Une fois par jour 5 mg/kg (max : 300 mg)	180 doses
		Deux fois par semaine 15 mg/kg (max : 900 mg)	52 doses
Rifampine	4 mois	Une fois par jour 10 mg/kg (max : 600 mg)	120 doses
INH + Rifapentine	3 mois	Pas encore disponible au Liban	12 doses
Notes: <ul style="list-style-type: none">- INH pendant 9 mois est le choix thérapeutique privilégié- Le traitement de l'infection tuberculeuse latente s'appuie non seulement sur la durée mais aussi sur le nombre total de doses.- Avec INH, le traitement peut être repris d'où il a été interrompu si moins que 3 mois manquent au traitement et doit être initié de nouveau dès le début si plus de 3 mois se sont écoulés depuis la dernière dose. Avec la Rifampine, le seuil de coupure est 2 mois.- Les patients ayant reçu un traitement de la TB doivent être étroitement surveillés et revus mensuellement pour vérifier l'observance thérapeutique et les effets secondaires tels qu'une hépatotoxicité.- Pour les patients exposés à une TB multirésistante, le traitement doit être individualisé en fonction du profil de sensibilité du cas index :<ul style="list-style-type: none">o 2 médicaments auxquels l'organisme est sensible.o Durée : pas étudiée (une durée de 6-12 mois semble raisonnable).			

TABLEAU 10.4 : MÉDICAMENTS DE LA TB LATENTE : EFFETS SECONDAIRES, PRÉCAUTIONS ET CONTRE-INDICATIONS

Isoniazide (INH)
EFFETS SECONDAIRES <ol style="list-style-type: none">1. Réactions d'hypersensibilité/éruption cutanée.2. Hépatite ou hépatotoxicité, c'est-à-dire une élévation de l'enzyme hépatique (effet secondaire majeur), en particulier chez les patients présentant les facteurs de risque suivants : âge (> 35 ans), alcoolisme (la substance doit être déconseillée), maladie chronique du foie, consommation concurrente de médicaments potentiellement hépatotoxiques comme l'acétaminophène, infection à VIH, femmes enceintes jusqu'à 3 mois post-partum.3. Neurotoxicité (neuropathie périphérique, effets légers sur le système nerveux central).4. Anémie.5. Interactions médicamenteuses potentielles avec Phénytoïne et Disulfiram.
PRÉCAUTIONS <ol style="list-style-type: none">1. L'ajout de Pyridoxine (Vit B6), 10-50 mg/jour, pour réduire le risque de neuropathie périphérique est conseillé à tous les adultes recevant INH2. Une mesure de base des tests de la fonction hépatique (TFHs) avant l'initiation du traitement. Si les TFHs de base > 3 fois la limite normale supérieure -> retarder le traitement en attendant l'évaluation de la cause sous-jacente. Des mesures ultérieures des TFHs sont recommandées en cas de : TFHs de base élevés, risque élevé d'hépatotoxicité (par exemple, âge avancé, mauvais état nutritionnel, maladie hépatique, emploi inapproprié ou chronique de médicaments métabolisés par le foie (par exemple, Acétaminophène et anti-épileptique), hépatite virale B ou C et virus de l'immunodéficience humaine (VIH), état acétylateur et consommation élevée d'alcool), ou si les signes et les symptômes d'hépatotoxicité surviennent au cours du traitement (anorexie, nausée, vomissement, urine foncée, douleur abdominale, fièvre, etc.).1. Les patients doivent être renseignés au sujet des symptômes inquiétants d'allergie ou d'hépatotoxicité et avisés d'arrêter la prise d'INH et de demander une assistance médicale immédiate lorsque de tels symptômes se déclarent.2. Le traitement doit être interrompu uniquement si les taux de transaminases deviennent > 3 fois la limite normale supérieure chez les patients symptomatiques ou ≥ 5 fois la limite supérieure chez les patients asymptomatiques.3. Le traitement avec l'agent offensif ne doit pas être repris, même après l'amélioration des TFHs.

CONTRE-INDICATIONS

1. Hépatite active.
2. Maladie hépatique en phase terminale.
3. Réactions d'hypersensibilité sévères, notamment une hépatite induite par les médicaments.

Rifampicine

EFFETS SECONDAIRES

1. Réactions d'hypersensibilité/éruption cutanée.
2. Hépatite ou hépatotoxicité, c'est-à-dire une élévation de l'enzyme hépatique.
3. Trouble gastro-intestinal (plus courant).
4. Réactions hématopoïétiques, notamment une thrombocytopénie.
5. Fièvre.
6. Symptômes analogues à la grippe.
7. Décoloration orange des liquides corporels pouvant décolorer les lentilles de contact de façon permanente.
8. Accélération du métabolisme des médicaments métabolisés dans le foie, comme les pilules contraceptives orales, interférant avec leur efficacité.

PRÉCAUTIONS

1. Formulation sanguine complète, numération plaquettaire et test de la fonction hépatique de base ; à reprendre s'ils sont anormaux ou si le patient présente au cours du traitement des signes ou des symptômes d'effets secondaires tels que fièvre, purpura, hépatotoxicité (anorexie, nausée, vomissement, urine foncée, douleur abdominale, fièvre, etc.), etc.
2. Surveillance mensuelle étroite pour vérifier l'observance thérapeutique et les effets secondaires.

CONTRE-INDICATIONS

1. Elle est contre-indiquée ou doit être utilisée avec précaution chez les patients séropositifs recevant des inhibiteurs de protéase ou des inhibiteurs non-nucléosidiques de la transcriptase inverse puisqu'elle réduit la concentration de plusieurs médicaments.

RÉFÉRENCES

1. Centers for Disease Control and Prevention. National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. Latent Tuberculosis Infection: A Guide for Primary Health Care. Developed in partnership with the New Jersey Medical School Global Tuberculosis Institute 2013. Providers. <http://www.cdc.gov/tb/publications/tbi/pdf/TargetedLTBI.pdf> (Accessed on 22 October 2014).
2. Hartman-Adams H, Clark K, Juckett G. Update on Latent Tuberculosis Infection. Am Fam Physician. 2014 Jun 1;89(11):889-896.
3. Santé et services sociaux. Quebec. Tuberculosis Screening. http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/tuberculose/index.php?depistage_en
4. World Health Organization. Systematic screening for active tuberculosis. Principles and recommendations Geneva, World Health Organization, 2013 (WHO/HTM/TB/2013.04). <http://www.who.int/tb/tbscreening> (Accessed on 22 October 2014).
5. World Health Organization. Tuberculosis. Fact sheet N°104. Reviewed March 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/> (Accessed on 22 October 2014).
6. World Health Organization. Improving early detection of active TB through systematic screening. http://www.who.int/tb/publications/tbscreening_factsheet.pdf
7. <http://apps.who.int/iris/handle/10665/78132#sthash.2B2chTGM.dpuf> (Accessed on 22 October 2014).
8. World Health Organization. TUBERCULOSIS IGRA TB TESTS Policy Statement 2011. http://www.who.int/tb/features_archive/igra_factsheet_oct2011.pdf?ua=1 (Accessed on 22 October 2014).
9. Tuberculin Purified Protein Derivative. <http://www.fda.gov/downloads/BiologicsBloodVaccines/Vaccines/ApprovedProducts/UCM114924.pdf>.

CHAPITRE 11.

PARASITES INTestinaux

Nina Brax, MD

ÉPIDÉMIOLOGIE

1. Les parasites intestinaux sont responsables d'une morbidité et d'une mortalité significatives à travers le monde, en particulier dans les pays en voie de développement, parmi les enfants et les personnes présentant des comorbidités.
2. Les helminthes transmis par le sol sont parmi les infections les plus courantes dans le monde avec un taux estimé de 24%. Les espèces principales sont *Ascaris lumbricoides* (ver rond), *Trichuris trichiura* (trichure), *Ankylostoma duodenale* et *Necator americanus* (ankylostome).
3. *Giardia lamblia*, un protozoaire flagellé pathogène, est le parasite intestinal le plus fréquemment isolé au monde. *Entamoeba histolytica*, une amibe pathogène, est la deuxième cause principale de décès dû aux protozoaires au monde, après le paludisme.

DÉFINITION

1. Les parasites intestinaux sont définis comme une infestation intestinale due aux helminthes ou aux protozoaires.
2. Certains sont non pathogènes et sont retrouvés dans les selles sans causer de maladie ni nécessiter de traitement. Citons, par exemple, *Entamoeba coli*, *Endolimax nana* et *Chilomastix mesnili*.
3. La transmission aux humains survient par :
 - a. l'ingestion d'aliments contaminés, ou l'eau, les mains ou les ustensiles (*A. lumbricoides*, *T. trichiura*, les ankylostomes, *E. histolytica* et *G. lamblia*)
 - b. la pénétration de la peau par les larves infectieuses d'ankylostome (*N. americanus* et *A. duodenale*), principalement en marchant pieds nus dans un sol contaminé
 - c. un contact avec des surfaces, des meubles, la literie, des serviettes, des toilettes, des poignées de porte ou d'autre objets contaminés entraînant l'infection de tous les membres de la famille (*Enterobius vermicularis*)
 - d. des pratiques sexuelles orales-anales (*E. vermicularis*, *E. histolytica* et *G. lamblia*)
 - e. la viande de porc ou de bœuf mal cuite contaminée (*Taenia saginata* ou *solium*)
4. Les kystes larvaires (cysticeri) peuvent se développer dans de nombreux tissus humains tels le système nerveux central.

ANTÉCÉDENTS

Les personnes atteintes d'infections légères ne présentent généralement pas de symptômes. Les infections graves peuvent causer divers symptômes.

1. Une douleur abdominale, une diarrhée (tous les parasites). Si les symptômes persistent 2 à 4 semaines accompagnés d'une perte de poids significative, ceci peut indiquer une lambliaose ou une "backpacker's diarrhea" (*G. lamblia*).
2. Une dysenterie (*T. trichiura*).
3. Une colite, une diarrhée sanguinolente +/- fièvre (*E. histolytica*). Dans les cas chroniques d'amibiase, une maladie intestinale inflammatoire (colite ulcéreuse) peut être diagnostiquée à tort et un traitement avec des stéroïdes peut uniquement exacerber l'infection.
4. Des selles nocturnes (*T. trichiura*).
5. Une nausée, une flatulence (*G. lamblia*, *Taenia*), une diarrhée ou une constipation (*Taenia*).
6. Une irritation dans les régions péri-anales et vaginale occasionnant des démangeaisons habituellement durant la nuit et, en conséquence, des troubles du sommeil (*Enterobius Vermicularis*).
7. Un érythème prurigineux habituellement des pieds et des mains (*A. duodenale* ou *N. americanus*).
8. Des symptômes pulmonaires comme une toux et une respiration sifflante (*Ascaris lumbricoides*, *A. duodenale* ou *N. americanus*).
9. Une perte de poids (*G. lamblia*, *E. histolytica*).
10. Une intolérance au lactose (*G. lamblia*).
11. Un retard du développement chez les enfants.
12. Si elles ne sont pas traitées, certaines infections peuvent occasionner des carences en protéine et

- vitamine A (*A. lumbricoides*, *T. trichiura*), une obstruction intestinale ou pancréatique (*A. lumbricoides*, *E. histolytica*), une lésion hépatobiliaire (*A. lumbricoides*) ou un abcès (*E. histolytica*).
13. Rarement, une arthrite réactionnelle ou une synovite asymétrique habituellement des membres inférieurs, des éruptions et une urticaire (*G. lamblia*).
14. Une neurocysticercose, la cause évitable principale d'épilepsie dans plusieurs pays en voie de développement (*T. solium*).

EXAMEN PHYSIQUE

1. Il est habituellement non spécifique
2. Un prolapsus rectal peut survenir chez les hôtes sévèrement infectés (*T. trichiura*)

EVALUATION

1. Un examen des selles :
 - a. La recherche d'œufs et de parasites (O&P) est le diagnostic de base (3 échantillons pendant 3 jours consécutifs constituent le meilleur test diagnostique). Si les résultats de 3 examens O&P sont négatifs et que la lambliaose est toujours suspectée, la détection d'antigènes dans les selles par un essai immunoenzymatique (ELISA) sera utile pour établir le diagnostic.
 - b. Teneur en graisses : un taux élevé de graisses dans les selles suggère une stéatorrhée (*G. lamblia*)
2. Une formulation sanguine complète :
 - a. Une anémie (hypochrome) avec *A. duodenale*, *N. americanus* ou *T. trichiura*.
 - b. 75% des patients présentent une leucocytose (*E. histolytica*)
 - c. Une éosinophilie est possible avec *Ascaris lumbricoides*, *A. duodenale*, *N. americanus* ou *E. vermicularis*.
3. Le "test à l'adhésif" :
 - a. l'adhésif est appliqué à l'anus, idéalement juste au réveil
 - b. il permet une visualisation directe du ver adulte *Enterobius vermicularis* (petit, blanc et filiforme) ou une détection microscopique des œufs.
 - c. il peut être répété pendant trois jours consécutifs au moins.
4. La visualisation d'anneaux blancs (proglottis) dans la literie, le linge, les selles ou le papier toilette peut suffire pour établir le diagnostic de *Taenia*.
5. La détection d'antigènes d' *E. histolytica* dans les selles et les tests PCR à haute précision sont disponibles mais ne sont pas répandus en raison de leur prix élevé par comparaison à l'examen traditionnel des selles pour O&P. Des tests sérologiques comme ELISA sont sensibles à plus de 90% mais deviennent souvent négatifs au bout d'un an après l'infection par *E. histolytica*.
6. Une cholangio-pancréatographie rétrograde endoscopique est utile avec *Ascaris lumbricoides* pour diagnostiquer et traiter une infection du système biliaire.
7. Les aspirations et les biopsies duodénales sont effractives et déconseillées pour diagnostiquer *G. lamblia* ou d'autres infestations.
8. Des tests au baryum avec biopsie seraient utiles pour identifier des amœbomes. Une imagerie du foie est conseillée en cas de suspicion d'un abcès amibien : kystes hypoéchogènes ovales ou ronds habituellement dans le lobe droit.

TRAITEMENT

1. L'OMS recommande un traitement périodique avec des anthelminthiques (vermifugation), sans bilan préalable, à toutes les personnes à risque vivant dans des régions endémiques :
 - a. Les enfants en âge préscolaire et scolaire
 - b. Les femmes en âge de procréer (y compris les femmes enceintes au deuxième et troisième trimestre et les femmes allaitantes)
 - c. Les adultes dans certaines professions à haut risque (bouchers, manipulateurs de denrées alimentaires, cuisiniers).
2. Consulter le tableau 11.1 pour le traitement de parasites intestinaux spécifiques.
3. Traiter tous les membres de la famille simultanément (*E. vermicularis*).
4. Les personnes infectées doivent passer sous la douche tous les matins pour éliminer de leur peau une importante quantité d'œufs (*E. vermicularis*).
5. Traiter les porteurs asymptomatiques de *Giardia* dans les pays développés. Le traitement des porteurs dans les pays en voie de développement n'est pas rentable en raison de la haute réinfection.

MESURES PRÉVENTIVES/EDUCATION DU PATIENT

1. Porter en permanence des chaussures adéquates (*A. duodenale*, *N. americanus*).
2. Nettoyer les chambres, la literie et les jouets tous les 3 à 7 jours pendant 3 semaines. Veiller à laver les mains avec de l'eau chaude, en particulier avant de manger (*E. vermicularis*).
3. Consommer uniquement de l'eau en bouteille ou désinfecter l'eau non en bouteille à l'iode (*E. histolytica*).
4. Laver fréquemment et adéquatement les mains notamment après avoir utilisé les toilettes, avant de manger et de manipuler les aliments.
5. Boire de l'eau en bouteille ou traiter l'eau en faisant bouillir l'eau potable pendant 1 minute ou en chauffant l'eau à 70°C pendant 10 minutes (*G. lamblia*).
6. Eviter de manger des fruits et des légumes non pelés.
7. Bien cuire la viande (*Taenia*).

TABLEAU 11.1 : SYMPTÔMES, TRAITEMENT ET PRÉVENTION DES PARASITES INTESTINAUX COURANTS

Parasite	Symptômes	Traitement	Prévention
Ascaris lumbricoides	<ul style="list-style-type: none">• Douleur abdominale, diarrhée• Carence en protéines et vitamine A (enfants)• Retard du développement• Obstruction intestinale et pancréatique• Lésion hépato-biliaire• Manifestations pulmonaires (symptômes précoces)	<ul style="list-style-type: none">• Mébendazole 500 mg, par voie orale, en dose unique, ou 100 mg par voie orale deux fois par jour pendant 3 jours• Albendazole 400 mg, par voie orale, en dose unique	<ul style="list-style-type: none">• Education en matière de santé publique (hygiène et assainissement adéquats)• Vermifugation périodique de toutes les personnes à risque vivant dans des régions endémiques
Trichuris trichiura	<ul style="list-style-type: none">• Douleur abdominale vague• Dysenterie• Selles molles nocturnes• Retard staturo-pondéral• Prolapsus rectal et anémie (en cas d'infection massive)	<ul style="list-style-type: none">• Mébendazole 500 mg, par voie orale, en dose unique, ou 100 mg par voie orale deux fois par jour pendant 3 jours• Albendazole médicament alternatif ayant une efficacité légèrement inférieure (400 mg par voie orale pendant 3 jours)	<ul style="list-style-type: none">• Education en matière de santé publique (hygiène et assainissement adéquats)• Vermifugation périodique de toutes les personnes à risque vivant dans des régions endémiques
Ankylostomes (Ankylostoma duodenale, Necator americanus)	<ul style="list-style-type: none">• Douleur abdominale• Diarrhée• Anémie ferriprive• Retard physique et mental (enfants)• Erythème prurigineux et symptômes pulmonaires (occasionnellement)	<ul style="list-style-type: none">• Mébendazole 100 mg, par voie orale, deux fois par jour pendant 3 jours (plus efficace), ou 500 mg par voie orale en dose unique• Albendazole 400 mg, par voie orale, en dose unique• Pyrantele pamoate 11 mg/kg, maximum 1 g, par voie orale, tous les jours pendant 3 jours• Suppléments de fer• Concentré de globules rouges (selon les besoins)	<ul style="list-style-type: none">• Education en matière de santé publique• Porter des chaussures adéquates en permanence• Utiliser un système adéquat d'évacuation des eaux usées• Vermifugation périodique de toutes les personnes à risque vivant dans des régions endémiques

Enterobius vermicularis (Oxyrue)	<ul style="list-style-type: none"> • Prurit péri-anal nocturne • Troubles du sommeil • Diarrhée (possible dans une infection aiguë) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mébendazole 100 mg, par voie orale, en dose unique • Albendazole 400 mg, par voie orale, en dose unique • Pyrante pamoate 11 mg/kg, maximum 1 g, par voie orale, en dose unique. <p><i>N.B : une seconde dose unique est recommandée 2 semaines plus tard pour prévenir une réinfection par des vers adultes éclos d'œufs non tués par le premier traitement</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter les membres de la famille • Nettoyer les chambres, la literie et les jouets avec de l'eau tiède à chaude • Changer fréquemment le linge de lit le matin et le laver directement avec de l'eau chaude • Laver les mains avant et après les repas
Ver solitaire (Taenia saginata, Taenia solium)	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur abdominale • Nausée • Diarrhée ou constipation • Anorexie, perte de poids • Epilepsie (Neurocysticercose due à T. solium) 	<ul style="list-style-type: none"> • Niclosamide adultes et enfants de plus de 6 ans: 2 g, en dose unique ; enfants de 2 à 6 ans: 1 g ; enfants < 2 ans: 500 mg • Praziquantel 5-10 mg/kg, en dose unique 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier et traiter les cas de taeniasse • Améliorer l'assainissement • Améliorer l'élevage de porcs • Administrer aux porcs des vaccins et des traitements anthelminthiques • Améliorer l'inspection de la viande et la transformation des produits carnés • Cuire la viande adéquatement
Giardia lamblia	<ul style="list-style-type: none"> • Nausée, vomissement • Ballonnement • Diarrhée • Stéatorrhée • Perte de poids • Arthrite réactionnelle et urticaire (rarement) 	<ul style="list-style-type: none"> • Métronidazole adultes : 250 mg par voie orale trois fois par jour pendant 5 à 7 jours • Albendazole enfants : 400 mg par voie orale pendant 5 jours • Remplacement des liquides et des électrolytes 	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter les porteurs asymptomatiques dans les pays développés • Utiliser des systèmes adéquats d'évacuation des eaux usées et de traitement de l'eau • Boire uniquement de l'eau en bouteille dans les régions endémiques • Faire bouillir l'eau potable pendant 1 min ou chauffer l'eau à 70° pendant 10 min • Laver les mains adéquatement et fréquemment

Entamoeba histolytica	<ul style="list-style-type: none"> • Douleur abdominale sévère • Colite • Diarrhée sanguinolente • Perte de poids • Fièvre (possible) • Obstruction intestinale (amoebome) • Abscès du foie et autres maladies extra-intestinales (poumons, cerveau) 	<ul style="list-style-type: none"> • Amœbicides de contact (pour kystes) : Iodoquinol 650 mg, par voie orale, 3 fois par jour pendant 20 jours • Paromomycine 500 mg, par voie orale, 3 fois par jour pendant 7 jours • Amœbicide tissulaire (pour trophozoïtes) : Métronidazole 750 mg, par voie orale, trois fois par jour pendant 10 jours • Abscès du foie : Métronidazole 750 mg, par voie orale, 3 fois par jour pendant 5 jours, puis Paromomycine 500 mg 3 fois par jour pendant 7 jours ou Chloroquine 600 mg/jour par voie orale pendant 2 jours, puis 200 mg/jour pendant 2 à 3 semaines • Au besoin, drainage 	<ul style="list-style-type: none"> • Adopter des pratiques appropriées d'assainissement pour éradiquer le port de kystes • Eviter de manger des fruits et des légumes non pelés • Boire de l'eau en bouteille • Désinfecter l'eau non en bouteille à l'iode
------------------------------	---	--	---

RÉFÉRENCES

1. Training manual of diagnosis of intestinal parasites. Tutor's guide. Schistosomiasis and Intestinal Parasites Unit, Division of Control of Tropical Diseases. WHO, Geneva, 20042.
2. Common intestinal parasites. Corry Jeb Kucik, Gary L. Martin, Brett V. Sortor. Am. Fam. Physician. 2004 Mar 1; 69(5):1161-1169.
3. Intestinal worms. http://www.who.int/intestinal_worms/en/
4. Soil transmitted helminth infections. Fact sheet N°366, WHO. Updated April 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs366/en/>
5. Taeniasis/Cysticercosis. Fact sheet N°376, WHO. Updated May 2014. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs376/en/>
6. www.cdc.gov/parasites/
7. Intestinal protozoal diseases. Enrique Chacon-Cruz, Russel W. Steele. May 2, 2014. <http://emedicine.medscape.com/article/999282>
8. Tapeworm infestation. L. Rizarry, R. Kulkarni. Mar 22, 2014. <http://emedicine.medscape.com/article/786292>
9. Nematodes infections. Murat Hokelek, Burke A. Cunha. Dec 5, 2011. <http://emedicine.medscape.com/article/224011>
10. Hookworm disease. David R. Haburchak, Burke A. Cunha. May 12, 2014. <http://emedicine.medscape.com/article/218805>
11. Common intestinal parasites: slideshow. Lars Grimm. June 10, 2014. 16. <http://reference.medscape.com/features/slideshow/intestinal-parasites#1>

CHAPITRE 12.

DOULEUR ABDOMINALE

Marouan Zoghbi, MD

ÉPIDÉMIOLOGIE

1. La douleur abdominale constitue 1.5% des consultations en cabinet.
2. 10% des douleurs abdominales au département des urgences sont des atteintes sévères potentiellement fatales ou nécessitant une chirurgie.
3. La douleur abdominale a un impact important sur la qualité de vie et la perte de productivité au travail.
4. Environ 25% des cas sévères sont des personnes âgées de plus de 50 ans.
5. Les patients âgés présentant une douleur abdominale plus tard au cours d'une maladie, pourraient élever les taux d'hospitalisation.
6. Les interventions chirurgicales chez les patients âgés sont le double de celles d'une population plus jeune.

CAUSES

Les causes dépendent de l'emplacement spécifique de la douleur abdominale :

Quadrant supérieur droit

1. Biliaire : cholécystite, cholangite, lithiase biliaire.
2. Hépatique : masse, hépatite, abcès.
3. Côlon : colite, diverticulite.
4. Pulmonaire : pneumonie, tumeur, embolie.
5. Rénale : pyélonéphrite, lithiase rénale.

Epigastrique

1. Biliaire : cholécystite, cholangite, lithiase biliaire.
2. Cardiaque : angine, infarctus, péricardite.
3. Gastrique : gastrite, ulcère gastroduodéal, œsophagite.
4. Pancréatique : pancréatite, masse.
5. Vasculaire : dissection aortique, ischémie mésentérique, anévrisme.

Quadrant supérieur gauche

1. Cardiaque : angine, infarctus, péricardite.
2. Gastrique : gastrite, ulcère gastroduodéal, œsophagite.
3. Pancréatique : pancréatite, masse.
4. Splénique : abcès, splénomégalie, rupture.
5. Rénale : lithiase rénale, pyélonéphrite.
6. Vasculaire : dissection aortique, ischémie mésentérique, anévrisme.

Péri-ombilicale

1. Côlon : appendicite précoce.
2. Obstruction ou masse de l'intestin grêle, entérite.
3. Gastrique : gastrite, ulcère gastroduodéal, œsophagite.
4. Vasculaire : dissection aortique, ischémie mésentérique, anévrisme.

Quadrant inférieur droit

1. Côlon : appendicite, colite, diverticulite, maladie inflammatoire de l'intestin (MII), syndrome du côlon irritable (SCI).
2. Gynécologique : kyste ovarien, masse, torsion, fibromes, mittelschmerz (ovulation), grossesse extra-utérine, maladie inflammatoire pelvienne (MIP).
3. Rénale : pyélonéphrite, lithiase rénale.

Sus-pubienne

1. Côlon : appendicite, colite, diverticulite, maladie inflammatoire de l'intestin (MII), syndrome du côlon irritable (SCI).

2. Gynécologique : kyste ovarien, masse, torsion, fibromes, mittelschmerz, grossesse extra-utérine, maladie inflammatoire pelvienne (MIP).
3. Rénale : lithiase, pyélonéphrite, cystite.

Quadrant inférieur gauche

1. Côlon : colite, diverticulite, maladie inflammatoire de l'intestin (MII), syndrome du côlon irritable (SCI).
2. Gynécologique : kyste ovarien, masse, torsion, fibromes, mittelschmerz, grossesse extra-utérine, maladie inflammatoire pelvienne (MIP).
3. Rénale : lithiase rénale, pyélonéphrite.

Pas d'emplacement spécifique

1. Paroi abdominale : zona, claquage musculaire, hernie.
2. Autre : obstruction intestinale, ischémie mésentérique, sevrage dû aux narcotiques, crise dépranocyttaire, porphyrie, MII, intoxication par des métaux lourds.

ANTÉCÉDENTS

1. Déclenchement
 - a. Un déclenchement rapide pourrait suggérer une dissection aortique, un ulcère perforé, une colique biliaire, une colique néphrétique, une obstruction intestinale, une rupture d'anévrisme, l'interruption d'une grossesse extra-utérine
2. Durée, sévérité
 - a. La douleur est évaluée sur une échelle numérique verbale (VNRS) où l'on demande au patient de coter sa douleur sur une échelle de 1 à 10 (1 étant la douleur la moins intense et 10 la douleur la plus intense).
3. Qualité et type de douleur
 - a. Une douleur mal localisée suggère une origine viscérale. Une douleur localisée est un signe d'atteinte du péritoine pariétal.
 - b. Les coliques suggèrent une contraction musculaire proximale d'une obstruction complète ou partielle comme la douleur se produisant dans les voies biliaires (coliques biliaires), dans les voies urinaires (coliques néphrétiques) ou les intestins (diarrhée, entérite)
 - c. L'absence de coliques a une forte valeur prédictive négative de cholécystite
 - d. Des tiraillements épisodiques ou une sensation de brûlure suggèrent un ulcère gastroduodénal (UGD)
4. Facteurs soulageants
 - a. Antiacides, aliments : ulcère duodénal
 - b. S'asseoir, se pencher en avant : pancréatite
 - c. Vomissement, antiacides : ulcère gastrique
5. L'emplacement de la douleur suggère son origine : se référer au paragraphe précédent pour les causes courantes et les emplacements
6. Irradiation et changement d'emplacement
 - a. La douleur de l'appendicite commence habituellement dans la région péri-ombilicale et se situe plus tard dans le quadrant inférieur droit
 - b. L'obstruction urétérale peut causer une douleur aux testicules ou à l'aîne
 - c. Une irritation sous-diaphragmatique cause une douleur à l'épaule
 - d. Une maladie des voies biliaires cause une douleur sous-scapulaire droite
 - e. Une dissection aortique chez les personnes âgées peut se présenter comme une douleur lombaire aiguë
7. Symptômes urinaires
8. Symptômes gastro-intestinaux
9. Antécédents gynécologiques
 - a. Pratiques sexuelles : plusieurs partenaires (MIP)
 - b. Date des dernières règles (grossesse extra-utérine)
10. Prise de médicaments : anti-inflammatoires (ulcère)

EXAMEN PHYSIQUE

1. Aspect général du patient
 - a. Pâleur, transpiration (hémorragie ou septicémie) ; jaunisse (maladie hépatique ou maladie des voies biliaires)

- b. Position : les patients souffrant d'une péritonite sont peu disposés à changer de posture tandis que ceux souffrant d'une colique néphrétique ne cessent de bouger à la recherche d'une posture confortable
- 2. Signes vitaux
 - a. Hypotension artérielle, fréquence cardiaque élevée (septicémie, déshydratation, hypovolémie)
 - b. Fréquence respiratoire, saturation en oxygène : causes pulmonaires
 - c. Température : une fièvre suggère une infection ou une septicémie, mais l'absence de fièvre ne les exclut pas
- 3. Examen cardiovasculaire et respiratoire
 - a. Pouls périphériques : asymétriques dans la dissection aortique
 - b. Râles crépitants suggérant une infection pulmonaire
- 4. Auscultation de l'abdomen
 - a. Un péristaltisme exagéré en cas de gastroentérite
 - b. Des bruits de l'artère rénale ou de l'aorte peuvent être entendus mais ne sont pas spécifiques
- 5. La défense musculaire est la contraction réflexe des muscles abdominaux dans la zone douloureuse quand l'examineur y applique une pression : elle suggère une inflammation du péritoine et aide à resserrer le diagnostic différentiel
- 6. Une sensibilité à la décompression est observée lorsqu'une pression initiale ne cause pas de douleur, mais quand la main de l'examineur est relâchée, le patient ressent une douleur. La sensibilité à la décompression suggère une irritation péritonéale.
- 7. Manœuvres spéciales : souvenez-vous qu'il est possible que tous ces signes soient absents chez les patients âgés en présence d'un processus infectieux intra-abdominal sévère ou d'une condition chirurgicale.
 - a. Signe de Carnett : demander au patient couché sur le dos de soulever la tête et les épaules ; une douleur croissante désigne une paroi abdominale (hématome, déchirure musculaire) comme cause de la douleur. Si la douleur décroît, l'origine de la douleur se situe alors dans la cavité abdominale.
 - b. Signe de Murphy : arrêt de l'inspiration durant un examen du quadrant supérieur droit, évoquant une cholécystite. Il n'est pas fiable chez les patients âgés.
 - c. Signe du psoas : douleur à l'élévation d'une jambe tendue contre une résistance, suggérant une appendicite
 - d. Signe de l'obturateur : douleur à la rotation de la hanche droite fléchie, survenant en cas d'appendicite
 - e. Signe de Mc Burney : sensibilité située au milieu entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'ombilic
 - f. Signe de Cullen : décoloration bleuâtre péri-ombilicale, traduisant une hémorragie rétropéritonéale, une hémorragie pancréatique ou un anévrisme de l'aorte abdominale
 - g. La douleur est pire lorsque la hanche et le genou sont fléchis, suggérant une péritonite
- 8. Examen rectal et pelvien : fécalome, masse, sang dans les selles, pertes vaginales

TESTS DE LABORATOIRE

- 1. FNS
 - a. Une leucocytose suggère une infection ou une septicémie (elle peut se présenter avec une leucopénie)
 - b. $GB > 10000$ par mm^3 est sensible à 77% et spécifique à 63% ($LR+ = 2.1$, $LR- = 0.37$) pour le diagnostic de l'appendicite
- 2. Amylase et lipase : élevées dans la pancréatite
- 3. Profil hépatique : anormal dans les causes hépatiques et biliaires de douleur, toutefois des résultats normaux n'excluent pas les causes hépatiques.
- 4. Analyse d'urine pour les patients présentant une hématurie, une dysurie ou une douleur lombaire
- 5. Test de grossesse : demandé de toute femme en âge de procréer présentant une douleur abdominale inférieure pour exclure une grossesse

EXAMENS D'IMAGERIE

- 1. Une radiographie simple peut détecter une obstruction et une perforation intestinales. Rechercher : un pneumopéritoine, un niveau gaz-fluide. Elle peut également révéler un fécalome, des calculs biliaires et des calculs urinaires
- 2. Une échographie est mieux qu'un CT scan pour évaluer le quadrant supérieur droit ou une douleur sus-pubienne
- 3. Un examen radio-isotopique est plus sensible pour la cholécystite mais plus onéreux
- 4. Une tomодensitométrie (CT scan) avec produit de contraste intraveineux pour une douleur au quadrant inférieur droit est mieux qu'une échographie de l'appendicite
- 5. Un CT scan avec produit de contraste oral et intraveineux est utile pour une douleur au quadrant inférieur gauche
- 6. Un CT scan est utile pour une douleur diffuse non spécifique afin de détecter les causes urgentes nécessitant une hospitalisation ou une chirurgie.

SIGNES ALARMANTS (envoi immédiat chez un spécialiste)

1. Douleur abdominale durant la grossesse.
2. Signes d'hémorragie : méléna, hématochézie.
3. Dyspnée ou signes de détresse respiratoire.
4. Douleur abdominale sévère.
5. Fièvre élevée.
6. Instabilité hémodynamique.
7. Vomissement ayant l'aspect du marc de café.
8. Incapacité d'évacuer gaz et selles.
9. Personnes âgées se plaignant d'une douleur lombaire irradiante suggérant une dissection aortique ou une rupture d'anévrisme.
10. Fibrillation auriculaire avec douleur abdominale suggérant une ischémie mésentérique.
11. Hématurie macroscopique et massive ou incapacité d'uriner.
12. Suspicion clinique d'appendicite ou de toute infection abdominale nécessitant une chirurgie urgente.
13. Chez les personnes âgées, la présence d'air libre dans les radiographies simples, une leucocytose et un âge dépassant les 84 ans sont associés à un risque élevé de décès. Il vaut mieux envoyer le malade aux urgences.

TRAITEMENT

1. Le traitement dépend du diagnostic et de l'étiologie.
2. Les AINSs sont utilisés pour les coliques néphrétiques.
3. Les analgésiques sont utilisés comme traitement de première intention avant d'aboutir à un diagnostic positif
 - a. L'utilisation d'opioïdes au début de la prise en charge de la douleur abdominale s'est avérée atténuer la douleur sans affecter les décisions ni retarder le diagnostic
 - b. Les patients présentant un score de douleur sur l'échelle VNRS < 7 sont traités avec des analgésiques mineurs :
 1. Acétaminophène 1 g IV ou par voie orale
 2. La scopolamine peut aider à atténuer la douleur spasmodique. Eviter de prescrire la scopolamine aux patients présentant une hyperplasie de la prostate, un glaucome, une myasthénie grave
 - c. Les patients avec un VNRS > 7 doivent être transférés aux urgences pour une prise en charge avec les opioïdes

RÉFÉRENCES

1. Mills AM, Dean AJ, Hollander JE, Chen EH. EM Advances Abdominal pain : a survey of clinically important outcomes for future research. 2010;12(6):485–90.
2. Forest W, Carolina N. Evaluation of Acute Abdominal Pain in Adults. Am Fam Physician. 2008;77(7):971–8.
3. Hammond NA, Nikolaidis P, Miller FH. Left Lower-Quadrant Pain: Guidelines from the American College of Radiology Appropriateness Criteria. Am Fam Physician. 2010;82(7):766–70.
4. Old JL, Dusing RW, Yap W, Dirks J. Imaging for Suspected Appendicitis. Am Fam Physician. 2005;71(1):71–8.
5. Suleiman S, Johnston DE. The Abdominal Wall : An Overlooked Source of Pain. Am Fam Physician. 2001;64(3):431–8.
6. Clark DC, Regional L, Lac F. Diagnosis of Acute Abdominal Pain in Older Patients. Am Fam Physician. 2006;74(9):1537–44.
7. Kruszka SJ. Evaluation of Acute Pelvic Pain in Women. 2010;
8. Manterola C, Astudillo P, Losada H, Pineda V, Sanhueza A, Vial M. Analgesia in patients with acute abdominal pain. Cochrane database Syst Rev [Internet]. 2007 Jan [cited 2014 Oct 12];(3):CD005660. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17636812>
9. Manterola C, Vial M, Moraga J, Astudillo P. Analgesia in patients with acute abdominal pain. Cochrane database Syst Rev [Internet]. 2011 Jan [cited 2014 Oct 12];(1):CD005660. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21249672>

CHAPITRE 13.

DYSPEPSIE

Marouan Zoghbi, MD

EPIDÉMIOLOGIE

1. 25% à 40% de la population générale est affectée par la dyspepsie.
2. Moins que 10% des personnes affectées cherchent à obtenir des soins médicaux.
3. Taux de comorbidité élevé avec le syndrome du côlon irritable.
4. Elle affecte négativement les scores de qualité de vie en matière de santé.
5. Elle est responsable de la grande majorité d'endoscopies normales, imposant ainsi des charges élevées au système de santé.

DÉFINITION

1. La Rome Working Team définit la dyspepsie comme une douleur ou un inconfort chronique ou récurrent situé dans l'abdomen supérieur.
2. La dyspepsie fonctionnelle désigne cet état en l'absence d'une maladie organique sous-jacente établie par un examen endoscopique. Elle constitue plus de 70% des cas de dyspepsie.
3. La définition adoptée ne couvre pas le reflux gastro-œsophagien (RGO) où les brûlures d'estomac et les régurgitations acides sont les plaintes principales.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

1. Ulcère gastro-duodéal.
2. RGO.
3. Malignités gastriques ou œsophagiennes.
4. Affections potentiellement fatales comme une maladie coronarienne, une lithiase biliaire et une pancréatite.

ANTÉCÉDENTS

1. Nature : une irradiation vers le dos ou les épaules dans la pancréatite, une douleur oppressante suggérant des causes coronaires, des coliques dans le quadrant supérieur droit suggérant des coliques biliaires.
2. Intensité : une douleur très intense suggère une dissection aortique.
3. Rythme de l'inconfort : une douleur induite par l'effort évoque une maladie coronarienne. Une douleur exacerbée après l'ingestion d'aliments évoque des coliques biliaires ou une gastrite.
4. S'enquérir des symptômes de RGO : brûlures d'estomac, reflux acide, douleur survenant dans l'épigastre et irradiant dans le thorax, régurgitations, enflure douloureuse.
5. Une dysphagie progressive et une perte de poids significative peuvent indiquer une malignité.
6. Facteurs aggravants et rapport avec l'ingestion d'aliments : alcool et tabac. Vérifier si des aliments spécifiques aggravent les symptômes. Une satiété précoce évoque un ulcère gastro-duodéal.
7. Prise de médicaments : les médicaments connus responsables d'une dyspepsie sont les antagonistes calciques, les nitrates, la théophylline, les bisphosphonates, les corticostéroïdes, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).

EXAMEN PHYSIQUE

1. Un examen physique de routine est entrepris mais il n'y a pas de signes spécifiques qui aident à distinguer entre les causes fonctionnelles et les causes organiques.
2. Évaluer les signes vitaux et rechercher une hypotension orthostatique révélant un saignement GI.
3. Rechercher d'autres signes de saignement GI : sang ou méléna à l'examen rectal, pâleur.

PRISE EN CHARGE

1. Pour les patients âgés de moins de 55 ans sans signes alarmants (voir les signes alarmants ci-après),

envisager l'une de deux options :

- a. Détecter *Helicobacter Pylori* (*H. pylori*) au moyen d'épreuves approuvées et traiter en conséquence.
On préfère le test respiratoire à l'urée et la détection d'antigènes dans les selles. Avant la mise en œuvre de ces deux épreuves, une période de wash-out (sans traitement) de 2 semaines est nécessaire après l'utilisation d'un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) ou d'antibiotiques. La répétition des tests de *H. pylori* est habituellement déconseillée.
 - b. Offrir un traitement empirique par IPP pendant 4 à 8 semaines
2. La stratégie épreuve-traitement est privilégiée dans les milieux à forte prévalence comme celui constaté au Liban.
 3. Si les symptômes persistent, exécuter l'épreuve de détection de *H. pylori* si elle n'est pas déjà faite.
 4. Si les symptômes se poursuivent ou se reproduisent après une amélioration initiale, offrir un IPP ou des antagonistes des récepteurs H2 (H2RA) à la plus faible dose nécessaire pour contrôler les symptômes. Discuter l'emploi d'IPP en fonction des besoins pour le contrôle des symptômes.
 5. Éviter un traitement antiacide à long terme.
 6. L'emploi de prokinétiques N'EST PAS recommandé en raison de preuve insuffisante quant à leur efficacité et des inquiétudes concernant l'innocuité de cette classe, mais ils peuvent être utilisés dans des cas spécifiques qui sont laissés à la discrétion du médecin traitant.
 7. Une endoscopie est indiquée pour les patients de plus de 55 ans.

SIGNES ALARMANTS

1. Saignement, anémie, satiété précoce, perte de poids inexpliquée de plus de 10%, dysphagie progressive, odynophagie, vomissements persistants.
2. Antécédents familiaux de cancer gastro-intestinal, de malignité de l'œsophage ou gastrique.
3. Ulcère gastro-duodénal antérieur documenté.
4. Lymphadénopathie ou masse abdominale.

EN CAS DE SUSPICION D'UN RGO

1. Un traitement par IPP à dose entière pendant 4 à 8 semaines est recommandé.
2. Si les symptômes réapparaissent après un traitement initial, administrer la plus faible dose possible pour contrôler les symptômes. Prescrire H2RA en présence d'une réponse inadéquate aux IPP.
3. Un traitement par IPP à dose entière à long terme est recommandé pour le maintien en cas d'œsophagite sévère.
4. Un dépistage de l'œsophage de Barrett est indiqué en fonction des facteurs de risque comme une longue durée des symptômes RGO, une fréquence élevée, une œsophagite antérieure, une hernie hiatale antérieure, un rétrécissement de l'œsophage ou des ulcères et le sexe masculin.

EN PRÉSENCE D'UN ULCÈRE GASTRO-DUODÉNAL DIAGNOSTIQUÉ

1. Offrir une éradication de *H. pylori* aux patients dont le test s'est avéré positif. Refaire le test de *H. pylori* 6 à 8 semaines après l'initiation du traitement.
2. Pour les utilisateurs d'AINSs, arrêter les AINSs si possible et offrir une dose entière d'IPP ou des antagonistes des récepteurs H2 (H2RA) pendant 8 semaines. Par la suite, traiter *H. pylori* si le test est positif.
3. Aux patients présentant un test de *H. pylori* négatif et ne prenant pas d'AINSs, offrir une dose entière d'IPP ou H2RA pendant 4 à 8 semaines.
4. Pour les cas d'ulcère non guéri, exclure une non-adhésion, une malignité, un échec à détecter *H. Pylori*, une utilisation accidentelle d'AINSs et les cas rares de syndrome de Zollinger-Ellison ou de maladie de Crohn.

MÉDICAMENTS

THÉRAPIE D'ÉRADICATION DE *H. PYLORI*

Première intention :

Un traitement deux fois par jour pendant 7 jours de :

1. IPP + amoxicilline + métronidazole (ou clarithromycine)

En cas d'allergie à la pénicilline

2. IPP + **métronidazole** + clarithromycine en l'absence d'exposition antérieure à la clarithromycine
3. IPP + bismuth + **métronidazole** + tétracycline en cas d'exposition antérieure.

Deuxième intention :

Un traitement deux fois par jour pendant 7 jours de :

- 1. IPP + **amoxicilline** + clarithromycine ou **métronidazole**
(en premier si non utilisé jusque-là)
- 2. IPP + **amoxicilline** + quinolone ou tétracycline en cas d'exposition antérieure aux deux.
- 3. IPP + **métronidazole** + lévofloxacine
- 4. IPP + bismuth + **métronidazole** + tétracycline en cas d'exposition antérieure aux quinolones

Classe	Marque	Dose Standard	Dose Faible	Dose Double
IPP	Lansoprazole	30 mg QD	15 mg QD	30 mg BID
IPP	Oméprazole	20 mg QD	10 mg QD	40 mg QD
H2RA	Ranitidine	150 mg QD	75 mg QD	
Antibiotique (éradication de H. pylori)	Métronidazole	500 mg BID		
Antibiotique (éradication de H. pylori)	Amoxicilline	500 mg BID		
Prokinétiques	Dompéridone	10 mg TID		
Prokinétiques	Hyoscine	10 mg TID		

EDUCATION DU PATIENT

- 1. Expliquer au patient que la dyspepsie fonctionnelle (douleur de cause organique inconnue) est la cause la plus courante de douleur épigastrique. Occasionnellement, des médicaments tels des AINSs, des calculs biliaires ou rarement le cancer sont responsables d'une dyspepsie.
- 2. Les signes alarmants comprennent une perte de poids non projetée, une anémie, une perte d'appétit, une difficulté à avaler, des vomissements fréquents ou des symptômes débutant après l'âge de 55 ans.
- 3. Etablir la liaison entre le tabagisme et les symptômes de dyspepsie et donner des conseils concernant la cessation du tabagisme.
- 4. Recommander de surveiller les symptômes et d'éviter les aliments qui semblent les exacerber.
- 5. Counseling en matière de gestion du stress.
- 6. En cas de RGO, éviter de manger tard avant de se coucher. Relever la tête du lit avec des blocs. Eviter les repas lourds et riches en matières grasses.
- 7. Utiliser des AINSs uniquement quand c'est nécessaire et renseigner le patient sur les différents produits.

RÉFÉRENCES

1. Loyd RA, McClellan DA. Update on the Evaluation and Management of Functional Dyspepsia. Am Fam Physician. 2011;83(5):547–52.
2. NICE. Dyspepsia and gastro-oesophageal reflux disease. 2014;
3. Talley NJ, Ph D, Vakil N, Parameters P. Guidelines for the Management of Dyspepsia. am J Gastroenterol. 2005;100:2324–37.

CHAPITRE 14.

DIARRHÉE AIGÜE

Sani Hlais, MD, MPH

EPIDÉMIOLOGIE

1. La plupart des cas de diarrhée sont viraux (50-70%), moins fréquemment bactériens (15- 20%) ou parasitaires (10-15%).
2. La diarrhée bactérienne d'origine alimentaire est considérée une menace émergente pour la santé. 80% des cas de diarrhée bactérienne sont acquis par les aliments. Plus de la moitié des cas bactériens sont dus aux Escherichia Coli (E. Coli) producteurs de Shiga-toxines. La transmission d'une personne à l'autre est également possible.
3. Les 4 entéropathogènes bactériens les plus courants dans les pays industrialisés sont les suivants : Campylobacter, la salmonelle typhique, les E. coli producteurs de Shiga-toxines (ou E. Coli O157:H7) et la shigella.
4. La diarrhée des voyageurs est bactérienne dans 80% des cas.

DÉFINITION

1. La diarrhée se définit par une augmentation de la fréquence et une diminution de la consistance des selles qui deviennent plus liquides.
2. La diarrhée disparaît habituellement en une semaine. Si elle persiste plus que 3 semaines, elle est considérée chronique.

ANTÉCÉDENTS

Il n'existe pas de spécificité permettant de distinguer les causes virales, bactériennes ou autres causes de diarrhée aiguë bien que certains indices puissent aider à faire la différence :

1. Rapport des symptômes avec l'ingestion d'aliments incriminés :
 - a. Si les symptômes commencent quelques heures après l'ingestion d'aliments, envisager le diagnostic d'une intoxication alimentaire ou d'une diarrhée induite par des toxines essentiellement due à Staphylococcus aureus, Clostridium Perfringens ou Bacillus cereus.
 - b. Si les symptômes commencent au bout de 1 à 5 jours, envisager des causes virales et bactériennes d'entérite. Une diarrhée liquide qui devient sanguinolente après 1 à 5 jours, accompagnée d'une douleur abdominale sévère, de crampes et du passage de cinq selles molles ou plus en l'espace de 24 heures en l'absence de fièvre, évoque E. coli producteurs de Shiga-toxine. Elle cause en général une colite hémorragique, mais peut causer aussi une colite ischémique.
2. Une fièvre, du sang dans les selles et une dysenterie sont plus courants dans une diarrhée bactérienne, bien qu'ils ne soient pas spécifiques.
3. Dans le diagnostic différentiel de la diarrhée aiguë, tenir compte de plusieurs états médicaux et chirurgicaux et de toutes les causes de diarrhée chronique : appendicite, diverticulite, utilisation de médicaments (laxatifs, cholinergiques, metformine et antacides contenant du magnésium), fécalome (ou fausse diarrhée notamment chez les personnes âgées), syndrome du côlon irritable, maladies inflammatoires de l'intestin (Crohn et rectocolite ulcéreuse), colite ischémique, hyperthyroïdie et malignité.

EXAMEN PHYSIQUE

1. Rechercher des signes de déshydratation : hypotension orthostatique et augmentation de la fréquence cardiaque.
2. Examiner l'abdomen : bruits intestinaux, très probablement hyperactifs dans une diarrhée infectieuse, sensibilité localisée dans l'appendicite et la diverticulite.

TESTS DE LABORATOIRE

1. En fonction de l'évaluation clinique, envisager un bilan sanguin de base notamment urée (BUN), créatinine, électrolytes pour évaluer une déshydratation, et enzymes hépatiques.

2. Une coproculture est indiquée en cas de :
 - a. Diarrhée sévère (passage de six selles molles par jour ou plus)
 - b. Diarrhée de toute sévérité persistant plus d'une semaine
 - c. Fièvre
 - d. Dysenterie
 - e. Plusieurs cas de maladie diarrhéique suggérant une épidémie
3. Dans la plupart des cas de diarrhée infectieuse, un seul échantillon de selles est satisfaisant pour établir le diagnostic.
4. Informer le laboratoire de rechercher : E. coli producteurs de shiga-toxines quand soupçonnés (diarrhée sanguinolente, contexte épidémiologique, notamment chez les enfants), vibrions cholériques et non cholériques avec une diarrhée associée à la consommation de fruits de mer ou une diarrhée déshydratante semblable au choléra, ou Clostridium Difficile (C. difficile) avec une diarrhée concomitante avec ou après l'utilisation d'antibiotiques.
5. Une coproculture n'est PAS indiquée dans la plupart des cas de diarrhée liquide, dans la diarrhée des voyageurs et les intoxications alimentaires dues à une infection par des toxines.

PRISE EN CHARGE

1. La diarrhée est fréquemment spontanément résolutive ; le remplacement des fluides est le pilier de la prise en charge de la diarrhée. Un traitement médical est occasionnellement nécessaire.
2. Remplacement des fluides : le traitement de base consiste à assurer une bonne hydratation. Une solution de réhydratation orale (SRO) peut sauver la vie sans nécessiter d'hydratation intraveineuse (IV). Si celle-ci n'est pas disponible, on conseille de préparer une solution à la maison avec 1 litre d'eau, 1/2 cuillère à thé de sel et 6 cuillères à thé de sucre.
3. Régime alimentaire : commencer par une soupe légère avec du riz, une rôtie (ou toast), du pain grillé ou du pain. Ajouter progressivement des pommes de terre au four, une soupe au poulet. Éviter le café, l'alcool, la plupart des fruits et des légumes, ainsi que la viande rouge.

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

Éviter la surprescription d'antimicrobiens. La plupart des cas sont viraux, spontanément résolutifs.

1. Ciprofloxacine 500 mg bid pendant 3 à 5 jours en cas de diarrhée bactérienne ou de diarrhée des voyageurs (la diarrhée des voyageurs doit être traitée empiriquement avec des antibiotiques sans coproculture).
2. Lopéramide (agent antipéristaltique) : capsules de 2 mg, prendre initialement 4 mg, puis une capsule de 2 mg pour chaque selle molle. À utiliser avec précaution par les patients chez qui on suspecte une diarrhée infectieuse et ne prenant pas d'antibiotique.
3. Pour Clostridium difficile (essentiellement une diarrhée induite par les antibiotiques) : Métronidazole 500 mg tid ou Rifaximine 200 mg 2 comprimés jusqu'à 4 fois par jour pendant 10 à 14 jours.
4. Médecine complémentaire et alternative : les probiotiques doivent être envisagés car ils démontrent une efficacité croissante pour le traitement de la diarrhée des voyageurs, de la diarrhée induite par les antibiotiques et d'autres diarrhées infectieuses.

PRÉVENTION

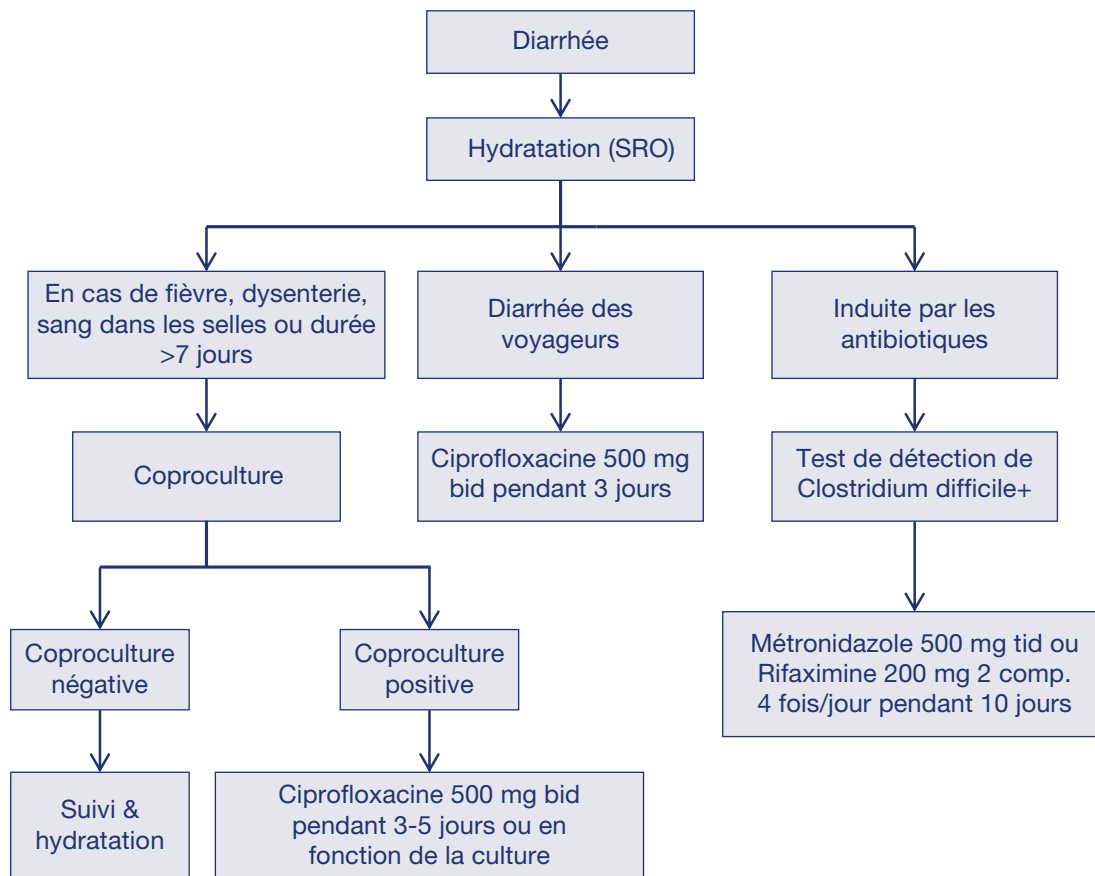
1. Prévention non pharmacologique : boire de l'eau propre ; éviter la viande crue, le lait non pasteurisé, les œufs crus, les salades ou les sandwiches à base de mayonnaise, les glaçons si la source d'eau est discutable et le contact de personnes malades.
2. Les indications d'une prophylaxie de la diarrhée des voyageurs comprennent :
 - a. Un voyage important vers une région endémique
 - b. Une maladie sous-jacente susceptible d'être aggravée par une diarrhée (par exemple, une insuffisance cardiaque congestive)
 - c. Une maladie sous-jacente susceptible de rendre les personnes plus sensibles à la diarrhée (par exemple, un traitement quotidien par les inhibiteurs de la pompe à protons), les personnes immunodéprimées
 - d. Des épisodes antérieurs de diarrhée des voyageurs suggérant une prédisposition personnelle croissante à la maladie
3. La prophylaxie pharmacologique de la diarrhée des voyageurs comprend :
 - a. Rifaximine 200 mg 1 ou 2 comprimés/jour avec les repas principaux (tant que le patient se trouve dans une zone à risque élevé)

b. Sous-salicylate de bismuth (si disponible, mais celui-ci présente des effets secondaires plus nombreux)

RÉFÉRENCES

1. DuPont H L. Clinical Practice: Bacterial Diarrhea. N Engl J Med 2009; 361(16):1560-1569.
2. Barr W, Smith A. Acute diarrhea. Am Fam Physician 2014; 89(3): 180- 189.
3. Abel C, Grimes J. 2012. Diarrhea, acute. In: Domino F J,ed. The 5 Minutes Clinical Consult 2012, 20th edition, Lippincott Williams and Wilkins.

ALGORITHME 14.1 : APPROCHE DE LA DIARRHÉE AIGUË



CHAPITRE 15.

ANXIÉTÉ

Issam Shaarani, MD

ÉPIDÉMIOLOGIE

1. Les troubles anxieux sont parmi les maladies psychiatriques les plus courantes.
2. Leur prévalence générale est estimée à 7.3% et ils sont habituellement sous-diagnostiqués.
3. La prévalence des troubles anxieux au cours de la vie au Liban atteint 16.7%.

DÉFINITION

1. L'anxiété se traduit par un sentiment de peur, d'inquiétude ou de nervosité.
2. Les troubles anxieux constituent un groupe de maladies psychiatriques ayant en commun la présence d'une anxiété comme symptôme principal.

CLASSIFICATION

1. Les troubles anxieux sont classés en trois groupes majeurs d'après la 5^{ème} édition du manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux (DSM-5) :
 - a. Troubles d'anxiété – par exemple, le trouble panique, le trouble d'anxiété généralisée (TAG) et le trouble d'anxiété sociale
 - b. Troubles obsessionnels-compulsifs et autres troubles pertinents
 - c. Troubles liés à un traumatisme et à des facteurs stressants – par exemple le trouble de stress post-traumatique (TSPT).

EVALUATION

1. Antécédents
 - a. Investiguer de façon approfondie les symptômes existants afin d'écarter d'autres causes médicales (c'est-à-dire à un patient présentant des palpitations, poser des questions concernant leur apparition, durée, association à l'effort, un évanouissement ou une syncope afin d'exclure une arythmie cardiaque)
 - b. Une question de dépistage pertinente pour tous les types d'anxiété est la suivante "seriez-vous une personne anxieuse ou nerveuse ?"
2. Examen physique
 - a. Entreprendre un examen de l'état mental (EEM) : évaluer l'aspect général, le comportement psychomoteur, l'humeur et l'affect, la parole, la cognition, les schémas de pensée et le niveau de conscience
 - b. Entreprendre un examen physique ciblé basé sur les symptômes présents (c'est-à-dire mesurer le pouls et examiner la thyroïde lorsqu'on soupçonne un trouble de la thyroïde, ausculter le cœur en recherchant un prolapsus de la valvule mitrale, procéder à un examen neurologique complet lorsqu'on soupçonne un trouble neurologique)
3. Tests diagnostiques
 - a. FSC, électrolytes, TSH, analyse d'urine et dépistage de drogues dans l'urine quand c'est indiqué sur le plan clinique
 - b. ECG en présence de symptômes cardiaques, en particulier chez les personnes avec des antécédents familiaux de maladies cardiaques
 - c. Une imagerie encéphalique et un EEG sont indiqués lorsqu'on suspecte une maladie neurologique sous-jacente telle une tumeur du cerveau ou une épilepsie.

DIAGNOSTIC

1. Les critères diagnostiques se basent sur DSM-5.
2. La perturbation ne doit pas être attribuable à une atteinte médicale sous-jacente ni justifiée par un autre trouble mental.

TROUBLE PANIQUE

- 1. Épisodes répétés de peur soudaine intense persistant pendant un mois.
- 2. Ils sont associés à au moins quatre des symptômes suivants : palpitations, tremblements, nausée, transpiration, douleur à la poitrine, étourdissement, engourdissement, bouffées de chaleur, déréalisation ou dépersonnalisation, peur de la mort et peur de devenir fou.
- 3. Au moins un épisode est suivi d'une peur de récurrence et d'un changement comportemental més-adapté.
- 4. Il est essentiel d'exclure certaines atteintes médicales sérieuses telles des arythmies, un infarctus du myo-carde, une hypoglycémie, une BPCO, des crises épileptiques, des accidents ischémiques transitoires ou d'autres affections basées sur les symptômes existants.

TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE (TAG)

- 1. Une inquiétude excessive difficile à maîtriser est pathognomonique de TAG.
- 2. Envisager une TAG si au moins trois des symptômes suivants sont présents : agitation, facilement fatigable, difficulté à se concentrer, irritabilité, tension musculaire, trouble du sommeil et éventuelles idées ou tentatives suicidaires.
- 3. Les symptômes doivent causer une détresse cliniquement significative ou une détérioration des aspects importants du fonctionnement.
- 4. GAD-7 est un outil de dépistage pouvant être utilisé aussi pour évaluer la gravité de TAG.

TABLEAU 15.1 : RÉSUMÉ DE L'ÉCHELLE GAD

Echelle d'anxiété GAD-7	Pas du tout	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
Au cours des deux dernières semaines, combien de fois avez-vous été gênés par les problèmes suivants ?				
1. Se sentir nerveux, anxieux ou tendu	0	1	2	3
2. Etre incapable de ne pas s'inquiéter ou de contrôler l'inquiétude	0	1	2	3
3. Etre excessivement inquiet sur différentes questions	0	1	2	3
4. Avoir de la difficulté à se relaxer	0	1	2	3
5. Etre tellement agité jusqu'à ne plus rester en place	0	1	2	3
6. Etre facilement ennuyé ou irritable	0	1	2	3
7. Se sentir effrayé comme si quelque chose d'horrible allait survenir	0	1	2	3

* Score : 5 à 9 = anxiété légère ; 10 à 14 = anxiété modérée ; 15 à 21 = anxiété sévère

TROUBLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE

- 1. Une peur prononcée d'une ou de plusieurs situations sociales, comme la rencontre de personnes inconnues ou prononcer un discours.
- 2. La peur d'agir d'une façon qui sera négativement évaluée, de là de telles situations suscitent presque toujours de l'anxiété et sont évitées par les patients.
- 3. L'anxiété est disproportionnée par rapport à la situation, persiste depuis 6 mois ou plus, et cause une grande détresse clinique.

TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF (TOC)

- 1. Les critères requis pour le diagnostic de TOC sont la présence d'obsessions, de compulsions ou des deux.
- 2. Les obsessions sont des pensées qui préoccupent le patient, comme le sentiment d'être contaminé au toucher d'une autre personne, la peur de commettre un péché religieux sans le savoir, un sentiment de gêne excessif à cause d'objets mal disposés.
- 3. Les compulsions se caractérisent par un comportement répétitif auquel les patients ne peuvent résister, comme la vérification incessante des serrures et des appareils, la disposition continue des objets de manière symétrique ou un lavage très fréquent des mains.
- 4. S'enquérir auprès du patient de la fréquence et de la durée de ces pensées ou actes et s'ils le gênent ou non.

TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (TSPT)

1. Les critères diagnostiques du TSPT sont les suivants :

- a. **L'exposition** à une menace de mort réelle, une blessure grave ou une agression sexuelle.
- b. La présence d'un ou de plusieurs **symptômes intrusifs récurrents**, qui se manifestent par des souvenirs envahissants, des cauchemars, des retours en arrière, une détresse psychologique ou physiologique intense en réponse à tous les signes ressemblant à l'évènement traumatisant.
- c. **Un évitement persistant des stimuli** associés à l'évènement, se manifestant par l'évitement des souvenirs troublants liés à l'évènement ou l'évitement des rappels externes (personnes, endroits) qui réveillent ces souvenirs.
- d. **Une altération de la cognition et de l'humeur** après l'évènement traumatisant, se manifestant par une incapacité à se souvenir des aspects de l'évènement, une mauvaise opinion persistante de soi, un auto-accablant, un état émotionnel négatif, un manque d'intérêt pour les activités, un sentiment de détachement des autres et une incapacité à ressentir des émotions positives.
- e. **Une altération de l'excitation et de la réactivité** après l'évènement, se manifestant par un comportement irritable, un comportement autodestructif, une hypervigilance, une réaction de surprise exagérée, des problèmes de concentration ou des troubles du sommeil.

2. La durée des perturbations susmentionnées doit être **plus de 1 mois**.

PRISE EN CHARGE

TROUBLE PANIQUE

1. Réassurer le patient et lui apprendre à respirer lentement en cas d'hyperventilation

- a. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRSs) constituent le traitement de première intention. Initier la fluoxétine (l'ISRS disponible dans les centres de soins de santé primaire du réseau du ministère de la santé) avec une dose de départ de 10 mg par voie orale une fois par jour, puis augmenter selon les besoins de 10 mg/jour toutes les 4 semaines jusqu'à atteindre une dose maximale de 60 mg par jour.

2. Les benzodiazépines sont indiquées comme traitement d'appoint pour contrôler les symptômes durant les épisodes aigus en attendant que les ISRSs commencent à faire leur effet (au moins deux semaines).

- a. Alprazolam 0.25 mg par voie orale quatre fois par jour est une bonne dose de départ. La dose quotidienne maximale est de 6 mg. Réduire progressivement pour l'arrêter.

3. Une thérapie cognitivo-comportementale s'est avérée également bénéfique comme traitement d'appoint ; elle est particulièrement nécessaire à l'arrêt des benzodiazépines.

4. Les antidépresseurs tricycliques (ATCs) sont également efficaces dans le trouble panique, mais ils sont moins tolérés que les ISRSs.

TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE (TAG)

1. Les ISRSs (notamment escitalopram et paroxétine) et les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSs) (comme venlafaxine et duloxétine) constituent le traitement de première intention. Des doses élevées sont habituellement requises.

2. On peut prescrire aussi des benzodiazépines en combinaison avec les ISRS/IRSs à l'initiation du traitement afin de réduire les éventuels effets secondaires des ISRS/IRSs.

3. Une thérapie cognitivo-comportementale peut également être initiée comme traitement d'appoint si le traitement pharmacologique seul échoue. Elle est essentiellement axée sur l'entraînement des patients à gérer leurs inquiétudes et les facteurs stressants moyennant différents mécanismes d'adaptation.

TROUBLE D'ANXIÉTÉ SOCIALE

1. Une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou une pharmacothérapie est utile comme traitement de première intention.

2. Une TCC doit se poursuivre pendant au moins 12 semaines, et il vaut mieux qu'elle soit faite par un psychothérapeute.

3. Les ISRSs (notamment sertraline, paroxétine, escitalopram) et les IRSs (venlafaxine) constituent la pharmacothérapie de première intention. La Fluoxétine peut aussi être utilisée comme deuxième choix.

4. Les benzodiazépines sont utiles dans les cas sévères ou chez les patients intolérants aux ISRSs, mais leur utilisation doit être surveillée et est préférable pendant de courtes périodes.

TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF (TOC)

- 1. Une TCC ou une pharmacothérapie constitue le traitement de première intention.
- 2. Il faut combiner les deux modalités s’il n’y a pas d’amélioration.
- 3. Une TCC est axée sur l’exposition et la prévention de la réponse.
- 4. Les ISRSs constituent la pharmacothérapie de première intention, notamment fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine et sertraline.

TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (TSPT)

- 1. Des symptômes légers à modérés persistant moins de 3 mois nécessitent une attente vigilante et un suivi dans un mois.
- 2. Des symptômes sévères ou persistant au-delà de 3 mois nécessitent l’initiation d’une thérapie cognitivo-comportementale axée sur les traumatismes. Une pharmacothérapie est initiée comme traitement d’appoint dans le cas de symptômes persistant plus de 3 mois.
- 3. Les ISRSs ou IRSNs peuvent être utilisés, notamment paroxétine, fluoxétine et venlafaxine.

TABLEAU 15.2 : DOSE DE FLUOXÉTINE POUR DIVERS TYPES DE TROUBLES ANXIEUX

Trouble	TOC	Trouble panique	Trouble d’anxiété sociale	TSPT
Dose quotidienne recommandée de Fluoxétine	20-60 mg (max 80 mg/jour)	20-60 mg	40 mg	20-40 mg

RÉFÉRENCES

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).

2. Baxter AJ, Scott KM, Vos T, Whiteford HA. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. Psychol Med 2013 May;43(5):897-910.

3. Fenske JN, Schwenk TL. Obsessive compulsive disorder: diagnosis and management. Am Fam Physician 2009 Aug 1;80(3):239-45.

4. Herr NR, Williams JW, Jr., Benjamin S, McDuffie J. Does this patient have generalized anxiety or panic disorder?: The Rational Clinical Examination systematic review. JAMA 2014 Jul 2;312(1):78-84.

5. Jonas DE, Cusack K, Forneris CA, et al. Psychological and pharmacological treatments for adults with posttraumatic stress disorder (PTSD). Comparative effectiveness review No. 92. AHRQ publication no. 13-EHC011-EF. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013

6. Lowe B, Decker O, Muller S, Brahler E, Schellberg D, Herzog W, et al. Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. Med Care 2008 Mar;46(3):266-74.

7. Swain J, Hancock K, Hainsworth C, Bowman J. Acceptance and commitment therapy in the treatment of anxiety: a systematic review. Clin Psychol Rev 2013 Dec;33(8):965-78.

8. Wexler RK, Pleister A, Raman S. Outpatient approach to palpitations. Am Fam Physician 2011 Jul 1;84(1):63-9.

9. Roy-Byrne PP, Wagner AW, Schraufnagel TJ. Understanding and treating panic disorder in the primary care setting. J Clin Psychiatry. 2005;66:16-22

10. Kavan MG, Elsasser G, Barone EJ. Generalized anxiety disorder: practical assessment and management. Am Fam Physician 2009 May 1;79(9):785-91.

CHAPITRE 16.

DÉPRESSION

Edwina Zoghbi, OMS

EPIDÉMIOLOGIE

1. Au Liban, la dépression majeure est un trouble mental courant avec une prévalence au cours de la vie de 9.9%.
2. La dépression unipolaire est prévue devenir en 2020 la seconde cause de fardeau imposé au système de santé dans le monde, responsable de 5.7% d'années de vie ajustées sur l'incapacité AVAIs (Disability Adjusted Life Years).

DÉFINITION

1. C'est un trouble mental courant se caractérisant par une humeur déprimée, une perte d'intérêt ou de plaisir, un manque d'énergie, une tristesse, un sentiment de culpabilité ou de basse estime de soi, un trouble du sommeil, un manque d'appétit, un sentiment de fatigue et une mauvaise concentration.
2. La dépression est souvent accompagnée de symptômes d'anxiété.

SYMPTÔMES DE LA DÉPRESSION UNIPOLAIRE

1. Symptômes principaux
 - a. Humeur déprimée
 - b. Perte d'intérêt et de plaisir
 - c. Manque d'énergie occasionnant une activité réduite.
2. Autres symptômes de la dépression
 - a. Sentiments persistants de tristesse, d'anxiété ou de "vide"
 - b. Sentiments de désespoir ou pessimisme
 - c. Sentiments de culpabilité, de dévalorisation ou d'impuissance
 - d. Irritabilité, agitation
 - e. Perte d'intérêt pour les activités ou les loisirs qui procuraient auparavant du plaisir, y compris l'activité sexuelle
 - f. Fatigue et manque d'énergie
 - g. Difficulté à se concentrer, à se souvenir des détails et à prendre des décisions
 - h. Insomnie, réveil très matinal ou excès de sommeil
 - i. Hyperphagie ou perte d'appétit
 - j. Idées ou tentatives suicidaires
 - k. Douleurs, céphalées, crampes ou troubles digestifs qui ne sont pas soulagés même avec un traitement

DIAGNOSTIC DE LA DÉPRESSION MODÉRÉE À SÉVÈRE

Il se base sur la présence concomitante de ce qui suit :

1. Présence pendant **au moins 2 semaines d'au moins 2 symptômes principaux de dépression**
2. Présence pendant **au moins 2 semaines d'au moins 3 autres caractéristiques des symptômes dépressifs**
3. Difficultés à accomplir le travail habituel, les activités scolaires, domestiques ou sociales
 - a. Catégories d'un épisode dépressif unique
 1. Léger : si la personne a certaines difficultés à poursuivre son travail ordinaire et ses activités sociales, mais probablement elle n'arrêtera pas de fonctionner complètement.
 2. Modéré à sévère : lorsque la personne est incapable de poursuivre ses activités sociales, professionnelles ou domestiques.
4. Absence de deuil récent ou d'autre perte majeure au cours des 2 derniers mois.

EVALUATION D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF

1. Evaluer le risque de suicide/autoagression.
2. S'enquérir au sujet d'un trouble lié à l'abus d'alcool ou de drogues.

3. Vérifier la présence d'une pathologie concomittante: hypothyroïdie, anémie, tumeurs, accident vasculaire cérébral, hypertension, diabète, VIH/SIDA, obésité ou consommation de médicaments.
4. Pour les femmes en âge de procréer, vérifier un état de grossesse ou d'allaitement.
5. **Evaluer systématiquement la présence d'une bipolarité** : s'enquérir des symptômes maniaques tels une humeur extrêmement élevée, expansive ou irritable, une augmentation de l'activité et une grande loquacité, une fuite des idées, un besoin de sommeil extrêmement amoindri, des idées de grandeur, une extrême distractibilité ou un comportement imprudent. Envoyer le patient chez un psychiatre lorsqu'une dépression bipolaire est très probable, c'est-à-dire si la personne présente
 - a. 3 symptômes maniaques ou plus durant au moins 1 semaine
 - OU**
 - b. Un diagnostic établi antérieurement de trouble bipolaire.

TRAITEMENT

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

1. Durée des symptômes pendant au moins 6 mois.
2. Informer le patient que l'effet du traitement commence dans 1 à 2 semaines, l'effet maximal étant généralement atteint en 2 mois pour obtenir une rémission. Toute augmentation de la dose ne sera pas faite généralement avant un intervalle de 2 semaines en cas de réponse insuffisante ou nulle, et la dose efficace sera maintenue pendant une période de maintien d'au moins 4 mois.
3. Médicaments utilisés :
 - a. **Fluoxétine** initialement 10 mg/jour le matin, augmenter dans 1 semaine à 20 mg/jour, dose maximale 60 mg/jour (ou un autre inhibiteur de la recapture de la sérotonine (ISRS ou IRSN)).
 - b. **Amitriptyline** initialement 75 mg/jour en doses fractionnées ou 50-75 mg/jour au moment de se coucher (ou autres ATCs).
4. Utilisation des antidépresseurs chez des populations spéciales
 - a. *Personnes avec des idées, des projets ou des actes autoagressifs ou suicidaires*
 1. Les ISRSs sont privilégiés
 2. Surveiller de façon fréquente (par exemple, au moins une fois par semaine)
 3. Pour éviter les overdoses chez les personnes à risque imminent d'autoagression/suicide, s'assurer que de telles personnes ont accès à une quantité limitée d'antidépresseurs uniquement (par exemple, les munir à chaque fois d'une quantité suffisant pour une semaine)
 - b. *Personnes âgées*
 1. Les ISRSs sont privilégiés
 2. Les ATCs doivent être évités, si possible. Surveiller leurs effets secondaires quand prescrits.
 3. Envisager le risque accru d'interactions médicamenteuses et prévoir plus de temps pour obtenir une réponse (il faut laisser passer un minimum de 6 à 12 semaines avant de considérer que le médicament est inefficace et 12 semaines si on a obtenu une réponse partielle pendant cette période).
 - c. *Personnes atteintes de maladies cardiovasculaires*
 1. Les ISRSs sont privilégiés.
 2. NE PAS prescrire d'ATCs aux personnes qui risquent de développer des arythmies cardiaques graves ou présentant un infarctus du myocarde récent.

TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE

1. Psychoéducation

- a. La dépression est un problème très courant pouvant toucher n'importe qui
- b. Les personnes déprimées ont tendance à avoir des opinions négatives peu réalistes sur elles-mêmes, leur vie et leur avenir
- c. Un traitement efficace est possible. Il faudra prévoir au moins quelques semaines pour que le traitement commence à atténuer la dépression. L'observance de tout traitement prescrit est importante
- d. Il est important de souligner les points suivants :
 - Poursuivre, dans la mesure du possible, les activités que l'on trouvait habituellement intéressantes ou plaisantes, que ces activités apparaissent aujourd'hui intéressantes ou plaisantes ou non
 - S'efforcer de maintenir un cycle de sommeil régulier (c'est-à-dire se coucher à la même heure chaque nuit, avoir la même quantité de sommeil qu'auparavant, éviter de trop dormir)
 - Bénéfice de pratiquer, autant que possible, une activité physique régulière
 - Bénéfice d'avoir, dans la mesure du possible, une activité sociale régulière, notamment la participation aux activités sociales collectives

- Reconnaître des idées d'autoagression ou de suicide et demander de l'aide lorsqu'elles surviennent
- Importance de continuer à demander de l'aide pour des problèmes de santé physique (notamment chez les personnes âgées)

2. Faire face aux stressors psychosociaux actuels

- Offrir au patient la possibilité de parler des stressors psychosociaux actuels dans un espace privé
- Evaluer et prendre en charge toute situation de maltraitance, d'abus (par exemple, une violence domestique) et de négligence (par exemple, enfants ou personnes âgées)
- Identifier les membres de la famille qui apportent un soutien et les impliquer autant que possible et qu'il convient

3. Réactiver les réseaux sociaux

- Identifier les activités sociales antérieurement pratiquées par la personne qui, si elles étaient reprises, pourraient fournir un soutien psychosocial direct ou indirect (par exemple, réunions familiales, sorties avec des amis, visites aux voisins, activités sociales sur le lieu de travail, sport et activités communautaires)
- Encourager le patient à reprendre ses activités sociales antérieures dans la mesure du possible

4. Programme d'activité physique structuré

- Durée modérée (par exemple, 45 minutes) 3 fois par semaine
- Examiner avec la personne quel type d'activité physique lui semble plus attrayant, et la soutenir dans l'augmentation progressive de la quantité d'activité physique, en commençant par exemple avec 5 minutes d'activité physique et en augmentant la fréquence comme toléré

PRÉVENTION DE LA DÉPRESSION

- Il est possible de réduire d'environ 25% l'incidence de nouveaux épisodes de troubles dépressifs majeurs moyennant
 - Une activité physique
 - Une alimentation saine
 - Une gestion du stress
 - Le soutien social de la famille et des amis

RÉFÉRENCES

- Cuijpers, P., Beekman, A.T.F., Reynolds, C.F. 2012. Preventing depression: A global priority. JAMA 307(10): 1033–1034.
- Karam, E.G., Mneimneh, Z.N., Dimassi, H., Fayyad, J.A., Karam, A.N., Nasser, S.C., Chatterji, S., and Kessler, R.C. 2008. Lifetime Prevalence of Mental Disorders in Lebanon: First Onset, Treatment, and Exposure to War. PLoS Med, 5(4): e61.
- National Institute of Mental Health (NIMH). 2011. Depression. Accessed online on November 7, 2014 from http://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression/depression-booklet_34625.pdf
- WHO. 2014. Depression. Accessed online on November 3, 2014 from <http://www.who.int/topics/depression/en/>
- WHO. 2012. Depression fact sheet N°369. Accessed online on November 3, 2014 from <http://www.who.int/mediacentre/fact-sheets/fs369/en/>
- WHO. 2004. Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options. Accessed online on November 3, 2014 from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43027/1/924159215X_eng.pdf?ua=1

CHAPITRE 17.

TROUBLES PSYCHOSOMATIQUES

Joumana Zeineddine, MD

I. TROUBLE DES SYMPTÔMES SOMATIQUES

EPIDÉMIOLOGIE

1. La prévalence du trouble des symptômes somatiques dans la population adulte générale atteint environ 5% à 7%. Sa prévalence chez les femmes est supérieure.

DÉFINITION

1. Il se définit par une prépondérance des symptômes somatiques associée à une détresse et une altération significatives.

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DSM-5

1. **Critère A:** Un ou plusieurs symptômes somatiques causant une détresse ou occasionnant une altération significative de la vie quotidienne.
2. **Critère B:** Des pensées, des sentiments ou des comportements excessifs relatifs aux symptômes somatiques ou à des problèmes de santé associés se manifestant par au moins un des points suivants:
 - a. Des pensées disproportionnelles et persistantes concernant la gravité des symptômes de la personne.
 - b. Un niveau d'anxiété constamment élevé en ce qui concerne la santé ou les symptômes.
 - c. Un temps et une énergie excessifs consacrés à ces symptômes ou problèmes de santé.
3. **Critère C:** Bien que tout symptôme somatique puisse ne pas exister en permanence, l'état symptomatique est persistant (typiquement plus de 6 mois).

CLASSIFICATION

1. **Léger :** uniquement un des symptômes spécifiés dans le critère B est vérifié.
2. **Modéré :** deux symptômes ou plus parmi ceux spécifiés dans le critère B sont vérifiés.
3. **Sévère :** deux symptômes ou plus parmi ceux spécifiés dans le critère B sont vérifiés, en plus de l'existence de plusieurs plaintes somatiques (ou d'un symptôme somatique très sévère).

FACTEURS DE RISQUE ET PRONOSTIC

- 1- Caractéristiques démographiques (sexe féminin, âge avancé, niveau éducatif moindre, statut socioéconomique inférieur, chômage)
- 2- Antécédents établis d'abus sexuel, d'autres difficultés de l'enfance ou d'événements stressants passés de la vie
- 3- Maladie physique chronique ou trouble psychiatrique concurrent (anxiété, dépression)
- 4- Stress social
- 5- Facteurs sociaux y contribuant tels que prestations maladie
- 6- Facteurs cognitifs (sensibilisation à la douleur, attention accrue aux sensations corporelles, etc.)

COMORBIDITÉ

- 1- Troubles médicaux.
- 2- Dépression et troubles anxieux.
- 3- Abus d'alcool et de drogues.

EXAMEN PHYSIQUE

1. Il faut entreprendre un examen physique complet afin d'exclure les causes physiques des plaintes somatiques du patient. Il serait utile d'explorer en détail certains systèmes spécifiques (par exemple, neurologique) en fonction de la plainte particulière.
2. Un patient présentant un trouble des symptômes somatiques affiche habituellement un examen physique normal.

II. TROUBLE DE L'ANXIÉTÉ LIÉE AUX MALADIES

DÉFINITION

- 1- Sensations corporelles intensifiées en présence ou non d'une pathologie.
- 2- Anxiété intense au sujet d'une éventuelle maladie non diagnostiquée (les patients ne sont pas facilement réassurés).

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

1. Une préoccupation concernant le fait d'être atteint ou de contracter une maladie grave.
2. Les symptômes somatiques n'existent pas ou, si présents, sont uniquement d'intensité légère. Si un autre état pathologique est présent ou si le patient risque fort de développer un état pathologique (par exemple, présence d'antécédents familiaux importants), la préoccupation est clairement excessive ou disproportionnée.
3. Le niveau d'anxiété concernant la santé est élevé et la personne est facilement alarmée sur son état de santé personnel.
4. La personne affiche des comportements excessifs liés à la santé (par exemple, elle vérifie incessamment son corps à la recherche de signes de maladie) ou présente un évitement mésadapté (par exemple, elle évite les rendez-vous avec les médecins ainsi que les hôpitaux).
5. La préoccupation concernant la maladie dure depuis au moins 6 mois, mais la maladie spécifique redoutée peut changer durant cette période de temps.
6. La préoccupation concernant la maladie n'est pas mieux justifiée par un autre trouble mental, tel un trouble des symptômes somatiques, un trouble panique, un trouble d'anxiété généralisée, une dysmorphophobie, un trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble délirant, de type somatique.

PRISE EN CHARGE DU TROUBLE DES SYMPTÔMES SOMATIQUES ET DU TROUBLE DE L'ANXIÉTÉ LIÉE AUX MALADIES

1. Les étapes initiales du traitement de ces patients consistent à envisager la possibilité du trouble et à en discuter avec le patient au début du bilan.
2. La prise en charge du patient présente quatre composantes majeures :
 - a. L'éducation du patient
 - Comme pour toute pathologie, expliquer au patient le trouble en lui donnant des informations sur l'étiologie, l'épidémiologie et le traitement.
 - Expliquer au patient que les symptômes physiques peuvent être exacerbés par l'anxiété ou d'autres problèmes émotionnels.
 - Réassurer le patient que les pathologies graves ont été exclues.
 - Etablir clairement l'objectif du traitement comme étant une amélioration fonctionnelle (axer le traitement sur la fonction, et non sur les symptômes, et sur la prise en charge du trouble, et non sur le remède).
 - Aborder les modifications du mode de vie et la réduction du stress, et impliquer la famille du patient si c'est adéquat et possible.
 - b. Des relations solides entre le patient et le médecin de premier recours :
 - Reconnaître les symptômes et les valider.
 - Accepter le fait que les patients sont susceptibles de présenter des symptômes physiques pénibles réels ainsi que des atteintes médicales avec un trouble psychiatrique coexistant sans que ces symptômes ne soient ni feints ni simulés.
 - Démontrer au patient un niveau élevé d'empathie durant toutes les rencontres et éviter la confrontation.
 - Etablir avec le patient une alliance de collaboration thérapeutique.
 - Éviter les tests médicaux inutiles et les envois injustifiés chez les spécialistes, et faire preuve de

- vigilance en investiguant de nouveaux symptômes avec de nouveaux tests et envois chez les spécialistes.
- Programmer des visites de suivi courtes et régulières au cabinet avec le patient (cinq minutes par mois seraient suffisantes) pour lui offrir attention et réassurance tout en limitant les appels téléphoniques fréquents et les visites “urgentes”.
- c. Les interventions psychosociales :
 - Une thérapie cognitivo-comportementale s’est avérée être un traitement efficace.
 - D’autres psychothérapies moins efficaces comprennent une thérapie familiale, une psychoéducation, une thérapie de soutien, la gestion du stress et une psychothérapie psychodynamique.
 - Toutes les thérapies peuvent être fournies à titre individuel ou en groupe, et dans un établissement de soins primaires ou psychiatrique.
- d. La pharmacothérapie :
 - Traiter les comorbidités psychiatriques, le cas échéant.
 - Evaluer et traiter une atteinte médicale diagnostiquable.
 - Collaborer avec les professionnels de la santé mentale selon les besoins pour établir le diagnostic initial et fournir le traitement.
 - Prescrire des antidépresseurs, tels un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine ou un antidépresseur tricyclique, uniquement après avoir tenté toutes les étapes susmentionnées.
- 3. Les membres de la famille ne doivent pas devenir préoccupés par les symptômes physiques du patient ni par les soins médicaux. Les membres de la famille doivent encourager le patient à rapporter ses symptômes à son médecin de premier recours.

III. FIBROMYALGIE

ÉPIDÉMIOLOGIE

1. Prévalence : 2-4%
2. Maladie des femmes adultes : 20-50 ans
3. Femmes/Hommes = 10/1
4. Facteurs associés : sexe féminin, divorcée, n’ayant pas terminé l’école secondaire, faibles revenus, trouble somatique, anxiété et antécédents personnels ou familiaux de dépression.

ANTÉCÉDENTS

- 1- Présence de douleur musculo-squelettique décrite par des sensations de brûlure, de raideur de tension et d’endolorissement.
- 2- Plusieurs sites de douleur.
- 3- Insomnie.
- 4- Fatigue.
- 5- Céphalées.
- 6- Problèmes de mémoire, pauvreté du vocabulaire.
- 7- Sentiment subjectif d’articulations enflées.
- 8- Paresthésies sans conclusions objectives.
- 9- Exacerbation des symptômes par le froid et l’anxiété.
- 10- S’enquérir des symptômes de dépression et d’anxiété.
- 11- S’enquérir des comorbidités (troubles du sommeil, anxiété, dépression, migraine/céphalée de tension, syndrome du côlon irritable, syndrome prémenstruel/dysménorrhée, syndrome des jambes sans repos, douleur de l’articulation temporo-mandibulaire).
- 12- S’enquérir des antécédents familiaux de fibromyalgie.
- 13- Symptômes d’autres maladies causant une douleur articulaire (voir le diagnostic différentiel ci-dessous).

EXAMEN PHYSIQUE

1. Entreprendre un examen neurologique et musculo-squelettique complet
2. Palper les 18 sites de points sensibles (figure 17.III.1) :
 - a. Facultatif
 - b. Utiliser le pouce de la main dominante ; appliquer une force équivalente à 4 kgs au site des points sensibles (ceci doit juste blanchir l’ongle du pouce de l’examineur)

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- 1-Syndrome myofascial douloureux (zones sensibles douloureuses dans les muscles, sans manifestations systémiques, muscles axiaux affectés, présence de points déclencheurs à l'examen physique).
- 2-Syndrome de fatigue chronique (fièvre légère, gonflement des ganglions lymphatiques, apparition soudaine de la maladie).
- 3-Hypothyroïdie.
- 4-Myopathies métaboliques et inflammatoires (faiblesse proximale++).
- 5-Polymyalgie rhumatismale (douleur et raideur affectant les arrière-bras, le cou, les fesses et les cuisses, et étant très sévères le matin), et autres maladies rhumatismales (présence d'articulations rouges enflées, raideur matinale > 30 min).
- 6-Médicaments (statines).

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

- 1-Critères diagnostiques préliminaires de l'ACR (American College of Rheumatology 2010) :
 - a. Un index de douleurs généralisées (WPI) ≥ 7 et une échelle de sévérité des symptômes (SS) ≥ 5 ou WPI 3-6 et SS ≥ 9 . (Se référer aux tableaux 17.III.1 et 17.III.2 ci-après pour retrouver une explication de WPI et SS)
 - b. Les symptômes sont présents à un niveau semblable pendant 3 mois au moins
 - c. Le patient n'est pas atteint d'un trouble qui justifie la douleur.

TESTS DE LABORATOIRE

Le diagnostic est clinique. Les tests de laboratoire sont demandés au cas où tout élément du diagnostic différentiel est soupçonné d'après les antécédents et l'examen physique.

PRISE EN CHARGE

1. C'est une approche clinique multidisciplinaire comprenant l'éducation, les stratégies cognitivo-comportementales, l'entraînement physique et les médicaments.
2. Il faut offrir des mesures non pharmacologiques à tous les patients. Nombreux sont les patients qui réagissent adéquatement aux mesures non pharmacologiques seulement ; de telles réponses sont plus courantes parmi les patients consultant à l'origine les médecins de premier recours.
3. Exercice : son but principal est de maintenir le fonctionnement du patient durant l'exercice de ses activités quotidiennes. Il doit être multidimensionnel : force, conditionnement aérobie (endurance), flexibilité et équilibre.
4. Thérapie cognitivo-comportementale.
5. Pharmacothérapie :
 - a. Amitriptyline : commencer avec 10 mg, augmenter de 5 mg toutes les 2 semaines, dose cible : 25-50 mg
 - b. Duloxétine : commencer avec 30 mg, dose cible : 60-120 mg
 - c. Prégabaline : commencer avec 25-50 mg, dose cible : 300-450 mg
 - d. Fluoxétine : commencer avec 20 mg, dose cible : 20-80 mg

EDUCATION DU PATIENT

1. Comme pour toute pathologie, expliquer le trouble au patient en lui donnant des informations sur l'étiologie, l'épidémiologie et le traitement.
2. Rassurer le patient que les pathologies graves ont été exclues.
3. Rassurer le patient que la maladie n'évoluera pas avec le temps et n'entraînera ni paralysie ni déformation articulaire.
4. Etablir clairement l'objectif du traitement comme étant une amélioration fonctionnelle (axer le traitement sur la fonction, et non sur les symptômes, et sur la prise en charge du trouble, et non sur le remède).
5. Aborder les modifications du mode de vie et la réduction du stress, et impliquer la famille du patient si c'est adéquat et possible.

FIGURE 17.III.1 : RÉSUMÉ DES POINTS DOULOUREUX

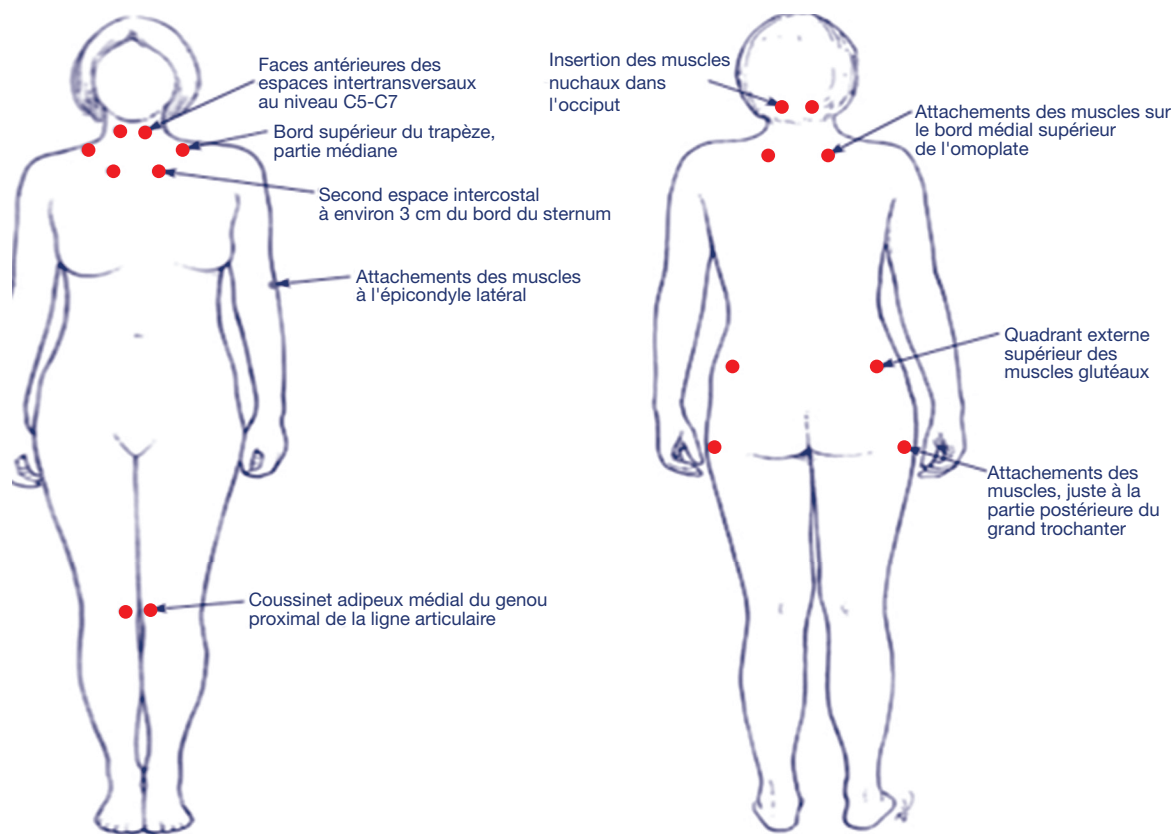


TABLEAU 17.III.1 : RÉSUMÉ DE WPI

WPI : Zones où la douleur a été ressentie par le patient au cours de la semaine passée. Un point pour chaque élément. Score entre 0 et 19			
Cou		Abdomen	
Mâchoire gauche		Haut du dos	
Mâchoire droite		Bas du dos	
Ceinture scapulaire gauche		Hanche (fesses, trochanter) gauche	
Ceinture scapulaire droite		Hanche (fesses, trochanter) droite	
Arrière-bras gauche		Cuisse gauche	
Arrière-bras droit		Cuisse droite	
Avant-bras gauche		Jambe gauche	
Avant-bras droit		Jambe droite	
Poitrine		Total	

TABEAU 17.III.2 : RÉSUMÉ DE SS

<ul style="list-style-type: none">• Sévérité de chacun des 3 symptômes: Fatigue - Sommeil non réparateur - Symptômes cognitifs<ul style="list-style-type: none">‣ (0 = pas de problème, 1 = problèmes peu importants ou bénins, généralement légers ou intermittents, 2 = problèmes modérés, considérables, souvent présents et/ou à un niveau moyen, 3 = problèmes graves : omniprésents, continus, préoccupants)
<ul style="list-style-type: none">• Ampleur ou sévérité des symptômes somatiques<ul style="list-style-type: none">‣ (0 = pas de symptômes, 1 = quelques symptômes, 2 = un nombre modéré de symptômes, 3 = un nombre important de symptômes)‣ Symptômes somatiques : douleur musculaire, syndrome du côlon irritable, fatigue/épuisement, problème de mémoire ou de la pensée, faiblesse musculaire, céphalée, douleurs/crampes dans l’abdomen, engourdissement/picotements, étourdissement, insomnie, dépression, constipation, douleur dans l’abdomen supérieur, nausée, nervosité, douleur thoracique, vision floue, fièvre, diarrhée, sécheresse buccale, démangeaisons, respiration sifflante, phénomène de Raynaud, urticaire/boursouflures, bourdonnement dans les oreilles, vomissement, brûlures d’estomac, ulcères buccaux, perte/changement de goût, crises d’épilepsie, sécheresse aux yeux, essoufflement, perte d’appétit, éruption, sensibilité au soleil, problèmes auditifs, tendance aux ecchymoses, chute des cheveux, miction fréquente, miction douloureuse et spasmes de la vessie.
<ul style="list-style-type: none">• Le score de l’échelle SS est la somme de la sévérité des 3 symptômes en plus de l’ampleur (sévérité) des symptômes somatiques en général. Le score final est compris entre 0 et 12.

RÉFÉRENCES

1. Chakrabarty S, Zoorob R. Fibromyalgia. Am Fam Physician 2007; 76: 247-254.

2. Goldenberg D, Shur P, Romain P. Initial treatment of fibromyalgia in adults Fibromyalgia. UpToDate 2014.

3. American college of rheumatology site: https://www.rheumatology.org/Practice/Clinical/Patients/Diseases_And_Conditions/Fibromyalgia/. Accessed online on October 2014

4. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition DSM-5

5. Oliver O. Somatoform disorders. Am Fam Physician 2007; 76 (9):1333-1338.

6. S, Gordon L. the patient with excessive worry. Am Fam Physician 2006; 73(6):1049-1056.

7. Xion G, Bourgeois J, et al. Hypochondriasis. Medscape 2013

CHAPITRE 18.

INFECTIONS CUTANÉES COURANTES CHEZ LES ADULTES

Wissam Chalhoub, MD; Najla Lakkis, MD

I. INFECTIONS BACTÉRIENNES COURANTES DE LA PEAU ET DES TISSUS MOUS

A- INFECTIONS PURULENTES DE LA PEAU ET DES TISSUS MOUS

	Description	Distribution et Pathogènes
Folliculite	Infection superficielle des follicules pileux, généralement asymptomatique.	-Ils sont courants sur les zones du corps associées à une friction et une transpiration abondante (barbe, partie arrière du cou, cuir chevelu dans la région occipitale, aisselles, seins et cuisses). -Pathogènes : habituellement Staphylococcus Aureus, Pseudomonas aeruginosa dans les cuves thermales ou les piscines.
Furoncle	Infection profonde douloureuse des follicules pileux s'étendant au tissu sous-cutané.	
Anthrax	Agglomération de furoncles/nodules interconnectés (c'est-à-dire plus grands et plus profonds). Accompagné parfois d'une fièvre et d'une adénopathie régionale.	
Abcès	Accumulation douloureuse de pus à l'intérieur du derme (c'est-à-dire plus profond qu'un furoncle).	Polymicrobien, généralement dans la flore cutanée (staphylocoque et streptocoque).

B- INFECTIONS NON PURULENTES DE LA PEAU ET DES TISSUS MOUS

	Description	Distribution et Pathogènes
Cellulite	Infection profonde de la peau s'étendant aux tissus sous-cutanés. Peau très rouge ; plaque sensible, chaude/tiède, érythémateuse et œdémateuse qui n'est pas bien délimitée s'étendant rapidement.	Pathogènes : streptocoque sans formation d'abcès ; staphylocoque en présence d'abcès.
Erysipèle	Plaque douloureuse bien délimitée .	- Il est plus courant chez les extrêmes d'âge (les très jeunes ou les vieux) - Il atteint le visage ou les jambes. - Pathogène : streptocoque β -hémolytique du groupe A.
Impétigo et Ecthyma	L'impétigo est une infection superficielle très contagieuse de la peau (c'est-à-dire qu'elle se situe dans l'épiderme) : exsudats croûteux couleur miel avec des pustules ou des vésicules flasques. Habituellement non bulleux chez les adultes.	- Il est rare chez les adultes ; il est associé à une mauvaise hygiène, des températures humides ou chaudes. - Il atteint le visage (autour du nez et de la bouche), les extrémités ou le cuir chevelu (par exemple, après un traumatisme ou des démangeaisons). - Pathogènes : Staphylococci aureus et occasionnellement Streptococcus pyogenes.

Erythrasma	<ul style="list-style-type: none"> -Infection des couches superficielles de la peau : taches brunes ou roses de forme irrégulière, légère desquamation. - Desquamation, fissuration et rupture de la peau pouvant survenir entre le 4ème et le 5ème orteil. - A la différence d'une infection fongique, dans un érythrasma, <i>Corynebacterium</i> rougeoit rouge corail sous une lumière ultraviolette 	<ul style="list-style-type: none"> - Surtout chez les adultes atteints de diabète, les obèses ou les personnes vivant sous les tropiques. - Zones affectées : pieds, aine (chez les hommes), aisselles, plis cutanés au-dessous des seins ou de l'abdomen, et la zone entre l'orifice du vagin et l'anus (périnée). - Pathogène : <i>Corynebacterium minutissimum</i>
* Symptômes constitutionnels (fièvre et frissons, tachycardie, hypotension ± confusion)		
		
Folliculite	Furoncle	Anthrax
		
Cellulite	Erysipèle	Impétigo

PRISE EN CHARGE

- Prescrire des antibiotiques topiques en cas d'infections cutanées limitées
 - Nettoyer avec un savon antibactérien (par exemple, Clorhexidine) ou savon + eau et sécher, puis appliquer
 - La Clindamycine à 1% ou l'Erythromycine à 2%, 2 à 3 fois par jour pendant 7 à 10 jours, avec une folliculite et un érythrasma limités
 - Un onguent à la Mupirocine à 2%, 2 à 3 fois par jour pendant 7 à 10 jours, avec un impétigo limité (< 3 lésions non ulcérées dans une région)
- Appliquer des compresses chaudes 3 à 4 fois par jour pendant 15 à 20 minutes pour la cellulite, l'érysipèle, ainsi que les petits furoncles, l'anthrax et les abcès non fluctuants.
- Pratiquer une incision et un drainage des grands furoncles, de l'anthrax ou des abcès fluctuants. Ce traitement est curatif dans la plupart des cas.
- Une coloration de Gram et une culture sont uniquement recommandées en cas d'anthrax, d'abcès et d'impétigo/ecthyma mais un traitement empirique est raisonnable dans les cas typiques.
- Repos et élévation du membre/zone affectée par une cellulite ou un érysipèle afin de réduire l'enflure et la douleur et d'accélérer la guérison.
- Marquer les bords de l'infection peut aider à identifier la propagation/résolution.
- Initier un traitement antimicrobien empirique pour les IPTMs (Infections bactériennes de la peau et des tissus mous) non compliquées (Tableaux 18.I.1 et 18.I.2).
- Traiter une maladie cutanée préexistante (par exemple, eczéma, dermatite, herpès, varicelle, poux, gale et teigne). D'où, il est important de vérifier la voie d'entrée, par exemple les espaces interdigitaux des orteils, et de traiter en conséquence.

TABLEAU 18.I.1 : GUIDE DES ANTIBIOTIQUES ORAUX EMPIRIQUES DESTINÉS AU TRAITEMENT DES INFECTIONS BACTÉRIENNES NON COMPLIQUÉES DE LA PEAU

Etat clinique	Options de 1ère intention/orales
Impétigo et Ecthyma	*Céphalexine 1000 mg deux fois par jour ou 500 mg toutes les 6 heures *AmoxiClav 625 mg toutes les 8 heures ou 1000 mg toutes les 12 heures *Clindamycine ¹ 450 mg toutes les 6 heures *Erythromycine 250 mg 4 fois par jour *Pénicilline V si la culture révèle un streptocoque uniquement
Erysipèle	*Céphalexine 1000 mg deux fois par jour ou 500 mg toutes les 6 heures
Cellulite (pas avec un organisme atypique)	*Clindamycine ¹ 450 mg toutes les 6 heures
Cellulite associée à des morsures par des animaux domestiques ou des êtres humains	*AmoxiClav 625 mg toutes les 8 heures ou 1000 mg toutes les 12 heures *Clindamycine 450 mg toutes les 6 heures
Antécédents d'exposition du site d'infection à de l'eau douce	Envisager l'ajout de Ciprofloxacine 750 mg deux fois par jour.
Antécédents d'exposition du site d'infection à de l'eau salée	Envisager l'ajout de Doxycycline 100 mg une fois par jour.
Usager de drogues intraveineuses (avec un abcès associé)	*Clindamycine par voie orale 450 mg toutes les 6 heures
*Durée du traitement : 5 à 10 jours (7 à 10 jours en cas d'impétigo). Vérifier de nouveau les antibiotiques au jour 5, on peut prolonger le traitement si la guérison est incomplète.	
¹ La clindamycine est un choix possible aussi en cas d'allergie à la pénicilline.	

TABLEAU 18.I.2 : GUIDE DES ANTIBIOTIQUES ORAUX EMPIRIQUES DESTINÉS AU TRAITEMENT DES INFECTIONS BACTÉRIENNES NON COMPLIQUÉES DE LA PEAU AVEC UN SDMR ACQUIS EN COLLECTIVITÉ SOUPÇONNÉ

*Triméthoprim/Sulfaméthoxazole par voie orale, 1-2 comprimés à double dose deux fois par jour *Doxycycline par voie orale 100 mg deux fois par jour *Clindamycine ¹ par voie orale 450 mg toutes les 6 heures
--

II. INFECTIONS VIRALES COURANTES DE LA PEAU

A- VIRUS HERPÈS SIMPLEX (VHS)

ANTÉCÉDENTS

- 1. Une primo-infection à VHS-1 survient après une exposition aux sécrétions (habituellement la salive) de personnes infectées pendant l'excrétion du virus.
- 2. Elle affecte de façon prédominante la bouche (herpès labial) ou les organes génitaux (herpès génital)
- 3. La réactivation et les récurrences cliniques sont spontanées ou déclenchées par divers facteurs tels un traumatisme ou une immunosuppression.
- 4. Il est possible que les symptômes avant-coureurs de douleur, de brûlure ou de démangeaison précèdent les manifestations muco-cutanées des infections par l'herpès labial et l'herpès génital.

EXAMEN PHYSIQUE

1. Une primo-infection orale à VHS (herpès labial) : groupement de vésicules ou de bulles sur une peau érythémateuse (habituellement le bord vermillon de la lèvre) et/ou des érosions (ulcérations peu profondes) de la muqueuse buccale, du palais, de la langue ou des lèvres (gingivo-stomatite herpétique aiguë).
2. Une primo-infection génitale à VHS présente des ulcérations/érosions douloureuses sur une peau ou une muqueuse génitale érythémateuse, survenant environ 7 à 10 jours après l'exposition ; les vésicules intactes sont rares. Une dysurie est possible. C'est une maladie génitale récurrente chez 40% des personnes affectées.
3. On peut retrouver une fièvre, des myalgies et une adénopathie régionale.
4. Les récurrences d'herpès labial ou génital peuvent ressembler à une primo-infection mais sont habituellement moins sévères sur le plan clinique.



DIAGNOSTIC

Un diagnostic clinique des lésions de VHS-1 ou VHS-2 se base habituellement sur l'aspect clinique des lésions et est facilement établi lorsque des lésions récurrentes semblent caractéristiques.

TRAITEMENT

1. La crème Acyclovir doit être initiée le plus tôt possible, 5 fois par jour pendant 4 jours.
2. Un traitement systémique (Tableau 18.II.1) soulage les symptômes d'infections primaires et récurrentes à VHS et réduit les poussées ultérieures et l'excrétion virale.

B- VARICELLE

PRÉSENTATION CLINIQUE

1. La varicelle engendre une maladie fébrile associée à une éruption vésiculaire, diffuse, très prurigineuse. Les vésicules apparaissent en grappes, représentant les divers stades d'évolution de la maladie (simultanément des vésicules nouvelles, croûteuses et guéries). Les vésicules sont peu fréquentes chez les patients immunisés.
2. Le grattage des lésions peut entraîner des infections bactériennes secondaires de la peau. Les autres complications graves englobent des infections invasives par le streptocoque du groupe A (syndrome de choc toxique streptococcique et fasciite nécrosante), une ataxie cérébelleuse, une encéphalite grave et une pneumonie.
3. Chez les patients immunodéprimés, la varicelle a tendance à se propager et à causer des complications. Toutefois, les personnes immunocompétentes aussi peuvent développer la pneumonie de la varicelle. Celle-ci atteint les adultes plus que les enfants, se développe à une fréquence élevée parmi les fumeurs et les femmes enceintes et est associée à des taux de mortalité élevés.
4. La varicelle est très contagieuse et se transmet par les gouttelettes aérosolisées des sécrétions respiratoires ou par un contact direct avec le fluide des lésions cutanées vésiculaires. La période d'incubation varie de 10 à 21 jours.

TRAITEMENT

1. Un traitement est nécessaire pour les personnes exposées à un risque élevé de développer des complications, y compris les adultes en bonne santé, les patients immunodéprimés et les patients atteints de troubles cutanés préexistants ou d'une maladie cardio-pulmonaire.
2. Acyclovir est actuellement l'unique agent antiviral conseillé pour le traitement de la varicelle.
3. L'acyclovir oral (Tableau 18.II.1) doit être administré au cours des premières 24 heures après l'apparition de l'éruption. Les patients immunodéprimés ou les patients présentant des complications, telles une pneumonie ou une encéphalopathie, doivent recevoir un traitement intraveineux à l'acyclovir.

PRÉVENTION

1. Le vaccin contre la varicelle, vaccin à virus vivant, est conseillé pour :

- a. Tous les enfants immunocompétents : 2 doses.
- b. Tous les adultes immunocompétents prédisposés (femmes non enceintes) doivent recevoir 2 doses à des intervalles de 4 à 8 semaines, en plus des personnes atteintes de leucémie qui sont en rémission et des adultes séropositifs avec une numération de lymphocytes CD4 > 200/μL
2. Les adultes immunocompétents (femmes non enceintes) prédisposés, qui ont été exposés de près au virus et qui risquent fort de développer des complications de la varicelle, doivent être considérés éligibles pour une prophylaxie post-exposition avec un vaccin contre la varicelle (qui est administré 3 à 5 jours après l'exposition suivi d'une 2^{de} dose dans 4 à 8 semaines), ou avec acyclovir au premier signe de lésions cutanées.
3. Les personnes prédisposées qui sont immunodéprimées ou femmes enceintes doivent recevoir une immunoglobuline contre le virus de varicelle dans les 96 heures après l'exposition.

C- HERPÈS ZOSTER (ZONA)

DÉFINITION

Après la varicelle, le virus varicelle demeure latent dans les ganglions rachidiens sensitifs. Sa réactivation cause l'herpès zoster ou zona. C'est principalement une maladie des adultes (rare avant l'âge de 10 ans).



PRÉSENTATION CLINIQUE

1. Apparition soudaine d'une paresthésie ou d'une névralgie dermatomale unilatérale (profonde, lancinante ou pulsatile) ± démangeaisons, suivie d'une éruption cutanée vésiculaire douloureuse ± prurigineuse au dermatome (vésicules > papules/pustules > macules) représentant les divers stades d'évolution de la maladie. Il est possible de retrouver une fièvre et un malaise.
2. Les dermatomes thoraciques sont le plus souvent atteints.
3. La réactivation du virus dans les ganglions de Gasser (essentiellement V1 c'est-à-dire impliquant le bout et le côté du nez) peut engendrer le zona ophtalmique et, éventuellement, une cécité, s'il n'est pas traité adéquatement.
4. Sa réactivation dans le ganglion géniculé affectant le 8^{ème} nerf crânien et impliquant l'oreille peut provoquer le zona auriculaire (syndrome de Ramsay Hunt).
5. Chez la plupart des patients immunocompétents, les lésions commencent à former une croûte en l'espace de 7 à 10 jours et le syndrome de douleur aiguë disparaît. Si la douleur persiste, le développement d'une algie post-zostérienne est probable. Les facteurs de risque comprennent un âge > 60 ans à l'apparition de l'herpès zoster et un épisode aigu d'herpès zoster accompagné d'une douleur sévère et d'une éruption vésiculaire étendue.

TRAITEMENT

1. Un traitement antiviral (Tableau 18.II.1) initié en l'espace de 72 heures peut atténuer la sévérité de la douleur aiguë due à herpès zoster, accélérer la cicatrisation des lésions et réduire l'incidence et la gravité de l'algie post-zostérienne.
2. Valacyclovir et Famciclovir oraux présentent une biodisponibilité améliorée par comparaison à Acyclovir oral, qui est mal absorbé et qui nécessite une importante posologie.

3. Traitement de la douleur : la sévérité de la douleur durant l'épisode aigu est un indicateur important concernant le développement d'une algie post-zostérienne.
- a. Une douleur légère à modérée peut être contrôlée avec l'acétaminophène ou des anti-inflammatoires non stéroïdiens, seuls ou en combinaison avec un faible opioïde ou tramadol.
- b. Si les antalgiques opioïdes n'exercent pas de prompt effet sur la douleur ou si les opioïdes ne sont pas tolérés, ajouter Nortriptyline, Gabapentine ou Prégabaline, mais celles-ci n'ont pas été étudiées en profondeur pour le soulagement de la douleur chez les patients atteints d'un herpès zoster aigu.
4. Les corticostéroïdes (par exemple, Prednisone 50 mg tous les jours pendant 1 semaine) peuvent jouer un rôle chez les patients atteints d'un zona aigu sévère et ne présentant pas de contre-indications à ces agents. Ils peuvent contribuer à accélérer la cicatrisation des lésions, réduire le temps nécessaire jusqu'à la disparition d'une douleur aiguë, diminuer l'incidence d'insomnie, faciliter une reprise plus prompte des activités quotidiennes normales et réduire le besoin d'antalgique pour la douleur. Malheureusement, ils ne semblent pas réduire l'incidence d'algie post-zostérienne.
5. Pour les patients à risque d'algie post-zostérienne, on doit envisager aussi une thérapie d'appoint précoce avec un antidépresseur tricyclique (par exemple, amitriptyline, désipramine et nortriptyline) ou un antiépileptique (par exemple, gabapentine ou prégabaline), bien que leurs effets secondaires limitent souvent leur utilité.

TABLEAU 18.II.1 : MÉDICAMENTS ANTI-VIRAUX

Options thérapeutiques : le traitement doit être initié au premier signe ou symptôme (par exemple, picotements, démangeaisons, brûlure, douleur ou lésion), en d’autres termes idéalement dans les premières 24 à 48 heures. <i>N.B. le traitement doit être ajusté pour les patients atteints d’une insuffisance rénale</i>			
Indication	Acyclovir oral	Famciclovir oral	Valacyclovir oral
Virus Herpès Simplex (VHS) Oral			
VHS primaire (c’est-à-dire épisode initial)	200 mg 5×/jour ou 400 mg tid tous les jours pendant 5 jours	1500 mg une fois pour 1 jour	2000 mg bid pour 1 jour, pris à un intervalle de 12 heures.
VHS Récurrent			
Virus Herpès Simplex (VHS) Génital			
VHS primaire (c’est-à-dire épisode initial)	200 mg 5×/jour ou 400 mg tid pendant 10 jours	1000 mg bid pour 1 jour	1000 mg bid pendant 10 jours
VHS Récurrent			500 mg bid pendant 3 jours
Suppression de VHS <i>pour les récurrences fréquentes</i> Si ≤ 9 récurrences/an	400 mg bid jusqu’à 12 mois		1000 mg par jour 500 mg par jour
Herpès Zoster (zona)	800 mg 5×/jour pendant 7-10 jours	500 mg tid pendant 7 jours	1 g tid pendant 7 jours
Varicelle	800 mg 4×/jour pendant 5 jours		
Bid : deux fois par jour ; tid : 3 fois par jour			

D- VERRUES

DÉFINITION

1. Les verrues sont des excroissances épithéliales bénignes dues au virus du papillome humain (VPH).
2. Les verrues anogénitales font partie des maladies sexuellement transmissibles, et les partenaires peuvent transmettre le virus avec une efficacité élevée.
3. L'infection à VPH suit l'inoculation du virus dans l'épiderme par un contact direct avec une peau abîmée ou macérée (par exemple, les verrues plantaires chez les nageurs).

MANIFESTATIONS CLINIQUES

1. Les verrues vulgaires représentent le type le plus courant de verrues: c'est une plaque ou une papule hyperkératosique, couleur chair, émaillée de petits points noirs (capillaires thrombosés).
2. Les autres types de verrues comprennent les verrues planes (verruca plana), les verrues plantaires et le condylome acuminé (verruques vénériennes).
3. Une verrue apparaît habituellement 2 à 9 mois après l'inoculation. La surface rugueuse d'une verrue peut fissurer la peau adjacente et permettre l'inoculation du virus dans des sites adjacents, occasionnant le développement et la propagation de nouvelles verrues.

DIAGNOSTIC

1. L'aspect clinique en soi doit suggérer le diagnostic. A la différence des cors et des cals, les verrues saignent à chaque tentative d'incision au scalpel.

TRAITEMENT

1. Application de divers caustiques et acides topiques tels l'acide salicylique (traitement de 1^{er} recours) ou l'acide trichloroacétique.
2. Agents chimiothérapeutiques topiques : 5-Fluorouracile, Podophylline ou Cantharidine.
3. Méthodes destructives : cryochirurgie, électro-dessiccation, curetage, traitement au laser.
4. La crème d'Imiquimod immunomodulateur est un nouvel agent topique récemment approuvé pour le traitement du condylome acuminé et peut contribuer aussi au traitement des verrues vulgaires, habituellement comme traitement d'appoint. Les partenaires sexuels des patients présentant un condylome doivent être examinés et les femmes nécessitent un examen gynécologique.
5. L'antigène spécifique de Candida peut être injecté dans les verrues tenaces.

PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

1. Pour les verrues vulgaires, aucune approche préventive de la transmission n'est documentée.
2. Pour les verrues génitales (condylome), le risque est en corrélation avec le nombre de partenaires sexuels. Un vaccin quadrivalent anti-VPV est recommandé aux filles et femmes de 9 à 26 ans.

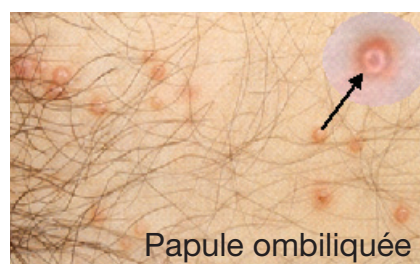
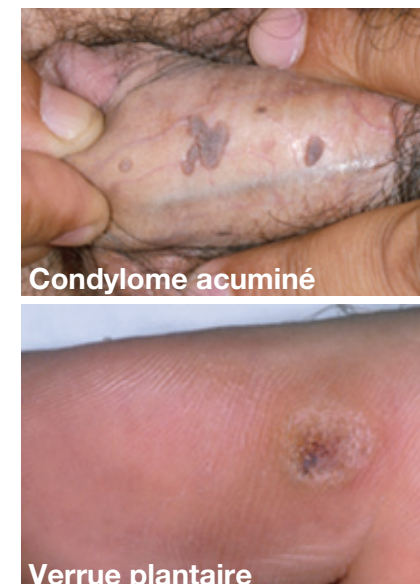
E- MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

DÉFINITION

1. Molluscum contagiosum est une maladie virale infectieuse de la peau due au poxvirus.
2. La transmission a lieu par un contact direct avec la peau ou la membrane muqueuse, ou par les vecteurs passifs.

MANIFESTATION CLINIQUE

Papules ombiliquées, lisses, en forme de dôme, roses ou couleur chair, nacrées, avec un bouchon kératosique (elles ne sont ni prurigineuses ni douloureuses, et pas vésiculaires). La plupart des patients présentent plusieurs papules, souvent dans des régions intertrigineuses, comme les aisselles, le creux poplité et l'aîne. Elles sont habituellement spontanément résolutives, mais persistent souvent chez les patients immuno-déprimés.



TRAITEMENT

1. Le traitement peut s'avérer inutile car la maladie est souvent spontanément résolutive chez les enfants.
2. Une cryochirurgie et un curetage constituent sans doute les approches les plus faciles et les plus définitives.

3. Un médicament, composé de Cantharidine, de Podophylline et d'acide salicylique, peut être appliqué topiquement puis lavé 2 à 6 heures plus tard. Il est bien toléré et très efficace même chez les enfants.
4. Une solution contenant de l'hydroxyde de potassium à 5% peut être appliquée topiquement 1 à 2 fois par jour (âge > 3 ans).

F- PITYRIASIS ROSÉE DE GIBERT

ÉPIDÉMIOLOGIE

1. La Pityriasis rosée de Gibert est habituellement inoffensive et son éruption n'est pas contagieuse.
2. Elle survient habituellement à l'âge de 10 à 35 ans.

MANIFESTATIONS CLINIQUES

1. Une plaque rosée unique, ronde ou ovale, squameuse à bord surélevé (médaillon initial ayant un diamètre de 2-10 cm) fait d'abord son apparition.
2. Quelques jours à quelques semaines plus tard, des plaques ovales de 1-2 cm, couleur saumon, (± légère démangeaison) font leur apparition essentiellement sur le tronc et les parties supérieures des extrémités (distribution en « sapin de Noël » dans le dos). Elles épargnent habituellement le visage.
3. Les plaques persistent habituellement 6 à 8 semaines et même plusieurs mois. Elles peuvent laisser des macules post-inflammatoires hypopigmentées ou hyperpigmentées qui disparaissent avec le temps.

DIAGNOSTIC

1. L'aspect clinique du médaillon initial et des autres plaques doit suggérer le diagnostic.
2. Envoyer le patient chez un dermatologue en cas d'incertitude concernant le diagnostic ou en l'absence de réponse à un traitement standard approprié.

TRAITEMENT

1. Surveiller uniquement (spontanément résolutive)
2. En cas de démangeaisons, il faut éviter les douches ou les habits chauds. Une crème à l'hydrocortisone à 1% peut être utilisée pour les petites zones de démangeaisons ; une lotion à la Calamine et/ou des antihistaminiques oraux sont utilisés pour les grandes zones de démangeaisons.

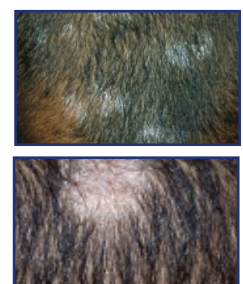
III. INFECTIONS FONGIQUES COURANTES DE LA PEAU : DERMATOPHYTOSE ET CANDIDOSE

DÉFINITION

1. La dermatophytose est une infection par des champignons, des organismes à haute affinité pour le tissu kératinisé, comme la peau, les ongles et les cheveux. Réservoirs fongiques : sol, animaux et êtres humains infectés.
2. La candidose désigne un groupe varié d'infections causées par *Candida albicans* (70-80%) ou par d'autres membres du genre *Candida*. Ces organismes infectent habituellement la peau, les ongles, les membranes muqueuses et le tractus gastro-intestinal, mais ils produisent aussi une maladie systémique. *Candida albicans* siège habituellement dans la peau et les surfaces des muqueuses ; les changements de l'environnement de l'hôte peuvent occasionner sa prolifération et une maladie cutanée ultérieure, comme chez les patients immunodéprimés, les diabétiques, les patients âgés et les patients recevant des antibiotiques.

PRÉSENTATION CLINIQUE

Teigne tondante ou Tinea Capitis (cuir chevelu) : peau squameuse, érythémateuse, souvent avec perte de cheveux. Elle peut ressembler à une dermite séborrhéique. Kerion celsi est une forme inflammatoire de teigne tondante, se caractérisant par des nodules œdémateux, habituellement avec une perte de cheveux et une lymphadénopathie régionale.



Chéilite angulaire (Perlèche)/ Candida : fissures et peau écailleuse rougie au coin de la bouche (davantage chez les diabétiques et les personnes qui bavent ou qui lèchent leurs lèvres de façon chronique).



Muguet ou candidose oropharyngée : plaques blanches non adhérentes sur la langue et la muqueuse buccale.



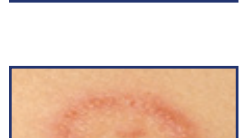
Candidose cutanée : peau/plaques rouges, irritantes, enflammées avec pustules satellites (lésions jaunes remplies de liquide au bord de l'éruption rouge confluente). Aux sites de contact peau contre peau, les lésions présentent des surfaces brillantes polies, parfois érodées + brûlure > démangeaison.



Intertrigo à candida : il implique les plis cutanés (aisselles, aine), se caractérisant par une peau/plaques rouges, enflammées, qui démangent, dont le centre n'est pas normal, souvent avec des pustules satellites.



Balanite : plaques rougeâtres brillantes sur le gland du pénis, pouvant affecter le scrotum. La balanite atteint les hommes non circoncis presque exclusivement.



Tinea corporis (corps), **faciei** (face) et **manuum** (mains) représentent des infections en différents endroits, chacune présentant invariablement des plaques squameuses annulaires (une lésion en forme d'anneau, en expansion, à bord avancé érythémateux, légèrement squameux, et un centre normal sans pustules satellites).



Tinea cruris (eczéma marginé de Hébra) siège dans l'aine et la partie supérieure interne des cuisses et les fesses en forme de plaques annulaires squameuses **avec un centre normal** sans pustules satellites ; il est plus courant chez les hommes et épargne habituellement le scrotum.



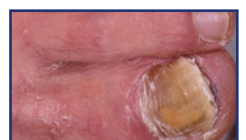
Tinea ou Pityriasis Versicolor : macules hyperpigmentées ou hypopigmentées, couleur rouge ou jaunâtre à brun (de là versicolor), qui sont bien définies et présentant des squames fines, poudreuses, ressemblant à un son de blé (pityriasiforme, de là pityriasis). Les lésions peuvent apparaître sur le corps entier ; la partie supérieure du tronc, le cou et les parties proximales des membres supérieurs étant les parties les plus affectées. Les altérations pigmentaires disparaîtront habituellement en quelques semaines après un traitement réussi. C'est une atteinte très bénigne, toutefois inacceptable par le patient sur le plan esthétique. Son évolution est chronique et les récives sont possibles.



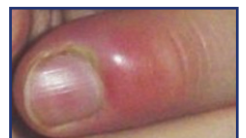
Tinea pedis (pied d'athlète) : habituellement prurigineuse avec des plaques desquamées sur la plante du pied, s'étendant vers les parties latérales du pied et les espaces interdigitaux, accompagnées souvent de macération.



Tinea unguium (onychomycose) : c'est une infection fongique des ongles, se caractérisant par des ongles jaunes épaissis et des débris sous-unguéaux ; elle est associée habituellement à tenia pedis. Elle peut causer une hyperkératose sous-unguéale et parfois une destruction complète de l'ongle.



Candidal Paronychia : c'est une infection aiguë ou chronique de l'ongle qui se caractérise par des replis d'ongle sensibles, œdémateuses et érythémateuses, présentant souvent un écoulement purulent ; elle est courante chez les diabétiques. Elle commence PROXIMALEMENT à côté du replis de l'ongle (la cuticule).



DIAGNOSTIC

1. Le diagnostic est principalement une présentation clinique.
2. Un examen au KOH et une culture fongique sont possibles pour confirmer le diagnostic.

PRISE EN CHARGE

Référer le patient à un dermatologue en cas d’incertitude concernant le diagnostic ou d’absence de réponse à un traitement standard approprié. Le traitement des infections cutanées à dermatophytes et de la candidose est récapitulé dans le tableau 18.III.1.

TABLEAU 18.III.1 : TRAITEMENT DE LA DERMATOPHYTOSE, DE PITYRIASIS VERSICOLOR OU DES INFECTIONS COURANTES À CANDIDA

Tinea Capitis, Infections importantes à Candida ou à Dermatophytes
<p>- Griséofulvine pendant 2-4 semaines en cas de tinea corporis ou cruris, 4-8 semaines en cas de tinea pedis et 6-12 semaines en cas de tinea capitis, mais elle peut être moins efficace que d’autres anti-fongiques oraux et ses effets secondaires sont plus nombreux. 250 mg 4 fois par jour (formulation micronisée) ou 250 mg 3 fois par jour (formulation ultramicronisée)</p> <p>- Fluconazole par voie orale 150 mg tous les jours ou Fluconazole par voie orale 150 mg une fois par semaine pendant 2-4 semaines (2-6 semaines en cas de tinea pedis).</p> <p>- Itraconazole par voie orale 200 mg deux fois par jour pendant 1 semaine ou 100 mg tous les jours pendant 2 semaines en cas de tinea corporis ou cruris ; ou 200 mg deux fois par jour pendant 1 semaine en cas de tinea pedis ; et Itraconazole par voie orale 200 mg deux fois par jour, une semaine chaque mois, sur 1-3 mois en cas de tinea capitis.</p> <p>- Terbinafine¹ par voie orale 250 mg tous les jours pendant 2-4 semaines en fonction de l’indication. <i>N.B. La Terbinafine peut être utilisée comme traitement de 1er recours en cas de tinea capitis dû à Trichophyton. Si elle est utilisée pour le traitement de tinea capitis dû à Microsporum, un traitement plus long (8 à 10 semaines) est nécessaire.</i></p>
Infections cutanées limitées à Dermatophytes (Tinea pedis, cruris ou corporis) ou à Candida, notamment la chéilite angulaire et la balanite
<p>- Aération+toute crème topique parmi une crème d’Azole² à 1-2% ou crème de Cyclopirox à 1% ou crème de Terbinafine à 1% appliquée deux fois par jour :</p> <ul style="list-style-type: none">• Pendant 1 à 4 semaines en cas d’infection limitée à tinea cruris ou corporis, et pendant 4 semaines en cas de tinea pedis.• Pendant 1 à 4 semaines en cas d’infection cutanée limitée à Candida (N.B. la crème de Terbinafine à 1% est moins active contre Candida). N.B. Arrêter le traitement en présence de facteurs aggravants avec la chéilite angulaire <p><i>N.B. La Nystatine topique est inefficace en raison de son inactivité contre les dermatophytes.</i></p>
Tinea ou Pytiriasis Versicolor
<p>- Une lotion de sulfure de sélénium à 2.5%, appliquée soit durant la nuit ou pendant 10 à 15 minutes une fois par jour pendant 10-14 jours, est efficace et économe.</p> <p>- Shampoing au Kétoconazole “mousser et laisser agir pendant 5 minutes chaque jour” pendant 5 jours, et les crèmes d’imidazole ou de triazole sont également efficaces par voie topique pendant 1 semaine.</p> <p>- Dose unique orale de Kétoconazole³, 400 mg (il est possible de répéter la dose dans 1 semaine)</p> <p>- Itraconazole 200 mg par voie orale tous les jours pendant 5-7 jours ou Fluconazole 300 mg, une dose orale hebdomadaire pendant 2 semaines en cas de lésions étendues ne réagissant pas à un traitement topique.</p> <p><i>N.B. Un traitement oral ne prévient pas un taux élevé de récurrence.</i></p> <p>- Itraconazole 400 mg pris une fois par mois par voie orale (2 comprimés de 100 mg pris à un intervalle de 12 heures) pendant 6 mois consécutifs lorsque les récurrences sont problématiques.</p>
Candidose oropharyngée
<p>-Suspension de Nystatine ou gel oral de Miconazole 20 mg/jour, 4-6 fois par jour, jusqu’à la disparition des symptômes.</p> <p>-Fluconazole par voie orale 200 mg au premier jour, puis 100 mg/jour pendant 5 à 10 jours, ou Itraconazole par voie orale 100 à 200 mg/jour, pendant 5 à 10 jours, pour une infection sévère ou importante.</p>

Onychomycose
<p>Durée minimale du traitement : 6-8 semaines pour les ongles de la main ; 12-16 semaines pour les ongles du pied.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Itraconazole par voie orale 200 mg/jour - Itraconazole par voie orale 200 mg deux fois par jour, 1 semaine par mois - Terbinafine² par voie orale 250 mg/jour - Fluconazole par voie orale 150-300 mg une fois par semaine <p>Dans une onychomycose légère, un vernis à ongles peut être utilisé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vernis Amorolfine à 5% une à deux fois par semaine ou vernis Ciclopirox à 8% une fois par jour pendant 48 semaines.
Candida Paronychia
<p>Aération+toute crème topique parmi la crème d'Azole² à 1-2% ou la crème de Cyclopirox à 1% deux fois par jour pendant 2 à 4 semaines ; des antibiotiques antistaphylococciques oraux (par exemple, Amoxicilline Clavulinate ou Clindamycine) seraient nécessaires, en concomitance avec une incision et un drainage dans le cas d'une infection bactérienne secondaire. Minimiser le travail humide.</p>
<p>¹ La Terbinafine présente peu d'interactions médicamenteuses et une bonne biodisponibilité orale ; toutefois, des réactions cutanées sévères, une leucopénie, une hépatotoxicité et une altération du goût sont possibles.</p> <p>² Crèmes topiques Azole, par exemple Miconazole à 2%, Clotrimazole à 1%, Econazole à 1%.</p> <p>³ Kétoconazole, bien que meilleur marché par comparaison à Itraconazole, présente une toxicité hépatique et endocrinienne supérieure ainsi que le risque de plusieurs interactions médicamenteuses, essentiellement quand utilisé pendant une période de temps prolongée.</p>

IV. INFECTIONS PARASITAIRES COURANTES DE LA PEAU

A- GALE

DÉFINITION

C'est une infestation ectoparasitaire due à *Sarcoptes scabiei* var *hominis*. Les acariens creusent des sillons dans l'épiderme et pondent des œufs, provoquant des démangeaisons intenses. Elle est plus courante dans les milieux surpeuplés ou institutionnels, ainsi que sous des climats tempérés et en hiver.

PRÉSENTATION CLINIQUE

Période d'incubation : 3 à 6 semaines ; elle peut être de 1 à 3 jours après une réinfestation chez les patients antérieurement infestés.

1. Des démangeaisons, souvent sévères et empirant la nuit.
2. De petites papules indéfinissables, érythémateuses, souvent excoriées et recouvertes de croûtes hémorragiques.
3. Les sillons filiformes sont pathognomoniques de la gale : minces lignes grisâtres, rougeâtres ou brunâtres, de 2-15 mm de long.
4. Des vésicules, des pustules et rarement des bulles peuvent aussi se présenter.
5. Une forme nodulaire se développe occasionnellement, affichant des lésions fermes, érythémateuses, extrêmement prurigineuses, en forme de dôme, ayant un diamètre de 5 ou 6 mm, dans les replis de l'aîne, des organes génitaux, des fesses et des aisselles.
6. Répartition : entre les doigts, les faces de flexion du poignet, les faces d'extension des coudes, les plis axillaires antérieurs et postérieurs, la peau immédiatement adjacente aux mamelons (notamment chez les femmes), les régions péri-ombilicales, la taille, les organes génitaux des hommes (scrotum, corps de la verge et gland du pénis), la surface d'extension des genoux, la moitié inférieure des fesses et les cuisses adjacentes, et les faces latérales et postérieures des pieds.
7. Les lésions de la gale peuvent devenir infectées par des bactéries : impétigo, ecthyma, paronychie et furonculose, notamment au cours des mois d'été ; envisager des infections staphylococciques secondaires
8. Une importante eczématisation peut survenir suite à un grattage incessant et l'application de médicaments irritants
9. Gale croûteuse : elle atteint les personnes âgées et les patients immunodéprimés ; toute zone peut être affectée, toutefois le cuir chevelu, les mains et les pieds sont particulièrement prédisposés. Si elle n'est pas traitée, elle se propage de façon inexorable et peut occasionner une sepsie. Les démangeaisons sont minimales ou absentes.



DIAGNOSTIC

- 1. Clinique : il se base sur les antécédents et la répartition des lésions qui sont accompagnées de démangeaisons généralisées empirant la nuit, et qui épargnent le visage (sauf chez les nourrissons et les très jeunes enfants) et le dos ; il prend en considération les autres membres de la famille présentant des symptômes semblables. Quand vus, les sillons renforcent la certitude du diagnostic.
- 2. Un raclage de la peau, une dermoscopie (forme triangulaire foncée représentant la tête de l'acarien à l'intérieur d'un sillon - signe "aile delta". Il est possible aussi que les œufs soient visibles) et un test à l'adhésif (une bande transparente avec un adhésif puissant est appliquée fermement sur une lésion cutanée, puis promptement retirée et examinée au microscope pour rechercher des acariens et des œufs) peuvent fournir une confirmation plus définitive du diagnostic, mais les résultats négatifs n'excluent pas la gale.

PRISE EN CHARGE

Le traitement de la gale est trouvé dans le tableau 18.IV.1. Envoyer le patient chez un dermatologue en cas d'incertitude à propos du diagnostic ou en l'absence de réponse à un traitement standard adéquat.

TABEAU 18.IV.1 TRAITEMENT DE LA GALE

Première intention	- Crème de perméthrine à 5% : elle est appliquée sur toutes les parties du corps, du cou vers le bas, et lavée après 8-14 heures ; à répéter dans une semaine - Ivermectine par voie orale 200 mcg/kg (elle n'est pas disponible au Liban), à répéter dans 2 semaines.
Autres options thérapeutiques topiques	- Benzoate de benzyle topique : 2 applications suffisent habituellement. Le soir du 1 ^{er} jour, appliquer l'émulsion du cou jusqu'aux orteils. 12 heures plus tard, l'appliquer de nouveau et la laisser pendant 12 heures. Laver l'émulsion 12 heures après la 2 nd e application (ne pas laver après les premières 12 heures !). - Crème de Crotamiton à 10% : l'appliquer du cou vers le bas pendant 24 heures, laver puis réappliquer pendant 24 heures additionnelles, ensuite laver soigneusement. Elle peut être utilisée sur les lésions du visage et du cuir chevelu des jeunes enfants. - Lindane topique (toxique pour les enfants) : Utiliser AVEC PRECAUTION si les options thérapeutiques susmentionnées n'ont pas abouti ou ne sont pas disponibles. Appliquer sur toutes les surfaces de la peau du cou vers le bas et laver 6 à 8 heures plus tard. 2 applications à un intervalle d'une semaine sont conseillées mais peuvent augmenter le risque d'effets secondaires (neurotoxicité : crises d'épilepsie, spasmes musculaires et anémie aplasique). Il est contre-indiqué en cas de trouble épileptique incontrôlé et chez les bébés prématurés. - Vaseline soufrée topique (elle n'est pas disponible au Liban)
Gale croûtée	Crème de perméthrine à 5% ou lotion ou crème de benzoate de benzyle appliquée tous les jours pendant 7 jours, puis deux fois par semaine jusqu'à la guérison ET Ivermectine orale (200 mcg/kg/dose) aux jours 1, 2, 8, 9 et 15.
Démangeaisons	Antihistaminiques oraux +/- Corticostéroïdes topiques (puissance moyenne ou élevée) ; ajuster la dose de corticostéroïdes oraux en 1-2 semaines en commençant avec une dose de 40-60 mg de Prednisone tous les jours (dans les cas graves).
Infection secondaire	Antibiotiques systémiques adéquats couvrant le staphylocoque doré.

Environnement	Traitement simultané du patient et des contacts étroits. Les habits et le linge utilisés au cours des quelques jours passés doivent être lavés dans de l'eau chaude (> 60°C) et séchés dans un sèche-linge ou gardés dans des sacs pendant plusieurs jours.
----------------------	---

B- PÉDICULOSE OU POUX

DÉFINITION

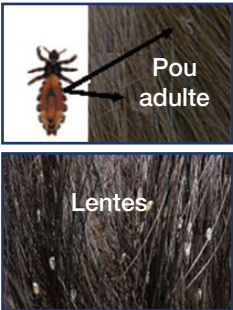
C'est une infestation de la tête (cuir chevelu), du corps ou de la région pubienne par des ectoparasites spécifiques du site : respectivement (Pediculus humanus var capitis), (Pediculus humanus var corporis) ou (Phthirus pubis).
 La transmission se fait par un contact étroit et est favorisée dans les milieux pauvres, surpeuplés et de mauvaise hygiène.

PRÉSENTATION CLINIQUE

1. Un prurit se développe 2 à 6 semaines après la 1^{ère} exposition. Des démangeaisons intenses poussent la personne à se gratter, occasionnant des excoriations ultérieures et une cellulite secondaire. Dans une infestation de longue date, la peau devient lichénifiée et hyperpigmentée, en particulier sur le tronc.

DIAGNOSTIC

- Le diagnostic est confirmé en trouvant à l'inspection visuelle au moins un pou adulte vivant (utiliser une lumière vive ou une loupe, peigner les cheveux avec un "peigne anti-poux" – peigne fin – et examiner les dents du peigne). Les poux sont habituellement retrouvés derrière les oreilles et à l'arrière du cou, dans les coutures des habits (poux du corps) ou sur les poils pubiens (poux du pubis).
- Les lentes (œufs de pou viables ou non), pouvant être confondues avec la pellicule, les débris de la laque pour cheveux ou les particules de saletés, ne sont pas suffisantes pour indiquer une infestation actuelle. Elles peuvent demeurer sur les cheveux pendant des mois après un traitement réussi. De là, les politiques "sans poux" ne sont pas recommandées dans les écoles ou les garderies.



PRISE EN CHARGE

- Envoyer le patient chez un dermatologue en cas d'incertitude à propos du diagnostic ou en l'absence de réponse à un traitement standard approprié
- Traitement pharmacologique et non pharmacologique :
 - Poux de tête : un pédiculicide est nécessaire (tableau 18.IV.2) + le passage du peigne anti-poux dans les cheveux humides de la racine aux pointes ; il n'a pas d'effets négatifs. Il est souvent préféré par les parents souhaitant éviter un traitement chimique ; toutefois il peut nécessiter beaucoup de temps en fonction de la longueur et de l'épaisseur des cheveux. Il doit être appliqué tous les 3 jours pendant 2 semaines. Le taux de guérison est de 47 à 75%, mais peut être amélioré en peignant les cheveux pendant 24 jours. Si les paupières sont infestées, l'application d'une couche épaisse de gelée de pétrole aux paupières deux fois par jour pendant 10 jours peut souvent achever la guérison.
 - Poux du pubis : un pédiculicide est nécessaire + une évaluation d'autres maladies sexuellement transmissibles.
 - Poux du corps : un pédiculicide n'est pas toujours nécessaire ; mais il faut laver les habits et la literie dans de l'eau chaude et la personne doit se laver régulièrement.
- Autres précautions :
 - Toute la famille doit être examinée et traitée en conséquence.
 - La transmission des poux par les vecteurs passifs est controversée, mais les poux sont retrouvés sur les habits, les serviettes et les draps. Le lavage de ces pièces dans de l'eau à une température de 50-60°C au moins assure une éradication efficace des poux. Les aérosols, les traitements des tapis et d'autres mesures de décontamination chimique de l'environnement sont inutiles et peuvent être nocifs.

TABLEAU 18.IV.2 : TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES DES POUX DE TÊTE OU DES POUX DU PUBIS

Traitement	Ovicide	Directives, Observations
Lotion de Perméthrine* à 1% (traitement de 1er recours)	Non	Appliquer sur des cheveux mouillés, laisser agir pendant 10 minutes, puis rincer ; répéter dans 7 jours (selon le prospectus de l’emballage)
Shampooing ou mousse aux Pyréthrine à 0.3%/butoxyde de pipéronyle à 4% (Traitement de 1er recours)	Non	Appliquer sur des cheveux secs, laisser agir pendant 10 minutes, puis rincer. Les cheveux doivent être secs pour éviter une dilution A éviter chez les patients présentant une allergie au chrysanthème
Lotion d’alcool benzylique à 5%	Non	Appliquer sur des cheveux secs, laisser agir pendant 10 minutes, puis rincer. Répéter dans 7 jours (selon le prospectus de l’emballage) Elle doit être utilisée en conjonction avec le passage d’un peigne à lentes dans les cheveux. Elle est approuvée pour les enfants ≥ 6 mois; elle peut être utilisée chez les femmes enceintes et allaitantes
Ivermectine orale	En partie	Non approuvée par la FDA pour le traitement de la pédiculose ; utilisée hors étiquette
Suspension topique de Spinozad à 0.9%	Oui	Appliquer sur des cheveux secs, laisser agir pendant 10 minutes, puis rincer. Répéter dans 7 jours uniquement si l’on remarque des poux vivants (selon le prospectus de l’emballage) Son utilisation est sans danger pour les enfants ≥ 4 ans ; elle peut être utilisée sans peigne à lentes, bien que de meilleurs résultats soient obtenus en passant le peigne à lentes dans les cheveux. A ne pas utiliser pour les nourrissons < 6 mois en raison de la teneur en alcool benzylique
Lotion de Malathion à 0.5%	En partie	
Shampooing Lindane* à 1% (traitement de 2nd recours des poux de tête à l’échec des agents de 1er recours)		Appliquer pendant 4 minutes, puis laver (à ne pas répéter) Risque de neurotoxicité (crises d’épilepsie, spasmes musculaires), d’anémie aplasique. A ne pas utiliser sur une peau excoriée, chez les patients immuno-déprimés, dans les états qui augmentent le risque d’épilepsie, avec les médicaments qui réduisent le seuil des crises d’épilepsie
*Médicaments vendus sur le marché Libanais		

C- LEISHMANIOSE CUTANÉE

DÉFINITION ET TRANSMISSION

- 1. C’est une infection par des parasites protozoaires appartenant au genre Leishmania.
- 2. Elle est transmise aux êtres humains par les morsures des mouches de sable femelles infectées qui sont courantes dans les zones endémiques (Syrie, Iran, Afghanistan, Algérie, Brésil et Colombie).
- 3. Période d’incubation : semaines à mois (en général 2 à 24 mois).

PRÉSENTATION CLINIQUE

- 1. Une papule rose apparaît dans les zones exposées de la peau, puis s’élargit et développe un nodule ou une lésion semblable à une plaque (souvent avec un ramollissement au centre).
- 2. Une ulcération chronique indolore de la papule avec un bord induré bien défini couvert souvent d’une escarre hyperkératosique ou d’une matière fibrineuse épaisse blanc-jaunâtre.



DIAGNOSTIC

1. Présentation clinique + exposition passée dans une zone endémique.
2. Un diagnostic définitif nécessite une démonstration du parasite dans la peau par histologie, culture ou analyse moléculaire par amplification en chaîne par polymérase. Ceci est important à investiguer en raison de ses répercussions sur le traitement.

PRISE EN CHARGE

1. Si suspectés, les cas doivent être envoyés à l'un des hôpitaux gouvernementaux désignés pour la prise en charge et le traitement.

PRÉVENTION DANS LES ZONES ENDÉMIQUES

1. Éviter les morsures des mouches des sables en restant à l'intérieur du crépuscule à l'aube, période durant laquelle les insectes sont très actifs.
2. A l'extérieur, porter des pantalons longs et des chemises à manches longues.
3. Utiliser les insectifuges et les moustiquaires selon les besoins.

RÉFÉRENCES

1. Breen JO. Skin and soft tissue infections in immunocompetent patients. Am Fam Physician. 2010 Apr 1;81(7):893-9.
2. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, Dellinger EP, Goldstein EJ, Gorbach SL, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the infectious diseases society of america. Clin Infect Dis. Jul 15 2014; 59(2):e10-52.
3. Beauman JG. Genital herpes: a review. Am Fam Physician. 2005 Oct 15; 72(8):1527-34.
4. Cevasco NC, Tomecki KJ. Common Skin Infections. Cleveland Clinic. Center for Continuing. Education.<http://www.cleveland-clinicmed.com/medicalpubs/diseasemanagement/dermatology/common-skin-infections/#s0315>
5. Fashner J, Bell AL. Herpes zoster and postherpetic neuralgia: prevention and management. Am Fam Physician. 2011 Jun 15;83(12):1432-7.
6. Usatine RP, Tinitigan R. Nongenital herpes simplex virus. Am Fam Physician. 2010 Nov 1;82(9):1075-82.
7. Cevasco and Tomecki. Common Skin Infections, Cleveland Clinic Publications, August 2010.
8. Goldstein, AO; Goldstein, BG: Dermatophyte (tinea) infections. In: UpToDate, Post TW (Ed: Dellavalle RP, Levy ML, Rosen T), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on October 23, 2014.) www.uptodate.com
9. Gupta AK, Cooper EA. Update in antifungal therapy of dermatophytosis. Mycopathologia. 2008 Nov-Dec; 166(5-6):353-67.
10. Gupta AK, Lane D, Paquet M. Systematic review of systemic treatments for tinea versicolor and evidence-based dosing regimen recommendations. J Cutan Med Surg. Mar-Apr 2014; 18(2):79-90.
11. Kauffman CA. Overview of Candida infections. In: UpToDate, Post TW (Ed: Marr KA, Moise LL, Thorne AR), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on October 20, 2014.) www.uptodate.com
12. Westerberg and Voyack. Onychomycosis: Current Trends in Diagnosis and Treatment. Am Fam Physician. 2013;88(11):762-770.
13. Aronson N. Clinical manifestations and diagnosis of cutaneous leishmaniasis. In: UpToDate, Post TW (Ed: Weller PF, Baron EL), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on October 20, 2014.) www.uptodate.com
14. Goldstein B, Goldstein A. Pediculosis Capitis. In: UpToDate, Post TW (Ed: Dellavalle RP, Moise LL, Rosen T), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on October 20, 2014.) www.uptodate.com
15. Goldstein B, Goldstein A. Pediculosis Corporis. In: UpToDate, Post TW (Ed: Dellavalle RP, Rosen T), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on October 20, 2014.) www.uptodate.com
16. Goldstein B, Goldstein A. Pediculosis Pubis and Pediculosis Ciliaris. In: UpToDate, Post TW (Ed: Dellavalle RP, Moise LL), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on October 20, 2014.) www.uptodate.com
17. Goldstein B, Goldstein A. Scabies. In: UpToDate, Post TW (Ed: Dellavalle RP, Moise LL, Rosen T), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on October 20, 2014.) www.uptodate.com
18. Gunning, Pippitt, Kiraly and Saylor. Pediculosis and Scabies: A Treatment Update. Am Fam Physician 2012;86(6):535-541.
19. Markle and Makhoul. Cutaneous Leishmaniasis: Recognition and Treatment. Am Fam Physician 2004;69:455-60
20. WHO Essential Medicines and Health Products Information Portal. 1997 <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2918e/3.html#Jh2918e.3.1>
21. WHO factsheet updated January 2014 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs375/en/>
22. WHO Neglected Diseases updated January 2014 http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/scabies/en/

CHAPITRE 19.

ACNE VULGARIS

Issam Shaarani, MD; Najla Lakkis, MD

EPIDÉMIOLOGIE

1. L'acné vulgaire affecte environ 80 à 95% des adolescents et se présente sous une forme modérée à sévère chez environ 20% des adolescents.
2. C'est le trouble cutané le plus courant rencontré dans les établissements de soins primaires.

DÉFINITION

1. L'acné vulgaire est un trouble cutané inflammatoire chronique des follicules pilosébacés.

CLASSIFICATION

1. La classification de l'acné en fonction du type de lésions prédominantes et de leur gravité peut contribuer à la décision thérapeutique.
2. L'acné est classée comme suit :
 - a. Comédonienne : comédons uniquement, fermés (têtes blanches) ou ouverts (têtes noires)
 - b. Légère : comédons et quelques papules/pustules
 - c. Modérée : les papules sont prédominantes, avec quelques nodules et de rares kystes
 - d. Sévère : les nodules et les kystes sont prédominants (pouvant finalement laisser des cicatrices)

ANTÉCÉDENTS

1. Visite initiale
 - a. Durée de l'affection, emplacement (surtout dans les zones présentant la plus forte concentration de glandes sébacées comme le visage, le cou, les épaules, la poitrine et le dos), rapport avec les variations saisonnières.
 - b. Traitements passés de l'acné, réponse, observance et effets secondaires.
 - c. Troubles cutanés ou autres troubles organiques associés.
 - d. Prise de médicament ou de supplément favorisant l'acné.
 - e. Antécédents menstruels, utilisation de la contraception orale et statut lié à la grossesse.
 - f. Poussée anormale de poils et changement de voix, calvitie temporelle.
 - g. Utilisation de produits de nettoyage et de cosmétiques.
2. Visite de suivi
 - a. S'enquérir de la réponse au traitement, de l'adhésion thérapeutique et des effets secondaires des médicaments.

EXAMEN PHYSIQUE

Décrire le nombre, l'emplacement, la morphologie et la gravité des lésions comme suit :

1. Type de peau (sèche, grasse)
2. Acné comédonienne (non inflammatoire) :
 - a. Comédons fermés : blanchâtres, tête d'épingle faiblement palpable ayant un diamètre de 1-3 mm
 - b. Comédons ouverts : plats ou légèrement surélevés, brunâtres ou noirs ; leur diamètre pouvant atteindre 5 mm
3. Acné inflammatoire :
 - a. Papules : lésions rouges surélevées, éventuellement sensibles, ayant un diamètre de 5 mm
 - b. Pustules : papules superficielles contenant du pus
 - c. Nodules : lésions inflammatoires solides présentant un diamètre > 5 mm dans la profondeur du derme
 - d. Kystes : grands nodules purulents
4. Cicatrices : séquelles atrophiques ou hypertrophiques de l'inflammation
5. Hyperpigmentation post-inflammatoire

EVALUATION

1. Le diagnostic de l'acné se base habituellement sur la présence de comédons. En l'absence de comédons, envisager un diagnostic alternatif tel une acné rosacée et une folliculite à Gram- négatif.
2. Si l'on soupçonne une folliculite, une culture de la lésion cutanée est possible.
3. Pour les femmes atteintes d'une acné sévère et présentant des symptômes virilisants ou des menstruations irrégulières, les envoyer chez un endocrinologue ou un obstétricien.

PRISE EN CHARGE

Le but du traitement est de prévenir de nouvelles lésions et les cicatrices, d'améliorer l'aspect physique et de préserver le bien-être psychosocial. L'approche de la prise en charge de l'acné est décrite dans l'algorithme 19.1.

EDUCATION DU PATIENT/PATIENTE

1. L'éducation du patient/patiente est cruciale dans l'approche des patients/patientes souffrant d'acné, en conjonction avec un traitement pharmacologique.
2. L'acné n'est ni un signe de mauvaise hygiène ni d'infection.
3. Une alimentation comprenant du chocolat et des sodas n'affecte pas l'acné.
4. La lumière du soleil peut affecter l'acné, d'où faut-il appliquer un écran solaire.
5. Il ne faut ni gratter ni détacher les lésions de l'acné afin de prévenir la formation de cicatrices.
6. L'utilisation d'astringents à base d'alcool et de produits cosmétiques à base d'huile est déconseillée. Les produits cosmétiques à base d'eau peuvent être utilisés le cas échéant, mais doivent être rincés le soir.
7. Il est important de laver le visage deux fois par jour ainsi que les autres régions affectées une fois par jour avec de l'eau et du savon doux.

SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE

- a. L'acné peut avoir des effets physiques et psychologiques néfastes, notamment une basse estime de soi, une anxiété et une dépression, en particulier devant l'éventuelle formation de cicatrices permanentes.
- b. Les médecins de première ligne doivent se préoccuper de ces états et les dépister.

CONTRÔLE DES FACTEURS AGGRAVANTS

- a. Les médicaments tels les stéroïdes androgènes, les corticostéroïdes systémiques et les progestatifs à action prolongée, ainsi que d'autres.
- b. Le frottement ou l'occlusion de la surface cutanée (par exemple, les équipements de sport tels les casques et les épaulières), les téléphones ou les mains contre la peau.

TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

Les patients/patientes doivent avoir des attentes réalistes quant aux délais d'amélioration (au moins 8 semaines). D'où, le traitement doit être poursuivi au-delà de cette durée pour pouvoir évaluer son efficacité.

1. Acné comédonienne et légère

- a. Initier un rétinol topique la nuit.
- b. S'il n'y a pas d'amélioration au bout de 2 semaines, ajouter un peroxyde de benzoyle topique, un antibiotique topique ou les deux.
- c. Traitement d'entretien : rétinol topique.

2. Acné modérée

- a. Initier un traitement topique : rétinol, peroxyde de benzoyle et antibiotique topiques
- b. Devant l'échec du traitement topique au bout de 6 à 8 semaines ou en présence de nodules, remplacer les antibiotiques topiques par des antibiotiques oraux en gardant le rétinol topique la nuit et le peroxyde de benzoyle le matin. Il faut prévoir 6 à 8 semaines pour obtenir une réponse au traitement et les antibiotiques oraux doivent être poursuivis jusqu'à la guérison de l'inflammation.
- c. Traitement d'entretien : rétinol topique + peroxyde de benzoyle.

3. Acné sévère

- a. Envoyer le patient/patiente chez un dermatologue afin d'initier une isotrétinoïne orale.
- b. Traitement d'entretien : rétinol topique + peroxyde de benzoyle + antibiotique topique.

MÉDICAMENTS : ADMINISTRATION ET POSOLOGIE

TRAITEMENT TOPIQUE

1. Il doit être initié toujours avec une faible concentration/puissance et augmenté progressivement en l'absence d'irritation importante de la peau. Une dose supérieure n'est pas synonyme d'un meilleur résultat.
2. Lorsque des médicaments topiques de l'acné sont utilisés pour la première fois, commencer à appliquer de petites quantités sur une partie de la zone affectée pendant 2 à 3 jours et, s'il n'y a pas de réaction négative, poursuivre le traitement avec la dose habituelle.
3. Le rétinoïde et le peroxyde de benzoyle sont susceptibles de provoquer une irritation locale, une rougeur, un dessèchement, un prurit, des picotements et une exfoliation. D'où, en cas d'irritation, il faut réduire la fréquence de l'application topique de deux fois par jour à une fois par jour ou de chaque jour à tous les deux jours. L'utilisation d'un hydratant et d'un savon hydratant avant l'application topique est conseillée.
4. Le rétinoïde peut provoquer une flambée initiale des lésions qui est dissipée à l'aide d'un traitement aux antibiotiques oraux sur 14 jours.
5. Le peroxyde de benzoyle peut blanchir les vêtements et les antibiotiques topiques peuvent tacher les vêtements.
6. Tous les médicaments de l'acné peuvent causer une photosensibilité ; de là, il faut conseiller aux patients/patientes d'éviter l'exposition au soleil ou d'utiliser un écran solaire pendant le traitement.
7. Tous les médicaments topiques de l'acné doivent être utilisés par les patients/patientes âgés de 12 ans et plus, à l'exception de l'érythromycine qui peut être utilisée à un âge plus jeune.
8. Administrer toutes les préparations topiques à l'heure de se coucher afin de réduire l'exposition à la lumière du jour et, par conséquent, l'irritation de la peau. Les rétinoïdes topiques sont administrés une fois par jour le soir, ou un jour sur deux en cas d'irritation importante de la peau. La clindamycine et l'érythromycine topiques sont administrées deux fois par jour. Le peroxyde de benzoyle est administré initialement une fois par jour le soir et peut être augmenté à deux ou trois fois par jour selon les besoins. En combinant le peroxyde de benzoyle et un rétinoïde, il faut éviter de les appliquer simultanément, puisqu'ils peuvent se désactiver réciproquement. Utiliser le peroxyde de benzoyle le matin et le rétinoïde la nuit. Le peroxyde de benzoyle peut être combiné avec Adapalène.
9. Éviter d'utiliser une monothérapie aux antibiotiques topiques, puisque ceci prédispose à une résistance bactérienne. Une combinaison avec le peroxyde de benzoyle est idéale, puisque ce dernier n'est pas associé au risque d'une résistance bactérienne.
10. Signaler aux patients/patientes qu'il faut appliquer les médicaments sur toute la zone affectée (et pas seulement sur les lésions), 30 minutes avant de se coucher.
11. Ne pas combiner un antibiotique oral avec un antibiotique topique.

ANTIBIOTIQUES ORAUX

1. La doxycycline orale est administrée en une dose orale de 50-100 mg deux fois par jour pendant 2 à 3 mois, puis une fois par jour pendant 1 à 2 mois.
2. Les gélules de doxycycline peuvent induire une œsophagite. Pour cette raison, il faut informer les patients/patientes de les prendre avec les repas, de les avaler avec une quantité suffisante d'eau et d'éviter de s'allonger pendant au moins une heure après la prise.
3. La dose d'érythromycine est 500 mg par voie orale deux fois par jour pendant 2 à 3 mois, puis une fois par jour pendant 1 à 2 mois.
4. Les antibiotiques oraux de l'acné peuvent causer une photosensibilité. Pour cette raison, il faudrait aviser les patients/patientes d'éviter l'exposition au soleil ou d'utiliser un écran solaire pendant le traitement.

ISOTRÉTINOÏNE ORALE

1. La dose de départ habituelle est 0.5 à 1 mg/kg/jour (max 2 mg/kg/jour) partagée en 2 doses pendant une durée totale de 15 à 20 semaines ou jusqu'à atteindre une dose cumulative de 120 mg/kg.
2. Des doses inférieures peuvent être utilisées initialement pour éviter les poussées, et sont augmentées progressivement comme toléré.
3. L'isotrétinoïne orale est un médicament très tératogène. Pour cette raison, toutes les femmes sexuellement actives susceptibles de tomber enceintes doivent passer un test de grossesse (bêta HCG sérique) avant de commencer la prise du médicament, et une fois par mois au cours du traitement. Il est fortement conseillé d'utiliser deux méthodes contraceptives en même temps, en commençant un mois avant l'initiation du traitement et en continuant au moins un mois après son arrêt.
4. Avant l'initiation de l'isotrétinoïne, il faut aviser les patients/patientes sur les nombreux effets secondaires de ce médicament ; les plus courants étant les céphalées, le dessèchement de la peau et des muqueuses et un malaise gastro-intestinal. Parmi les autres effets secondaires, mentionnons la chéilite, une vision

- nocturne réduite, la perte de cheveux, l'arthralgie, la tendinite, l'hyperlipidémie, les anomalies de la fonction hépatique, une mauvaise cicatrisation des plaies, la dépression et les idées suicidaires.
- Les patients/patientes doivent signer un consentement éclairé avant l'initiation de ce traitement.
 - Eviter les tétracyclines ou les préparations de vitamine A durant un traitement avec l'isotrétinoïne.
 - Surveiller en passant les tests suivants : grossesse, hémogramme (FSC), taux de lipides et fonction hépatique, de référence et chaque mois.

RÉFÉRENCES

- Collier CN, Harper JC, Cafardi JA, Cantrell WC, Wang W, Foster KW, et al. The prévalence of acne in adults 20 years and older. J Am Acad Dermatol 2008 Jan;58(1):56-9.
- Gollnick H, Cunliffe W, Berson D, Dreno B, Finlay A, Leyden JJ, et al. Management of acne: a report from a Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. J Am Acad Dermatol 2003 Jul;49(1 Suppl):S1-37.
- Russell JJ. Topical therapy for acne. Am Fam Physician 2000 Jan 15;61(2):357-66.
- Sandoval LF, Hartel JK, Feldman SR. Current and future evidence-based acne treatment: a review. Expert Opin Pharmacother 2014 Feb;15(2):173-92.
- Titus S, Hodge J. Diagnosis and treatment of acne. Am Fam Physician 2012 Oct 15;86(8):734-40.

ALGORITHME 19.1 : APPROCHE DU TRAITEMENT DE L'ACNÉ

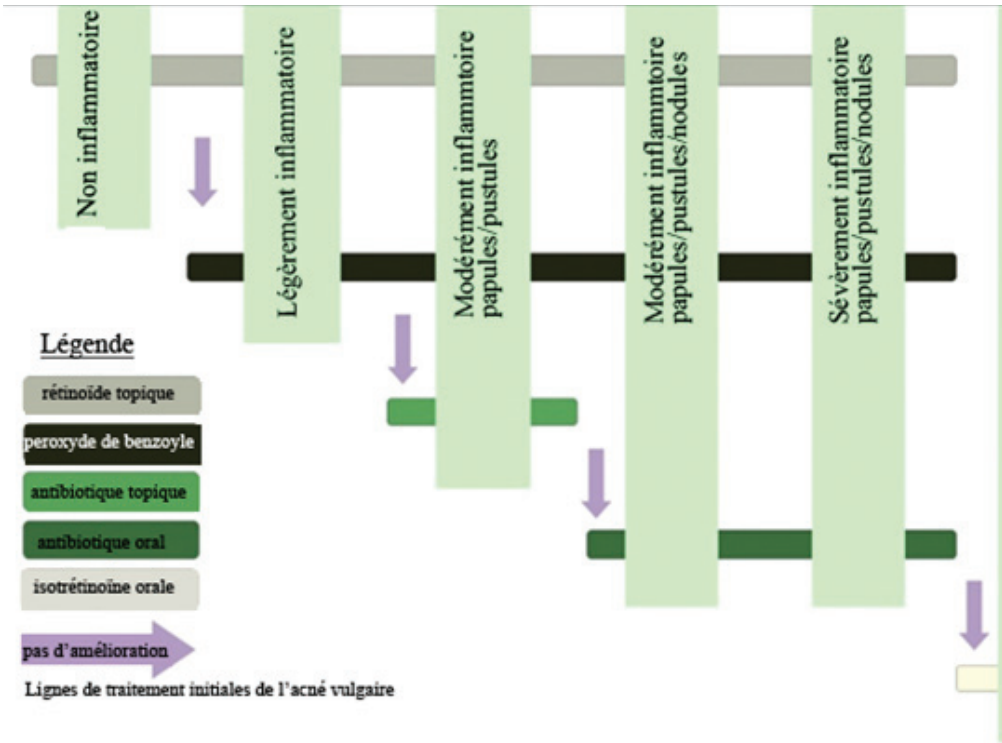


TABLEAU 19.1 : MÉDICAMENTS TOPIQUES ET ORAUX DE L'ACNÉ DISPONIBLES AU LIBAN

	Médicament	Formulation disponible
Rétinoïdes topiques	Trétinoïne	Crème (0.05%), Lotion (0.1%)
	Isotrétinoïne	Lotion (0.05%)
	Adapalène	Gel (0.1%)
Peroxydes	Peroxyde de benzoyle	Gel (5%, 10%)
Antibiotiques topiques	Clindamycine	Solution, Gel (1%)
	Erythromycine	Solution (1.5%, 4%)
Combinaisons topiques	Peroxyde de benzoyle - Erythromycine	Gel (5% - 3%)
	Isotrétinoïne - Erythromycine	Gel (0.05% - 3%)
	Trétinoïne - Erythromycine	Gel (0.025% - 5%)
Antibiotiques oraux	Doxycycline	Comprimés, Capsules (50 mg, 100 mg)
	Erythromycine	Comprimés (500 mg)
Isotrétinoïne orale	Isotrétinoïne	Capsules (10, 20, 40 mg)

CHAPITRE 20.

DOULEUR AU DOS

Mario Ghanem, MD

EPIDÉMIOLOGIE

1. La douleur au dos cause un handicap supérieur à toute autre atteinte pathologique. C'est la seconde cause courante, après les troubles respiratoires, d'accès au système de soins de santé par les patients.
2. Jusqu'à 85% des personnes seront invalidées au cours de leur vie par une crise de douleur au dos, et à tout moment donné jusqu'à 10% de la population adulte présente un épisode de douleur au dos persistant 2 semaines ou plus.
3. Le premier épisode survient habituellement entre 20 et 40 ans.
4. Plusieurs cas de douleur lombaire sont spontanément résolutifs et guérissent avec une intervention minimale voire nulle.

FACTEURS DE RISQUE

1. L'obésité.
2. Un âge avancé.
3. Le sexe féminin.
4. Un travail physiquement ou psychologiquement exténuant.
5. Un mode de vie sédentaire.
6. Un bas niveau d'instruction.
7. L'insatisfaction au travail et les facteurs psychologiques tels un trouble de somatisation, l'anxiété et la dépression.
8. Une mauvaise santé physique.
9. Le tabagisme.

CAUSES DE LA DOULEUR AU DOS

La plupart des étiologies de la douleur au bas du dos ou lombaire sont dues à des problèmes mécaniques des articulations et des muscles. 90% des douleurs au dos, y compris les foulures et les entorses, l'usure normale de la vie, sont dues à une pathologie fonctionnelle (par exemple, une restriction des mouvements articulaires ; une rigidité, une faiblesse ou des points déclencheurs dans les muscles ; une compression des nerfs) plutôt qu'à une pathologie structurelle (par exemple, une maladie rhumatismale, des tumeurs, des fractures, une hernie discale)

DOULEUR AU DOS DE NATURE MÉCANIQUE

1. Une lésion aiguë des tissus mous ou une douleur lombo-sacrée (de durée inférieure à 6 semaines).
2. Une douleur discogénique aiguë avec ou sans atteinte des racines nerveuses.
3. Le syndrome des douleurs musculo-squelettiques chroniques.

DOULEUR AU DOS DE NATURE NON MÉCANIQUE

1. Des maladies rhumatismales et autres maladies articulaires inflammatoires.
2. Une infection.
3. Des troubles systémiques et endocriniens.
4. Une tumeur, locale ou métastatique.

ANTÉCÉDENTS

1. Apparition de la douleur (progressive versus soudaine), mécanisme des lésions (le cas échéant).
2. Emplacement et répartition de la douleur (articulations supérieures, moyennes, inférieures, autres articulations).
3. Facteurs palliatifs et déclencheurs (c'est-à-dire le mouvement).
4. Qualité, moment et durée (apparition soudaine, chronique, versus douleur qui va et vient).
5. Épisodes antérieurs de douleur (semblables, au même endroit, autres articulations pouvant indiquer des états inflammatoires).

6. Antécédents professionnels.
7. Inactivité physique.
8. Détresse sociale ou psychologique.
9. Dépistage d'une dépression dans une douleur chronique.

SIGNES ALARMANTS

Les indices suggérant une maladie systémique sous-jacente, un trouble ou une infection neurologique comprennent :

1. Fièvre.
2. Age en dessus de 50 ans.
3. Antécédents de cancer.
4. Perte de poids inexpliquée.
5. Durée de la douleur supérieure à un mois.
6. Douleur nocturne ou non soulagée au repos.
7. Anesthésie en selle.
8. Incontinence urinaire ou fécale.
9. Faiblesse et engourdissement des deux jambes.
10. Antécédents d'anévrisme de l'aorte abdominale.
11. Absence de réponse à un traitement antérieur d'un problème de dos.
12. Immunodépression.
13. Utilisation prolongée de stéroïdes.
14. Utilisation de drogues injectables.
15. Ostéoporose.

EXAMEN PHYSIQUE

1. Démarche et posture
 - a. Evaluer la démarche du patient
 - b. Dépister une scoliose
 - c. Inspecter le dos pour signes d'asymétrie (scoliose, atrophie musculaire), de lésions (abcès/infection), de cicatrices, de traumatisme ou de chirurgie antérieure.
2. Amplitude du mouvement
 - a. Evaluer la limitation et la douleur d'un mouvement actif et passif du dos, notamment la flexion, l'extension, la rotation et la flexion latérale
3. Examen orthopédique et neurologique
 - a. Marche sur la pointe des pieds et les talons (une faiblesse peut résulter d'une atteinte des racines nerveuses L5, S1)
 - b. Redressement de la position accroupie (squat and rise)
 - c. Signe de Lasègue/élévation de la jambe tendue (couché sur le dos, le patient soulève la jambe atteinte. S'il est négatif, une sensibilité de 91% écarte une compression nerveuse) (et signe de Lasègue croisé (S'il est positif, il est spécifique à 88% d'une compression nerveuse))
4. Réflexe tendineux profond
 - a. Réflexe rotulien – racines nerveuses L3, L4
 - b. Réflexe achilléen – racine nerveuse S1
5. Tests moteurs
 - a. Flexion de la hanche, L3
 - b. Extension du genou, L4
 - c. Dorsiflexion du gros orteil, L5
 - d. Flexion plantaire, S1
6. Palpation et percussion de la colonne vertébrale
 - a. Muscles paradosaux et grand glutéal
 - b. Articulations intervertébrales et sacro-iliaques
 - c. Proéminences osseuses
7. Evaluer toute malignité notamment un myélome multiple (en présence de symptômes systémiques, de douleur nocturne et au repos, d'infections récurrentes, de perte de poids, d'anémie, d'ecchymoses, etc.)
 - a. Examen des seins et de la prostate

- b. Examen des ganglions lymphatiques
- c. Splénomégalie
- d. Sensibilité vertébrale avec déficit neurologique

EVALUATION

L'algorithme 20.1 décrit les différentes étapes dans une évaluation de douleur lombaire.

TESTS DE LABORATOIRE

1. Les tests ne sont pas demandés de façon systématique sauf si l'on soupçonne une étiologie infectieuse ou inflammatoire systémique (c'est-à-dire, abcès épidural rachidien, discitis)
2. Envisager les tests suivants durant le bilan initial
 - a. VS ou CRP
 - b. FNS avec diagnostic différentiel
- c. Une électrophorèse des protéines sériques (SPEP) et une électrophorèse des protéines urinaires (UPEP) si l'on soupçonne un myélome multiple (douleur chronique, infections récurrentes)

EXAMENS D'IMAGERIE

1. Une imagerie diagnostique, notamment une radiographie simple, n'est pas requise de façon systématique pour les patients présentant une douleur lombaire non spécifique.
2. Les patients doivent entreprendre une imagerie diagnostique si :
 - a. Des pathologies sous-jacentes graves sont soupçonnées sur la base des antécédents et de l'examen physique (c'est-à-dire, une malignité, une infection)
 - b. Des déficits neurologiques graves ou progressifs sont présents
3. Evaluer les patients souffrant d'une douleur lombaire persistante et présentant des signes ou des symptômes de radiculopathie ou de sténose du canal rachidien avec une IRM (préférée) ou un CT scan, uniquement s'ils sont éligibles à une chirurgie ou une injection épidurale de stéroïdes (pour une radiculopathie soupçonnée).

INDICATIONS POUR L'ENVOI CHEZ UN SPÉCIALISTE

1. Le syndrome de la queue du cheval (urgence chirurgicale)
 - a. Le patient présente un dysfonctionnement de l'intestin et/ou de la vessie (rétention urinaire), une anesthésie en selle ainsi qu'une faiblesse et un engourdissement des deux jambes
2. Une compression soupçonnée de la moelle épinière (évaluation émergente pour une décompression chirurgicale).
3. Un déficit neurologique progressif ou grave.
4. Un trouble neuromoteur qui persiste 4 à 6 semaines après un traitement conservateur.

PRISE EN CHARGE

OBJECTIFS PRINCIPAUX

1. Soulager la douleur, améliorer le fonctionnement, réduire le temps d'absentéisme au travail et développer des stratégies d'adaptation moyennant l'éducation du patient. Les patients ayant des attentes élevées de rétablissement obtiennent de meilleurs résultats.

EDUCATION DU PATIENT

1. Fournir aux patients des informations fiables sur la douleur lombaire relatives à l'évolution prévue de leur état, conseiller aux patients de demeurer actifs, leur fournir des informations sur les options efficaces d'autosoins, la prévention des lésions du dos et les exercices d'étirement.

MÉDICAMENTS

1. Les médicaments de première intention sont le paracétamol, l'acétaminophène ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)
2. Une extrême prudence est recommandée en prescrivant des AINSs aux personnes âgées et aux patients atteints d'une comorbidité rénale, gastrique ou cardio-vasculaire
3. Les antidépresseurs tricycliques peuvent être bénéfiques pour traiter une douleur lombaire chronique, mais pas une douleur aiguë
4. Réserver tramadol et d'autres analgésiques narcotiques pour le traitement d'une douleur aiguë ne répon-

dant pas aux médicaments de première intention.

5. L'envoi des patients chez un algologue convient aux patients qui souffrent toujours d'un dysfonctionnement sévère ou d'une douleur incessante, ou lorsque les patients ou les médecins ont l'impression que les progrès se sont arrêtés ou souhaitent obtenir une seconde opinion.

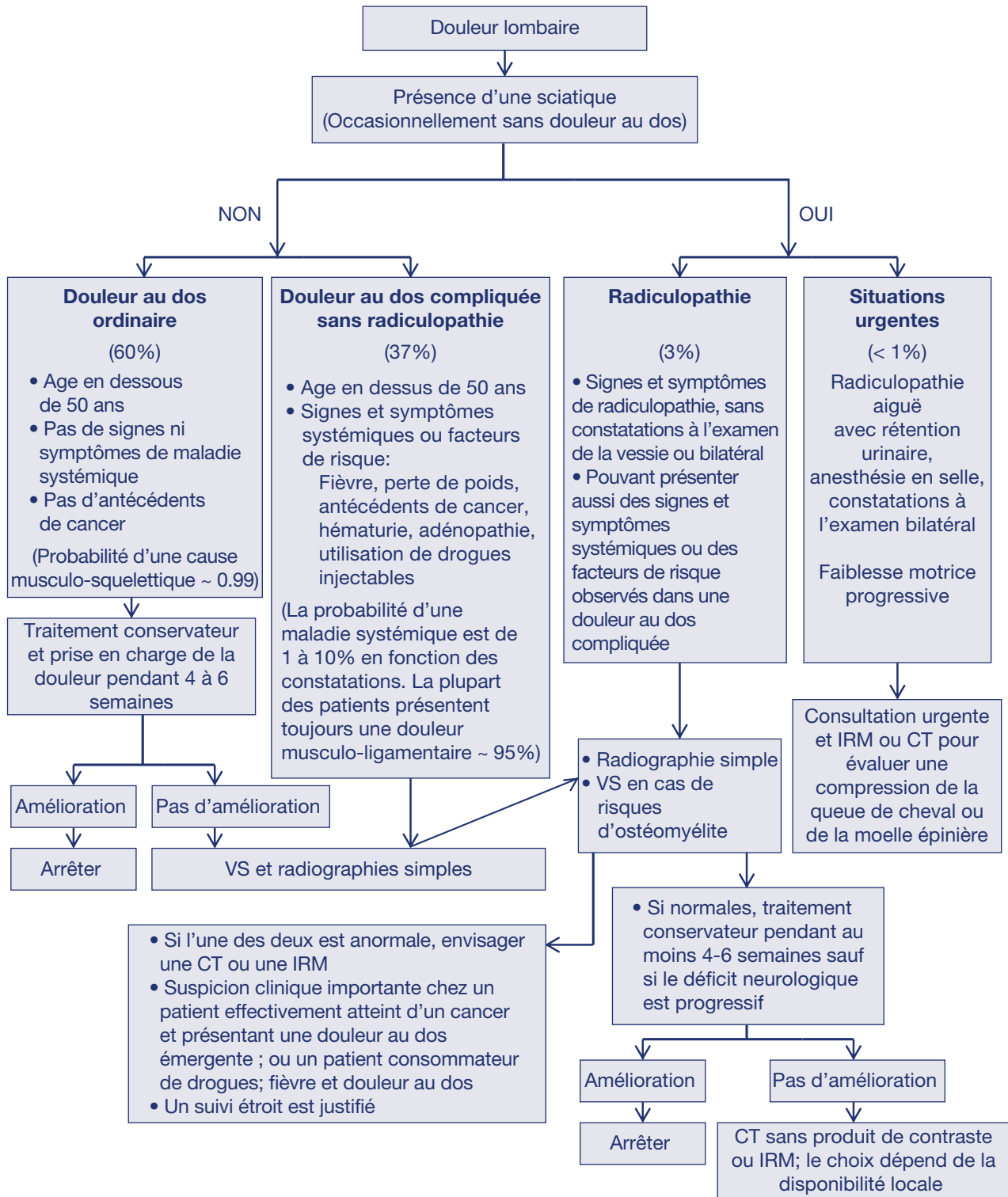
TRAITEMENT NON PHARMACOLOGIQUE

1. Pour une douleur lombaire aiguë
 - a. Manipulation vertébrale
2. Pour une douleur lombaire chronique ou subaiguë
 - a. Réadaptation interdisciplinaire
 - b. Manipulation vertébrale
 - c. Kinésithérapie
 - d. Massage
 - e. Acupuncture
 - f. Yoga
 - g. Thérapie cognitivo-comportementale
 - h. Relaxation progressive

RÉFÉRENCES

1. Kinkade S. Evaluation and treatment of acute low back pain. Am Fam Physician. Apr 15, 2007; 74(8):1181-8.
2. Last A, Hubert K. Chronic Low Back Pain: Evaluation and Management. Am Fam Physician. 2009 Jun 15;79(12):1067-1074.
3. Downie A, Williams CM, Henschke N, et al. Red flags to screen for malignancy and fracture in patients with low back pain; systemic review. BMJ. Dec 11 2013; 347:f7095.
4. Hill JC, Whithurst DG, Lewis M, Bryan S, Dunn KM, Foster NE, et al. Comparison of stratified primary care management for low back pain with current best practice (STarT Back): a randomized controlled trial. Lancet. Oct 29 2011; 376 (9802): 1560-71.
5. Approaches to diagnosis and evaluation of low back pain in adults. www.uptodate.com; last accessed October 8, 2014.
6. Kuritzky L. Current management of acute musculoskeletal pain in the ambulatory care setting. Am J Ther. Nov-Dec 2008; Suppl 10:S7.
7. Shiri R, Karppinen J, Leino-Arjas P, Slovieva S, Viikari-Juntura E. The association between smoking and low back pain: a meta-analysis. Am J Med. Jan 2010;123 (1);87.e7-35.
8. Chou R, Qaseem A, Snow V, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from the American College of Physicians & the American Pain Society. Ann Intern Med 2007; 147:478

ALGORITHME 20.1 : EVALUATION DE LA DOULEUR LOMBAIRE



CHAPITRE 21.

ARTHROSE ET DOULEUR ARTICULAIRE ET CERVICALE

Mario Ghanem, MD

EPIDÉMIOLOGIE

1. L'arthrose (OA) est la maladie rhumatismale la plus courante. Sa prévalence augmente avec l'âge ; la maladie est pratiquement universelle chez les personnes de 65 ans ou plus.
2. Une prépondérance génétique plus puissante existe chez les femmes (l'incidence est 10 fois supérieure à celle des hommes)

FACTEURS DE RISQUE

- a. Obésité (facteur de risque modifiable le plus important).
- b. Biomécanique anormale des articulations.
- c. Lésion articulaire antérieure.
- d. Troubles métaboliques et systémiques.
- e. L'augmentation de la masse osseuse est aussi en corrélation positive avec l'arthrose.

DÉFINITION

1. L'arthrose est un syndrome clinique de douleur articulaire accompagnée de degrés variables de limitation fonctionnelle et d'une qualité de vie réduite.
2. L'arthrose se caractérise par une perte progressive du cartilage articulaire et par des changements réactionnels aux bords des articulations et dans l'os sous-chondral. Une synovite secondaire associée est courante.

CLASSIFICATION

1. Idiopathique (primaire) – Elle atteint surtout les mains, la hanche, le genou, le pied et la colonne vertébrale
2. Secondaire – Elle découle d'un traumatisme articulaire, de troubles congénitaux ou de troubles du développement ainsi que d'autres maladies systémiques

PRÉSENTATION CLINIQUE

1. La douleur est habituellement le premier symptôme et la source initiale de morbidité dans l'arthrose. Ses manifestations comprennent ce qui suit :
 - a. Une douleur articulaire profonde exacerbée par une utilisation intensive de l'articulation est le premier symptôme de la maladie.
 - b. Au début de la maladie, la douleur survient après l'utilisation de l'articulation et est soulagée au repos. Plus tard, la douleur peut survenir avec un mouvement minime voire nul et durant la nuit.
 - c. L'amplitude du mouvement est réduite et des crépitations sont souvent présentes (sensation de crépitemment comme l'articulation est déplacée).
 - d. Un gonflement de l'articulation résulte de la synovite, d'une quantité élevée de liquide synovial ou de changements prolifératifs dans le cartilage et les os.
 - e. Les signes et les symptômes sont habituellement locaux. S'ils sont plus généralisés, une forme systémique de maladie du tissu conjonctif est envisagée.

ANTÉCÉDENTS

1. Il est important de distinguer entre l'arthrose et d'autres atteintes articulaires pathologiques aiguës pouvant nécessiter des soins médicaux urgents (une articulation septique, une maladie du tissu conjonctif et autres maladies systémiques pouvant induire une douleur articulaire). Il faut s'enquérir de ce qui suit :
 - a. Site de la douleur (une ou plusieurs articulations), apparition (si la douleur est soudaine non associée à un traumatisme, une atteinte inflammatoire ou infectieuse est très probable), caractéristique,

gravité, durée, fréquence, irradiation, facteurs exacerbants et palliatifs.

- b. Raideur, gonflement et chaleur de l'articulation (dans l'OA, les symptômes sont habituellement unilatéraux sans chaleur ni érythème).
- c. Une rigidité au repos (gélification) peut se développer avec une raideur articulaire matinale, habituellement persistant moins que 30 minutes dans l'OA.
- d. Traumatisme (traumatisme articulaire, coup de fouet cervical en cas de douleur au cou).
- e. Dysphagie ou symptômes de troubles respiratoires (pouvant résulter de grands ostéophytes antérieurs dans la colonne cervicale).
- f. Atteintes neuropathiques, maladies systémiques et troubles métaboliques osseux.
- g. Fièvre, perte de poids, douleur abdominale, anomalies oculaires (maladie intestinale inflammatoire).

EXAMEN PHYSIQUE

- 1. Aux stades précoces, l'examen de l'articulation peut sembler normal.
- 2. On peut observer une démarche antalgique ou une claudication si les articulations portantes sont atteintes.
- 3. On peut observer une restriction du mouvement ou une atrophie musculaire.
- 4. On peut observer un épanchement, un élargissement et une sensibilité articulaire.

MAINS

- 1. Sensibilité de l'articulation carpométacarpienne du pouce.
- 2. Changements hypertrophiques aux articulations interphalangiennes distales (nœuds de Heberden) et proximales (nœuds de Bouchard).

EPAULES

- 1. Crépitations, notamment à la rotation externe.
- 2. Sensibilité de l'articulation gléno-humérale ou acromio-claviculaire.

COU

- 1. Douleur localisée ou radiculaire reproduite avec une manœuvre de Spurling/test de compression du cou.
- 2. Palpation du trapèze supérieur et des muscles paradorsaux (spasme et sensibilité).
- 3. Examen neurologique comprenant des tests sensoriel, moteur et réflexe (triceps et brachio-radial) (déficit ou faiblesse en cas de pincement des racines nerveuses).

HANCHE

- 1. Douleur au mouvement de la hanche, de l'aîne, de l'intérieur de la cuisse ou des fesses.
- 2. Limitation du mouvement, en particulier à la rotation interne et à l'extension.

GENOUX

- 1. Crépitations.
- 2. Sensibilité, épanchement.
- 3. Atrophie musculaire.
- 4. Présence de kyste poplité (kyste de Baker).
- 5. Déformation en valgus ou varus (en raison d'une perte de cartilage).

PIEDS

- 1. Douleur à la déambulation, notamment à la première articulation métatarso-phalangienne, (aggravée par des chaussures étroites).
- 2. Sensibilité de la première articulation métatarso-phalangienne, hallux rigidus.
- 3. Irrégularités du contour de l'articulation, Hallux valgus (stade tardif).

EVALUATION

TESTS DE LABORATOIRE

- 1. Demander une VS si l'on suspecte d'autres atteintes inflammatoires.

EXAMENS D'IMAGERIE

- 1. L'arthrose est principalement un diagnostic clinique. Les radiographies sont rarement nécessaires pour

confirmer le diagnostic. Les changements progressifs caractéristiques sur les radiographies comprennent :

- a. Pincement de l'interligne articulaire
 - b. Sclérose de l'os sous-chondral (éburnation)
 - c. Formation d'ostéophytes marginaux et de kystes
2. Pour la douleur au cou, envisager des radiographies en présence de :
- a. Age > 50 ans
 - b. Douleur au cou modérée à sévère persistant plus de 6 semaines
 - c. Déficit neurologique progressif
 - d. Symptômes constitutionnels (fièvre, perte de poids inexplicée)
 - e. Antécédents de malignité
 - f. Infection

TRAITEMENT

OBJECTIFS PRINCIPAUX

1. Maîtriser la douleur et le gonflement.
2. Améliorer la qualité de vie et minimiser l'handicap.
3. Idéalement, les patients doivent recevoir en combinaison un traitement pharmacologique ainsi qu'un traitement non pharmacologique (Tableaux 21.1 et 21.2).

PHARMACOLOGIQUE

1. Le traitement pharmacologique comprend : paracétamol, comprimés d'AINSs, capsaïcine topique, colchicine, analgésiques opioïdes, glucocorticoïdes intra-articulaires, acide hyaluronique intra-articulaire.

NON PHARMACOLOGIQUE

1. Le traitement non pharmacologique inclut : éducation du patient, repos (dans la phase aiguë), orthoses, cannes et déambulateurs, chaleur et froid, perte de poids, exercices (réguliers à faible impact ou dans l'eau), physiothérapie/ergothérapie, acupuncture
2. Interventions chirurgicales (en cas d'arthrose sévère et de douleur continue en dépit des soins pharmacologiques et non pharmacologiques). Elles comprennent : une arthroscopie, un débridement, une irrigation et une arthroplastie

PRISE EN CHARGE D'ARTICULATIONS SPÉCIFIQUES

MAINS

1. Éviter les traumatismes répétés des articulations atteintes.
2. Application de compresses chaudes ou de paraffine.
3. Injection locale de stéroïdes.
4. Arthroplastie ou arthrodèse.

HANCHE

1. Chaleur, s'abstenir de porter du poids et exercices adéquats de l'amplitude du mouvement.
2. Le stress est réduit en utilisant des béquilles, des cannes ou un déambulateur.
3. Remplacement de la hanche dans une maladie avancée.

GENOUX

1. Supports élastiques ou attelles.
2. Exercices de renforcement des muscles.
3. Injection de stéroïdes.
4. Arthroscopie avec irrigation ou arthroplastie.

TABLEAU 21.1 : TRAITEMENT DE L'ARTHROSE BASÉE SUR LES PREUVES

Recommandations	Niveau des preuves
Utiliser le paracétamol comme traitement de premier recours de l'arthrose légère.	A
Une physiothérapie (exercices réguliers ou aquatiques) peut aider à améliorer le fonctionnement et réduire la douleur arthritique	B
Les AINS sont supérieurs au paracétamol pour le traitement de l'arthrose modérée à sévère.	A
La combinaison de glucosamine et de chondroïtine peut atténuer la douleur chez les patients atteints d'une arthrose du genou modérée à sévère	B
Les injections intra-articulaires de corticostéroïdes peuvent être bénéfiques pour un soulagement à court terme de la douleur de l'arthrose au genou	A
Les injections intra-articulaires d'acide hyaluronique sont moins efficaces que les injections intra-articulaires de stéroïdes à court terme, équivalentes à moyen terme (quatre à huit semaines) et supérieures à long terme	B
Les patients souffrant d'une douleur permanente et d'un handicap en raison de l'arthrose de la hanche, du genou ou de l'épaule en dépit d'un traitement médical maximal sont éligibles pour une arthroplastie totale.	B
A = preuves axées sur le patient, cohérentes, de bonne qualité ; B = preuves axées sur le patient, incohérentes ou de qualité limitée ; C = preuves axées sur la maladie, consensus, pratiques habituelles, opinion d'experts ou série de cas	

Source : AAFP (<http://www.aafp.org/afpsort.xml>)

TABLEAU 21.2 : APPROCHE THÉRAPEUTIQUE PROGRESSIVE POUR LE TRAITEMENT DE L'ARTHROSE

Arthrose légère	Arthrose modérée	Arthrose sévère
Perte de poids en cas d'obésité Exercices réguliers dans l'eau ou à terre Envoi possible chez un PT pour des exercices supervisés Paracétamol pour soulager la douleur Intensification du traitement avec des AINS selon les besoins pour maîtriser la douleur Substitution par un AINS différent si le choix initial n'est pas efficace	Ajouter la glucosamine et la chondroïtine pour une arthrose du genou modérée ou sévère Administrar pendant 3 mois Arrêter s'il n'y a pas de changement	Envisager les médicaments opiacés (surveiller pour prévenir une dépendance/abus) Envisager les injections de corticostéroïdes pour une exacerbation aiguë de l'arthrose du genou Envisager l'acide hyaluronique pour une douleur persistante du genou Discuter le traitement chirurgical (arthroplastie) de la hanche, du genou ou de l'épaule en cas d'échec des étapes précédentes

RÉFÉRENCES

1. Sinusas, K . Osteoarthritis: Diagnosis and Treatment. Am Fam Physician. 2012 Jan 1;85(1):49-56

2. H. Ralph Schumacher, J. Klipple, D. Robinson. Primer on the Rheumatic Diseases. 9th ed. Atlanta (GA): The Arthritis Foundation: 1988. P. 171-176.

3. Fransen M, McConnell S. Exercise for osteoarthritis of the knee. Cochrane Database Syst Rev. 2008;(4):CD004376.

4. Stephens MB, Beutler AI, O'Connor FG. Musculoskeletal injections: a review of the evidence. Am Fam Physician. 2008;78(8):971–976.

5. Clegg DO, Reda DJ, Harris CL, et al. Glucosamine, chondroitin sulfate, and the two in combination for painful knee osteoarthritis. N Engl J Med. 2006;354(8):795–808.

6. Towheed TE, Maxwell L, Judd MG, Catton M, Hochberg MC, Wells G. Acetaminophen for osteoarthritis. Cochrane Database Syst Rev. 2006;(1):CD004257.

7. Bannuru RR, Natov NS, Obadan IE, Price LL, Schmid CH, McAlindon TE. Therapeutic trajectory of hyaluronic acid versus corticosteroids in the treatment of knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. Arthritis Rheum. 2009;61(12):1704–1711.

8. St Clair SF, Higuera C, Krebs V, Tadross NA, Dumpe J, Barsoum WK. Hip and knee arthroplasty in the geriatric population. Clin Geriatr Med. 2006;22(3):515–533.

9. Clinical manifestations of osteoarthritis. www.uptodate.com; last accessed Oct 4, 2014

10. Evaluation of the patient with neck pain and cervical spine disorders. www.uptodate.com; last accessed October 7, 2014

11. Osteoarthritis. www.medscape.com; last accessed October 7, 2014

CHAPITRE 22.

TROUBLES DE LA THYROÏDE

Fadila Naji, MD

I. HYPOTHYROÏDIE

DÉFINITIONS

1. **Hypothyroïdie primaire** : TSH élevée et T4 libre basse (95% de l'ensemble des cas).
2. **Hypothyroïdie secondaire (centrale)** : fT4 basse et TSH insuffisamment élevée.
3. **Hypothyroïdie subclinique** : fT4 normale en présence d'une TSH élevée.

EPIDÉMIOLOGIE

1. La prévalence de l'hypothyroïdie franche varie de 0.1 à 2%.
2. La prévalence de l'hypothyroïdie subclinique varie de 4 à 10% chez les adultes, avec une fréquence éventuellement supérieure chez les femmes âgées.
3. Chez les femmes elle est 5 à 8 fois plus courante que chez les hommes.

CAUSES COURANTES

1. Une thyroïdite auto-immune chronique (Hashimoto) +++ (la plus courante).
2. Iatrogène : thyroïdectomie, traitement à l'iode radioactif ou irradiation externe.
3. Des médicaments : thionamides, lithium, amiodarone.
4. Des maladies infiltratives : hémochromatose, sarcoïdose.
5. Une hypothyroïdie transitoire : thyroïdite.
6. Une agénésie thyroïdienne congénitale, une dysgénésie ou des défauts de la synthèse des hormones.

ANTÉCÉDENTS

1. Symptômes typiques : fatigue, intolérance au froid, prise de poids, constipation, myalgies, menstruations irrégulières.
2. En général, les symptômes sont très variables et atypiques et peuvent dépendre de l'âge à l'apparition, de la durée et de la gravité du déficit en hormone thyroïdienne.
3. Utilisation de médicaments de la thyrotoxicose (voir la section ci-dessus), thérapie antérieure à l'iode ou chirurgie antérieure de la thyroïde.

EXAMEN PHYSIQUE

1. Rechercher toute hypertrophie de la thyroïde (goitre) ou une ancienne cicatrice de thyroïdectomie.

TESTS DE LABORATOIRE

1. TSH - si le taux est élevé, entreprendre alors des dosages de fT3 et fT4.
2. Il n'est pas nécessaire de doser les anticorps antithyroïdiens (anti-TPO et anti-thyroglobuline) de façon systématique chez les patients atteints d'une hypothyroïdie primaire franche, **car presque tous souffrent d'une thyroïdite auto-immune chronique.**
3. Les anticorps anti-thyroperoxydase seraient utiles pour prédire la probabilité **d'évolution** vers une hypothyroïdie franche **permanente** chez les patients atteints d'une hypothyroïdie subclinique, d'une thyroïdite indolore (silencieuse) ou d'une thyroïdite du post-partum.

PRISE EN CHARGE

1. Il faut administrer des substituts d'hormones thyroïdiennes (Lévothyroxine (T4)) sauf si la cause est transitoire (par exemple, une thyroïdite indolore ou une thyroïdite subaiguë) ou réversible (en raison

- d'un médicament qui peut être interrompu)).
2. Une dose moyenne de substitut de T4 équivaut approximativement à 1.6 mcg/kg de poids corporel par jour (par exemple, 112 mcg/jour pour un adulte pesant 70 kg), mais la marge des doses requises est grande, variant entre 50 et 200 mcg/jour.
 3. Aux patients âgés, il faut initier une dose inférieure (25 à 50 mcg chaque jour) afin d'éviter les arythmies.
 4. Le médicament doit être pris avec l'estomac vide, idéalement une heure avant le petit-déjeuner.
 5. Le médicament ne doit pas être pris avec d'autres médicaments pouvant interférer avec son absorption (résines séquestrant l'acide biliaire, IPPs, carbonate de calcium et sulfate ferreux).
 6. L'état des patients commence habituellement à s'améliorer au bout de 2 semaines. Des concentrations de TSH à l'état d'équilibre sont atteintes après 6 semaines, mais il faut prévoir plusieurs mois pour achever une guérison complète chez les personnes atteintes d'une hypothyroïdie sévère.
 7. Après l'initiation du traitement, le patient doit être réévalué et le taux de TSH sérique mesuré dans 6 semaines.
 8. Si la TSH demeure en dessus de la marge de référence normale, la dose de T4 peut être augmentée de 12 à 25 mcg/jour. Il est nécessaire de répéter les dosages de la TSH dans 6 semaines.
 9. Après l'identification de la dose d'entretien adéquate, le taux de TSH doit être mesuré une fois par an ou plus souvent en cas de récurrence des symptômes.
 10. Une augmentation de la posologie serait requise durant la grossesse.

II. HYPERTHYROÏDIE

DÉFINITIONS

1. Une hyperthyroïdie franche se définit par une fT3 ou fT4 élevée avec une TSH supprimée. L'algorithme 22.1 décrit l'approche des patients souffrant d'une hyperthyroïdie franche.
2. Une hyperthyroïdie subclinique se définit par une fT3 et une fT4 normales avec une TSH supprimée.

EPIDÉMIOLOGIE

1. Chez les femmes elle est plus courante que chez les hommes (5:1).
2. Sa prévalence générale atteint 1.3% et s'élève à 4-5% chez les femmes âgées.
3. Sa prévalence est supérieure parmi les fumeurs.
4. La maladie de Graves est plus courante parmi les jeunes femmes.
5. Un goitre nodulaire toxique est plus courant parmi les femmes âgées.

CAUSES COURANTES

1. Une maladie auto-immune de la thyroïde : maladie de Graves, Hashitoxicose.
2. Un tissu thyroïdien autonome : adénome toxique, goitre multinodulaire (GMN) toxique.
3. Une thyroïdite granulomateuse subaiguë (de Quervain).
4. Une thyroïdite indolore (thyroïdite silencieuse, thyroïdite lymphocytaire).
5. Une thyroïdite du post-partum.
6. Une thyroïdite induite par amiodarone.

ANTÉCÉDENTS

1. Symptômes typiques : anxiété, tremblements, palpitations, intolérance à la chaleur, transpiration accrue, perte de poids, diarrhée.
2. Les symptômes peuvent être légers ou atypiques.
3. Les patients âgés sont plus susceptibles de développer des complications cardio-vasculaires, notamment des arythmies (en général une fibrillation auriculaire). D'autre part, les personnes âgées peuvent développer une "thyrotoxicose apathique", dépourvue de symptômes à l'exception d'une faiblesse et d'une asthénie.

EXAMEN PHYSIQUE

1. Signes d'hyperactivité du système sympathique : tachycardie, tremblements, hyperréflexivité, hypertension artérielle.
2. Peau chaude humide et cheveux minces fins.

3. Une exophtalmie, un œdème périorbitaire et conjonctival, une limitation des mouvements oculaires et un myxœdème prétilial surviennent uniquement chez les patients atteints de la maladie de Graves.
4. Examen de la thyroïde : nodule palpable ou goitre avec plusieurs nodules.

TESTS DE LABORATOIRE

1. TSH – si la TSH est basse, demander des dosages de fT3 et fT4.
2. Auto-anticorps contre le récepteur de la thyrotropine (TRAB) si l'on soupçonne une maladie de Graves Basedow.
3. Scintigraphie thyroïdienne (pertechnétate Tc-99m ou I-123).
 - a. En cas de fixation importante, autonome ou auto-immune
 - b. En cas de fixation faible, thyroïdite (subaiguë, post-partum, induite par amiodarone)

N.B. Une scintigraphie au Tc-99m est plus facilement accessible et moins coûteuse que la scintigraphie à l'iode et elle permet un examen plus rapide comme les images sont obtenues 15 à 30 min après l'injection de technétium tandis que les images sont obtenues 24 heures après l'administration d'iode radioactif.

PRISE EN CHARGE

BÊTA-BLOQUANT

1. En cas de symptômes hyperadrénergiques modérés à sévères (par exemple, tachycardie) indépendamment de la cause d'hyperthyroïdie.
2. Utiliser Propranolol 10-40 mg/dose toutes les 6-12 heures ou Atenolol 25 à 50 mg QD, et augmenter la dose selon les besoins jusqu'à 200 mg par jour.

MALADIE DE GRAVES

Thionamides

1. Méthimazole
 - a. Hyperthyroïdie légère (fT4, 23-50 pmol/l) : dose initiale de 15 mg/jour répartis en 3 doses (toutes les 8 heures)
 - b. Hyperthyroïdie modérée (fT4, 51-100 pmol/l) : 30-40 mg/jour
 - c. Hyperthyroïdie sévère (fT4 > 100 pmol/l) : 60 mg/jour
 - d. Entretien : 5-15 mg/jour (elle peut être administrée comme une dose quotidienne unique dans plusieurs cas)
2. PTU
 - a. PTU est le médicament préféré durant la grossesse (dose initiale : 300 mg QD répartis en 3 doses / dose d'entretien : 100-150 mg QD)

Traitement à l'iode radioactif/Chirurgie

1. Une chirurgie ou l'iode radioactif (IRA) sont préférables à un traitement prolongé aux thionamides pour une rémission à long terme (**Grade 2B**) mais les thionamides peuvent toujours être envisagés pour les patients redoutant la chirurgie ou l'IRA ou pour les patients atteints d'une maladie légère et de petits goitres.
2. Un traitement à l'iode radioactif est considéré un traitement définitif lorsque les patients sont euthyroïdiens au thionamide, étant donné qu'il est peu onéreux et présente un niveau de complications inférieur à la chirurgie (**Grade 2B**).

ADÉNOME TOXIQUE OU GOITRE MULTINODULAIRE (GMN)

Chirurgie

1. Les indications en faveur d'une chirurgie sont les suivantes :
 - a. des symptômes ou signes de compression/obstruction
 - b. le besoin d'un retour rapide à l'euthyroïdie
 - c. un cancer coexistant de la thyroïde
 - d. de très grands goitres (> 80 g) (**Grade 2 C**)
2. Les patients présentant un adénome toxique/GMN devant subir une chirurgie doivent être traités avec un médicament antithyroïdien (méthimazole ou carbimazole) jusqu'à ce qu'ils soient euthyroïdiens. Le médicament antithyroïdien doit être arrêté le jour de la chirurgie.
3. Pour les patients atteints d'un GMN toxique ayant subi une thyroïdectomie totale ou presque totale, des substituts d'hormones thyroïdiennes doivent être initiés.

Traitement à l'iode radioactif

1. En l'absence d'indications en faveur d'une chirurgie, un IRA doit être administré **(Grade 2C)**.
2. Pour les patients présentant des symptômes importants d'hyperthyroïdie et les patients âgés souffrant d'une maladie cardiaque sous-jacente, le thionamide (méthimazole ou carbimazole) doit être initié d'abord pour atteindre l'euthyroïdie avant d'entamer un traitement à l'iode radioactif **(Grade 2B)**. Méthimazole est interrompu 3 jours avant l'iode radioactif.
3. Après un traitement à l'iode radioactif, on doit surveiller chez les patients une hypothyroïdie ou une hyperthyroïdie persistante ou récurrente. Des tests de la fonction thyroïdienne doivent être faits six à huit semaines après le traitement, puis à des intervalles de quatre à huit semaines, en fonction des résultats des tests antérieurs et du changement de la taille de la thyroïde.

III. NODULE THYROÏDIEN

ÉPIDÉMIOLOGIE

1. Le risque à vie de développer un nodule thyroïdien palpable est de 5 à 10%.
2. Il affecte les femmes plus que les hommes.
3. Environ 5% des nodules thyroïdiens sont malins.

EVALUATION

L'importance clinique d'une évaluation des nodules thyroïdiens est principalement corrélée au besoin d'exclure un cancer de la thyroïde. L'algorithme 22.2 décrit les étapes de l'approche d'un nodule thyroïdien.

FACTEURS SUGGÉRANT UN DIAGNOSTIC DE MALIGNITÉ

1. Age inférieur à 30 ans ou supérieur à 60 ans.
2. Sexe masculin.
3. Symptômes associés de dysphagie ou d'odynophagie.
4. Antécédents d'irradiation du cou.
5. Antécédents de carcinome de la thyroïde.
6. Nodule ferme, dur ou immobile.
7. Présence de lymphadénopathie cervicale.
8. Nodule à croissance rapide.

FACTEURS SUGGÉRANT UN DIAGNOSTIC DE BÉNIGNITÉ

1. Antécédents familiaux de maladie auto-immune (thyroïdite de Hashimoto).
2. Antécédents familiaux de nodule thyroïdien bénin ou de goitre.
3. Présence d'un dysfonctionnement thyroïdien (hypo/hyperthyroïdie).
4. Douleur ou sensibilité associée au nodule.
5. Nodule tendre, lisse et mobile.

EXAMEN PHYSIQUE

1. Localisation et taille du nodule.
2. Solitaire ou multiple.
3. Fixe/mobile.
4. Consistance.
5. Présence d'adénopathie cervicale.

TESTS DE LABORATOIRE

1. TSH : pour dépister une hypothyroïdie ou une hyperthyroïdie.
2. Taux de fT4 et fT3 si le taux de TSH est anormal.
3. Une mesure du taux de calcitonine afin de détecter un carcinome médullaire est controversée.

EXAMENS D'IMAGERIE

1. Une échographie est obligatoire dans tous les cas.
2. Elle est très sensible pour déterminer la taille et le nombre de nodules thyroïdiens mais ne peut pas fiablement distinguer entre un nodule bénin et un nodule malin.
3. Un CT scan ou IRM n'est pas généralement rentable pendant l'évaluation initiale d'un nodule thyroïdien solitaire.
4. La scintigraphie thyroïdienne est requise si le taux de TSH est bas. Elle décrit un nodule comme chaud, tiède ou froid en fonction de sa fixation relative de l'isotope radioactif. Les nodules chauds sont rarement malins tandis que 5-8% des nodules tièdes ou froids sont malins.

ASPIRATION À L'AIGUILLE FINE

Une biopsie-aspiration à l'aiguille fine (BAAF) est l'étape la plus importante et la plus rentable du diagnostic initial des nodules thyroïdiens visant à exclure une malignité (sensibilité de 80% et spécificité de 90%).

INDICATIONS EN FAVEUR D'UNE BAAF :

Chez les patients à facteurs de risque d'un cancer de la thyroïde

(Par exemple, une irradiation de la tête et du cou durant l'enfance, des antécédents familiaux de cancer de la thyroïde)

- a. Les directives de l'American Thyroid Association (ATA) recommandent une BAAF guidée par échographie de tous les nodules > 5 mm chez les patients à risque élevé. Mais il n'y a pas de données appuyant cette approche. Les nodules infracentimétriques sont habituellement soumis à une biopsie en cas de signes suspects dévoilés à l'échographie

Chez les patients sans facteurs de risque d'un cancer de la thyroïde

1. Nodules hypoéchogènes solides > 1 cm.
2. Nodules solides qui sont isoéchogènes ou hyperéchogènes ≥ 1.0 à 1.5 cm.
3. Nodules mixtes solides-kystiques sans signes douteux à l'échographie, si ≥ 2.0 cm.
4. Il est possible que les nodules spongiformes, définis comme une agrégation de plusieurs composants microkystiques occupant plus de 50% du volume du nodule, ne nécessitent pas de BAAF indépendamment de leur taille, bien qu'il soit prudent d'exécuter une biopsie des nodules spongiformes > 2.0 cm.
5. Les nodules purement kystiques (pas de composant mural) ne nécessitent pas de biopsie.

PRISE EN CHARGE

PETITS NODULES NON SOUMIS À UNE BIOPSIE

1. Une échographie périodique (initialement dans 6 à 12 mois, puis à des intervalles plus longs avec le temps en supposant que les nodules sont stables, par exemple à des intervalles d'un à deux ans, puis de trois à cinq ans) pour évaluer leur croissance.

NODULES BÉNINS

1. Ils comprennent des nodules macro-folliculaires ou adénomatoïdes/hyperplasiques, des adénomes colloïdaux, un goitre nodulaire et une thyroïdite de Hashimoto.
2. Ils ne nécessitent pas de traitement ; une échographie périodique étant recommandée.
3. Une répétition de BAAF est justifiée uniquement en présence d'une croissance significative (un changement de volume supérieur à 50% ou une augmentation de 20% des dimensions de 2 nodules au moins), d'un changement de la texture échogène d'un nodule ou si de nouveaux symptômes sont attribués à un nodule.

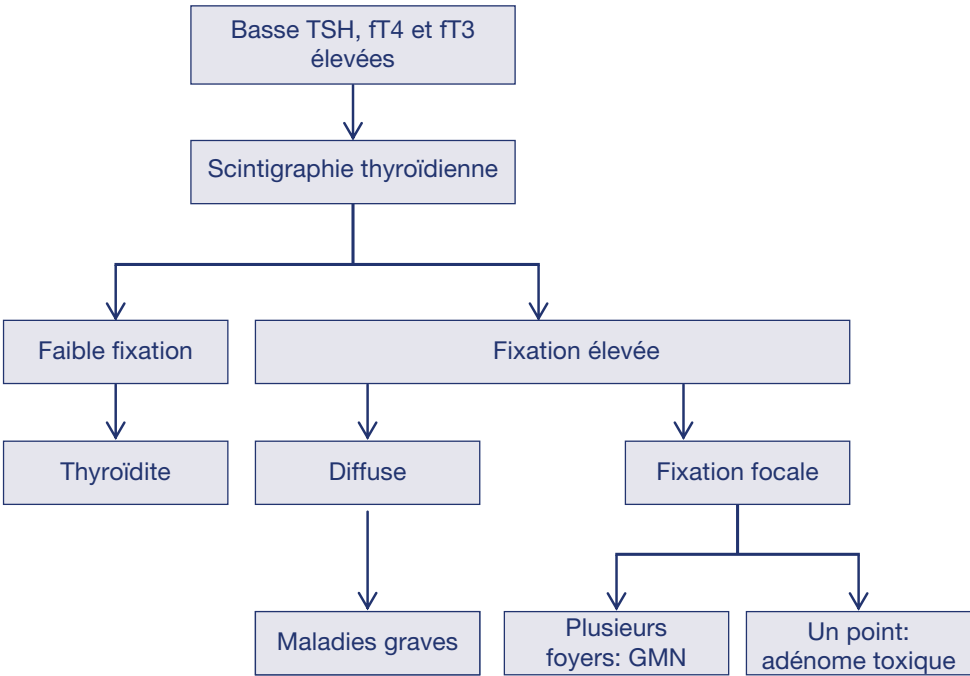
LÉSIONS FOLLICULAIRES D'IMPORTANCE INDÉTERMINÉE

1. Elles comprennent des nodules avec des cellules atypiques ou des nodules présentant des caractéristiques à la fois macro-folliculaires et micro-folliculaires.
2. Répéter BAAF après 3 à 6 mois.
3. Une résection chirurgicale doit être envisagée
 - a. Si les aspirations répétées continuent à révéler des cellules atypiques (**Grade 2C**)
 - b. En présence de nodules FROIDS (**Grade 2B**)
 - c. En présence d'une cytologie évoquant un cancer ou une suspicion de cancer

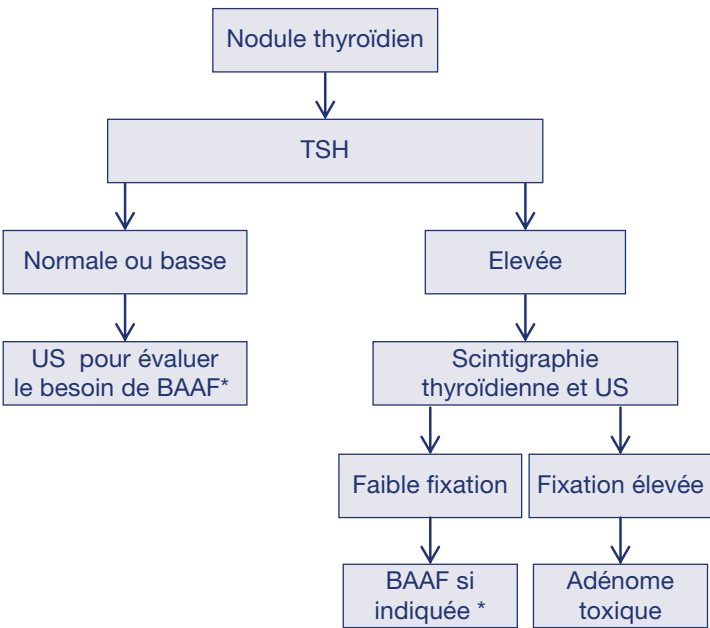
RÉFÉRENCES

1. Douglas, SR. Treatment of hypothyroïdie. In: UptoDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on Oct 23, 2014).
2. Surks, MI. Clinical manifestations of hypothyroïdie. In: UptoDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on Oct 23, 2014).
3. Ross, DS. Diagnosis of hyperthyroidism. In: UptoDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on Oct 23, 2014).
4. Ross, DS. Overview of the clinical manifestations of hyperthyroidism in adults. In: UptoDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on Oct 23, 2014).
5. Ross, DS. Treatment of Graves' hyperthyroidism. In: UptoDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on Oct 23, 2014).
6. Ross, DS. Disorders that cause hyperthyroidism. Douglas S Ross, MD. In: UptoDate, Post TW (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on Oct 23, 2014).
7. Reid, JR, Wheeler, SF. Approach to hyperthyroidism. Am Fam Physician. 2005;72(4):623-630.
8. Walker, JW, Orlov, D. Thyroid nodules. Am Fam Physician. 2003;67(3):559-567.

ALGORITHME 22.1 : APPROCHE DE L’HYPERTHYROÏDIE FRANCHE



ALGORITHME 22.2 : APPROCHE DU NODULE THYROÏDIEN



* Se référer au texte pour la liste d’indications

CHAPITRE 23.

TROUBLES MENSTRUELS COURANTS

Beatrice Khater, MD

I. DYSMÉNORRHÉE

EPIDÉMOLOGIE

La prévalence de dysménorrhée primaire diminue en avançant en âge.

1. 50 à 90% des femmes en âge de procréer dans le monde décrivent des périodes de menstruations douloureuses. La majorité de ces femmes sont jeunes et présentent une dysménorrhée primaire.
2. La dysménorrhée est l'une des causes les plus courantes de douleur pelvienne.

DÉFINITION

1. La dysménorrhée se définit par des crampes douloureuses accompagnant les menstruations.
2. Une dysménorrhée primaire (DP) se traduit par des menstruations douloureuses en l'absence de maladie pelvienne démontrable. Elle survient habituellement 1 ou 2 ans après la ménarche.
3. Une dysménorrhée secondaire (DS) a une cause pathologique telle une endométriose, une adénomyose, des fibromes ou une maladie inflammatoire pelvienne (MIP). Elle survient habituellement 2 ans après la ménarche et se caractérise par l'apparition d'une douleur nouvelle ou une aggravation de la douleur habituelle.

FACTEURS DE RISQUE

1. Des menstruations abondantes, des symptômes prémenstruels, des cycles menstruels irréguliers, un âge < 30 ans, des antécédents d'abus sexuel, une ménarche avant l'âge de 12 ans, un IMC < 20 sont considérés des facteurs de risque de dysménorrhée.
2. Il semble y avoir une prédisposition familiale à la dysménorrhée primaire.
3. Un âge plus jeune à la première naissance et une parité supérieure sont associés à un risque réduit.

ANTÉCÉDENTS

1. Rechercher des symptômes évoquant des pathologies pelviennes (une fièvre, de petites pertes vaginales inhabituelles sentant mauvais dans une maladie inflammatoire pelvienne, ou une douleur au bas-ventre, au bassin ou au bas du dos, une douleur durant et après un rapport sexuel ou un saignement entre les règles dans une endométriose, etc.), dans lequel cas le diagnostic changerait d'une DP en DS.
2. Evaluer la gravité de la maladie en cotant la douleur et son impact sur les activités quotidiennes de la patiente.

EXAMEN PHYSIQUE

1. Chez une adolescente n'ayant jamais été sexuellement active et ayant des antécédents typiques de dysménorrhée légère à modérée, un examen pelvien est inutile.
2. Les femmes souffrant d'une DP présentent un examen pelvien normal. Il est possible que les femmes souffrant d'une DS présentent aussi un examen normal bien que des signes physiques existent souvent et soient perçus à l'examen pelvien.

EVALUATION

1. Les tests de laboratoire sont utiles uniquement lorsqu'une MIP est envisagée (fièvre, douleur au déplacement du col de l'utérus, pertes vaginales mucopurulentes, CRP ou VS élevée).
2. Une échographie est nécessaire pour confirmer une anomalie anatomique si celle-ci est suspectée d'après les antécédents ou l'examen physique. Elle est utile aussi chez les obèses, les adolescentes souffrant d'une DP, si une maladie pelvienne est fortement soupçonnée et/ou si la réponse clinique au traitement initial avec des AINSs/contraception hormonale est inadéquate.

3. Une laparoscopie diagnostique est rarement requise. Elle joue un rôle dans le diagnostic et le traitement de l'endométriose, mais le moment d'initier la laparoscopie dépend de plusieurs facteurs notamment l'âge des femmes, la réponse à un traitement empirique et les problèmes de fertilité.

PRISE EN CHARGE

INTERVENTIONS NON PHARMACOLOGIQUES

1. L'application de chaleur au bas-ventre, les exercices, un régime végétarien pauvre en gras et l'acupuncture peuvent offrir certains effets bénéfiques
2. Vitamine B1 100 mg tous les jours **(Grade IB)**
3. Vitamine E prise 2 jours avant et 3 jours après le début des règles (500 mg/jour) **(Grade IC)**
4. Huile de poisson (2.5 g/jour) en combinaison avec la vitamine B12 (7.5 mg/jour) **(Grade IC)**
5. Magnésium (500 mg/jour) **(Grade II-C)**
6. Vitamine B6 (200 mg/jour) **(Grade II- C)**

INTERVENTIONS PHARMACOLOGIQUES

1. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) représentent un traitement de première intention privilégié
 - a. Ils doivent être prescrits de l'extrémité supérieure de la gamme posologique, initiés avant l'apparition de la douleur pour obtenir un effet maximal et poursuivis pendant 2 à 3 jours
 - b. En cas de réponse inadéquate à un agent après trois cycles thérapeutiques, celui-ci doit être arrêté et un autre agent initié
2. L'ajout de contraceptifs oraux est conseillé ; ceci est avantageux du fait que les contraceptifs oraux peuvent devenir pour certaines femmes le traitement de première intention **(I-A)**
3. La combinaison de contraceptifs hormonaux et d'AINSs est efficace chez les femmes qui demeurent symptomatiques avec la prise de l'un des deux médicaments sans l'autre
4. L'acétate de médroxyprogestérone en dépôt et le dispositif intra-utérin au lévonorgestrel se sont avérés efficaces **(II-B)**

II. SYNDROME PRÉMENSTRUEL

EPIDÉMIOLOGIE

1. Les symptômes prémenstruels surviennent chez 95% des femmes en âge de procréer.
2. Le trouble dysphorique prémenstruel (TDPM) touche 3 à 8% des femmes préménopausées.

DÉFINITION

1. Le syndrome prémenstruel (SPM) est un état où plusieurs symptômes physiques et non physiques interférant avec le fonctionnement normal surviennent durant la période prémenstruelle et disparaissent au bout de 4 jours après le déclenchement des règles.
2. Lorsque les symptômes affectifs sont sévères et assez débilissants jusqu'à perturber les relations de la patiente et ses activités sociales et professionnelles, on l'appelle trouble dysphorique prémenstruel (TDPM).

ANTÉCÉDENTS

1. Un SPM se manifeste par une multitude de symptômes notamment :
 - a. Des changements affectifs (labilité émotionnelle, irritabilité ou dépression)
 - b. Des changements comportementaux (agression, baisse de libido ou fringales)
 - c. Des changements cognitifs (confusion, baisse de la concentration ou oubli)
 - d. Des symptômes physiques (céphalées notamment aggravation de la migraine, fatigue, mastalgie, ballonnement, rétention de fluides ou insomnie)

DIAGNOSTIC

1. Les antécédents cliniques sont la clé du diagnostic d'un SPM ou d'un TDPM.
Le American College of Obstetricians and Gynecologists propose de diagnostiquer un SPM en tenant

un journal prospectif des symptômes, c'est-à-dire en reliant les symptômes au cycle menstruel. Les symptômes existants en dehors de la phase lutéale (la seconde moitié du cycle menstruel) seront alors dus à d'autres conditions.

PRISE EN CHARGE

1. Des mesures relatives au mode de vie, comme les exercices réguliers et les techniques de réduction du stress, sont conseillées pour un SPM léger (**Grade 2C**).
2. Un supplément ou un apport élevé de calcium alimentaire et de vitamine D peut être envisagé pour soulager les symptômes des femmes souffrant de SPM ou de TDPM.
3. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (escitalopram 10-15 mg, fluoxétine 20-60 mg et sertraline 50-150 mg), pris de façon quotidienne ou uniquement durant la phase lutéale, réduisent significativement les symptômes physiques et psychologiques de SPM par comparaison au placebo.
4. Pour les femmes n'ayant pas réagi aux ISRSs ou ne pouvant pas les tolérer :
 - a. Les contraceptifs oraux (COs) contenant préférentiellement drospirénone peuvent être prescrits en permanence ou avec un court intervalle sans pilule (**Grade 2B**).
 - b. Les femmes, n'ayant pas réagi aux ISRSs ou COs ou ne pouvant pas les tolérer et présentant toujours des symptômes sévères, doivent être référées à un gynécologue afin d'initier un traitement avec un agoniste de l'hormone de libération des gonadotropines (GnRH) en plus d'un traitement additif (add-back) aux œstrogènes-progestatifs.

III. MÉNORRAGIE

DÉFINITION

La ménorragie se définit par un saignement utérin cyclique excessif survenant à des intervalles réguliers au cours de plusieurs cycles, ou par un saignement prolongé qui dure plus de sept jours. Un bilan de la ménorragie est décrit dans l'algorithme 23.1.

CAUSES

1. En âge de procréer : cycles anovulatoires, léiomyomes, polypes endométriaux, adénomyose, dispositif intra-utérin sans progestatifs, troubles de la thyroïde ou trouble hémorragique.
2. Transition à la ménopause : anovulation intermittente, anomalies structurales utérines et anomalies endocriniennes.

ANTÉCÉDENTS

1. S'enquérir des symptômes évocateurs d'autres pathologies (douleur sévère de l'endométriose, rapports sexuels douloureux et pertes dans une maladie inflammatoire pelvienne, etc.) et traiter la pathologie sous-jacente
2. Evaluer le risque d'un cancer de l'endomètre et envoyer la patiente chez un gynécologue pour une biopsie de l'endomètre :
 - a. Toutes les femmes âgées de 45 ans ou plus présentant un saignement utérin anormal
 - b. Les femmes < 45 ans présentant :
 1. Un saignement utérin anormal persistant
 2. Des antécédents d'exposition aux œstrogènes sans opposition (obésité, anovulation chronique)
 3. Une prise en charge médicale non réussie du saignement
 4. Un risque élevé de cancer de l'endomètre (par exemple, traitement au tamoxifène, syndrome de Lynch)

EXAMEN PHYSIQUE

1. Evaluer la taille de l'utérus (examen ou échographie) et envoyer la patiente chez un spécialiste si la taille de l'utérus est > 10 cm ou si une masse est détectée.

TESTS DE LABORATOIRE

1. Dépister une anémie ou un dysfonctionnement de la thyroïde. Entreprendre des tests pour un trouble hémorragique si c'est indiqué sur le plan clinique (par exemple, antécédents de tendance aux ecchymoses ou de saignement des surfaces muqueuses, antécédents personnels ou familiaux de coagulopathie ou le statut d'adolescente).

PRISE EN CHARGE

Le but du traitement initial est de maîtriser le saignement, de traiter l'anémie (si présente) et de rétablir la qualité de vie.

- 1- Contraceptifs oraux combinés : ils réduisent le débit sanguin, règlent les cycles, fournissent une contraception, préviennent le développement d'une hyperplasie chez les patientes anovulatoires et traitent la dysménorrhée. Se référer au Chapitre de la Contraception pour de plus amples détails.
- 2- Progestatifs oraux ou IM pour la prévention d'un saignement excessif lié à une hyperplasie de l'endomètre chez les femmes ayant une anovulation chronique, mais sont moins efficaces que les DIU.
- 3- DIU aux progestatifs : ils réduisent le débit sanguin et peuvent occasionner un arrêt des cycles ; se référer au chapitre de la contraception pour de plus amples détails.
- 4- AINS : les initier au premier jour des règles et les arrêter soit après 5 jours ou à la fin des menstruations. L'acide méfénamique 500 mg trois fois par jour ; Naproxène 500 mg au début et trois à cinq heures plus tard, puis 250 à 500 mg deux fois par jour ou Ibuprofène 600 mg une fois par jour.
- 5- Les agents antifibrinolytiques comme l'acide tranexamique (1300 mg trois fois par jour durant les règles pendant 5 jours au maximum) à prendre les jours des règles. A utiliser uniquement à l'échec d'autres options et uniquement chez les femmes qui ne sont pas exposées à un risque élevé de thrombose.

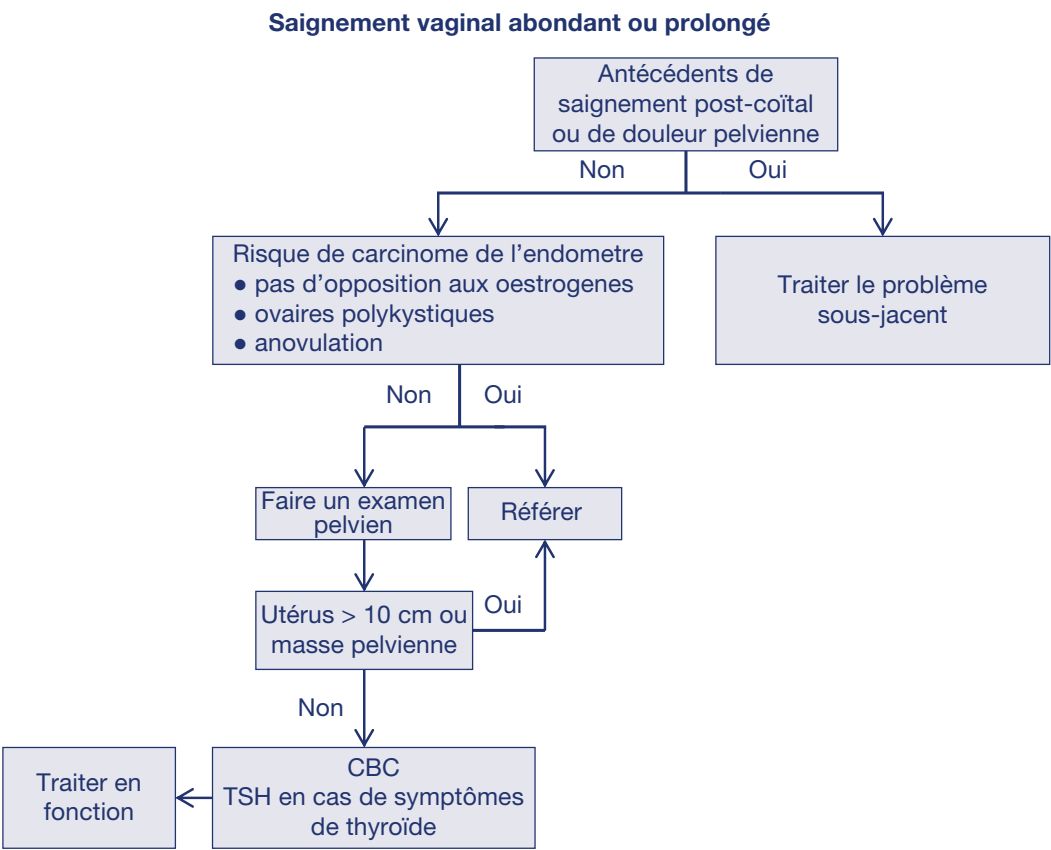
CHIRURGIE

1. La chirurgie est conseillée aux femmes dont le traitement médical n'a pas réussi ou qui souhaitent un traitement définitif ou nécessitant moins d'entretien.
2. Les procédures minimalement effractives de maîtrise d'un saignement utérin abondant comprennent ce qui suit :
 - a. Une ablation de l'endomètre
 - b. Une hystérectomie : réservée aux femmes chez qui toutes les autres mesures n'ont pas abouti et ne souhaitant plus concevoir

RÉFÉRENCES

1. Biggs W. Demuth R. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. Am Fam Physician. 2011; 4(8):918-924.
2. Lefebvre G. et al. Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline. J Obstet Gynaecol Can 2005;27(12):1117-1130
3. Apgar B. Kaufman A. George-Nwogu U. Kittendorf A. Treatment of Menorrhagia. Am Fam Physician. 2007 Jun 15; 75(12):1813-1819.
4. Smith R., Kaunitz A. Primary dysmenorrhea in adult women. Up to Date 2014 Last update October 2014
5. Yonkers K. Casper R. Clinical manifestations and diagnosis of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. Up to Date 2014 Last updated July 2014
6. Zacur A. Chronic menorrhagia or anovulatory uterine bleeding. Up to Date 2014 Last updated Jan 2013

ALGORITHME 23.1 : BILAN DE LA MÉNORRAGIE



CHAPITRE 24.

CONTRACEPTION

Jinan Usta, MD, MPH; Fadila Naji, MD

BUT DU COUNSELING EN MATIÈRE DE CONTRACEPTION

1. Offrir un counseling approprié concernant les diverses méthodes contraceptives
2. Identifier les facteurs médicaux et personnels affectant la sélection de la méthode contraceptive
3. Orienter le choix de la contraception en présence d'états pathologiques où une grossesse non désirée est associée à un risque accru pour la santé
4. Gérer les problèmes ordinaires associés à l'utilisation des contraceptifs.

ANTÉCÉDENTS

1. Dans les antécédents d'une femme, les facteurs susceptibles d'affecter le choix de la méthode contraceptive comprennent ce qui suit : âge/antécédents de tabagisme ; **éviter la pilule contraceptive orale (PCO)** si la femme est en dessus de 35 ans et fumeuse.
2. Habitudes sexuelles : si la femme ou son partenaire ont plusieurs partenaires, **éviter le dispositif intra-utérin (DIU)**. Si les rapports sexuels sont peu fréquents (moins que deux fois par semaine), elle peut utiliser la méthode barrière ou la pilule du lendemain (contraceptif d'urgence).
3. Antécédents menstruels : les patientes ayant des menstruations irrégulières doivent **éviter le DIU**.
4. Possibilité de procréation : la fertilité est rétablie plus tôt après l'arrêt de la PCO et du DIU mais il faut prévoir environ 9 mois après une injection d'acétate de dépo-médroxyprogestérone (DMPA).
5. Mode de vie : les candidates éligibles pour une PCO sont celles pouvant prendre la PCO à la même heure chaque jour.
6. Revenu : le DIU au Lévonorgestrel est très onéreux.
7. Croyances religieuses.
8. Problèmes médicaux existants :
 - a. Acné ou hirsutisme : il vaut mieux utiliser la formulation de norgestimate/éthinyilestradiol ou acétate de cyprotérone/éthinyilestradiol)
 - b. Obésité, hypercholestérolémie : il vaut mieux utiliser des PCOs moins androgènes, **éviter la PCO en cas d'hypertriglycéridémie**
 - c. Anémie : éviter le DIU au cuivre
 - d. Maladie thromboembolique, accident vasculaire cérébral, athérosclérose coronarienne, maladie ou tumeur du foie ou autre malignité dépendant des œstrogènes : **contre-indication absolue pour une PCO**
 - e. Migraines sévères, HTA mal maîtrisée, diabète, maladie de la vésicule biliaire, saignement vaginal non diagnostiqué : **contre-indication relative pour une PCO**
 - f. MIP récente ou récurrente : **éviter le DIU**
 - g. Dans **certaines atteintes médicales, une grossesse non désirée est associée à des risques accrus pour la santé**. En présence de telles atteintes, on conseille au prestataire de soins de santé d'entamer avec la patiente une discussion sur la contraception. Ces atteintes comprennent : un cancer du sein, des tumeurs malignes du foie (hépatome) et un carcinome hépatocellulaire ; une valvulopathie compliquée ; une cardiomyopathie du péripartum ; un diabète insulino-dépendant ou un diabète avec néphropathie/rétinopathie/neuropathie ou autres maladies vasculaires ou un diabète depuis plus de 20 ans ; une schistosomiase avec une fibrose hépatique ; un cancer de l'endomètre ou de l'ovaire ; une cirrhose sévère (décompensée) ; une déranocytose ; une épilepsie ; une hypertension (systolique > 160 mm Hg ou diastolique > 100 mm Hg) ; une greffe d'organe solide au cours des 2 dernières années ; un accident vasculaire cérébral ; des antécédents de chirurgie bariatrique au cours des 2 dernières années ; un lupus érythémateux disséminé, une cardiopathie ischémique ; la tuberculose ; des mutations thrombogéniques ; une maladie trophoblastique gravidique ; VIH/SIDA.

EVALUATION

1. **Évaluation initiale** : il est toujours conseillé de procéder à une évaluation initiale, mais ceci ne devrait pas

constituer un obstacle à l'initiation de la contraception. Quand c'est possible, entreprendre un examen physique général et établir une documentation de ce qui suit :

- a. Pression artérielle, poids, taille
- b. Examen de la thyroïde
- c. Examen des seins
- d. Examen pelvien avec test de FCV
- e. Examen des membres pour des signes de phlébite ou de varicosités

2. Suivi annuel :

- a. Pression artérielle
- b. Examen des seins
- c. Examen pelvien

3. A NE PAS OUBLIER !

- a. Test FCV annuel

PRISE EN CHARGE

CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINÉS

Types

1. Œstrogène (Ethinylestradiol) et un progestatif dérivé de la testostérone (lévonorgestrel, désogestrel, gestodène, norgestimate)
2. Œstrogène (Ethinylestradiol) et une molécule progestative non dérivée de la testostérone (acétate de cyprotérone, drospirénone, acétate de chlormadinone)

Temps d'initiation

A tout moment durant le cycle menstruel à condition que la possibilité d'une grossesse soit exclue.

Début de l'effet contraceptif

Il faut prévoir 7 jours d'un emploi consécutif pour que le contraceptif fasse son effet.

Taux de grossesse chez une utilisatrice moyenne

2% / an.

Avantages non contraceptifs

1. Réduction de l'acné, de la dysménorrhée et du flux menstruel.
2. Régulation du cycle menstruel.
3. Protection contre le cancer de l'ovaire, de l'endomètre et colorectal.
4. Réduction du risque de MIP.

Effets post-pilule

L'aménorrhée est rare. Moins que 1% des patientes ont une aménorrhée persistant plus de 12 mois après l'arrêt de la pilule.

Heure de prise de la pilule

1. Prendre la pilule à la même heure tous les jours
2. Si elle est prescrite après un avortement, commencer la pilule immédiatement pour prévenir une ovulation.
3. Après une grossesse, il faut prévoir 6 semaines avant de commencer la prise de la pilule en raison du risque de thromboembolie et d'une production réduite de lait maternel.

Effets secondaires

1. Consulter le tableau 24.1 pour examiner les effets secondaires et l'approche suggérée pour leur prise en charge.
2. La majorité de ces effets secondaires disparaissent spontanément au bout de 3 mois ; il vaut mieux attendre trois cycles avant de remplacer la formulation par une autre si un effet secondaire se présente.
3. Avortement spontané/anomalies congénitales : NE sont pas plus fréquents dans les grossesses après l'arrêt de la pilule

TABLEAU 24.1 : EFFETS SECONDAIRES COURANTS ASSOCIÉS À LA PRISE D'UNE PCO

Problème	Action suggérée
Léger saignement au début du cycle	Augmenter l'œstrogène
Léger saignement tardif	Augmenter la puissance du progestatif (tableau 24.2)
Pas de saignement de retrait	Veiller à ne pas omettre de pilules, faire un test de grossesse ; s'il est négatif, augmenter la puissance du progestatif Si ceci ne produit toujours pas de saignement de retrait, augmenter la dose d'œstrogène
Saignement abondant	Utiliser un progestatif plus puissant ; en cas d'échec, augmenter l'œstrogène
Nausée	Changer l'heure de prise de la pilule (le mieux le soir) ou conseiller à la patiente de la prendre avec de la nourriture En cas d'échec, réduire la puissance du progestatif
Rétention cyclique de fluides	Remplacer par la minipilule
Peau grasse ou hirsutisme	Réduire la puissance de l'androgène
Hyperpigmentation	Réduire l'œstrogène, éviter la lumière du soleil ou utiliser un écran solaire
Dépression	Réduire la puissance de l'œstrogène ou augmenter le progestatif
Céphalées	La plus faible dose de pilule combinée
Hypertension, céphalées sévères, crampes aux jambes	Minipilule à progestatif seul en l'absence d'une autre méthode appropriée

TABLEAU 24.2 : PUISSANCE ANDROGÉNIQUE ET PROGESTATIVE DE DIVERSES PROGESTÉRONES

Effet androgénique		Effet progestatif	
Noréthynodrel	0	Noréthindrone	1.0
Diacétate d'éthinodiol	1.0	Noréthynodrel	1.1
Noréthindrone	1.6	Acétate de noréthindrone	2.0
Acétate de noréthindrone	2.5	Diacétate d'éthinodiol	15.0
Norgestrel	17.5	Norgestrel	30.0
Lévonorgestrel	15.0	Lévonorgestrel	60.0

OPTIONS À PROGESTATIF SEUL

Candidates éligibles

Femmes allaitantes, femmes atteintes d'une maladie cardiovasculaire ou hépatique, femmes fumeuses en dessus de 35 ans, femmes à risque élevé de thromboembolie, ou femmes ayant développé des complications liées à la pilule combinée.

Types

Minipilule à progestatif seul

- a. Le taux de grossesse sur un an chez une utilisatrice moyenne est de 2.5%
- b. Les femmes doivent prendre leur pilule à la même heure tous les jours
- c. Elle peut occasionner un saignement irrégulier ou une aménorrhée

Implants sous-cutanés hormonaux

- a. Le taux de grossesse sur un an chez une utilisatrice moyenne est de 2.5%
- b. Il est habituellement inséré dans le bras et demeure efficace pendant 5 ans
- c. Un saignement irrégulier est la cause la plus courante invoquée par les femmes d'interruption au cours des 2 premières années. La fertilité peut se rétablir au bout de 3 jours après le retrait de l'implant

Injectons d'acétate de dépo-médoroxprogestérone

- a. Le taux de grossesse sur un an chez une utilisatrice moyenne est de 0.25%
- b. Ce sont des injections d'acétate de dépo-médoroxprogestérone (DMPA) administrées toutes les 12 semaines
- c. Un saignement irrégulier est très courant
- d. L'aménorrhée survient au bout de 6 mois à un an chez 50% des utilisatrices
- e. Une prise de poids moyenne de 7 Kg en 5 ans est possible
- f. Les effets androgéniques des injections de DMPA doivent être discutés avec la patiente
- g. La fertilité peut se rétablir au bout de 2 semaines mais peut nécessiter 12 à 22 mois après la dernière injection
- h. Une utilisation à long terme (> 5 ans) peut avoir un effet négatif sur la densité minérale osseuse, en particulier parmi les adolescentes et les jeunes femmes n'ayant pas atteint le pic de leur masse osseuse

CONTRACEPTION D'URGENCE

Pilule du lendemain (lévonorgestrel 1.5 mg)

1. Les taux de grossesse rapportés atteignent 0.2 à 3%.
2. L'efficacité est meilleure quand elle est administrée le plus tôt possible après un rapport sexuel ; elle peut être prise jusqu'à 120 heures après un rapport sexuel.
3. Le risque de grossesse existe toujours si une relation sexuelle non protégée a lieu après la prise de la pilule.
4. Après une contraception d'urgence, un saignement menstruel survient habituellement une semaine avant le déclenchement prévu des règles.
5. Un autre cycle de contraception d'urgence peut être administré au cours du même cycle menstruel. Il est préférable de commencer l'emploi régulier d'une contraception non d'urgence, pouvant être initiée le lendemain de l'administration de la contraception d'urgence.

Dispositif intra-utérin (DIU)

1. Il peut être inséré dans les 6 jours après le rapport sexuel pour prévenir une grossesse
 2. Il présente l'avantage additionnel d'initier une contraception régulière
- Se référer à la section concernant le dispositif intra-utérin pour de plus amples informations

PRÉSERVATIF

1. Il est conseillé aux personnes ayant plusieurs partenaires, utilisateurs à court terme, femmes en post-partum, femmes allaitantes, à l'arrêt de la pilule, femmes périménopausées, utilisateurs de drogues intra-veineuses ou homosexuels.
2. Le taux de grossesse sur un an chez une utilisatrice moyenne est de 10%.
3. Les préservatifs masculins et féminins offrent une certaine protection contre les maladies sexuellement transmissibles (MST) bien que cette protection ne soit pas totale.

DISPOSITIF INTRA-UTÉRIN

1. Le taux de grossesse sur un an chez une utilisatrice moyenne est de 5%.
2. Certaines femmes présentent après l'insertion plusieurs jours de saignement, des crampes ou un mal de dos. Les médicaments inhibiteurs de la prostaglandine atténuent ces symptômes.
3. Durant les quelques premiers mois, un léger saignement entre les règles est possible et le cycle menstruel peut devenir plus abondant.
4. Types :
 - a. DIU à la progestérone
 - Il convient mieux aux femmes présentant une dysménorrhée, des règles abondantes ou un syndrome prémenstruel (SPM) important
 - Il cause souvent un saignement intermenstruel
 - Il doit être retiré et remplacé tous les 5 ans
 - b. DIU au cuivre
 - C'est la méthode accessible la plus rentable
 - Une durée de vie de 10 ans
 - c. Contre-indications
 - Une grossesse confirmée ou soupçonnée
 - Un utérus agrandi ou des anomalies utérines physiques
 - Un épisode aigu ou des antécédents de MIP (maladie inflammatoire pelvienne)
 - Une endométrite du post-partum ou une infection après un avortement au cours des 3 derniers mois

- Une malignité du col utérin confirmée ou soupçonnée
- Un saignement génital non diagnostiqué
- Une cervicite ou une vaginite aiguë non traitée
- La patiente ou son partenaire ont plusieurs partenaires sexuels
- Une maladie de Wilson diagnostiquée ou une allergie connue au cuivre (utiliser un DIU à la progestérone)
- Une prédisposition élevée aux infections sexuellement transmissibles, MIP
 - o Si une MIP se développe avec un DIU inséré, le DIU est retiré en l'absence de réponse aux antibiotiques et si la patiente souhaite le retirer. (Consulter l'algorithme 24.1)
 - o Dans les deux cas, vous devez initier des antibiotiques avant le retrait du DIU

PLANIFICATION FAMILIALE NATURELLE

1. Le taux de grossesse sur un an chez une utilisatrice moyenne est de 24%.
2. Elle nécessite une part importante de motivation et une connaissance de la période pendant laquelle la femme est le plus fertile.

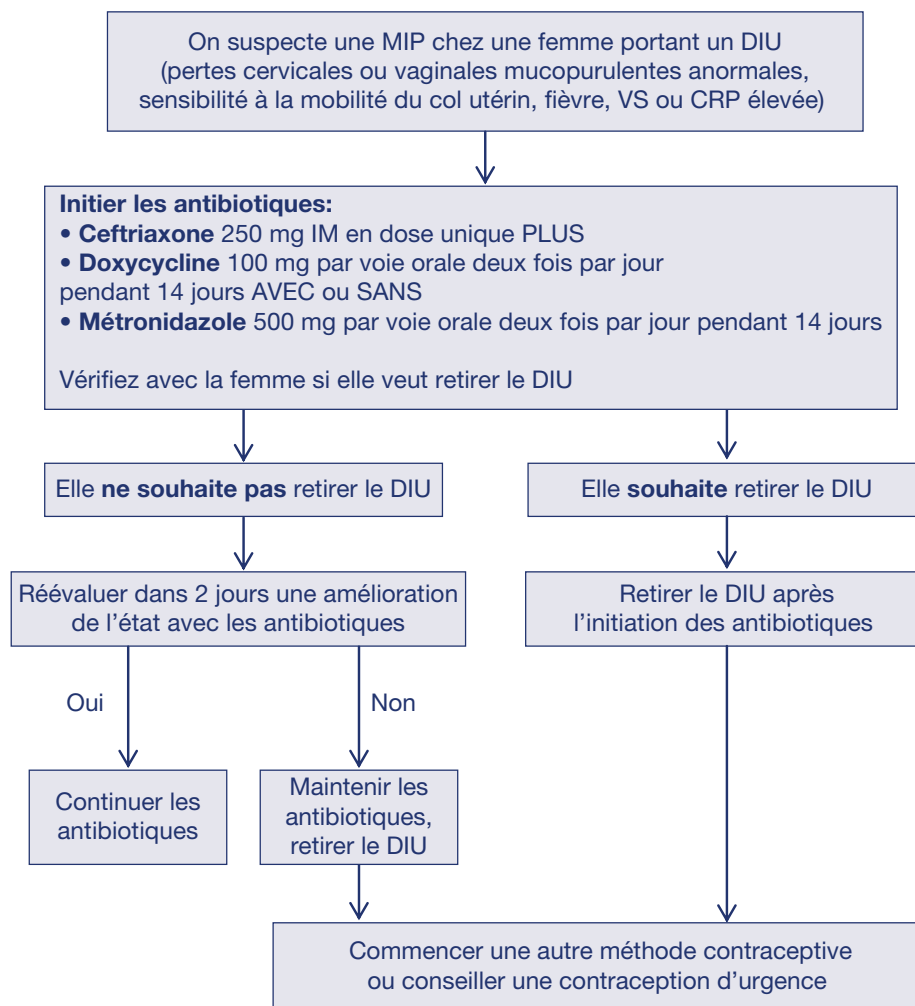
STÉRILISATION

1. Le taux de grossesse sur un an chez une utilisatrice moyenne est de 0.4%.
2. Envoyer la patiente chez un gynécologue.

RÉFÉRENCES

1. Contraception, Essentials of Family Medicine, fifth edition.2007. Sloane P, Slatt L., Ebel N, Jacques L, Smith. Chapitre 27
2. The use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2006 June. 20 p. (ACOG practice bulletin; no. 73)
3. Hendon E, Ziemann M. New Contraceptive Options. Am Fam Physician 2004;69(4)
4. Contraception, Textbook of Family Med, 7th edition, Rakel. p 689-704
5. US Selected practice recommendation (US SPR) for contraceptive use, 2013
<http://www.cdc.gov/reproductivehealth/unintendedpregnancy/USSPR.htm>. Accessed online on September 24 2014

ALGORITHME 24.1 : TRAITEMENT DE LA MALADIE INFLAMMATOIRE PELVIENNE (MIP) AVEC UN DIU EN PLACE



CHAPITRE 25.

MÉNOPAUSE

Jinan Usta, MD, MPH

DÉFINITION

1. Elle se définit par un arrêt des menstruations sur 12 mois
2. Elle est qualifiée de “ménopause prématurée” si elle survient avant l’âge de 40 ans.

MANIFESTATIONS CLINIQUES

1. L’arrêt des menstruations peut être soudain ou précédé d’une phase de transition ménopausique : un ou 2 ans de variabilité élevée de la longueur du cycle menstruel, comme par exemple deux cycles menstruels omis en l’espace de 60 jours ou des périodes prolongées d’aménorrhée.
2. Symptômes vasomoteurs : bouffées de chaleur et transpirations nocturnes pouvant commencer avant l’aménorrhée.
3. Symptômes génito-urinaires : sécheresse vaginale, dyspareunie, miction douloureuse, infection urinaire importante et incontinence.
4. Symptômes psychologiques : dépression, crises de larme, anxiété, changements d’humeur, troubles du sommeil et de la mémoire.
5. Elles peuvent être associées à un risque élevé d’ostéoporose et de maladies cardiovasculaires.

DIAGNOSTIC

1. Diagnostic clinique : aménorrhée pendant 12 mois.
2. Une hormone de stimulation folliculaire (FSH) n’est pas indiquée pour le diagnostic.

PRISE EN CHARGE

Mesures préventives durant la ménopause :

1. Modifications du mode vie : recommander une perte de poids aux femmes obèses, l’arrêt du tabagisme et les exercices.
2. Supplément de 1000 à 1500 mg de calcium par jour (le mieux en doses fractionnées) si l’apport en calcium obtenu par la consommation de produits laitiers ne suffit pas.
3. Supplément de 800-1000 UI de vitamine D par jour pour les femmes à risque de déficience (malabsorption, femmes confinées à la maison, femmes voilées).
4. Dépistage systématique à l’aide d’une densitométrie osseuse à l’âge de 65 ans et plus tôt pour les femmes à risque élevé de fracture ostéoporotique.
5. L’aspirine pour une prophylaxie des maladies cardiovasculaires est recommandée aux femmes à risque élevé de maladie coronarienne.
6. Dépistage d’un cancer du sein à l’aide d’une mammographie entreprise une fois par an ou tous les deux ans.
7. Dépistage d’un cancer du col de l’utérus avec un test Pap tous les 3 ans pour les femmes toujours sexuellement actives.
8. Dépistage du cancer colorectal à partir de l’âge de 50 ans.
9. Vaccination : vaccin antitétanique (Td ou Tdap) une fois tous les 10 ans, vaccin antipneumococcique une fois après l’âge de 65 ans, vaccin antigrippal chaque année.

TRAITEMENT

SYMPTÔMES VASOMOTEURS

1. Modifications du mode de vie
 - a. Porter plusieurs couches de vêtements, consommer des boissons fraîches, éviter la caféine, les mets épicés et l’alcool, perdre du poids, faire des exercices, arrêter de fumer

2. Traitement non hormonal

a. Antidépresseurs

- Ils sont utilisés pour le traitement des symptômes vasomoteurs
- Paroxétine (7.5 mg/jour, libération contrôlée 12.5-25 mg/jour), ou Citalopram 10-30 mg/jour, ou Escitalopram 10-20 mg/jour, ou Fluoxétine 20 mg/jour (jusqu'à 30 mg), ou Venlafaxine (37.5-150 mg/jour)
- Effets secondaires : nausée, vertiges, sécheresse buccale, constipation ; mais ceux-ci disparaissent généralement avec le temps ou en ajustant la dose
- Réduire les doses de médicaments progressivement car un arrêt brutal peut causer des symptômes de sevrage

b. Gabapentine

- Dose : 900 mg/jour
- Effets secondaires : vertiges et somnolence ; il vaut mieux la prendre à l'heure du coucher

c. Remèdes à base de plantes

- Ils peuvent être utilisés pour les symptômes vasomoteurs légers en l'absence de réponse aux modifications du mode de vie chez les femmes
- Il n'y a pas de preuve quant à leur efficacité ou leur interaction potentielle avec d'autres médicaments ou états pathologiques
- Soflavone (soya, trèfle violet) (40- 80 mg) ; herbe de Saint-Christophe (40 mg) ; Vitamine E (800 UI) en doses quotidiennes fractionnées

3. Hormonothérapie substitutive (HTS)

a. Indications (consulter le cadre 25.1 pour des conseils additionnels sur la HTS) :

- Des bouffées de chaleur modérées à sévères
- Les femmes jugeant que les effets bénéfiques relatifs à l'atténuation des symptômes de la ménopause dépassent les risques associés à son utilisation
- Un risque élevé de fractures ostéoporotiques
- Les femmes avec une masse osseuse réduite souhaitant prévenir une perte additionnelle
- Elle est **DECONSEILLÉE** pour prévenir la maladie d'Alzheimer, la démence, les symptômes génito-urinaires ou les maladies cardiovasculaires

b. Contre-indications pertinentes

- Antécédents de cancer du sein, de cancer de l'endomètre ou d'un autre cancer dépendant des œstrogènes
- Porphyrie
- Antécédents ou risque élevé connu de maladie thromboembolique veineuse ou artérielle
- Saignement vaginal non diagnostiqué
- Maladie hépatique active grave
- Maladie cardiovasculaire ; hypertension non maîtrisée
- Hypertriglycémie ; chez les femmes présentant une hyperlipidémie, il vaut mieux utiliser des progestatifs non androgéniques (dydrogestérone par exemple) ayant peu d'effet négatif sur l'augmentation induite par les œstrogènes de la HDL
- Épilepsie
- Endométriose/fibromes
- Trouble de la vésicule biliaire
- Migraine

c. Bénéfices additionnels

- Incidence inférieure de fracture et de cancer du côlon quand poursuivie pendant 5 ans

d. Augmente les risques de

- Infarctus du myocarde (IM) après 3 ans d'utilisation
- Cancer du sein après 5 ans d'utilisation
- Maladie thromboembolique veineuse
- Calculs biliaires et troubles de la vésicule biliaire
- Cancer de l'endomètre lorsque l'œstrogène est utilisé sans progestérone

e. Effets secondaires courants

- Ils peuvent disparaître avec le temps
- Sensibilité des seins, nausée et vomissement, taches ou saignements vaginaux

f. Temps d'initiation

- Les effets bénéfiques surpassent les préjudices lorsqu'une HTS est initiée près de la ménopause
- Éviter d'initier une HTS chez les femmes en dessus de 65 ans ou plus de 10 ans après la ménopause

g. Durée d'utilisation

- Il faut prévoir plusieurs semaines pour déterminer l'efficacité d'une HTS dans le traitement des symptômes vasomoteurs
- Utiliser la plus faible dose efficace pendant la plus courte durée, de préférence moins de 5 ans
- Une durée prolongée est en corrélation avec un risque élevé de cancer du sein et d'accident vasculaire cérébral
- Ce traitement peut être poursuivi chez les femmes jugeant que les effets bénéfiques relatifs à l'atténuation des symptômes vasomoteurs (SVM) surpassent les risques potentiels d'une HTS, chez celles nécessitant une prévention de l'ostéoporose ou celles exposées à un risque élevé de fracture et ne pouvant pas adopter un traitement alternatif

h. Programmes disponibles : se référer au tableau 25.1

4. Tibolone

- a. C'est un stéroïde synthétique à effet œstrogénique et progestatif qui réduit les symptômes vasomoteurs et urogénitaux
- b. Les effets secondaires comprennent une prise de poids et des céphalées

5. Suivi

Il est recommandé avec un traitement par la Tibolone ou une hormonothérapie

- a. Il faut procéder annuellement à un test Pap, une mammographie, des tests de la fonction hépatique, un profil lipidique
- b. Une biopsie de l'endomètre est conseillée en présence d'un saignement vaginal anormal au cours d'une hormonothérapie

SYMPTÔMES GÉNITO-URINAIRES

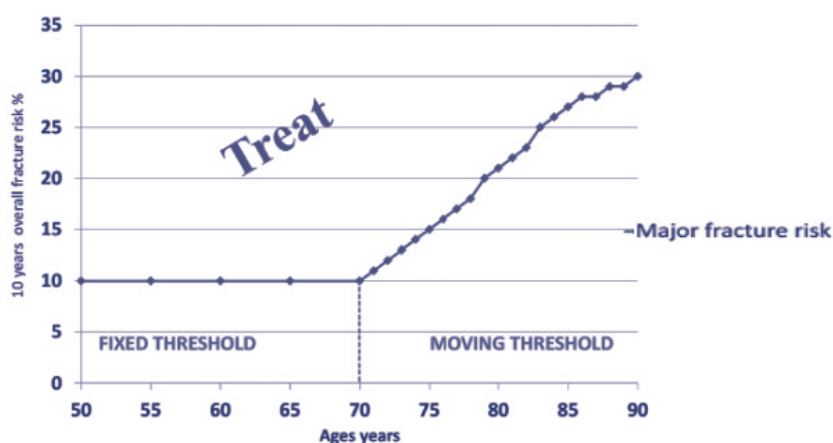
1. Sécheresse vaginale

- a. Appliquer des lubrifiants à base d'eau ou de silicone dépourvus d'œstrogènes avant le rapport sexuel (KY gel). Appliquer des hydratants régulièrement
- b. Un traitement local avec une faible dose d'œstrogène par voie vaginale (< 50 mcg d'estradiol ou < 0.3 mg d'œstrogènes conjugués) est efficace. Les risques systémiques ne sont pas identifiés. Il n'est pas nécessaire d'ajouter la progestérone

OSTÉOPOROSE

1. Un dépistage est conseillé pour toutes les femmes de plus de 65 ans. Consulter l'outil de prédiction du risque absolu de fractures (FRAX) de l'OMS afin d'estimer le risque de fractures sur 10 ans de la patiente et de décider le traitement.
2. Le traitement de l'ostéoporose est conseillé
 - a. Aux hommes âgés, femmes postménopausées ayant eu des fractures de fragilisation à la colonne vertébrale ou à la hanche ou plus de 2 autres fractures de fragilisation, indépendamment de FRAX et de DMO.
 - b. Pour toutes les autres, utiliser l'index FRAX/Liban – seuil dérivé de FRAX comme constaté dans le graphique ci-après basé sur l'âge et le risque absolu de fracture FRAX :

GRAPHIQUE 25.1 : RISQUE DE FRACTURE BASÉ SUR L'ÂGE ET FRAX



FRAX fracture probabilities were calculated using WHO Fracture Risk Assessment Tool accessed online at: <http://www.shef.ac.uk/FRAX/tool.jsp> on 14/09/13

- c. DMO T-score ≤ -2.5, en l'absence de facteurs de risque, N'EST PAS une indication pour intervenir
- 3. Les biphosphonates (Alendronate 70 mg/semaine, ou Ibandronate 150mg/mois, ou Résidronate 35 mg/semaine), avec des suppléments de calcium et de vitamine D, se sont avérés stabiliser l'os, augmenter sa densité et réduire le risque de fracture quand ils sont administrés pendant 3 années consécutives
- 4. La calcitonine est considérée un second recours après les biphosphonates pour le traitement de l'ostéopore. Elle est administrée en une dose de 200 U par voie intramusculaire chaque jour

CADRE 25.1 : CONSEILS ADDITIONNELS SUR LA HTS

- 1. Les bouffées de chaleur cesseront en grande partie spontanément au cours des années si elles ne sont pas traitées, et peuvent réapparaître après l'arrêt de HTS.
- 2. Le traitement des symptômes de la ménopause est individualisé et adapté pour la patiente, en tenant compte de ses facteurs de risque.
- 3. Une hormonothérapie substitutive est prescrite aux femmes présentant des bouffées de chaleur modérées à sévères et jugeant que les effets bénéfiques relatifs au traitement des symptômes surpassent les risques.
- 4. Il vaut mieux initier une hormonothérapie substitutive le plus près possible de la ménopause et pour une durée de 5 à 10 ans. Les femmes souhaitant poursuivre le traitement doivent être conscientes du risque accru de cancer de sein et doivent être évaluées de façon régulière.

TABLEAU 25.1 : HORMONOTHÉRAPIE DISPONIBLE POUR LE TRAITEMENT DES SYMPTÔMES VASOMOTEURS

Caractéristiques des femmes	Hormone recommandée	Formes
Femmes sans utérus	Œstrogène seul, progestatif inutile	Œstrogène oral, estradiol 2 mg
		Timbres transdermiques de 17-bêta-estradiol Timbre de 0.05 ou 0.1 mg à appliquer deux fois par semaine
		Gels/crèmes
Femmes avec un utérus	Combiner l'œstrogène et la progestérone	Préparation séquentielle, prévoir des cycles mensuels réguliers
		Préparation séquentielle, prévoir des cycles mensuels réguliers
		Timbres transdermiques 17-bêta-estradiol Timbre de 0.05 ou 0.1 mg à appliquer deux fois par semaine avec la progestérone orale
Femmes avec des antécédents de cancer du sein ou de l'endomètre	Progestérone seule	Progestérone micronisée (100 mg tous les jours ou 200 mg pendant 10 à 12 jours par mois) Noréthindrone (0.35 mg tous les jours ou 5 mg pendant 10 à 12 jours par mois)

RÉFÉRENCES

1. The North American Menopause Society. Therapy for Osteoporosis. <http://www.menopause.org/publications/clinical-practice-materials/therapy-for-osteoporosis>. Accessed online October 6, 2014.
2. Rao S, Singh M, Parkar M, Sugumaran R. Health maintenance for post menopausal women. Am Fam Physician. 2008;;78 (5) 583 -591.
3. J.Wilkinson. Menopause and Hormone Therapy. Institute for Clinical Systems Improvement. Ninth Edition/October 2008.
4. Sturdee W, Pines A. Updates IMS recommendations on postmenopausal hormone therapy and preventive strategies for midlife health. Climacteric 2011;14:302-320.
5. FRAX based Lebanese osteoporosis guidelines 2013. Second Update for Lebanese Guidelines for Osteoporosis Assessment and Treatment http://www.lsog.org.lb/admin/uploads/FRAX-LEBANON-2013GUIDELINES_1312114443.pdf . Accessed online October 13, 2014.

CHAPITRE 26.

MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Ibrahim Omari MD, MBA

DÉFINITION

1. Les maladies sexuellement transmissibles (MSTs) sont des infections dues à la transmission de plus de 25 organismes principalement par contact sexuel (vaginal, anal, oral-génital, oral-anal).
2. Certains de ces organismes peuvent être transmis aussi par des voies non sexuelles (comme une transfusion sanguine, une transmission materno-fœtale de l'hépatite B ou du VIH).

FACTEURS DE RISQUE

PERSONNES À RISQUE ÉLEVÉ DE MST

1. Jeunes sexuellement actifs.
2. Plusieurs partenaires.
3. Antécédents de MSTs.
4. Prostituées, homosexuels et toxicomanes.
5. Détenus des centres pénitentiaires.
6. Tatouages ou perçages corporels.
7. Mère infectée à son bébé.

PRATIQUES SANS RISQUE DE MST

1. Abstinence.
2. Embrassades.
3. Baisers.
4. Se tenir par la main.
5. Danser.
6. Sièges de toilettes.
7. Partage de la pommade des lèvres.
8. Monogamie mutuelle.
9. Massage.
10. Partage des fourchettes et couteaux.

SYMPTÔMES PRÉSENTS

1. Ulcères génitaux : herpès simplex génital, lymphogranulomatose vénérienne (LGV), syphilis (Chancre), chancre mou (*Haemophilus ducreyi*).
2. Pertes vaginales : candidose vulvo-vaginale, trichomonas, vaginose bactérienne (*Gardnerella*, *Mycoplasma Hominis*), gonorrhée.
3. Dysurie, fréquence (urétrite) : infections à chlamydia, infections gonococciques, trichomonas.
4. Lésions vulvo-vaginales : verrues (virus du papillome humain VPH), vésico-papules (herpès simplex I&II), papules (gale, pédiculose pubienne), prurit (*Candida*, VPH, herpès),
5. Symptômes systémiques : VIH/SIDA, hépatite B, gonorrhée, virus herpès simplex (VHS) primaire
6. Relations sexuelles douloureuses : chlamydia, gonocoque, vaginose bactérienne, *Trichomonas*.
7. Gonflement et sensibilité du scrotum, écoulement du pénis (épididymite) : chlamydia, gonorrhée.
8. Douleur et écoulement rectal, ténésme (proctocolite) : chlamydia, gonorrhée, VHS.
9. Douleur pelvienne basse, perte vaginale ou écoulement du pénis, fièvre (maladie inflammatoire pelvienne): gonorrhée, chlamydia, vaginose bactérienne.
10. Lymphadénopathie : Syphilis, VHS, LGV.

TABLEAU 26.1 : PRÉSENTATION CLINIQUE, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DES MSTs*

Maladie	Rapport entre les symptômes et l'exposition sexuelle	Diagnostic	Traitement	Alternatif	Enceinte
Gonorrhée	Un jour	Coloration de Gram PCR	Ceftriaxone 250 IM une fois. Suivi de Doxy-cycline 100 mg BID x 7 jours	Cefixime 400 mg une fois	Ceftriaxone 125 mg IM une fois
Chlamydia	2-3 jours	PCR	Azithromycine 1000 PO une fois	Doxycycline 100 mg PO BID x 7 jours	-Erythromycine 500 mg PO QID x 7 jours - Amoxicilline 500 mg PO Q 8 heures x 7 jours
Vaginose bactérienne	En général as-ymptomatique	Frottis au KOH	Métronidazole 500 mg PO BID x 7 jours	Métronidazole PO 2 g une fois	- Métronidazole 250 mg PO Q 8 heures x7 jours
Syphilis	10-90 jours	Microscope à fond noir VDRL, TPHA	Stylo de benzathine G 2.4 millions d'unités IM en une seule dose.	Doxycycline 100 mg PO BID x 2 semaines	Procaine Pénicilline 750 mg IM tous les jours x 7 jours
Virus herpès simplex génital	2-7 jours	Clinique	Acyclovir 400 mg PO TID 7-10 jours	Valacyclovir 1000 mg PO BID x 7-10 jours	A partir de 36 semaines : Valacyclovir 500 mg PO BID
Verrues génitales (VPH)	2-3 mois	- Clinique - PCR	Solution de Podofilox à 0.5%	Cryothérapie	
Trichomonase	5 jours	Microscopie directe	Métronidazole 2g PO une fois	Métronidazole 500 mg PO BID x 7 jours	Métronidazole 2 g PO une fois

* S'abstenir de tout rapport sexuel jusqu'à la fin du traitement et l'atteinte d'un état complètement asymptomatique. Traiter simultanément le partenaire ou les partenaires.

PRÉVENTION DES MSTs

1. Conseils aux voyageurs en matière de santé relatifs aux pratiques sexuelles protégées.
2. Abstinence ou monogamie mutuelle.
3. Utilisation correcte et cohérente du préservatif masculin en latex.
4. Dépistage des MST : les personnes sexuellement actives, notamment quand elles ont un rapport sexuel non protégé ou plusieurs partenaires ; dépister directement après l'exposition et répéter dans 3 à 6 mois si le dépistage est initialement négatif.
5. Dépistage de toutes les MST si l'une d'elles est identifiée chez une personne.
6. Dépistage des MST chez le partenaire ou les partenaires du cas identifié.
7. Vaccinations pré-exposition contre le VPH, l'hépatite A et B :
 - a. Vaccin contre le VPH :
 - Un vaccin quadrivalent prévient les verrues génitales et est recommandé pour les garçons et les hommes de 9 à 26 ans ainsi que pour les filles et les femmes

- Un vaccin bivalent contre le VPH est approuvé pour les filles et les femmes de 9 à 26 ans afin de prévenir les précancres et les cancers du col de l'utérus
- b. Le vaccin contre l'hépatite A est conseillé pour tous les utilisateurs de drogues injectables non vaccinés et les hommes sexuellement actifs ayant des rapports sexuels avec des hommes
- c. Le vaccin contre l'hépatite B est conseillé pour :
 - Tous les hommes non vaccinés ayant des rapports sexuels avec des hommes
 - Les personnes ayant des antécédents de MST
 - Les personnes ayant eu plus d'un partenaire sexuel au cours des 6 derniers mois
 - Les personnes utilisant des drogues injectables
 - Les personnes ayant un partenaire sexuel utilisateur de drogues injectables

RÉFÉRENCES

1. Katz AR, Lee MV, Wasserman GM . Sexually transmitted disease (STD) update: a review of the CDC 2010 STD treatment guidelines and epidemiologic trends of common STDs in Hawai'i. Hawaii J Med Public Health; 71 (3); 68-73.
2. Ansart S, Hochedez P, Perez L, Bricaire F, Caumes E. Sexually transmitted diseases diagnosed among travelers returning from the tropics. J Travel Med. 2009 Mar-Apr; 16(2):79-83.
3. CDC. Condoms and STDs: factsheet for public health personnel. Atlanta: CDC; 2011 [cited 2012 Sep 21]. Available from: <http://www.cdc.gov/condomeffectiveness/latex.htm>.
4. US Preventive Services Task Force. Behavioral counseling to prevent sexually transmitted infections: US Preventive Services Task Force recommendation statement. Ann Intern Med. 2008 Oct 7; 149(7):491-6, W95.
5. Vivancos R, Abubakar I, Hunter PR. Foreign travel, casual sex, and sexually transmitted infections: systematic review and meta-analysis. Int J Infect Dis. 2010 Oct; 14(10):e842-51.
6. Practice Guidelines from Centers for Disease Control and Prevention: <http://www.cdc.gov/std/treatment/2006/toc.htm>

CHAPITRE 27.

CÉPHALÉE

Maya Romani, MD

EPIDÉMIOLOGIE

- 1. La céphalée est une atteinte douloureuse courante affectant 50% de la population adulte générale à tout moment, avec une prévalence rapportée au cours de la vie de 66% dans le monde.
- 2. Presque 50% des patients avec une céphalée aiguë souffrent de céphalées de tension, tandis que 10% souffrent de migraines.

DIAGNOSTIC

- 1. Des antécédents détaillés et un examen physique et neurologique complet suffisent habituellement pour diagnostiquer les syndromes courants d'une céphalée primaire (Tableau 27.1), l'imagerie et les tests de laboratoire étant peu nécessaires.
- 2. Il faut évaluer tous les patients pour les signes alarmants et les causes secondaires possibles (Tableau 27.2).

SIGNES ALARMANTS

Les signes alarmants d'un éventuel trouble différent d'une céphalée primaire comprennent :

- 1. Des céphalées subaiguës et/ou progressives empirant avec le temps (mois).
- 2. Une céphalée nouvelle ou différente.
- 3. Toute céphalée de sévérité maximale à son début.
- 4. Une nouvelle céphalée débutant après l'âge de 50 ans.
- 5. Une céphalée persistante précipitée par une manœuvre de Valsalva.
- 6. La présence de fièvre, d'hypertension, de myalgies, de perte de poids ou de sensibilité du cuir chevelu évoquant un trouble systémique.
- 7. La présence de signes neurologiques pouvant suggérer une cause secondaire.
- 8. Des crises d'épilepsie.

TABEAU 27.1 : CARACTÉRISTIQUES DES CÉPHALÉES PRIMAIRES COURANTES

Céphalées primaires courantes			
	Migraine avec ou sans aura	Céphalée de tension	Céphalée de Horton
Localisation	60-70% unilatérale 30% bi-frontale ou globale	Essentiellement bilatérale	Toujours unilatérale, commence autour de l'œil
Caractéristiques	Femmes > Hommes Progressive Pulsatile Antécédents familiaux positifs	Femmes > Hommes Pression ou oppression Parfois elle se propage dans ou à partir du cou	Femmes >> Hommes Déclenchement soudain Profonde et lancinante
Durée	4 à 72 heures	Variable	30 minutes à 3 heures

Symptômes associés	Sensibilité à la lumière+/-bruit Nausée+/-vomissement L’aura (avec ou sans céphalée) est : Complètement réversible, Se développe en l’espace de 5 minutes au moins, Dure 5–60 minutes, Inclut des symptômes visuels (lueurs vacillantes, taches ou lignes) ; et/ou une perte partielle de la vision, des symptômes sensoriels (engourdissement et/ou aiguilles et picotements) ; et/ou une perturbation de la parole.	Stress Fatigue Nausée rarement Parfois, problèmes musculo-squelettiques au cou	Céphalée du même côté : Œil rouge+/-larmoyant Congestion nasale et/ou nez qui coule Paupière gonflée Transpiration du visage et/ou paupière tombante
Effet sur les activités	Aggravée par, ou incite à éviter, les activités habituelles de la vie quotidienne	Non aggravée par les activités habituelles de la vie quotidienne	Nervosité ou agitation
Facteurs aggravants	Activité, effort, lumière vive, bruit fort et valsalva	Stress	Consommation d’alcool ou utilisation de nitroglycérine
Facteurs atténuants	Repos Noir, calme	Relaxation Rétroaction biologique	Aucun

TABLEAU 27.2 : CAUSES SECONDAIRES SÉRIEUSES DES CÉPHALÉES

Céphalées secondaires graves : celles-ci pouvant nécessiter une intervention immédiate	
Néoplasie intracrânienne	<ul style="list-style-type: none"> • Des antécédents évoquant une pression intracrânienne élevée • A l’examen physique, présence de signes neurologiques focaux
Méningite	<ul style="list-style-type: none"> • Les patients présentant des signes de fièvre et de raideur au cou • Accompagnés plus tard de nausée et d’altération de la conscience
Hémorragie sous-arachnoïdienne	<ul style="list-style-type: none"> • Apparition soudaine • Décrite souvent comme la pire céphalée imaginable • Unilatérale au début et accompagnée de nausée, de vomissement et d’altération de la conscience • Nécessite une investigation urgente
Artérite giganto-cellulaire (temporale)	<ul style="list-style-type: none"> • Soupçonnée chez les patients de plus de 50 ans présentant une nouvelle céphalée • Une claudication de la mâchoire est très évocatrice • Si elle est soupçonnée, des stéroïdes immédiats sont recommandés
Glaucome primitif à angle fermé	<ul style="list-style-type: none"> • Rare avant l’âge moyen • Il peut se présenter avec une hypertension oculaire aiguë, un œil rouge douloureux et une pupille mi-dilatée et fixe et, essentiellement, une déficience visuelle

I. MIGRAINE

1. C’est une céphalée primaire, probablement avec une base génétique.
2. Elle commence le plus souvent à la puberté et affecte en général les personnes âgées de 35 à 45 ans.
3. Elle se distingue par des crises récurrentes, non progressives, tout au long de la vie, avec des caractéristiques spécifiques (tableau 27.1).
4. Chez les enfants, les crises sont plus courtes et les symptômes abdominaux plus importants.
5. La fréquence des crises est habituellement une à deux fois par mois, sujette souvent aux déclencheurs (menstruation, chocolat, aspartame, privation de sommeil, jeûne).

PRISE EN CHARGE

TRAITEMENT AIGU (TABLEAU 27.I.1)

- 1. Commencer dès que possible avec une seule dose importante car une stase gastrique se développe avec l'évolution des crises migraineuses, entravant ainsi l'absorption.
- 2. L'ibuprofène ou les agents de combinaison, Paracétamol, caféine et aspirine, sont considérés le traitement de première intention des crises légères à modérées. Un antiémétique prokinétique (métoclopramide ou dompéridone) convient le mieux en présence de nausée et de vomissement.
- 3. Lorsqu'un traitement symptomatique oral n'aboutit pas, utiliser des AINS rectaux et, au besoin, dompéridone.
- 4. Ne pas prescrire d'opioïdes pour le traitement aigu de la migraine.

TABLEAU 27.I.1 : RÉCAPITULATION DU TRAITEMENT DE LA MIGRAINE

Traitement aigu de la migraine	
1 ^{ère} intention	- Acide acétylsalicylique (ASA) 600-1000 mg ou ibuprofène 400-800 mg - L'ajout de caféine au paracétamol/AINSs/ASA augmente l'efficacité
2 ^{ème} intention	- Triptans oraux : Sumatriptan : 100 mg et, au besoin, répéter une fois après 2 heures, rizatriptan : 10 mg toutes les 2 heures, max 30 mg/jour - Contre-indiqués chez les patients atteints d'une maladie coronarienne
3 ^{ème} intention	Combinaison Acétaminophène/AINSs plus triptans

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE (TABLEAU 27.I.2)

- 1. Un traitement prophylactique est indiqué en présence de ≥ 3 crises/mois.
- 2. Il se poursuit habituellement pendant 4-6 mois, visant à réduire le nombre de crises.
- 3. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande aux femmes souffrant de migraine avec aura d'éviter l'utilisation de contraceptifs combinés.
- 4. Les femmes en dessus de 35 ans, fumeuses et migraineuses, doivent utiliser une forme alternative de contraception.
- 5. 1 à 2 sessions d'acupuncture par semaine pendant plusieurs mois sont efficaces (Niveau A).

TABLEAU 27.I.2 : RÉCAPITULATION DE LA PROPHYLAXIE DE LA MIGRAINE

Médicaments prophylactiques de la migraine	
Niveau A : Efficaces : doivent être prescrits aux patients nécessitant une prophylaxie de la migraine	
Propranolol 80-240 mg tous les jours	Administer 80 à 240 mg/jour, en trois ou quatre doses fractionnées (risque de bradycardie, envisager un EKG avant le traitement)
Topiramate 50 mg deux fois par jour	Commencer avec 25 mg et augmenter la dose avec précaution pour éviter les évènements indésirables. La dose maximale est 200 mg Il peut nuire à l'efficacité de la contraception hormonale, pose un risque de malformations fœtales
Valproate de sodium 500-1000 mg tous les jours	La dose doit être augmentée avec précaution pour éviter les évènements indésirables ; éviter son emploi pendant la grossesse
Métoprolol 47.5-200 mg/jour/ Timolol 10-15 mg BID/ Pétasites 75 mg BID	
Niveau B : probablement efficaces : doivent être envisagés pour les patients nécessitant une prophylaxie de la migraine	
Amitriptyline 25-150 mg la nuit	La dose doit être augmentée avec précaution pour éviter les évènements indésirables, notamment l'hypotension orthostatique chez les personnes âgées ; des doses inférieures sont souvent suffisantes
Flunarizine 5-10 mg/jour	Augmenter la dose jusqu'à 10 mg par jour
Venlafaxine 150 mg par jour/Aténolol 100 mg par jour	
Niveau C : éventuellement efficaces : peuvent être envisagés pour les patients nécessitant une prophylaxie de la migraine	
Fluoxétine 20 mg/Vérapamil 80 mg/Carbamazépine 400 mg	

ENVOI CHEZ UN SPÉCIALISTE

Envisager d'autres investigations et/ou l'envoi chez un spécialiste des personnes présentant l'un des symptômes atypiques suivants d'aura : une faiblesse motrice, une vision double ou des symptômes visuels affectant uniquement un œil, un mauvais équilibre ou un niveau réduit de conscience.

EDUCATION DU PATIENT

1. Eviter les déclencheurs

Les déclencheurs potentiels de la migraine comprennent :

- Déclencheurs environnementaux : froid ou chaud, changements climatiques, lumières vives, blessure de la tête ou du cou, odeurs
- Mode de vie, stress chronique, trouble du sommeil, sauter des repas, tabagisme
- Déclencheurs émotionnels : anxiété, colère, dépression, excitation
- Déclencheurs alimentaires : agrumes, chocolat, aspartame, fromage vieilli, bière ou vin rouge
- Médicaments : contraceptifs oraux, traitement à l'œstrogène, nifédipine, nitroglycérine

2. Des horaires de repas et de sommeil réguliers

3. Des exercices aérobies réguliers

4. La tenue d'un journal des céphalées peut aider à identifier leur fréquence, leur sévérité, les déclencheurs et la réponse au traitement

5. Les médicaments de traitement de la céphalée ne doivent pas être utilisés >9 jours/mois

6. Adhésion au traitement prophylactique

II. CÉPHALÉE DE TENSION (CT)

1. La CT est la céphalée primaire la plus courante.

2. Elle survient moins que 15 jours par mois.

3. La CT commence souvent durant l'adolescence.

4. Un trouble organique doit être écarté d'abord moyennant une évaluation diagnostique par CT ou IRM.

5. Les crises épisodiques de CT durent habituellement quelques heures, mais peuvent persister plusieurs jours.

PRISE EN CHARGE

TRAITEMENT AIGU

1. Envisager l'acide acétylsalicylique 1000 mg, le paracétamol 1000 mg ou un AINS (Ibuprofène 400-800 mg).

2. L'ajout de caféine aux agents susmentionnés augmente l'efficacité.

3. Ne pas prescrire d'opioïdes pour le traitement aigu de la céphalée de tension.

4. Ne pas utiliser d'analgésiques pendant plus de 15 jours par mois.

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

1. Amitriptyline 10 mg-100 mg/jour.

2. La psychothérapie avec une TCC, la rétroaction biologique et la relaxation peuvent être envisagées.

3. Envisager 10 sessions d'acupuncture pendant 5 à 8 semaines.

III. CÉPHALÉE DE HORTON/ALGIE VASCULAIRE DE LA FACE (AVF)

1. C'est une céphalée primaire.

2. La plupart des personnes développant une AVF sont dans la vingtaine ou plus âgées.

PRISE EN CHARGE

TRAITEMENT AIGU

1. Offrir de l'oxygène à 100% à un débit d'au moins 12 litres par minute avec un masque antiréinhilation et un sac-réservoir et assurer une provision d'oxygène à la maison

2. Envisager la nécessité d'une neuro-imagerie pour les personnes vivant une première crise afin d'exclure les causes secondaires

3. Ne pas prescrire de paracétamol, d'AINSs, d'opioïdes, d'ergots ni de triptans oraux pour une crise aiguë

TRAITEMENT PROPHYLACTIQUE

1. Vérapamil 240-480 mg/jour en 3-4 doses fractionnées ; des doses à libération prolongée sont moins efficaces que les doses fractionnées.
2. Entreprendre un EKG avant d'initier vérapamil et à chaque augmentation de la dose pour surveiller une prolongation de l'intervalle PR et une arythmie cardiaque.
3. Envoyer le patient chez un spécialiste en l'absence de réaction au vérapamil ou si les crises surviennent durant la grossesse.
4. Autres médicaments éventuellement efficaces : lithium, topiramate.

IV. CÉPHALÉE PAR SURCONSOMMATION DE MÉDICAMENTS (CSM)

1. La CSM ou céphalée médicamenteuse est la céphalée secondaire la plus courante.
2. La CSM est oppressante, persistante et souvent pire au réveil.

DIAGNOSTIC

1. La céphalée a lieu pendant plus de 15 jours par mois
2. Elle est due à une consommation chronique et excessive de médicaments pendant plus de 3 mois dans le but de traiter une céphalée:
 - Les Triptans, les opioïdes, ou une combinaison d'analgésiques pendant ≥ 10 jours par mois
 - Le Paracétamol, l'aspirine ou un AINS, soit seul ou en combinaison, pendant ≥ 15 jours par mois
3. La céphalée s'est développée ou s'est aggravée significativement durant la surconsommation de médicaments.

PRISE EN CHARGE

1. En ce qui concerne la surconsommation d'analgésiques ou de triptans, un arrêt subit est conseillé.
2. En ce qui concerne la surconsommation d'opioïdes ou de benzodiazépines, une réduction progressive du médicament doit être proposée.
3. Un médicament préventif individualisé doit être initié au premier jour du traitement de retrait ou même avant, si possible.
4. Topiramate (jusqu'à 200 mg au maximum par jour) est efficace pour le traitement de la CSM.
5. Les corticostéroïdes (prednisone 60 mg) et amitriptyline (jusqu'à 50 mg) sont éventuellement efficaces pour le traitement des symptômes de retrait.
6. Après le traitement de retrait, les patients doivent être suivis régulièrement pour prévenir une récurrence de la surconsommation de médicaments.
7. Les symptômes de retrait ou de sevrage comprennent des céphalées sévèrement exacerbées accompagnées de nausée, de vomissement, d'agitation, de nervosité, de trouble du sommeil et de crises épileptiques (rarement).

RÉFÉRENCES

1. Stovner LJ, Hagen K, Jensen R, et al. The global burden of headache: a documentation of headache prevalence and disability worldwide. *Cephalalgia* 2007; 27(3): 193-210
2. Yancey J, Sheridan R, Koren KG. Chronic Daily Headache: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician* 2014; 89(8): 642-648
3. The international classification of headache disorders, 3rd edition. *Cephalgia* July 013; 33:629-808. Doi:10.1177/033310241345658
4. Saxena S and Dua T. Atlas of headache disorders. http://www.who.int/mental_health/management/who_atlas_headache_disorders.pdf (accessed 11 October 2014).
5. Chronicle EP, Mulleners WM. Anticonvulsant drugs for migraine prophylaxis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004, Issue 3. Art. No.: CD003226. DOI: 10.1002/14651858.CD003226.pub2
6. Institute of health economics, Alberta, Canada. Guideline for Primary Care Management of Headache in Adults , 2012.
7. Institute for Clinical Systems Improvement. Diagnosis and Treatment of Headache Guideline. . Report number: 7, 2013
8. World Health Organization. Improving access to quality care in family planning. 3rd ed.
9. Geneva, Switzerland: Reproductive Health and Research, World Health Organization, 2004

CHAPITRE 28.

OEIL ROUGE

Eliane Eid, MD

DÉFINITION

Un "œil rouge" est une plainte très courante en soins de santé primaire, due à une inflammation de toute partie de l'œil.

ANTÉCÉDENTS

1. Un changement de l'acuité visuelle.
2. Une sensation de corps étranger : une incapacité à ouvrir l'œil ou à garder l'œil ouvert en raison d'une sensation de corps étranger suggère une atteinte de la cornée nécessitant un envoi urgent chez un ophtalmologue. Celle-ci doit être distinguée de la sensation de "sable dans les yeux" présente dans la conjonctivite ou la sécheresse oculaire.
3. Une photophobie : la sensibilité à la lumière est un indicateur d'atteintes sérieuses (état cornéen actif, kératite, iritis).
4. Un traumatisme : contondant ou tranchant ; lésion ouverte ou fermée.
5. Les lentilles de contact : les porteurs de lentilles de contact sont susceptibles de développer une kératite.
6. La présence d'écoulement : écoulement aqueux ou séreux versus purulent.
7. Une atteinte unilatérale ou bilatérale.
8. La durée des symptômes.
9. La sévérité de la douleur, si présente.
10. Des traitements antérieurs.
11. Une maladie ou des allergies systémiques.

EXAMEN PHYSIQUE

1. Observation générale : rhinorrhée, symptômes des voies respiratoires supérieures.
2. Examen des paupières et du sac lacrymal.
3. Taille de la pupille et réaction à la lumière : ponctiforme dans les cas d'abrasion cornéenne, de kératite infectieuse (inflammation de la cornée) ou d'iritis (inflammation de l'iris) ; fixe à la demi-dilatation dans les cas de glaucome par fermeture de l'angle.
4. Présence d'hypopion (cellules inflammatoires ou exsudat dans la chambre antérieure de l'œil) ou d'hyphéma (sang dans la chambre antérieure de l'œil). Ils sont visibles à l'œil nu en forme de couche blanche (hypopion) ou rouge (hyphéma) dans la chambre antérieure.
5. Inspection de la cornée : tache blanche versus opacité dans la cornée versus présence de corps étranger; profil de coloration.
6. Couleur de l'écoulement : écoulement purulent versus aqueux ; écoulement continu versus intermittent.
7. Profil et emplacement de l'hyperémie : injection (rougeur généralisée) versus hémorragique (rougeur localisée) ; injection diffuse versus injection ciliaire (injection périornéenne).
8. Ganglion lymphatique pré-auriculaire.
9. Acuité visuelle : doit être testée chez tout patient avant l'évaluation du réflexe papillaire ou l'utilisation de gouttes ophtalmiques et avec les lunettes chez les porteurs de lunettes. Chaque œil est testé séparément. Acuité selon l'échelle de Snellen pour une vision éloignée ou mesure de la vision rapprochée. Des mesures exactes sont inutiles, puisque le but est d'identifier un changement de la vision quand présent.
10. Examen du fond de l'œil : à utilité limitée et parfois difficile à faire.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

(Algorithme 28.1)

ASYMPTOMATIQUE

1. Hémorragie sous-conjonctivale

Le patient est inconscient du problème. Une zone délimitée de sang extravasé juste en dessous de la surface

de l'œil est diagnostique. Le diagnostic est confirmé par une acuité normale et l'absence d'écoulement, de photophobie ou de sensation de corps étranger. Contrairement à ce que l'on pense, elle n'est pas associée à une hypertension artérielle.

DOULEUR LÉGÈRE À NULLE, VISION LÉGÈREMENT BROUILLÉE OU VISION NORMALE

1. Conjonctivite virale

- a. Signes : taille de pupille normale, rougeur conjonctivale, lymphadénopathie pré-auriculaire.
- b. Symptômes : douleur légère à nulle, hyperémie diffuse, démangeaisons occasionnelles, écoulement non purulent ; unilatérale au début avec atteinte du second œil après un ou deux jours.
- c. Causes : adénovirus (le plus courant et très contagieux), entérovirus, virus coxsackie, virus de la varicelle et du zona (VZV), virus d'Epstein-Barr, virus herpès simplex (VHS), grippe.

2. Conjonctivite bactérienne (aiguë et chronique)

- a. Signes : œdème des paupières, acuité visuelle préservée, rougeur conjonctivale, réaction normale de la pupille.
- b. Symptômes : douleur légère à modérée avec sensation de picotement, œil rouge avec sensation de corps étranger, écoulement purulent léger à modéré et sécrétions, paupières collées au réveil.
- c. Causes : pathogènes courants chez les enfants : S.pneumoniae, H. influenzae. Pathogène courant chez les adultes : Staphylococcus Aureus (S.aureus). Autres : les espèces de Staphylocoque, Chlamydia Trachomatis (C.trachomatis), Neisseria Gonorrhoeae (N. Gonorrhoeae), Escherichia Coli (E.coli), les espèces de Pseudomonas.

3. Conjonctivite allergique

- a. Signes : acuité visuelle préservée, pupilles réagissant à la lumière, chémosis.
- b. Symptômes : atteinte bilatérale des yeux, larmoiement indolore, démangeaisons intenses, rougeur diffuse, écoulement aqueux.
- c. Causes : antigènes portés par l'air, les animaux ou l'environnement.

4. Sécheresse oculaire (kératoconjonctivite sèche)

- a. Signes : vision habituellement préservée, pupilles réagissant à la lumière, hyperémie.
- b. Symptômes : deux yeux rouges qui démangent avec une sensation de corps étranger, douleur légère, larmoiement entrecoupé.
- c. Causes : déséquilibre des larmes (production, distribution, évaporation, absorption), médicaments (anticholinergiques, antihistaminiques, pilules contraceptives orales), syndrome de Sjögren. Une cause très courante de nos jours est l'emploi excessif des ordinateurs et des écrans.

5. Épisclérite

- a. Signes : acuité visuelle, pupilles normales préservées et réagissant à la lumière, vaisseaux sanguins épiscléaux dilatés, œdème de l'épisclère, tache rouge confinée.
- b. Symptômes : douleur légère à nulle, taches de rougeur isolées limitées.
- c. Causes : idiopathiques (présentation isolée).

6. Blépharite

- a. Signes : squames semblables à la pellicule sur les cils, cils manquants ou détournés, paupières gonflées, conjonctivite secondaire.
- b. Symptômes : œil rouge irrité, qui est pire au réveil ; paupières couvertes de croûtes qui démangent.
- c. Causes : inflammation chronique des paupières due à une infection staphylococcique.

DOULEUR MODÉRÉE À SÉVÈRE, VISION DÉFICIENTE

Le diagnostic est difficile à établir par un médecin de premier recours ; il faut envoyer le patient de façon urgente chez un ophtalmologue

1. Abrasion cornéenne et corps étranger

- a. Signes : myosis réactionnel, œdème cornéen ou voile, corps étranger possible, acuité visuelle variable.
- b. Symptômes : douleur sévère à l'œil, yeux rouges larmoyants, photophobie, sensation de corps étranger, blépharospasme.
- c. Causes : blessure directe due à un objet (par exemple, un ongle), corps étranger métallique, lentilles de contact

2. Kératite

- a. Signes : vision affaiblie, opacités cornéennes/taches blanches, ulcères cornéens lors de la coloration à la fluorescéine, œdème de la paupière, hypopion.
- b. Symptômes : œil rouge douloureux, vision affaiblie, photophobie, écoulement mucopurulent, sensation de corps étranger.

- c. Causes : bactériennes (Staphylocoque, Streptocoque), virales (VHS, VVZ, VEB, CMV), corps étranger, lentilles de contact.

3. Iritis

- a. Signes : vision affaiblie, pupilles contractées réagissant mal, injection ciliaire/périlimbique.
- b. Symptômes : douleur constante à l'œil (irradiant dans le sourcil/tempe) évoluant avec les heures, œil rouge larmoyant, vision brouillée, photophobie.
- c. Causes : maladies auto-immunes, infection due à une blessure ou ulcère cornéen.

4. Glaucome (aigu par fermeture de l'angle)

- a. Signes : acuité visuelle réduite, pupilles demi-dilatées réagissant mal à la lumière, rougeur diffuse, globe de l'œil dur et douloureux.
- b. Symptômes : apparition soudaine d'une douleur sévère, œil rouge larmoyant, halos apparaissant lorsque le patient est sous les lumières.
- c. Causes : pression intraoculaire élevée en raison d'un drainage déficient de l'humeur aqueuse.

5. Sclérite

- a. Signes : rougeur diffuse, vision affaiblie, sensibilité, œdème sclérique, ulcération cornéenne.
- b. Symptômes : douleur sévère irradiant vers la zone péri-orbitale et augmentant avec les mouvements du globe oculaire, rougeur oculaire, écoulement aqueux, photophobie, douleur nocturne intense.
- c. Causes : maladies systémiques (polyarthrite rhumatoïde, granulomatoses de Wegener, arthrite réactionnelle, sarcoïdose, maladie inflammatoire de l'intestin, syphilis, tuberculose, etc.).

6. Brûlure chimique

- a. Signes : vision affaiblie, atteinte cornéenne (courante).
- b. Symptômes : œil rouge douloureux, douleur sévère, photophobie.
- c. Causes : contact accidentel de l'œil avec des agents acides ou alcalins.

7. Conjonctivite bactérienne suraiguë

- a. Signes : chémosis avec atteinte cornéenne éventuelle.
- b. Symptômes : douleur sévère, écoulement purulent important, vision affaiblie.
- c. Causes : *Neisseria gonorrhoeae*.

PRISE EN CHARGE

HÉMORRAGIE SOUS-CONJONCTIVALE

1. Pas de traitement. Etablir un bilan des troubles hémorragiques en cas de récurrence.

CONJONCTIVITE VIRALE

1. Compresses froides, décongestionnants oculaires et larmes artificielles.
2. Hygiène pour prévenir la propagation par un lavage strict des mains.
3. Les manipulateurs de denrées alimentaires et le personnel de santé doivent arrêter de travailler jusqu'à l'arrêt de l'écoulement.
4. Expliquer aux patients que l'écoulement peut s'aggraver pendant 3 à 5 jours avant de s'améliorer.
5. Envoi chez un ophtalmologue en cas de persistance après 7 jours ou d'atteinte de la cornée.

CONJONCTIVITE BACTÉRIENNE

1. Les mêmes mesures que pour la conjonctivite virale sont applicables en plus de tout antibiotique ophtalmique (gentamycine, tétracycline, ofloxacin).
2. Les gouttes ophtalmiques antibiotiques contribuent à raccourcir l'évolution clinique si elles sont utilisées avant le sixième jour.
3. Les glucocorticoïdes topiques ou une combinaison de gouttes de stéroïdes/antibiotiques ne doivent pas être utilisés par le médecin de premier recours et ne présentent aucun avantage additionnel dans la conjonctivite aiguë.
4. Ne plus porter les lentilles de contact jusqu'à obtenir une période de 24 heures sans écoulement à la fin du traitement. Les lentilles doivent être jetées, désinfectées ou remplacées (idéalement).
5. Une culture est conseillée en l'absence de réponse après 7 jours ou si le patient est à l'hôpital.

CONJONCTIVITE ALLERGIQUE

1. Éviter les allergènes et l'utilisation de larmes artificielles.
2. Des stabilisateurs de mastocytes topiques seuls (Olopatadine deux fois par jour) ou en combinaison avec des antihistaminiques topiques (Décongestionnant + Antihistaminique 1-2 gouttes toutes les 6 heures)

SÉCHERESSE OCULAIRE

1. Utilisation de larmes artificielles de façon quotidienne et d'un onguent lubrifiant la nuit.
2. Des Oméga 3 systémiques pourraient être bénéfiques (preuve C).
3. Envoi chez un spécialiste en l'absence de réponse.

BLÉPHARITE

1. Hygiène quotidienne des paupières + compresses chaudes + massage de la paupière.
2. Envoi chez un spécialiste en l'absence de réponse.

CORPS ÉTRANGER

1. Envoi chez un ophtalmologue pour retirer le corps étranger.
2. Pour les médecins expérimentés : anesthésique topique + retrait à l'aide d'une aiguille stérile sous une lampe à fente + onguent antibiotique et œil couvert pendant 24 heures.

EPISCLÉRITE

1. Utilisation de larmes artificielles pendant 3 semaines. Envoi chez un spécialiste si sévère, persistante ou récurrente.

SCLÉRITE, KÉRATITE ET IRITIS

1. Envoi urgent chez un spécialiste.

GLAUCOME À ANGLE FERMÉ

1. Envoi urgent chez un ophtalmologue avec un envoi immédiat à l'hôpital pour abaisser la pression.

Indications pour un envoi urgent (immédiat) chez un ophtalmologue

1. Œil rouge unilatéral chez un patient généralement mal à l'aise avec nausée et vomissement (suggérant un glaucome aigu à angle fermé).
2. Douleur oculaire sévère ou déficience visuelle en association avec un œil rouge (kératite, uvéite).
3. Infiltrat ou opacité de la cornée se colorant à la fluorescéine.
4. Hypopion, hyphéma

RÉFÉRENCES

1. H. Cronau M.D, R.R.Kankanala M.D, T.Mauger M.D. Diagnosis and management of red eye in primary care. Am Fam Physician. 2010;81(2):137-144
2. D.S.Jacobs M.D, J.Trobe M.D. Evaluation of the red eye. UpToDate: consulted Octobre 2014.
3. D.S.Jacobs M.D, J.Trobe M.D. Conjunctivitis. UpToDate: consulted October 2014.
4. L.Crawley M.D, S.Maling M.D. Red eye. BMJ learning. Released 5 September 2014, accessed Octobre 2014.

ALGORITHME 28.1 : APPROCHE DE L'ŒIL ROUGE

