

BONNEAUDEAU SANDRA

Carnet de bord

Stage du 1er novembre 2009 au 1er mai 2010

Cabinet du Dr X Paris 18^{ème}

La question se pose à moi au moment de mettre en page ce carnet de bord: dois-je écrire une introduction ou pas ? Oui, mon travail est présenté comme un livre avec une page de garde, un sommaire, un contenu. Et en même temps non, car ce travail pourrait être assimilé à un journal intime professionnel de mes 6 mois passés en stage de médecine générale. Alors j'opte pour le non, il n'y a pas besoin d'introduction.

Récit bien évidemment très incomplet de mes 6 mois de stage en médecine générale au cabinet du Dr X .

SOMMAIRE ALPHABETIQUE:

A

Abcès dentaire p 57
Aide Médicale d'Etat AME p 51
Anti inflammatoires locaux p 9
Appendicite enfant p 53 à 55
Arrêt de travail p 15 / 16

B

Baclofène et alcool p 18
Balint p 61 / 62
Boulimie p 63 / 64
Bronchiolite nourrisson p 63 / 64

C

Canal carpien p 44
Céphalée de tension p 16 / 17
Certificat de dispense de sport p 18
Conjonctivite p 30
Couverture Médicale Universelle CMU p 50
Crat p 21

D

Diarrhée aigue de l'adulte p 74 / 75
Déclaration de grossesse p 60
Découverte de diabète p 68 à 72
Don d'organes p 79 / 80
Douleur et allaitement p 21
Dyspnée p 10

F

Fièvre enfant p 19 / 20
Fièvre inexpliquée p 63
Frottis cervico-vaginal p 60

G

Galactorrhée p 41 / 42
Gastro entérite enfant urgence p 53
Grippe H1N1 trace p 34 à 40

Grippe H1N1 et personnel médical p 25
Grossesse 1ere consultation p 26 / 27

H

Hemoccult p 9
Hept a mil p 29
Hypothyroïdie p 67 / 68

I

Insuline éducation p 32
Interruption volontaire de grossesse p 25
Isotrétinoïne p 20

M

Maintien à domicile p 10
Médecin traitant p 52

N

Nausée traitement p 64 / 65
Nodule thyroïdien p 21 / 22

O

Ostéoporose p 31 / 32
Otite séreuse p 45 à 47

P

Paludisme prophylaxie zone 2 p 15
Phimosi s p 66 / 67
Phlébite p 77 / 78
Pilule 1ere consultation p 48 / 49

S

Saturnisme p 75 à 77
Selles blanches p 26
Soluté de réhydratation oral p 12
Solution de Milian p 9

T

Toux chronique p 58 / 59
Tuberculose contage p 8

U

Urticaire superficielle p 13 / 14

V

Vaccin Gardasil p 14 / 15

Vaccination généralités p 80 / 81

Varicelle enfant p 19

SOMMAIRE VALIDATION DES COMPETENCES :

1 / Prendre en charge un problème de santé en soins de premier recours.

Diarrhée aigüe persistante p 74 / 75

Fièvre inexplicquée p 63

2 / Communiquer de façon efficace avec le patient et / ou son entourage.

Dyspnée p 10

Gastro-entérite aigüe de l'enfant ; SRO p 12

Aide après un décès p 24

« je veux un bilan » p 28 / 29

« problème avec un patient » p 33

Suspicion d'appendicite p 53 à 55

Consultation du 02/02/10 p 61 / 62

Fièvre inexplicquée p 63

Boulimie p 63 / 64

Découverte diabète p 68 à 72

Difficulté de communication avec un patient p 73

3 / Prendre une décision adaptée en situation d'urgence.

Gastro-entérite aigüe de l'enfant p 12

Grippe personnel médical p 25

Gastro-entérite hospitalisation p 53

Appendicite suspicion p 53 à 55

Découverte diabète p 68 à 72

Phlébite suspicion p 77 / 78

4 / Eduquer le sujet à la gestion de sa santé et de sa maladie.

Education insuline p 32

5 / Travailler en équipe au sein d'un système de santé.

Otite séreuse p 45 à 47

Phlébite suspicion p 77 / 78

6 / Assurer la continuité des soins pour tous les sujets.

Otite séreuse p 45 à 47

7 / Prendre des décisions fondées sur les données actuelles de la science, adaptées aux besoins et au contexte.

Fièvre chez l'enfant p 19 / 20

Site « le crat » p 21

Appendicite suspicion p 53 à 55

Saturnisme p 75 à 77

Vaccins généralités p 80 / 81

8 / Entreprendre et participer à des actions de santé publique.

Hémocult p 9

Gardasil vaccination p 14 / 15

9 / Se préparer à l'exercice professionnel.

Arrêt de travail p 15 / 16

CMU, AME, Médecin traitant p 50 à 52

Renouvellement de traitement p 57 / 58

Déclaration de grossesse p 60

Don d'organes p 79 / 80

10 / Actualiser et développer ses compétences.

Quasiment la totalité du carnet de bord (carnet de bord axé principalement sur les pathologies qui nécessitaient pour moi une remise à niveau, ou mettre à jour mes connaissances)

SEMAINE DU 9 AU 13 NOVEMBRE :

M R. 23ans :

- Motif de consultation: vit avec un colocataire à qui ont vient de découvrir une tuberculose. CAT. CONTAGE TUBERCULEUX.

- Source: respir.com 2006

- Réponse:

1/ définir le type de contact avec la personne malade

- étroit: habite sous le même toit, passe de nombreuses heures par jour dans la même pièce.

- régulier: régulièrement le même lieu fermé

- occasionnel: occasionnellement le même lieu fermé

2/* En cas de contact étroit,

- T O IDR + RP + Cs médicale

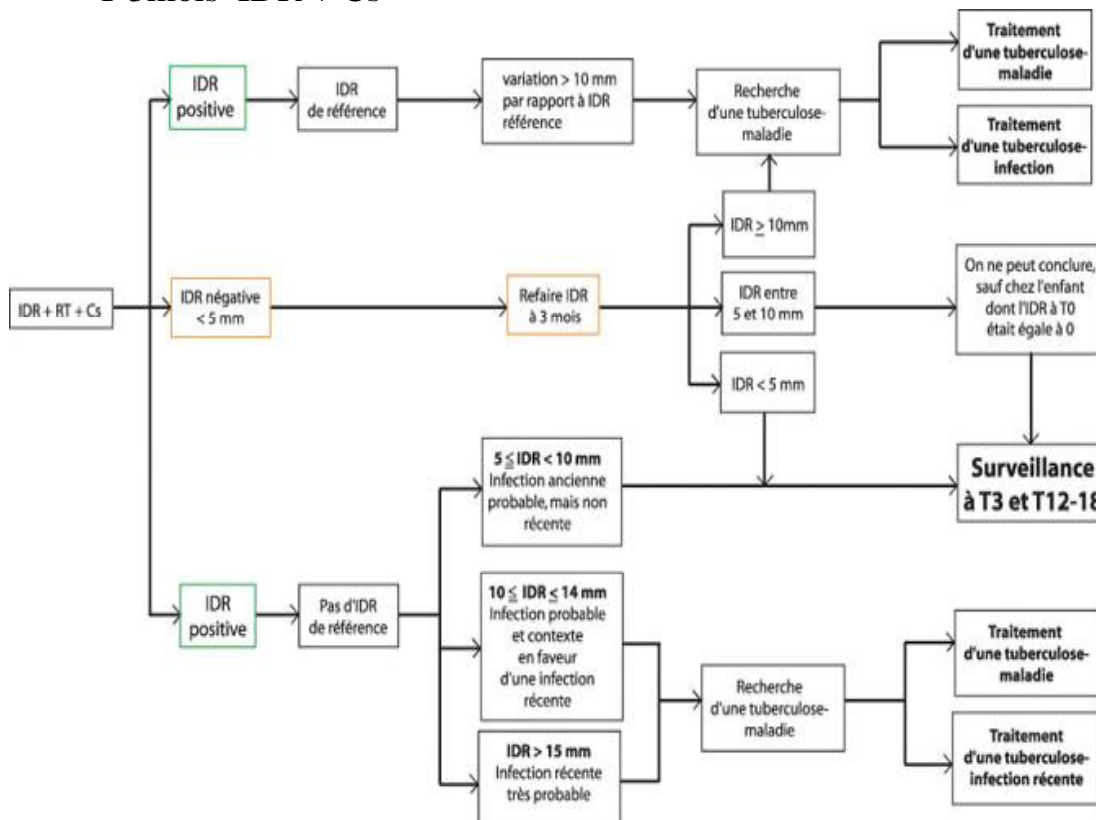
- T 3mois RP + Cs médicale + IDR si T0 inf à 10mm

- T 12 et 18 mois RP + Cs médicale

* En cas de contact régulier ou occasionnel,

- T0 IDR + Cs

- T 3mois IDR + Cs



Mme P . 85 ans:

- Motif: douleur musculaire chez une patiente insuffisante rénale.

Peut-on introduire des ANTI-INFLAMMATOIRES LOCAUX?

- Source: VIDAL 2009

- Réponse: les anti-inflammatoires locaux ne sont pas contre-indiqués en cas d'IR.

CI: - à partir du 6eme mois de grossesse

- allergie

- peau lésée

Pharmacodynamie: absorption locale par la peau.

Le passage systémique du gel est de 6% par estimation d'après l'excrétion urinaire et celle de ses métabolites après administration unique et 13,9% après administration prolongée (ex: diclofénac).

M P. 57 ans.

- Motif: avoir les HEMOCCULT gratuits après avoir reçu un papier pour cela et à quoi cela sert.

- Source: HAS décembre 2008 « Place des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal en France »

- Réponse:

En France depuis 2008 il est possible de rechercher la présence de sang occulte dans les selles par l'utilisation de test type hemoccult. Puis à proposer une coloscopie en cas de positivité (recherche de polype ou cancer).

Tous les 2 ans chez les patients de 50 ans à 74 ans n'ayant pas de FDR.

Fonctionnement des tests: utilisation d'anticorps mono ou polyclonaux dirigés contre des protéines du sang.

Le patient reçoit à son domicile une feuille avec des étiquettes pour recevoir les hemoccult par le médecin traitant.

Le médecin généraliste de son choix lui remet une enveloppe comprenant les différents tests à renvoyer à l'adresse indiquée.

Le patient doit faire des selles puis prélever à l'aide d'une spatule à 2 endroits différents de ses selles et étaler des selles sur le test. Le patient devra répéter cette manœuvre sur 3 selles consécutives.

Puis renvoyer le tout.

Le médecin traitant recevra les résultats de ce test et en fonction des résultats proposeront une coloscopie à la recherche d'un cancer colorectal.

Si non le patient devra refaire le test dans 2 ans.

Enfant W. 3 ans:

- Motif: lésion érythémateuse suintante derrière l'oreille gauche.

Introduction d'un traitement par la SOLUTION DE MILIAN (ou bleu de Milian).

- Source: chu Lille

- Réponse: solution antiseptique associant des colorants à type de vert de méthylène et de violet cristallisé de couleur bleue.

Application par tamponnement plusieurs fois par jour

Effet asséchant.

Indications: traitement des érythèmes fessiers du nourrisson, intertrigo candidosique, dermatose suintante ou vésiculeuse.

Mme L. 95 ans:

- Motif: DYSPNEE au domicile d'une patiente de 95ans vivant seule avec des aides multiples.

Nous allons voir avec mon maître de stage cette patiente à domicile.

En arrivant nous constatons effectivement que cette patiente est dyspnéique à la parole mais elle nous dit directement « je n'irai pas à l'hôpital ». Elle est installée à table dans son fauteuil roulant.

Cliniquement la patiente présente un foyer auscultatoire pouvant expliquer sa dyspnée. Elle ne désire pas aller à l'hôpital. Malgré une discussion avec elle, aucune possibilité elle refuse.

Mon maître de stage décide donc de faire « un pacte » avec elle, on la met sous antibiothérapie orale et demain nous reviendrons, si elle est toujours dyspnéique elle ira aux urgences. La patiente accepte cette proposition mais sans aucune certitude que demain elle ira bien aux urgences. Mon maître de stage décide cependant de prévenir sa sœur de la situation par téléphone.

Le lendemain matin, la sœur de la patiente nous rappelle au cabinet pour nous prévenir de l'absence d'amélioration de la patiente, bien au contraire elle est restée couché aujourd'hui. Mon maître de stage décide donc de refaire une visite ce jour mais demande à la sœur de prévenir le fils de la patiente, il souhaiterait que celui-ci soit présent lors de notre visite, ce qu'il accepte.

A notre arrivée, la patiente est couchée aussi dyspnéique que la veille mais présente en plus une douleur épigastrique avec des vomissements (et probablement la présence de sang dans celui-ci).

Nouvelle négociation au domicile en présence de la famille et de l'auxiliaire de vie de la patiente. Tous sont d'accord celle-ci doit se rendre à l'hôpital! Mais elle refuse toujours, après avoir entendu les avis de tout le monde, celle-ci n'est toujours pas d'accord mais finit par ne plus exprimer son refus sans accepter cependant.

Mon maître de stage décide donc de prévenir une société d'ambulance qui viendra chercher la patiente à son domicile. Son fils restera jusqu'à leur arrivée.

Nous finissons par quitter le domicile de la patiente avec plusieurs questions:

- va-t-elle accepter de partir avec les ambulanciers?
- avons-nous eu raison de prévenir les ambulances sans l'accord réel de la patiente?
- la patiente est-elle à même de décider de son devenir en vue de son état de santé ?
- devons-nous prendre la décision de soigner la patiente à l'hôpital contre sa volonté, au vu de son âge?

Plusieurs constats cette première semaine:

- Tout d'abord, début avec beaucoup d'à priori, peur de la MONOTONIE, peur de ne voir que des gens enrhumés ou des grippes... Eh bien je me suis bien trompée!!!

Tout sauf monotone, chaque patient est différent même si certains viennent avec la même plainte. Personne ne présente cette plainte de la même manière et ne la ressent de manière identique, ni ne présente la même histoire médicale.

Chaque patient est unique je le sais mais là je m'en suis vraiment rendu compte...

-De plus, depuis 1 an maintenant on apprend à parler aux patients, aux familles mais « protéger » avec une blouse, à l'hôpital... seul lieu où depuis le début de nos études on nous confronte aux patients. Nouveaux contacts, type de relation à apprendre, du travail en perspective...

-Autre constat de cette semaine, beaucoup de papiers, variations des modes de prise en charge: CMU, AME, feuille de soins papiers à conserver, à rendre au patient.... Tarifs en fonction de l'âge des patients... Bref un labyrinthe où il faudra trouver son chemin!

SEMAINE DU 16 AU 20 NOVEMBRE :

Enfant M. 9 mois / M. 4 mois:

- Motif: GASTRO ENTERITE DE L'ENFANT. Prescription SRO.

En même temps dans le cabinet, 2 sœurs dont les enfants ont les mêmes symptômes mais pas avec la même gravité. Difficulté pour canaliser la situation, organiser la prise en charge, l'angoisse de 2 mamans...

- Source: Collège des enseignants de pédiatrie

- Réponse:

La diarrhée est une cause fréquente parfois grave et urgente chez le nourrisson et le jeune enfant.

Cause la plus fréquente gastro-entérite virale diarrhée associée à des vomissements et des douleurs abdominales.

Étiologie la plus fréquente le rotavirus par épidémies automno-hivernales et touche préférentiellement les nourrissons de 6 mois à 2 ans.

Recherche de signes de déshydratation aigue:

- choc hypovolémique: tachycardie, polypnée, agitation, vasoconstriction cutanée.

- déshydratation globale: perte de poids

- déshydratation extracellulaire: cernes, pli cutané, fontanelle déprimée, absence de larmes lors des pleurs.

- Déshydratation intracellulaire: muqueuses sèches, soif, fièvre, hypotonie des globes oculaires, trouble de conscience.

Examens complémentaires:

- aucuns si traitement par SRO

- prélèvement veineux si nécessite réhydratation intraveineuse.

Traitement:

- Soluté de réhydratation orale: Adiaril, GES-45, Alhydrate...

1 sachet à diluer dans 200ml d'eau à conserver au réfrigérateur et à consommer dans les 24 heures suivantes.

Proposer la solution à volonté en petites quantités de manière répétée Les quantités peuvent être importantes jusqu'à 200ml/kg/j.

Il peut persister des selles liquides pendant quelques jours ce n'est pas un échec!!

Si l'enfant ne boit pas il n'est pas déshydraté!

Réhydratation intraveineuse si signes de choc, ou échec d'une réhydratation orale bien conduite

- Renutrition:

Si allaitement le continuer en alternance avec la SRO.

Si alimentation lactée à base de lait de vache:

- supérieur à 4 mois: après 4 heures de réhydratation orale exclusive, reprise de l'alimentation normale antérieure à la diarrhée.

Si diversification: aliments anti-diarrhéiques (carottes, pomme, coing, riz, pomme de terre, banane).

Utilisation de préparations lactées sans lactose (type Diargal) si réapparition d'une diarrhée profuse dans les heures qui suivent la réintroduction du lait, diarrhée persistante, terrain fragile

- inférieur à 4 mois pas de consensus en général prescription d'un lait hydrolysé de protéines type Alfaré pendant 1 à 2 semaines.

- Surveillance: quantités bues, nombre de selles, de vomissements, la température et si possible le poids toutes les 4 heures

Hospitalisation en urgence si déshydratation supérieure à 8-10% du poids, signes de choc, trouble de conscience, inférieur à 3 mois, contexte social, terrain à risque, vomissements incoercibles, suspicion pathologie sous jacente.

Ceci correspond au coté médical de la prise en charge mais il y avait tellement plus de problème:

- les 2 mamans sont entrées ensembles dans le cabinet (2 poussettes...), je me suis directement sentie débordée! Mais je n'ai pas osé demandé à l'une ou l'autre de sortir pour faciliter la prise en charge. J'aurai du pour me faciliter les discussions et la prise en charge!

- Un des enfants présentait des critères de gravité (durée 5jours avec prise d'aucuns biberon perte de poids estimée quasiment 10%, relativement ralenti malgré SRO fait par la maman). Dès que j'ai parlé d'hospitalisation la maman a bien réagi, a compris... mais l'autre s'est mise à pleurer car son enfant était plus petit et allait aller à l'hôpital mais je ne l'avais pas examiné et il s'est avéré que lui pouvait bénéficier d'une surveillance étroite à domicile. J'aurai du faire sortir une des maman c'est confirmé mais trop tard.

- Tout ceci rajouter à mon angoisse personnel et mon manque de confiance n'a pas du rassurer les mamans, cela ne devait pas être très agréable comme consultation. A AMELIORER.

Enfant M. 14 mois:

- Motif: URTICAIRE SUPERFICIELLE

- Source : collègue enseignant de dermatologie.

- Réponse:

L'urticaire est une dermatose inflammatoire fréquente.

Physiopathologie: œdème dermique dû à une vasodilatation avec augmentation de la perméabilité capillaire consécutive à un afflux de médiateurs inflammatoires (histamine++).

Cliniquement: papules ou plaques érythémateuses à bords nets, fugaces migratrices et prurigineuses.

Ces lésions peuvent être associées à une hyperthermie modérée, des douleurs abdominales ou des arthralgies.

En général rapidement évolutif favorablement. Pas d'examen complémentaires.

Recherche étiologies de l'urticaire par l'interrogatoire:

- physique: dermatographisme, retardée à la pression, cholinergique (chaleur, sudation...), au froid, aquagénique, solaire.

- de contact

- environnement: hyménoptère

- alimentaire

- médicamenteuse

- infectieuse: virose (hépatite B, MNI, CMV...)

- autres: idiopathique, angio-œdème héréditaire.

Traitement symptomatique:

Anti-histaminiques H1 chez l'enfant de moins de 2 ans méquitazine (Primalan) ou oxatomide (Tinset) pendant 1 semaine.

Chez l'enfant de plus de 2 ans possibilité d'utiliser cétirizine (Zyrtec) et loratadine (Clarityne).

Melle P, 17 ans :

- Motif : information sur le vaccin papillomavirus. GARDASIL

- Source : HAS bonne usage médicament aout 2007

- Réponse :

Vaccin qui protège contre 70% des cancers du col de l'utérus.

Prévalence cancer du col de l'utérus 3000 cas par an , transmission sexuelle.

2 vaccins existent : Gardasil (papilloma 6,11,16,18)

Cesarix (papilloma 16 et 18)

Indications :

- Jeune fille de 14 ans avant exposition au risque HPV.

- Entre 15 et 23 ans en absence de rapports sexuels ou dans l'année qui quit les premiers rapports.

Schéma vaccinal : 1 injection puis une autre 2mois après puis 4 mois après soit 3 injections.

ATTENTION ne dispense en aucun cas de la réalisation de FCV réguliers.
Recommandation ANAES : faire FCV à partir de 25 ans 2 à un an d'intervalle puis tous les 3 ans jusqu'à 65ans.
Remarque : coût 123 euros par injection 65% remboursé par la SS dans les critères d'inclusion.

Enfant W. 4 ans :

- Motif : départ au Sri Lanka pour 7 jours. CAT pour PALUDISME ZONE 2.
- Source : recommandations BEH juin 2009
- Réponse :

Le Sri Lanka appartient aux zones groupes 2, c'est à dire zone de chloroquine-résistance.

Les traitements médicamenteux possibles sont chloroquine(nivaquine), proguanil(paludrine) , association chloroquine-proguanil (savarine) ou atovaquone-proguanil (malarone).

Cependant pour les enfants : Nivaquine possible si poids supérieur à 30 kg 1.7 mg/j

Paludrine ttt possible des 1 an en fonction du poids.

Savarine pas possible pour les enfants poids supérieur a 50kg

Malarone enfant de poids supérieur à 5kg.

Pour un séjour inférieur ou égal à 7 jours au Sri Lanka il est licite de ne pas prendre de prophylaxie médicamenteuse à condition d'être en mesure dans les mois qui suivent le retour de consulter en cas de fièvre en urgence.

Ceci ne dispense pas de mesure de protection contre les piqures de l'anophèle comme l'utilisation de moustiquaires imprégnées, du port de vêtements couvrant le soir imprégnés de répulsif ainsi que de répulsifs cutanés.

Pour les enfants de 30 mois à 12 ans, il est possible d'utiliser plusieurs types de répulsifs (afssaps 2009) comme Moustiko tropic, cinq sur cinq lotion, insect écran peau enfant....

M. S . 44 ans et Melle L. 19 ans :

- Motif : souhaite ARRET DE TRAVAIL suite décès d'un proche.
- Source : ordre national des médecins en février 2006.
- Réponse :

Etablir l'arrêt de travail : après examen du patient, à la date de l'examen, préciser si les sorties sont autorisées ou non, avec éléments médicaux justifiant l'incapacité de travailler.

Ne pas antidater, l'établir sans examen clinique, faits cliniques faux.

La prolongation de l'arrêt se fait par le médecin qui a prescrit l'arrêt initial ou par un spécialiste consulté à la demande du médecin traitant ou par le médecin remplaçant le médecin qui a établi l'arrêt initial ou lors d'une hospitalisation.

Le patient peut être contrôlé par l'assurance maladie (en cas de sanction, suspension des indemnités journalières) par un médecin conseil, un médecin agréé ou un médecin contrôleur mandaté par l'employeur.

Selon le code de déontologie : le médecin contrôle ne peut être le médecin traitant, doit être objectif dans ces conclusions, ne doit pas s'immiscer dans le traitement ou le modifier et est tenu au secret médical envers l'administration ou l'organisme qui le sollicite. « Il ne peut ni ne doit fournir que ses conclusions sur le plan administratif, sans indiquer les raisons d'ordre médical qui les motivent ».

Les dispositions relatives aux heures de sortie ont été modifiées. Le médecin juge si l'état du patient lui permet de bénéficier d'heures de sortie ou non. Il devra être présent à son domicile, les weekends et jours fériés (sauf en cas d'examen) de 9h à 11h et de 14h à 16h.

Le médecin peut établir une dérogation pour autoriser les sorties à tout heure de la journée, tout en indiquant les éléments médicaux sur le formulaire d'arrêt de travail.

M . V. 28 ans :

- Motif : CEPHALEE DE TENSION.
- Source : collègue enseignants de neurologie
- Réponse :

Les céphalées chroniques constituent un motif fréquent de consultation. Il est nécessaire de distinguer les céphalées chroniques :

- continues : céphalée de tension
 - post traumatiques (post traumatisme crânien)
 - par abus d'antalgiques (prise de médicaments par anticipation... céphalée... prise médicaments...)
 - cervicalgies chronique (arthrose, polyarthrite rhumatoïde, séquelle fracture vertèbre)
- par accès successifs avec intervalle libre :
 - migraine+++
 - malformation artério-veineuse (intermittentes à localisation constante)

névralgie d'Arnold (douleur déclenchée par les mouvements du cou, en éclair, partant de la charnière cervico-occipitale et irradiant en hémicrânie jusqu'à la région frontale.

essentielles (coïtales, toux, d'effort)

Attention toute céphalée inhabituelle chez patient de plus de 50 ans pensez à la maladie de Horton.

La céphalée de tension :

CLINIQUE :

- céphalée prédominant au vertex ou dans les régions cervico-occipitales.
Impression de lourdeur ou de tete vide avec difficultés de concentration.
- Ancienne et permanente
- Absence de signe d'accompagnement
- Absence de retentissement sur la vie quotidienne et le someil
- Contraste avec une gene décrite comme intense.
- Aggravation en periodes de tension psychologique et amélioration en période de détente.
- Douleur a la palpation des muscles cervicaux paravertébraux et des trapèzes.
- Troubles psychologiques (ancieté chronique le plus souvent)

PARACLINIQUE

En général aucun examen complémentaire nécessaire.

TRAITEMENT :

Soutien psychologique avec explications de la bénignité de l'affection.

Conseils d'hygiène de vie.

Séance de massage +/- myorelaxants si tendance anxieuse.

Amitriptyline (laroxyl) souvent efficace pour soigner les céphalées de tension.

Remarques de la semaine:

- Les patients sont en consultation de manière aléatoire entre mon maître de stage et moi (sauf demande du patient). Mon maître de stage voit un patient qu'il n'avait pas vu depuis 3 ans et qui a beaucoup changé (attitude, morphologie...). Il est content de l'avoir vu et non pas que ce soit moi du fait des liens qu'il avait avec lui. Partager ses patients pas toujours si facile!!
- difficultés que j'ai face aux enfants (stage d'externe en réanimation pédiatrique et aucun contact avec enfants lors de mes autres stages) peur de les casser, de passer à coté de quelque chose de grave, les faire pleurer, prendre confiance en moi...
- ne pas hésiter à se mettre dans les meilleures conditions de travail.

SEMAINE DU 23 AU 28 NOVEMBRE :

Melle M. 17 ans :

- Motif : CERTIFICAT DE DISPENSE DE SPORT.

Jeune fille de 17 ans voilée me demande un certificat de dispense à la natation et à l'athlétisme spécifiquement.

Elle me dit être asthmatique et être dispensé tous les ans.

Je retrouve effectivement des dispenses annuelles, des traitements ponctuels par ventoline sans avis d'un pneumologue ou traitement au long cours.

La je me pose plusieurs questions : est elle réellement asthmatique ?

Ne veut elle seulement pas se dénuder ?

Je l'interroge, sur son asthme il semble que ce soit un asthme à l'effort.

Je prescrit une dispense de sport pour la natation et l'athlétisme.

Aurais je du le faire ?

M. B. 38 ans :

- Motif : ALCOOLISME CHRONIQUE ET BACLOFENE..

- Source : multiples

- Réponse :

Depuis la publication en octobre dernier du livre du Dr Ameisen (cardiologue, alcoolique chronique) qui a guérit avec de fortes doses de Baclofène, le sujet suscite de l'espoir et un grand intérêt.

Le Baclofène est un médicament ancien (générique depuis 1997) qui possède l'AMM dans le cadre d'un relaxant musculaire dans le traitement des contractures musculaires douloureuses accompagnant la sclérose en plaques et certaines paralysie.

Il n'y a pas d'AMM pour le sevrage alcoolique. L'afssaps ne recommande pas aux médecins de le prescrire mais certains médecins ont commencé à le faire.

Un essai thérapeutique a été débuté en mai dernier impliquant 210 patients (105 sous baclofene et 105 sous placebo) ayant pour but de comparer le maintien de l'abstinence. Suivi sur 14 semaines avec aide psychologique. Les résultats chez les animaux suggèrent un effet dose-dépendant important.

A suivre....

Enfant N. 5 ans :

- Motif : éruption cutanée de l'enfant. VARICELLE
- Source : Collège des enseignants de pédiatrie.
- Réponse :

Due au virus varicelle zona (groupe herpes virus). Chez les enfants de 2 à 10 ans. Contagion interhumaine directe par voie aérienne. De 48 heures avant l'apparition des lésions jusqu'à 5 jours après l'apparition des lésions.

Incubation de 14 à 16 jours, invasion brève et discrète (24 à 48h)

Clinique : exanthème prurigineux débutant au niveau du tronc. Macule de 2 à 5 mm qui en quelques heures se surmonte d'une vésicule à contenu clair, bordée d'une aréole rosée. Éléments abondants.

L'évolution des lésions est caractéristique avec dès le 2^{ème} jour un affaissement de la vésicule en son centre et formation d'une croûte brunâtre prurigineuse. Au 6^{ème} jour la croûte tombe et laisse une petite tache rosée qui disparaît.

En général 2 à 3 poussées à 24-72 heures d'intervalle soit sur 10 12 jours d'évolution

Un énanthème évolue parallèlement : dans la cavité buccale les vésicules peuvent se rompre et font place à des érosions superficielles entourées d'un halo rouge.

Diagnostic clinique.

Recherche de complications :

- formes graves avec enfants immunodéprimés
- Surinfection bactérienne (cellulite, fasciite nécrosante)
- Post infectieuse (neurologiques : ataxie cérébelleuse à J5, syndrome de Reye avec prise acide acétylsalicylique)
- Femme enceinte

Arguments thérapeutiques : pas de talc, ongles courts, pas d'acide acétylsalicylique. Traitement antiseptique et symptomatique.

Enfant B. 21 mois :

- Motif : FIEVRE CHEZ L'ENFANT, quel traitement ?
- Source : prescrire fiche patient octobre 2009.
- Réponse :

Le paracétamol reste le médicament le plus sûr : efficace dans la plupart des cas avec peu d'effets indésirables (allergie, surdosage massif). De plus association sans risque avec la plupart des médicaments.

Dose 15 mg/kg/ 6heures.

L'aspirine, l'ibuprofène et les autres anti-inflammatoires ne sont en général pas plus efficace que le paracétamol sauf dans le cadre d'un rhumatisme inflammatoire. L'ibuprofène fait baisser à peine plus vite la fièvre que le paracétamol même donner en même temps que le paracétamol elle ne semble pas augmenter l'efficacité du traitement.

Les effets indésirables sont plus importants : allergie (asthme, cutané sévère), saignements digestifs, infection grave de la peau, risque d'infection généralisée.

Des mesures associées doivent être prises : aérer la pièce, ne pas trop couvrir l'enfant, faire boire l'enfant de manière régulière.

Melle P. 17 ans.

- Motif : faire son injection de Gardasil et information sur ISOTRETINOINE.
- Source : afssaps mai 2009.
- Réponse :

C'est intéressant cela fait 2 fois que je vois cette patiente et qu'elle me met en position, de difficulté n'est pas le terme mais en position de recherche.

L'isotretinoïne est un traitement de l'acné en cas d'échec d'un traitement local et par antibiothérapie orale de 3 mois bien conduit.

Traitement qui nécessite un suivi régulier à savoir :

- prescription d'une contraception orale qui devra être débutée 4 semaines avant le début du traitement et poursuivie 4 semaines après l'arrêt de celui ci.
- Des tests de grossesses plasmatiques devront être effectués avant le début du traitement et avant chaque renouvellement de celui ci. (l'effet tératogène de roaccutane a été montré +++).
- Un contrôle biologique des transaminases et un bilan lipidique doit être réalisé avant le début du traitement, à 1 mois puis chaque 3 mois.
- Un carnet de suivi de la patiente est donné à la patiente et doit être complété à chaque consultation.
- Un accord de soin et de contraception doit être signé par la patiente avec 1 exemplaire à conserver dans leur carnet.
- Informer le médecin en cas de trouble de l'humeur ou de modification du comportement.

Les informations sur la tératogénicité du produit ainsi que sur les risques éventuels psychiatriques doivent être claires et explicites.

Mme W. 33 ans :

- Motif : DOULEUR MECANIQUE ET ALLAITEMENT. Douleur des pouces d'allure mécanique depuis l'accouchement mais allaite. Quels médicaments prescrire ?
- Source : lecrat.org (centre de référence sur les agents tératogènes)
- Réponse :

En cas de douleur, la prise de différents antalgiques est possible :

- Palier 1 : le paracétamol, ibuprofène oral et cutané, kétoprofène oral et cutané, diclofénac, l'aspirine en prise unique.
- Palier 2 et 3 à éviter ou nécessité de suspendre l'allaitement.

Mme A. 32 ans :

- Motif : exploration NODULE THYROIDIEN .
- Source : www.endocrino.net
- Réponse :

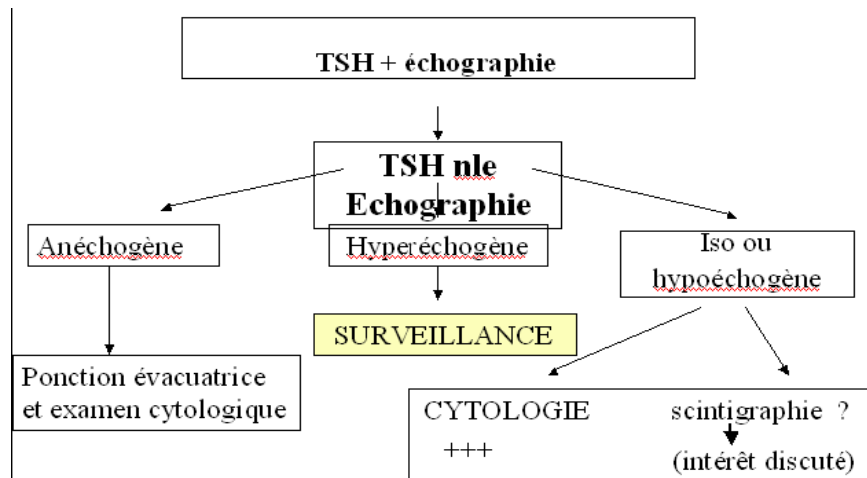
Le nodule thyroïdien est une donnée clinique : tuméfaction cervicale inférieure mobile à la déglutition avec le reste du corps de la thyroïde.

Fréquent 4 à 5 % de la population générale. Nodules infra cliniques mis en évidence par l'échographie dans 50 % des cas. Surtout chez la femme.

La découverte d'un nodule pose le problème de la recherche d'un cancer thyroïdien.

CAT :

- recherche d'arguments pour malignité : jeune, homme, antécédent irradiation cou, familiaux de cancers thyroïdiens, nodule de plus de 3 cm, douloureux, adhérents aux structures voisines, diarrhée, flush...



Le dosage de la TSH permet de repérer les nodules toxiques (TSH basses nodules chauds à vérifier par une scintigraphie).

Le dosage de la calcitonine est demandé par certains en cas de symptôme ou au moins une fois.

A l'échographie, un cancer est plus volontiers mal limité, hypoéchogène, siège de petites calcifications. Importance de la mesure exacte, de la taille, nature du kyste ou nodule, recherche nodules infra cliniques.

A la scintigraphie seuls les nodules froids sont suspects de cancers. De moins en moins utilisée.

L'examen clé est la cytoponction à l'aiguille fine avec 4 types de résultats : bénin probable (laisse en place le nodule), malin (chirurgie formelle), douteux (fait discuter la chirurgie), ininterprétable (nécessite une nouvelle ponction).

SEMAINE DU 30 NOVEMBRE AU 4 DECEMBRE :

Enfant O. 15 mois :

- Motif : BRONCHIOLITE sans signe de gravité
- Source : Conférence de consensus septembre 2000.
- Réponse :

Infection virale respiratoire épidémique du nourrisson, pic hivernal.

Transmission interhumaine.

Virus respiratoire syncytial VRS.

Incubation de 2 à 8 jours avec élimination du virus en 8 jours en général.

Cliniquement : rhinopharyngite avec toux sèche peu fébrile.

Dyspnée avec polypnée.

Auscultation : avant 1 an crépitant puis râles bronchiques +/- sibilants

Après 1 an dominé par sibilants.

Examen complémentaire : 0

Evolution : favorable en général en quelques jours. Possibilité de rechutes dans les 2 premières années de vies.

Hospitalisation si :

- aspect « toxique » de l'enfant
- FR sup 60/ min
- Apnée, cyanose
- Inférieur 6 semaines
- Difficultés psycho sociales
- Trouble digestifs avec perte de poids 5%
- Pathologie sous jacente
- Troubles radiologiques.

Informations sur les signes d'aggravation :

- refus d'alimentation
- troubles digestifs
- changement de comportement
- élévation de la température
- détérioration de l'état respiratoire

Traitement à mettre en place :

- hydratation , nutrition : DRP avant alimentation, coucher, fractionnement des repas.
- Couchage proclive à 30° dorsal
- DRP plusieurs fois par jour
- Environnement : pas de tabac, température pièce à 19 °.

Pas de corticoïdes, pas de bronchodilatateurs, pas d'antibiothérapie en première intention, pas d'antitussifs.
Kinésithérapie respiratoire.
Réévaluation clinique.

Melle L , M. S . :

- Motif : AIDE SUITE AU DECES D'UN PROCHE

Il y a eu pour l'instant 3 consultations avec ces deux personnes.

Motif : souhaite arrêt de travail suite au décès de leur mère et femme respectif.

Lors de la première consultation, ils m'annoncent que Mme Leroy est décédée la veille au soir sans me préciser comment, pourquoi ... je ne les ai jamais vues et je n'ose pas leurs demander comment. Ils ont besoin d'un arrêt de travail de quelques jours pour préparer les obsèques. Ils sont sous le choc. Je leur prescrit donc un arrêt de travail jusqu'à la fin de la semaine.

J'en parle avec mon maitre de stage après la consultation, il est d'accord pour l'arrêt de travail. Mais chaque personne a droit à des jours de congés spéciaux après un décès. Peut être pas suffisant.

Une semaine après ils reconsultent pour prolonger l'arrêt de travail, ils me disent spontanément que Mme Leroy s'est suicidée en se jetant sous le métro. Elle avait un suivi psychiatrique mais qu'elle avait décidée de suspendre. Ils vont relativement bien, quelques difficultés d'endormissement mais ils ne souhaitent aucun traitement pour les aider. Je discute avec eux d'une éventuelle aide psychologique pour la famille. Nous discutons ensemble des différents problèmes administratifs, autopsie, procureur, papiers de sécurité sociale, préparatif des obsèques... Ils sont d'accord mais pour l'instant, ils n'ont pas le temps d'y penser. Ce que je comprends. Je prolonge l'arrêt les obsèques sont le lendemain.

La semaine suivante, ils reviennent. Lui va « mieux », il souhaite être prolongé jusqu'à la fin de la semaine pour finir les papiers administratifs, mais veut reprendre le travail après, je l'encourage dans ce sens sans pour autant fermer la porte en cas de soucis.

Melle L. ne va pas bien, les obsèques sont passées, elle présente des traits de dépressions débutante : refus de sortir, de s'alimenter, d'aller travailler. Elle me dit que c'était déjà difficile avant le décès mais que cela a tout fait resurgir.
Je l'arrête pour quelques jours et je dois la revoir.

Très compliqué pour moi de gérer ces consultations, aussi bien légalement (ai-je le droit de prolonger ces arrêts de travail ?), que moralement petit à petit ils m'ont livré leur histoire et leurs difficultés alors que je ne les avais jamais vus avant.

Mme D. 29 ans :

- Motif : « suis je enceinte ? si oui je veux une IVG »
- Source : www.planning-familial.org
- Réponse :

Une IVG peut se pratiquer de 2 manières différentes :

- par méthode médicamenteuse réservée aux grossesses de moins de 7 SA .

Elle se déroule en 3 consultations. La première où il vous sera donné des comprimés de mifépristone (RU 486) qui vont interrompre la grossesse. La deuxième consultation a lieu 24 à 48h plus tard, vous recevrez 2 types de comprimés à 2h d'intervalle pour expulser l'œuf. Vous devez prévoir un délai de 4h environ. Ceci permet l'expulsion de 97% des grossesses. Pendant ces heures, vous aurez des douleurs abdominales et des saignements importants peuvent être plus que vous règles. Une troisième consultation aura lieu dans 10 jours pour confirmer que vous n'êtes plus enceinte.

Les complications peuvent être : hémorragies importantes 2%, infection 0,5%, grossesse évolutive 2%, rétention 5%

- Par méthode chirurgicale à réaliser avant la 12eme semaine de grossesse soit 14 SA.

Sous AG ou AL, elle se réalise à l'aide d'une canule introduite dans le col de l'utérus préalablement dilaté. La canule est reliée à un système d'aspiration qui enlève l'œuf et la muqueuse utérine. L'hospitalisation dure quelques heures.

Les complications peuvent être : déchirure cervicale 1%, perforations utérines 1%, hémorragies sévères 0,15%.

M N. 49 ans.

- Motif : GRIPPE .symptômes grippaux chez un personnel médical.
- Source : <http://sante-medecine.commentcamarche.net/faq/sujet-2088-grippe-a-h1n1-a-quels-malades-prescrire-un-prelevement>
- Réponse :

Le patient consulte devant l'apparition depuis ce jour de symptômes grippaux (courbatures, fièvre, céphalées, toux sèche). Il pense avoir la grippe mais n'est pas inquiet... Le problème est qu'il travaille dans un service de réanimation chirurgicale ce soir.

Je décide donc de l'arrêter en attendant qu'il réalise demain dans son hôpital un test de dépistage pour savoir s'il a la grippe H1N1 ou non.

Il s'agit d'un prélèvement naso-pharyngé réservé au personnel soignant, malades avec des signes de gravité, malades traités par anti viraux et présentant une

aggravation, 3 cas groupés, nourrissons avec FDR graves et femmes enceintes.
(mise à jour du 27 novembre).

Mme C. 58 ans :

- Motif : SELLES BLANCHES.
- Source :
- Réponse :

Elle est le signe d'un dysfonctionnement hépato-vésiculaire. La bile ne s'écoule plus normalement.

De nombreuses causes peuvent être évoquées : hépatites A, B, C, chronique, auto-immune, cancer hépatique, du pancréas...

Il est nécessaire de rechercher des signes associés : urines foncées, hépatomégalie, douleur abdominale, ictère...

Mme C. 28 ans

- Motif : CONSULTATION GROSSESSE 1^{er} trimestre
- Source : DES MG paris 7
- Réponse :

Mme C consulte car elle pense être enceinte, elle a fait un test de grossesse urinaire positif et a un retard de règles.

CAT première consultation :

- diagnostic de grossesse Béta HCG positif
- Evaluation du terme de grossesse avec la date des dernières règles
- Recherche grossesse à risque : antécédents personnels (grossesse antérieur, FC tardive, pré éclampsie, HTA, diabète, épilepsie...), familiaux, mode de vie, condition de travail, traitement.
- Examen clinique : taille, poids, seins, utérus, frottis si nécessaire
- La première échographie entre 11 et 13 SA : localisation, évolutivité, terme, mono ou bi embryonnaire, clarté nucale..
- Bilan de début de grossesse : sérologie syphilis, rubéole, toxoplasmose, Groupe, rhésus, RAI, albuminurie, glycosurie.

CAT deuxième consultation avec les résultats :

- Déclaration de grossesse avant 15 SA à remplir
- Interrogatoire : contractions, saignements, SF urinaires, bébé bouge, pertes vaginales ?
- Conseils prévention toxoplasmose, listériose, hygiène de vie

- Examen clinique : poids mensuel, TA, OMI, hauteur utérine, BU, TV, bruits du cœur fœtaux

Echographies aucunes obligatoires : recommandées 12, 22, 32 SA.

Conseils préventifs :

- listériose : nettoyer le frigo, éviter charcuterie, fromage lait cru, pates molles, éviter de réchauffer les plats...
- toxoplasmose : éviter chats, viandes fumées, laver légumes, viandes bien cuites, jardinage avec des gants, ...
- alcool: nul
- tabac: a stopper

Dépistage de la trisomie 21 : échographie premier trimestre, dosage des marqueurs (systématiquement proposé entre 14 et 18 SA signature consentement éclairé...)

SEMAINE DU 7 AU 11 DECEMBRE :

Famille Z . :

- Motif : « JE VEUX FAIRE UN BILAN »

Consultation assez difficile, évidemment 2 patients que je n'ai jamais vus suivis par mon maître de stage.

Le mari et la femme sont d'origine croates, vivent une grande partie de l'année en Croatie mais possèdent des papiers de sécurité sociale en France. Ils viennent donc dès leur retour en France chez le médecin faire le bilan.

La consultation démarre normalement, discussion...

Mais rapidement la femme prend le contrôle de la consultation et me dit on veut un bilan avec le cholestérol, la glycémie, les PSA, un ECBU...

Je vois dans mon dossier que ce bilan a été réalisé en juin dernier donc pas de nécessité de le refaire (ils ne sont ni diabétiques, ni suivi pour une pathologie quelconque...). Je commence à émettre l'idée que ce n'est pas nécessaire, ce qu'elle réfute immédiatement !!

Ca s'annonce compliqué et je me demande même si je vais les examiner ils veulent leur bilan c'est tout !

Je finis quand même par les examiner.

Mais j'ai juste décalé le problème de ce bilan.

Une négociation débute car c'est ça : elle pense être au supermarché et faire ces courses.

Je finis par faire un bilan à chacun mais je ne suis pas trop d'accord pour faire les PSA (normaux en juin) mais bon je craque... Par contre l'ECBU je dis non !

M. a fait une prostatite en 2005 et est asymptomatique donc non !

Les courses sont terminées et j'ai capitulé mais pas sur l'ECBU. Je ne suis pas très contente de cette consultation.

Consultation avec les résultats les PSA sont augmentés, ils me tombent dessus c'est le cas de le dire, Mme est plus agressive. Mais pourquoi ?? Pas la peine d'envisager de faire un toucher rectal et M. est toujours asymptomatique.

Je leur dis qu'ils vont prendre RDV avec un urologue mais avant d'y aller ils vont devoir faire un ECBU pour être sûr de l'absence de prostatite ! Qu'est ce que je n'avais pas dit !

Sa femme me dit très clairement « je vous l'avais dit de le faire la fois d'avant mais vous n'avez pas voulu maintenant on va devoir retourner au laboratoire »

Le mari est assez calme. J'essaie en vain de me justifier : mais la fois précédente il n'y avait pas d'indication... bref sans efficacité elle me dit « on prend RDV chez l'urologue et on va faire l'ECBU mais je vous l'avais dit ».

Troisième consultation le mari vient seule avec les résultats d'ECBU mais je suis avec mon maître de stage. En entrant le M. me dit « vous voyez !! ». Je me dis immédiatement, il manquait plus que ça l'ECBU est positif il a une prostatite.... Non il est négatif. Le patient ira voir l'urologue avec les résultats de PSA et d'ECBU.

Réflexions :

- prescrire des PSA tous les 6 mois pas d'intérêt je n'aurai même pas du les faire voilà maintenant ils sont légèrement positifs on en fait quoi.
- Consultation supermarché : j'aurai du dire non à tout le bilan...
- L'ECBU était pas indiqué à la première consultation mais j'avais capitulé pour le reste alors j'aurai peut être du capituler aussi pour ça !
- Consultation pas très satisfaisante, on ne se sent pas respecté mais être un prescripteur simple : je veux ça puis ça...

Au final, leurs bilans réclamés et prescrit à répétition ne vont ils pas les engager dans d'autres examens à cause des PSA augmentés : échographie, biopsies... alors qu'il n'y avait peut être pas lieu d'être.

Je plains l'urologue qui va les recevoir... il va entendre toute l'histoire c'est presque sur... et peut être même se sentir obligé de poursuivre les examens. BREF, pas très agréable et pas très satisfaisant.

Le patient a vu l'urologue qui retrouve au TR un lobe droit plus développé que le gauche, pas de nodule perçu.

Un dosage des PSA libre et une échographie prostatique ont été prescrits.

Mme S. 22 ans :

- Motif : HYPOTENSION . HEPT A MIL .
- Source : Vidal 2009
- Réponse : introduction traitement par Hept-a-mil

Indication : traitement symptomatique de l'hypotension orthostatique, en particulier lors d'un traitement psychotrope.

Posologie : 1 à 2 comprimés trois fois par jour ou 30 à 50 gouttes trois fois par jour.

CI : hypertension artérielle sévère, hyperthyroïdie, intolérance au gluten

Précaution : peut être positif lors des réactions anti-dopage.

Effets indésirables : éruption cutanée, urticaire, tachycardie, mydriase.

M. D . 35 ans :

- Motif : CONJONCTIVITE
- Source : guide thérapeutique 2008
- Réponse :

Une conjonctivite est une inflammation de la muqueuse conjonctivale qui tapisse la face postérieure de la paupière et la face antérieure de la sclère.

Elle se caractérise par : une hyperhémie conjonctivale, pas de douleur, pas de baisse de l'acuité visuelle, sécrétions.

3 grands types : infectieuse, allergique ou par sécheresse oculaire.

La conjonctivite allergique est très fréquente sur un terrain allergique, récidive le plus souvent au printemps. On retrouve souvent un prurit, hyperhémie conjonctivale et une hyperplasie papillaire (surélévation centrée sur un vaisseau) ou folliculaire (bordée de vaisseau) en soulevant la paupière.

Le traitement consiste en une éviction de l'allergène, bilan avec un allergologue. L'utilisation d'un collyre anti allergique à base de cromoglycate de sodium (type opticon, cromabak) pendant 1 mois.

Eventuellement un anti histaminique par voie orale cétirizine pendant 1 mois.

La conjonctivite par sécheresse oculaire est en général une conjonctivite chronique bilatérale. Le diagnostic se fait par le test de Schirmer.

Le traitement comporte des larmes artificielles (unilarm) et agents mouillants à haute viscosité (celluvisc).

La conjonctivite infectieuse peut être virale ou bactérienne.

Très contagieux, éviter de se gratter les yeux ou de les toucher. Se laver régulièrement les mains. Interdiction du port des lentilles.

- Bactérienne à germes banaux : sécrétions purulentes et yeux très collés. Utilisation d'une pommade antibiotique à base de rifamycine collyre pendant 10 jours et sérum physiologique pour décoller les yeux.
- Virale sérum physiologique, pas d'anti viraux, utilisation d'antibiotiques locaux pour éviter les surinfections rifamycine collyre +/- pommade le soir au coucher. Eviter les collyres corticoïdes.
- Herpétique aciclovir (Zovirax pommade) ou valaciclovir (zelitrex comprimé).

Mme C. 47 ans :

- Motif : OSTEOPOROSE à l'ostéodensitométrie sans fracture.
- Source : HAS juillet 2006 prévention, diagnostic et traitement de l'ostéoporose.
- Réponse :

L'ostéoporose est une maladie diffuse du squelette, caractérisée par une faible masse osseuse et une détérioration de l'architecture osseuse, responsable d'une augmentation du risque de fracture.

Problème de santé publique.

La prise en charge de règles hygiéno-diététiques et fondamentale : activité physique, apport vitamino-calcique, lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, maintien BMI dans les normes.

La prévention médicamenteuse de l'ostéoporose : traitement substitutif de la ménopause (en deuxième intention), bisphosphonate et raloxifène (chez la femme ménopausée à risque élevé d'ostéoporose).

Le diagnostic et suivi de l'ostéoporose se fait par mesure de la densité minérale osseuse par l'ostéodensitométrie (sur 2 sites : rachis lombaire et extrémité supérieure du fémur

3 catégories ont été faites :

- normale T score sup -1
- ostéopénie : T score entre $-2,5$ et -1
- ostéoporose t score supérieur ou égal à $2,5$

Indications de l'ostéoporose :

- population générale : infection ou traitement inducteur d'ostéoporose (corticothérapie systémique au long cours, hypercorticisme, hypogonadisme documenté...), signes d'ostéoporose.
- Femme ménopausée : ménopause à moins de 40 ans, corticothérapie au long cours, BMI inférieur à 19, antécédent au premier degré d'une fracture du col fémoral sans traumatisme majeur.

Décision d'un traitement médicamenteux :

- correction des carences éventuelles en calcium et/ou vitamine D.
- correction des apports alimentaires.

En fonction du contexte décision de traitement ou non

- Facteur de risque de fracture mais pas de corticothérapie, ni antécédent de fracture (BMI inf 19, ménopause inf 40 ans, alcoolisme, tabagisme, baisse de l'acuité visuelle, pathologie orthopédique ou neuromusculaire, âge supérieur à 60 ans)

T sup ou égal à 2,5 pas de traitement, ostéodensitométrie dans 3 à 5 ans ou si nouveau FDR.

T inf ou égal à 2,5 ou inf à 3 : traitement pendant 4 ans au moins : alendronate, risédronate, ralenate de stontium ou traitement hormonal substitutif.

- En cas de corticothérapie :

Traitement par bisphosphonates pendant au moins 2 ans si T score inf 1,5 sur au moins 1 site.

M. C. 37 ans :

- Motif : EDUCATION INSULINE.

- Source :

- Réponse :

Le patient est traité par levemir en ville depuis quelques semaines. Son endocrinologue lui a prescrit en ville, sans hospitalisation.

Il semble avoir compris comment faire les injections d'insuline. Il devait commencer par 2 unités et augmenter les doses de 2 unités en 2 pour atteindre un objectif de glycémie inférieure à 1,20 le matin.

Il a donc augmenté jusqu'à 10 unités puis à penser que c'était trop d'augmentation et à arrêter d'augmenter par peur.

Je le vois en consultation, ces glycémies au lever sont autour de 2,50 g/l et son HbA1c à 9%.

Je lui conseille donc de poursuivre l'augmentation des doses d'insuline de 2 en 2 sans crainte. Je le rassure, il ne risque pas de faire une hypoglycémie, ni de s'injecter des doses trop importantes s'il y va progressivement.

Je lui conseille de prendre RDV avec son endocrinologue, pour réévaluer l'efficacité du traitement.

Ce patient aurait-il dû être hospitalisé pour introduire l'insuline ? un RDV 1 mois après l'introduction de l'insuline aurait peut-être été nécessaire pour vérifier son observance et modifier ses doses.

Il m'apparaît difficile d'introduire en ville une insulinothérapie sans suivi régulier même si le patient semble apte à faire ses injections.

Augmenter 5 fois la dose prescrite initialement peut être effrayant, si on ne l'a pas prévenu de manière explicite. Peut-être avait-il été prévenu mais cela devait faire beaucoup d'informations en une seule consultation.

M. X :

Les consultations étant sans RDV, la salle d'attente est gérée par l'ordre d'arrivée des patients. Ce qui se passe bien normalement...

Ce jour, un patient arrive et dit être avant d'autres qui patientaient. Je n'ai pas vu ce patient en venant chercher les précédents patients. Les patients dans la salle d'attente ne sont pas d'accord et estiment être avant lui. Le patient n'a a priori pas attendu dans le cabinet mais dans son camion à l'extérieur.

J'explique calmement au patient qu'il devait patienter dans la salle d'attente, je ne l'ai pas vu arriver avant les autres et par conséquent je ne peux le laisser passer avant ...

Il n'est pas de cet avis, il souhaite passer et me dit « j'ai juste besoin de pévaryl pour une mycose ça prend 2 secondes ». Je lui explique que je dois faire une consultation, on ne prescrit pas un médicament sur le pas de la porte. Il semble me comprendre mais insiste. Les patients dans la salle d'attente ne se laissent pas faire et refuse de le laisser passer.

Je décide donc de trancher et dis au patient que je le verrai après les autres mais il doit patienter.

Il refuse et part en menaçant un des patients par le regard...

Problème, lorsque je reviens au cabinet la porte a été vandalisée, les câbles d'ouverture automatique de la porte ont été arrachés.

Est ce lui ? Possible mais impossible à affirmer.

Je ne lui ai pas demandé son nom... impossible de savoir qui a menacé le patient ou aurait éventuellement fait ça.

Je ne me suis pas sentie menacée du tout par ce patient mais le fait de voir cette porte vandalisée après, m'a fait prendre conscience que certains patients peuvent être agressif voir violent.

SEMAINE DU 14 AU 18 DECEMBRE :

LA GRIPPE H1N1.

Je débute actuellement mon stage ambulatoire de niveau 1 et à quelques jours près le début de la vaccination contre la grippe H1N1 démarre.

Comme tout le monde le constate la grippe H1N1 prend une place primordiale dans les médias (internet, radio, télévisions, journaux...) et elle prend aussi quasiment lors de chaque consultation quelques minutes (doit on se faire vacciner ? que pensez vous de la grippe ? est elle si dangereuse ? vous êtes vous vaccinée ?...)

Je constate vite que je vais devoir prendre une position et faire quelques recherches sur cette grippe, les différents traitements, vaccins... On constate donc le problème de la médiatisation... qui apporte son lot de questionnement. L'exclusion du médecin traitant et de tous les autres médecins de cette procédure de vaccination alors que le médecin généraliste reste le médecin à qui les patients demandent constamment conseils... Le médecin traitant est privé du « pouvoir de prescrire » alors que les patients ont l'habitude à juste titre de se faire vacciner par leur médecin généraliste.

Je ne suis pas très motivée pour me faire vacciner et pourtant j'ai fait le vaccin contre la grippe saisonnière ! Pourquoi ? Je n'ai pas spécialement peur des vaccins (adjuvant sans adjuvant, peu de recul...) je pense plus que je n'ai pas suffisamment de craintes sur la mortalité de cette grippe.

J'en discute donc à plusieurs reprises avec mon maître de stage qui n'est lui même pas convaincu de se faire vacciner, faire vacciner sa famille... mais nous devons prendre une décision. Il décide de se faire vacciner.

Les différents appels ou questionnements des patients : il a fallu trouver une réponse à leurs donner. Nous avons pris le parti de dire que « c'est bien de se faire vacciner, c'est votre décision, le vaccin n'est pas dangereux, la grippe tue mais elle n'est pas si meurtrière que ça »

Puis un matin je reçois plusieurs appels en absence sur mon téléphone portable, je finis par répondre et là « bonjour, c'est la DDASS de Paris vous êtes réquisitionnée dans quel centre souhaitez vous aller ? à quelle heure ? Quel jour ? »

Je ne comprends pas grand chose à vrai dire, je leur dis « une réquisition c'est écrit non ? » réponse floue, bref je dois me rendre dans un centre demain samedi matin de 9h à 13h dans le 18^{ème} arrondissement.

Le lendemain je me rends donc dans le centre de vaccination un gymnase du 18^{ème} arrondissement, à mon arrivée plusieurs personnes patientent déjà alors que le centre n'ouvre que dans 45 minutes.

Tout le monde m'accueille avec un grand sourire... on me fait visiter le centre et on m'explique le fonctionnement :

- l'accueil : vérification feuilles sécurité sociale, questionnaire remis aux patients, feuille avec prescription et signature de consentement, et les notices des 2 vaccins effectués dans ce centre (Panenza et Pandermix)
- attente assise pour remplir le questionnaire
- « secteur médical » ou je vais être affectée : vérification absence de contre indication au vaccin, prescription type de vaccin, voie d'injection, nombre de dose.
- « secteur soignant » avec du personnel infirmier responsable de la réalisation de l'injection prescrite.
- « secteur administratif »
- Sortie.

Et là surprise je suis la seule à être là comme personnel médical !!

Je refuse donc de faire la moindre prescription je ne suis pas thésée, pas réellement réquisitionnée (couverture assurance ?) et surtout je n'y connais rien !!

Heureusement un médecin arrive habituée du centre de vaccination qui m'explique comment reprendre le questionnaire, me donne une feuille avec les différentes recommandations en fonction de l'âge, du terrain... bref de quoi me permettre de prescrire un vaccin. Elle restera à mon écoute et prête à répondre à toutes mes questions au cours de la matinée.

180 patients sont entrés dans le gymnase entre 9h30 et 11h45 (il a été décidé de fermer plus tôt par le chef du centre devant l'affluence et le peu de médecins disponibles pour les recevoir : 2 dont moi).

La matinée m'amène à me poser pas mal de questions dont beaucoup sont celles posées par les patients :

- la grippe H1N1 est vraiment plus dangereuse que la grippe saisonnière ?
- Quel est l'ordre de priorité des personnes ? Pourquoi toute ma famille n'a pas reçu le bon de vaccination alors que moi oui et je n'ai pas de FDR ?
- pourquoi il existe 2 vaccins possibles ? sont-ils testés de la même façon ?
- à quoi sert l'adjuvant ?
- Pourquoi certains ont 2 doses ?
- Mon médecin traitant veut que je sois vacciner par le vaccin sans adjuvant alors je veux celui ci !
- je suis protégé dans combien de temps après avoir fait le vaccin ?
- pourquoi le médecin traitant ne peut il pas faire le vaccin ?
- pourquoi faut-il attendre 3 semaines entre les 2 doses ?
- Il existe des mutations dans certains pays le vaccin est il efficace ?

Ceci n'est qu'un aperçu des questions posées par les patients...

A la fin de la matinée je me suis faite vacciner alors que je n'avais pas prévu de le faire. Est ce la culpabilité de ne pas accomplir un geste civique aussi ? le fait de voir tant de personnes effrayées par cette grippe ? Le contact avec tant de personnes qui me poussait à la faire ? La facilité que cela m'apportait au cabinet de répondre aux patients que je l'avais fait ? Une suite logique après avoir fait le vaccin contre la grippe saisonnière ? Je n'explique toujours pas pourquoi je l'ai fait....

Je ne sais pas trop mais je suis vaccinée, j'ai eu quelques effets indésirables bénins comme la nausée et la fatigue mais cela a passé en 48 heures environ.

La grippe H1N1 est une grippe causée par un virus A (h1n1) qui n'avait jamais circulé chez l'homme. Il se transmet entre les hommes par la toux ou les éternuements, mains souillées...

Pourquoi la grippe H1N1 est elle plus dangereuse que la grippe saisonnière ?

Chaque année il y a une épidémie de grippe saisonnière, le virus responsable change chaque année. Or beaucoup de gens possèdent une certaine immunité contre le virus circulant ce qui limite les infections ou sont vaccinés.

Or la grippe H1N1 pas ou peu de personnes sont immunisées ce qui majore le risque de transmission et d'infection.

Les différents vaccins :

4 types de vaccins :

- avec adjuvant : Pandemrix et Forcetra
- sans adjuvant : Panenza et Celvapan.

Composition : - antigène principe actif qui va induire la réponse immunitaire

- adjuvants qui stimulent la réponse immunitaire
- produit de conservation des vaccins (Tiomersal)
- agent inactivant pour l'inactivation et la détoxification des agents infectieux.

But des adjuvants : - élargir le spectre d'efficacité des vaccins et donc d'augmenter la garantie d'efficacité des vaccins.

- limiter la quantité d'antigènes nécessaire pour obtenir une réaction immunitaire permettant de protéger la personne vaccinée.

Types d'adjuvants à base de squalène présent dans de nombreux médicaments, aliments, compléments alimentaires.

Le MF 59 présent dans de nombreux vaccins de la grippe saisonnière sans complications observées.

Indications du vaccin sans adjuvant : femme enceinte à partir du 2^{ème} trimestre et enfant de 6 à 9 ans inclus, ainsi que certaines pathologies particulières

Indications du vaccin avec adjuvant : le reste de la population.

Anecdote : une patiente appelle au cabinet et me demande si les vaccins des centres de vaccination sont différents que celui qu'a reçu Mme Bachelot ? « Les vaccins pour le peuple quoi ? » Ceci semble être le reflet de la pensée de bon nombre de la population : un bon vaccin et un mauvais vaccin que l'on distribue en fonction des personnes... à méditer

Effets indésirables du vaccin Pandemrix :

- locales : douleur++, rougeur, hématome
- allergique : érythème, œdème du visage...
- affections ORL et respiratoires : dyspnée, rhinopharyngite..
- neurologiques : paresthésie...
- troubles digestifs : diarrhée, nausée...
- général : douleur, fatigue, fièvre, syndrome grippal..

Quel est l'ordre de priorité de vaccination des personnes ?

A partir du :

- 20 octobre : personnel médical et paramédical établissements de santé
- 2 novembre : médecins et infirmiers secteur ambulatoire
- 12 novembre : entourage des nourrissons de moins de 6 mois, personnel chargé accueil petite enfance, personne de 2 à 64 ans avec FRD, autres personnels de santé, nourrisson de 6 à 23 mois avec FDr.
- 20 novembre : femmes enceintes, nourrisson de 6 à 23 mois sans FDR.
- 25 novembre : collégiens et lycéens
- début décembre : écoliers, plus de 65 ans avec FDR
- fin décembre : plus de 18 ans sans FDR.

S'il l'on a pas reçu le bon , on peut se rendre à la caisse de l'assurance maladie pour l'obtenir.

Pourquoi dois-je attendre 3 semaines entre 2 injections ou entre le vaccin contre la grippe saisonnière et la grippe A ?

But garantir une protection optimale. En effectuant la 2^{ème} injection plus de 3 semaines après on retarde seulement l'acquisition de l'immunité maximale. Entre le vaccin contre la grippe saisonnière et le vaccin contre la grippe A un délai minimal de 3 semaines a été demandé. En effet il n'existe pas de données permettant d'exclure l'absence d'interférence (en terme d'immunogénicité ou de tolérance) entre les 2 vaccins.

Pourquoi certaines personnes ont 2 doses ?

Recommandations émises par l'Agence Européenne du Médicament, la majorité des personnes reçoivent une seule dose
2 doses sont nécessaires chez certaines personnes pour acquérir une protection immunitaire maximale.

Combien de temps après le vaccin est on immunisé ?

Entre 10 jours et 2 semaines.

Pourquoi mon médecin traitant ne peut il pas me vacciner ?

- flacons de vaccins multi doses
- exigence de traçabilité individuelle dans le cadre d'un dispositif de pharmaco vigilance renforcé.
- Préserver le système de soins libéral et hospitalier qui pourrait être sollicité
- La dimension de la population à vacciner.

Mon médecin traitant veut que je fasse le vaccin sans adjuvant :

Le vaccin sans adjuvant est réservé aux femmes enceintes et aux enfants de 6 mois à 9 ans inclus ainsi qu'à certains patients avec pathologies particulières.
Il s'agit de recommandations du Haut Conseil de Santé Publique.

Il existe des mutations dans certains pays le vaccin est il efficace ?

Peu de cas observés ou l'on observe des mutations.

Cependant chez les personnes malades, cette mutation pourrait augmenter les risques d'infections pulmonaires graves.

Les médecins sont ils vaccinés ?

Le réseau de Santé de Paris Nord a réalisé le 20 novembre un mini sondage pour savoir si les médecins étaient vaccinés : 365 personnes ont répondu
69 % étaient vaccinés contre la grippe saisonnière
57 % contre la grippe H1N1
24 % envisageaient de se vacciner contre la grippe H1N1

27 % n'envisageaient pas de se faire vacciner

On constate qu'à peu près le même pourcentage de personnes ne feront pas les vaccins contre la grippe saisonnière et contre la grippe H1N1

On pourrait faire des dizaines de pages sur la grippe A, les centres de vaccinations, l'évolution épidémiologique....

Mais un autre problème s'est posé à moi la réquisition c'est quoi exactement et ai-je vraiment été réquisitionnée ?

Après une discussion avec plusieurs internes personnes ne sait réellement si oui ou non nous sommes vraiment réquisitionnés. Il apparaît cependant que ce soit de vraies réquisitions au vu des « menaces » proférées par la ddass à certains internes...

La réquisition est une procédure par laquelle une autorité judiciaire ou administrative demande à un médecin d'effectuer un acte médico-légal.

Elle est impérative et nominative.

Un médecin est tenu de déférer à une réquisition. Tout refus est un délit passible du tribunal correctionnel.

Les exceptions envisageables sont :

- maladie ou inaptitude physique du médecin
- incompetence technique avérée dans le domaine concerné
- incapacité transitoire du médecin devant donner de manière urgente des soins à un malade.

La réquisition émane d'une autorité judiciaire (magistrat, juge d'instruction, policiers...) ou administrative (maire, préfet...)

Elle est généralement sous forme écrite avec identité du requérant, article du code de procédure pénale, mission énoncée, nécessité de prêter serment ou non, signature et date.

Elle peut être verbale : l'autorité décline son identité, la mission et en général remise de la réquisition écrite sur les lieux de réquisition de la mission.

Le nom de la personne réquisitionnée ne semble pas obligatoire dans la mesure où elle nous est remise en main propre. Mais personne n'a vérifié mon identité...

J'ai donc été appelée à une autre reprise au moment où j'écris cela et la autre surprise 5 médecins pour 3 box de consultation dans le centre. J'ai donc passé 4 heures à regarder un médecin prescrire des vaccins. Etait-il nécessaire de me réquisitionner ? et en plus mais cela n'est pas prévisible le nombre de patients

venus se faire vacciner entre 12h et 16h n'a pas du dépasser 20... Quelle perte de temps...

Après ces différentes recherches il apparaît tout d'abord que nous sommes effectivement réquisitionnés en tout cas la deuxième fois oui (on m'a remis la photocopie de l'arrêté préfectoral), reste à savoir pourquoi tous les internes ne sont pas appelés ? Doit on décider de « jouer au partenaire » avec la ddass et donner des dates de disponibilités ou au contraire s'abstenir de répondre à son téléphone ? « jouer » au partenaire en acceptant de prendre les devants en appelant moi même la ddass pour donner des disponibilités alors que tous les internes ne sont pas appelés ?

La campagne de vaccination contre la grippe H1N1 a débutée le 12 novembre et selon l'arrêté préfectoral se termine le 12 mars 2010. La population va-t-elle continuer à se faire vacciner en masse ? les horaires d'ouverture des centres à savoir (8h – 22h) n'est ce pas trop ? J'ai n'ai pas les réponses à tout cela mais les réquisitions continues...

Je me sens maintenant plus à l'aise pour pouvoir répondre aux patients sur leurs interrogations et conseiller la vaccination au cabinet.

Bibliographie :

Grippe H1N1

<http://www.pandemie-grippale.gouv.fr/>

http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/about_disease/fr/index.html

[http://www.afssaps.fr/Dossiers-thematiques/Pandemie-grippale/La-Grippe-A-H1N1-v/\(offset\)/0](http://www.afssaps.fr/Dossiers-thematiques/Pandemie-grippale/La-Grippe-A-H1N1-v/(offset)/0)

suivi de pharmacovigilance des vaccins grippaux A (H1N1) bulletins n°5 afssaps 03/12/09.

Réseau paris nord

SNJMJ

Dossier Prescrire

Réquisition :

<http://www.conseil-national.medecin.fr/>

http://www.med.univ-rennes1.fr/etude/medecine_legale/requisition.htm

SEMAINE DU 21 AU 24 DECEMBRE :

Melle M. 30 ans :

- Motif : Patiente qui consulte pour la première fois au cabinet.

Elle n'a à priori pas d'antécédent particulier mais en discutant, je constate qu'elle a eu une IVG médicamenteuse et présente une galactorrhée intermittente.

En effet lors peu de temps après son IVG apparition d'une galactorrhée qui a amené le gynécologue à réaliser un dosage de prolactine. Celui ci était augmenté puis lors d'un contrôle est redevenu normal. Le médecin lui a dit que cela pouvait être une tumeur cérébrale. Elle a été très angoissée par cette annonce, puis elle a déménagé. Le gynécologue suivant au vu des résultats a dit tout est normal. Cette patiente présente toujours cette galactorrhée intermittente non présente lorsque je la vois.

Que faire devant une GALACTORRHEE ?

- Source : livre du symptôme à la prescription Masson.
- Réponse :

Une galactorrhée est un écoulement mammelonnaire bilatéral de sécrétion lactescente.

Elle peut être spontanée ou provoquée par la pression du mamelon.

La découverte de ce symptôme nécessite un dosage de prolactine (synthétisée par l'antéhypophyse, dont le rôle est d'initier la lactation, sa libération est freinée par l'hypothalamus).

Chez la femme l'hyperprolactinémie se traduit par l'association d'une galactorrhée et d'une aménorrhée (parfois une spanioménorrhée).

Les étiologies sont :

- grossesse et allaitement
- hyperprolactinémie : adénome hypophysaire, idiopathique, de déconnexion...
- hypothyroïdie périphérique.
- Galactorrhée entretenue et provoquée par la stimulation des mamelons.

Les examens à faire en première intention : prolactine, TSH, HCG plasmatique.

Toute hyperprolactinémie avec TSH normale doit conduire à la réalisation d'une IRM hypothalamo-hypophysaire.

Si IRM anormale : Adénome hypophysaire (réalisation du champs visuel, programmer un bilan hypophysaire), autre lésion cérébrale.

Si IRM normale : diagnostic d'élimination.

Diagnostic différentiel : si galactorrhée unipore, peut être une anomalie locale du galactophore. Une mammographie et une échographie mammaire sont prescrites ainsi qu'une galactographie.

Le traitement dépend de l'étiologie.

C'est une patiente que j'espère revoir prochainement avec les résultats.

SEMAINE DU 28 AU 30 DECEMBRE :

Enfant A. :

J'ai vu cet enfant au début de mon stage, la consultation c'était assez mal passée. Elle était avec sa sœur... Cf autre semaine...

La conclusion de cette consultation, assez de mécontentement je n'avais pas réussi à gérer, je m'étais senti déborder... bref j'avais très peur d'avoir été plutôt angoissante pour la famille que rassurante.

Les patients au cabinet ont le choix, peuvent accepter d'être vu par l'interne ou préférer rester avec le maître de stage.

Au moment où je vois la maman, je me dis « elle ne va jamais vouloir revenir avec moi et elle a raison !!! ».

Et la surprise, elle vient avec moi, me raconte spontanément son passage aux urgences que j'avais préconisé lors de la précédente consultation. Il semblera que je ne l'ai pas tant angoissé ou effrayé sur mes connaissances.

J'ai été plutôt rassuré pour la précédente consultation qui me restait en mémoire avec un très mauvais souvenir.

Depuis j'ai vu pas mal d'enfant et je me sens bien plus à l'aise pour les manipuler, les examiner...

SEMAINE DU 4 AU 8 JANVIER 2010 :

Mme N. 49 ans :

- Motif : SYNDROME DU CANAL CARPIEN
- Contexte : Une patiente consulte au cabinet pour une symptomatologie évoquant un canal carpien : sensation de blocage des 3 premiers doigts surtout nocturne, gêne pas réellement douloureuse
- Source : collègue des enseignants de rhumatologie
- Réponse :

Le syndrome du canal carpien est dû à une compression du nerf médian lors de sa traversée du canal carpien.

C'est le plus fréquent des syndromes canaux. Il touche les femmes 3 fois sur 4 et de manière bilatérale dans 50% des cas. Il prédomine du côté dominant

Il peut être reconnu comme maladie professionnelle.

Clinique 2 formes :

- la forme sensitive ++ d'installation progressive avec des acroparesthésies dans le territoire médian (face palmaire 3 1^{er} doigts et la moitié radiale de l'annulaire et au niveau de la face dorsale 2^{eme} et 3^{eme} phalanges des doigts 2 et 3 et moitié radiale du 4^{eme}) irradiant dans l'avant bras, avec une recrudescence nocturne, au réveil et certaines activités manuelles, disparaissant en secouant la main ou en la trempant dans l'eau chaude. Certaines manœuvres reproduisent les symptômes : manœuvre de Tinel et Phalen
- la forme neurologique déficitaire est la forme évoluée : paresthésies permanentes avec une maladresse de la main, un déficit de la force du pouce, et une amyotrophie de l'éminence thénar.

Examen : radio du poignet à la recherche d'une anomalie osseuse

EMG confirme l'atteinte du poignet

Etiologies :

- idiopathiques 50 %
- traumatique (activité professionnelle répétée, cal...)
- endocrinienne (grossesse, hypothyroïdie, arthrose..)
- rhumatismale
- dépôts de cristaux (goutte ; amylose...)

Traitement :

- étiologique dès que possible
- médical pour les formes sensitives pures : port d'une attelle de repos nocturne et injection de corticoïdes dans le canal carpien.

- Chirurgical : neurolyse du nerf médian
- Préventif en cas d'activité professionnelle favorisante (attelle de fonction, aménagement poste)

Mme Z. 28 ans :

- Motif : sensation de SURDITE . OTITE SEREUSE
- Contexte : Une patiente de 28 ans consulte pour sensation de surdité brutale et otalgie suite à un trajet en avion de quelques heures.

Lorsqu'elle consulte, elle a déjà appelé SOS médecins durant le weekend . Ils lui ont prescrit de l'augmentin et des corticoïdes PO. Elle consulte le lundi devant l'absence d'amélioration clinique et une grande asthénie. L'oreille n'est plus douloureuse mais la surdité persiste. A l'examen clinique, je ne vois pas de perforation tympanique. J'adresse la patiente chez un ORL, qui diagnostique une otite séreuse et réalise une paracentèse, retirant ainsi une grande quantité de liquide. (courrier de réponse de l'ORL).

Elle reconseille 5le vendredi devant l'absence d'amélioration clinique malgré la prise de son traitement. Son tympan est inchangé par rapport à lundi. Je décide donc d'appeler l'ORL qui lui a fait la paracentèse, qui m'explique ainsi que cela peut être normal, cela peut prendre quelques jours. Il faut continuer le traitement, poursuivre les manœuvres de Valsalva mais en cas d'absence d'efficacité elle doit y retourner le mardi.

Le mardi, elle retourne voir l'ORL car il n'y a toujours pas d'amélioration.

L'examen clinique réalisé est normal, il préconise de la patience.

Je revois donc la patiente, fatiguée de tout ca, qui en a marre de ne plus entendre de cette oreille mais ca va passer.

J'ai prolongé son arrêt de travail jusqu'à la fin de la semaine .

Je n'ai pas revu la patiente, cela a du passer.

Lettre ORL : courrier et réponse de sa part

Le lundi 4 janvier 2010

ORL

Mon Cher Confrère,

Je vous adresse Melle J 28 ans qui présente des acouphènes au niveau de l'oreille gauche depuis 5 jours suite a un trajet en avion. De plus elle ressent une sensation de perte de l'audition
Je ne visualise pas de perforation.
Elle est actuellement traitée par augmentin 2g /j

Merci de votre réponse.
Bien confraternellement

Lettre de l'ORL retirée pour anonymisation

otite séreuse

Melle P. 23 ans :

- Motif : prescription PILLULE
- Source : collègue enseignants de gynécologie
- Réponse :

Il est nécessaire d'établir une relation de confiance avec la personne à qui on prescrit une contraception. Une bonne contraception est la contraception choisit par la personne qui la prendra sauf contre indications.

Le but de la première consultation est quadruple :

- identifier les contre indications éventuelles
- expliquer les avantages et les inconvénients de cette contraception
- faire examen gynécologique si possible
- informer, éduquer et répondre aux questions sur le fonctionnement de l'appareil génital, de la grossesse, de la contraception et de la sexualité.

La consultation débute :

- *interrogatoire* +++:

Age, profession, scolarité

Habitudes de vie : tabac, conduites addictives, vie sexuelle

Sérologies, vaccination rubéole, hépatites, VIH

Antécédents médicaux, chirurgicaux, gynéco-obstétriques, personnels et familiaux

Existence de facteurs de risque personnels ou familiaux : maladies métaboliques (diabète, hyperlipidémie), maladies thromboemboliques, HTA, hépatites.

Signes fonctionnels gynécologiques (trouble du cycle...)

- *examen clinique* :

Poids, taille, BMI

TA

Un examen gynécologique n'est pas obligatoire

Examen mammaire, abdominal, veineux.

- *prescription d'un bilan biologique* :

glycémie à jeun

triglycérides

cholestérol total

- *quelle pilule choisir ?*

une minipilule si possible

CI de la pilule oestro progestative :

- ABSOLUES : accident thrombo embolique, HTA, lupus, cancer, prise de barbiturique (gardenal), rifampicine, tegretol
- RELATIVES : varices importantes, tabac et plus de 35 ans, DID, obésité.

Surveillance sous pilule :

Examen clinique et gynéco tous les ans

Frottis si besoin

Bilan sang : le 1^{er} à 3-6 mois puis tous les 5 ans si pas de FDR.

Inconvénients sous pilule :

- prise de poids 1 à 2 kg
- oligoménorrhée
- algies pelviennes
- mastodynies
- jambes lourdes
- sécheresse vaginale
- modification du système pileux
- trouble de la libido

SEMAINE DU 11 AU 15 JANVIER :

Recherche :

- Motif : Obtention de la CMU, CMU COMPLEMENTAIRE, AME.
- Source : www.cmu.fr
- Réponse :

La Couverture Maladie Universelle de base permet l'accès à l'assurance maladie pour toutes les personnes résidants en France de manière stables et régulières (plus de trois mois) et qui n'ont pas droit à l'assurance maladie ou à un autre titre.

« les personnes qui cessent de remplir les conditions pour relever d'un régime obligatoire bénéficient, à compter de la date à laquelle ces conditions ne sont plus remplies, d'un maintien de droit aux prestations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès » (article L. 161-8 du code de la Sécurité sociale).

Ce maintien de droits pour les prestations en nature est de 12 mois.

Valable pour les personnes françaises ou étrangères (titre de séjour en cours de validité, ou renouvellement ou demande d'asile).

En cas d'absence de résidence, élire résidence auprès d'un centre communal d'action social ou centre agréé.

Vous ne devez pas disposer d'un autre droit à l'assurance maladie.

Au dessus d'un plafond de ressources, une cotisation est à régler chaque trimestre.

Vous avez droit à l'ensemble des prestations en nature de l'assurance maladie, dans les mêmes conditions que tous les assurés sociaux.

Avec la CMU de base vous êtes redevable du ticket modérateur et du forfait hospitalier.

La demande se fait à la CPAM de votre domicile.

Vous devez remplir la demande d'affiliation, complétée d'une déclaration de ressources annuelles.

En cas d'acceptation, vous relevez du régime dès le dépôt de votre demande ainsi que les membres de votre famille à votre charge.

Chaque année vous devez remplir une nouvelle déclaration de ressources pour obtenir le renouvellement.

La Couverture Maladie Universelle complémentaire permet d'avoir le droit à une protection complémentaire santé gratuite. Elle permet d'accéder aux médecins, hôpital... sans avance de frais.

Elle est accordée pour un an sous conditions de ressources.

Elle prend en charge le ticket modérateur, le forfait hospitalier et certains dépassements pour prothèses et appareillages.

Il est nécessaire d'avoir des ressources inférieures à un plafond dans les 12 mois précédents la demande (plafonds différents en Outre mer et en Métropole). Les personnes percevant le RSA ont droit à la CMU complémentaire.

Elle est valable 1 an même si votre situation change au cours de cette année.

Le ticket modérateur, le forfait hospitalier, la franchise de 1 euro ne sont pas demandées aux bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Les professionnels de santé ont obligation de recevoir les bénéficiaires de la CMU qui sont des assurés sociaux comme les autres.

Vous devez choisir un médecin traitant et le déclarer.

La demande de renouvellement doit se faire dans les 2 mois qui précèdent la fin de droits.

La CMU complémentaire prend effet le 1^{er} jour du mois suivant son octroi.

Le plafond au 1^{er} juillet 2009 est pour une personne 627 euros, pour deux 940 euros par mois...

L'Aide Complémentaire Santé (ancien crédit d'impôts) consiste en une aide financière pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé individuel.

Cette aide s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU complémentaire et ce plafond plus 20%.

Elle varie en fonction de l'âge (100 euros pour les moins de 16 ans, 200 euros de 16 à 49 ans, 350 euros de 50 à 59 ans et 500 euros pour les plus de 60 ans).

A la différence de la CMU complémentaire, le niveau de prise en charge dépend du contrat souscrit.

L'aide médicale d'état AME permet l'accès aux soins, aux personnes étrangères résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois mais de manière irrégulière.

Elle est accordée pour 1 an avec les mêmes conditions de ressource que la CMU complémentaire.

Les soins de maternité, de la maladie et les soins hospitaliers sont pris en charge à 100%.

Le médecin traitant

Le dispositif du médecin traitant a été mis en place. Il repose sur le choix par tous les assurés (ou ayants droit) de plus de 16 ans d'un médecin traitant, autour duquel s'organisera le parcours de soins coordonnés.

Les modalités de choix du médecin traitant sont les suivantes:

- Le médecin traitant peut être un médecin généraliste ou spécialiste.
- Chaque assuré de plus de 16 ans remplit avec le médecin qu'il a choisi un imprimé intitulé "déclaration de choix du médecin traitant".
- Le médecin signifie son accord en cosignant cet imprimé; il a le droit de refuser d'être le médecin traitant d'un patient.
- L'assuré peut changer de médecin traitant à tout moment (en remplissant un nouvel imprimé, qui annule le précédent).

Dans le parcours de soins coordonnés, le patient est incité à consulter son médecin traitant en première intention. Celui-ci l'orientera si besoin, vers un confrère: le médecin correspondant.

SEMAINE DU 18 AU 22 JANVIER :

Enfant G. 3 mois :

- Motif : gastro-entérite aigue chez un nourrisson. URGENCE

- Contexte :

Une maman consulte avec sa fille de 3 mois pour diarrhée et vomissement. La petite, au moment de la première consultation, est en forme, elle sourit. La mère nous confirme qu'elle prend bien ces biberons mais qu'elle a vomit à plusieurs reprises et a eu de nombreuses selles depuis le matin. Nous l'examinons : l'enfant n'a aucun signe de gravité clinique, elle pèse 4800 gr. La maman sort du cabinet avec des conseils pour la réhydratation orale et nous lui demandons de revenir le lendemain en cas d'absence d'amélioration du fait de son jeune âge.

Le lendemain, moins de 24h après la précédente consultation, revient. L'enfant ne veut plus ces biberons, prend le soluté de réhydratation orale mais de nombreuses selles persistent. L'enfant est toujours souriante, bien tonique et ne présente toujours pas de signe de gravité clinique, mais son poids est passé à 4100 gr. Devant la présence de ce signe de gravité, je demande à la maman de se rendre aux urgences de Robert Debré. Elle s'y rendra dans la journée.

La petite va être hospitalisée 4 jours pour réhydratation.

J'attends le compte rendu d'hospitalisation...

- compte rendu d'hospitalisation que nous n'avons pas reçu.

Enfant B. 12 ans :

- Motif : SUSPICION D'APPENDICITE.

- Contexte :

Une jeune fille de 12 ans consulte pour la deuxième fois en 24h. Lors de la première consultation faite par l'interne de SASPAS, elle l'a adressée aux urgences de Robert Debré devant la présence d'épigastalgies importantes.

Elle revient le lendemain, pour obtenir un certificat de non contre indication à la pratique du kung fu. Aux urgences, ils ont dit pas de soucis, c'est un reflux gastro-œsophagien. Un traitement par gaviscon est prescrit.

Lorsqu'elle revient, elle n'a pas d'arrêt du transit ni des gaz. Pas de fièvre mais a pris du doliprane.

A l'examen clinique l'enfant présente une douleur en FID et une douleur en FID lors de la palpation de la FIG. Elle n'a pas de points francs.

On est vendredi 17h, j'adresse donc l'enfant aux urgences de Robert Debré. La mère et l'enfant ne semblent pas convaincus par l'idée d'aller aux urgences. Mais on est vendredi, il est 17 h, le cabinet est fermé tout le weekend. Je n'est pas le choix, mon doute persiste.

J'espère qu'elles iront et que j'aurai des nouvelles.

J'ai effectivement eu des nouvelles quelques jours plus tard, la petite a bien été aux urgences avec sa mère, un bilan biologique a été réalisé ne retrouvant pas d'anomalies.

Elle est revenue pour avoir son certificat de non contre indication au kung fu, effectivement cette fois le ventre est bien souple, il n'y a pas de grimace lors de sa palpation... le reste de l'examen est normal. Je lui ai donc délivré son certificat.

Il ne m'apparaît pas évident en ville de faire la différence entre une appendicite et une simple douleur abdominale.

- Source : Prescrire décembre 2009
- Réponse :

Le diagnostic d'appendicite est souvent difficile chez les enfants car les douleurs abdominales sont fréquentes et de cause multiples.

Elle survient en général entre 10 et 20 ans, mais peut survenir à tout âge.

Dans un contexte de douleur abdominale aigue certains signes cliniques sont très spécifiques d'appendicite et évoquent une complication et un avis chirurgical en urgence :

- contracture abdominale : péritonite
- masse abdominale : plastron appendiculaire
- météorisme abdominal et diminution des bruits hydro-aériques : arrêt du péristaltisme.

Arguments qui contribuent au diagnostic d'appendicite aigue :

- déplacement de la douleur vers la FID
- douleur à la palpation de la FID
- « rebond » douloureux
- défense abdominale
- douleur réveillée par les à-coups (toux, saut, percussion)
- douleur à la mobilisation des muscles pelviens (signe du psoas, signe de l'obturateur, gêne à la marche)
- fièvre supérieure à 38°
- leucocytes supérieurs à 10 000

Arguments qui contribuent peu au diagnostic :

- localisation de la douleur en FID
- douleur de la FID par la compression de la FIG
- douleur au TR (pas de justification à le faire)
- douleur abrupte, localisée, caractère continue, douleur de la fosse lombaire
- vomissement ou absence, diarrhée, constipation, nausée, AEG, signes urinaires
- moins de 24h
- VS et CRP

Arguments qui diminuent la probabilité du diagnostic :

- absence de déplacement de la douleur vers FID
- absence de douleur à la palpation de la FID, de rebond douloureux, défense abdominale
- absence de douleur réveillée par les à coups
- absence de fièvre supérieure à 38°
- leucocytes inférieurs à 10 000

En milieu hospitalier, il existe un score, le score d'Alvaro qui comprend les items suivants :

- douleur à la palpation de la FID 2 points
- déplacement de la douleur vers la FID 1 point
- rebond douloureux 1 point
- anorexie 1 point
- nausée, vomissement 1 point
- température supérieure à 37°3 1 point
- leucocytes supérieurs à 10 000 2 points
- polynucléaires supérieures à 75% 1 point

Soit un maximum de 10 points

Les chances de retenir un diagnostic d'appendicite multipliées par 3 à 5 selon les études pour un score supérieur ou égal à 7.

Lorsque le diagnostic reste incertain, en ambulatoire ou à l'hôpital, une numération des leucocytes sanguins, une réévaluation de l'enfant dans les heures qui suivent le premier examen et éventuellement une imagerie.

SEMAINE DU 25 AU 29 JANVIER :

Matinée dans un centre de Santé Saint Denis

Cette matinée, qui sera suivit de deux autres, est l'occasion pour moi de me remettre à niveau avec l'examen gynécologique et apprendre à réaliser des frottis. Différentes patientes sont prévues ce jour mais aucune ne viendra pour réaliser un frottis. Mais c'est pas grave, revoir comment poser un spéculum c'est déjà important.

Ca a été une matinée assez bizarre. J'avais l'impression d'être spectatrice d'événements qui pour moi paraissait peut être loin de la réalité quotidienne bien que j'en connaissais l'existence bien sur.

La première patiente venait pour une raison non gynécologique, elle est liée avec le médecin qui me supervise. Au cours de la discussion, elle demande au médecin de l'aider à arrêter de fumer. Elle lui prescrit donc des patchs de nicotine. Elle rappellera plus tard pour nous dire que ce n'est pas pris en charge par la CMU je vérifierai. Et apparemment oui les patchs ne sont pas pris en charge par la CMU. Elle nous parle alors de 2 de ces voisines qui toutes 2 ont des pratiques interdites par la loi.

La première d'origine malienne a 2 filles qu'elle a envoyées l'été dernier au Mali pour subir une excision ! Peine répréhensible par la loi française de peine de prison et d'amendes même si les faits ne se sont pas produits sur le territoire français. Mais que faire pour aider ses jeunes filles ? le mal est fait ? Nous n'avons aucune preuve.

La deuxième personne, héberge chez elle une jeune fille considérée pour l'état français comme sa fille. Or ce n'est pas le cas c'est son esclave !!!! Comment en France peut-on avoir des esclaves ? Tout l'immeuble sait, elle fait les taches ménagères, s'occupe des enfants au vue et au su de tous. Au moins elle ne semble pas maltraitée. On ne peut prendre contact avec la jeune fille, mais notre patiente va lui transmettre le numéro du centre pour qu'elle vienne pour l'aider. La jeune fille a accepté, ce que nous apprendrons la semaine suivante, et doit nous contacter... a suivre pas pour moi mais j'espère que cela se terminera bien pour ces jeunes filles. La patiente suivante vient pour vérifier la bonne position de son stérilet mis en place 1 mois avant. Tout est en ordre. Au moment de partir, elle demande « c'est bien à 100% ? ». Je ne comprends pas très bien, il s'avère que la patiente est VIH !!! Et utilise un moyen de contraception mais a priori pas pour régulariser son cycle !!

Quel horreur c'est des préservatifs qu'il faut lui donner. Peut-on refuser de poser un stérilet à cette patiente ? Je ne sais pas mais je n'aurais jamais pu le faire.

Mme B. 38 ans

- Motif : ABCES DENTAIRE
- Source : prescrire n° 307 idées forces mai 2009
- Réponse :

L'abcès dentaire est une collection de pus en général pluri microbiens.

L'étiologie principale est la carie dentaire.

Il en existe 2 types :

- les abcès dentaires aigus
- les abcès dento-osseux aigus avec des complications cellulaires de voisinage.

Clinique de l'abcès dentaire aigu :

Douleur brutale dentaire bien localisée, lancinante. La palpation met en évidence une tuméfaction gingivale bien limitée autour de la dent avec une éventuelle suppuration et une mobilité de la dent.

Le traitement repose sur :

- un acte dentaire visant à supprimer le foyer dentaire causal.
- Un traitement antalgique association paracétamol et ibuprofène efficace
- Un traitement antibiotique : pas nécessaire en absence de prise en charge rapide dentaire. Il n'y a pas de traitement de référence. L'utilisation de l'amoxicilline ou de la spiramycine sont des antibiotiques de premier choix.

Mme B ; 25 ans :

- Motif : renouvellement de traitement APPRENDRE L'EXERCICE PROFESSIONNEL.
- Contexte :

Une patiente de 25 ans consulte pour la première fois au cabinet, je suis seule au cabinet.

Elle est très propre sur elle, bien apprêtée, relativement souriante mais peut être trop. Elle semble avoir une personnalité histrionique. Bref, elle me raconte qu'elle a déménagé récemment dans le quartier. Son médecin traitant est dans le 94 et la suit depuis de nombreuses années pour une dépression qu'il 'arrive pas à soigner. La patiente n'a jamais été hospitalisée, elle a refusé, et me dit « j'ai essayé pleins de traitement Prozac, seroplex mais cela ne marcha pas. Je prends 2 stilnox le soir

pour dormir et du xanax dans la journée ». Elle me montre l'ordonnance de son médecin traitant corroborant ses paroles.

Je lui explique que je ne peux lui prescrire les 2 stilnox, c'est trop et non recommandé. Elle accepte, je lui propose d'essayer un nouveau traitement anti-dépresseur ce qu'elle accepte. La consultation a été très longue. Puis elle part en souriant et me dit « à dans 1 mois »

Quelques minutes plus tard, elle revient, elle me dit « j'ai jeté mes ordonnances dans la poubelle en même temps qu'autre chose. Pouvez-vous me les refaire ? »

Je suis un peu septique et je lui demande de patienter. Entre temps je vois une autre patiente et je me dis « que faire ? je refais ? je refais pas ? »

Je finis par lui refaire l'ordonnance.

Au retour au cabinet de mon praticien, j'en discute avec lui et là il sourit « tu t'es fait avoir comme tous les jeunes internes. Elle voulait 2 stilnox le soir et elle les a eu avec les 2 ordonnances que tu lui a faites. ». je m'en veux beaucoup, oui il est très probable que je me sois fait avoir par cette patiente. Je n'ai pas pensé un seul instant pendant la consultation qu'elle puisse être toxicomane ou revendeuse ou quoique ce soit. Oui c'était louche de perdre son ordonnance mais bon j'avais fini par me dire que stilnox et xanax ce n'était pas des médicaments très graves.

Je me suis faite avoir c'est quasiment sur, ma jeune expérience, la naïveté du tout début de mon expérience professionnelle.

J'espère au fond de moi qu'elle reviendra le mois prochain mais je dois me rendre à l'évidence je me suis faite avoir par quelqu'un de très fort.

Mme S ; 30 ans :

- Motif : TOUX CHRONIQUE.
- Source : revue du praticien mai 2007 volume 57
- Réponse :

Une toux chronique est une toux qui évolue depuis plus de 3 semaines chez l'adulte.

Interrogatoire :

- antécédents personnels et familiaux tuberculose, asthme, bronchite chronique...
- antécédents de pathologies infectieuses respiratoires à répétition
- état vaccinal BCG
- tabac
- calendrier professionnel
- environnement domestique

- loisirs
- prise médicamenteuse (IEC, béta bloquants)

Circonstances de survenue :

- horaire de la toux

décubitus dorsal : infection rhino sinusienne

primo décubitus RGO

2ème partie de nuit asthme

matin BPCO

le jour mais pas la nuit exagération en présence d'un tiers et résistantes au traitement : psychogène

- facteurs déclenchant

effort, fou rire asthme, décompensation cardiaque

changement de position et douleur thoracique : atteinte pleurale

repas troubles de la déglutition

contact avec pneumallergène allergique

conditions climatiques manifestations d'hyper réactivité bronchique

Caractéristiques de la toux :

Sèche

Expectorations

Signes associés :

Expectorations quotidiennes : BPCO

Dysphonie, wheezing, hippocratisme digital : cancer broncho-pulmonaire

Râles crépitants, hippocratisme digital, encombrement bronchique : fibrose, bronchectasie

Fièvre, AEG : tuberculose

Pyrosis : RGO

Examens complémentaires :

Radiographie du thorax et examens en fonction des résultats de celle ci et des signes associés (EFR, test de provocation bronchique, TDM, fibroscopie...)

Traitement :

Etiologique avant tout

SEMAINE DU 1^{ER} AU 5 FEVRIER :

Deuxième matinée frottis à Saint Denis

L'occasion pour moi de continuer à me remémorer la gynécologie pratique et technique.

J'ai vu poser un spéculum avec les différentes explications.

Réalisation de mon premier frottis cervico-vaginal : heureusement qu'il y a la théorie avant.

J'ai récupéré un document intéressant pour le suivi de grossesse en ville, un papier récapitulant les différents examens conseillés et obligatoires en fonction du terme de la grossesse durant les 6 mois de consultation possible en ville d'une grossesse non pathologique.

....

Le FROTTIS CERVICO-VAGINAL

Le frottis est un examen gynécologique simple et efficace qui permet de diagnostiquer les lésions pré-cancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus.

Il doit être systématiquement proposé aux femmes.

Il est réalisé selon les recommandations de l'HAS tous les 3 ans chez les femmes de 25 à 65 ans après 2 frottis normaux faits à 1 an d'intervalle.

Il est pris en charge par l'assurance maladie sur prescription médicale et remboursé à 70% sur la base du tarif conventionnel.

DECLARATION DE GROSSESSE

Elle est primordiale à réaliser pour obtenir vos droits à la sécurité sociale et aux prestations familiales.

Il se remplit sur un imprimé par le médecin traitant nommé « premier examen médical prénatal » ou « vous attendez un enfant ».

Il comprends 3 volets l'un est à envoyer à votre caisse primaire d'assurance maladie et les autres à la caisse d'allocations familiales.

C'est à partir de ce document que la sécu et la CAF mettront en place les prestations de congé maternité, d'accueil de l'enfant ou bien de la prime à la naissance. Certains actes médicaux peuvent être pris en charge à 100% (frais médicaux, pharmaceutiques, d'analyses et examens de laboratoire, hospitalisation) à partir du 1^{er} jour du 6^{ème} mois jusqu'à 12 jours après la date de réelle de votre accouchement.

Cet imprimé doit être rempli par la personne qui réalise le 1^{er} examen gynécologique et confirme votre grossesse.
Il doit être envoyé avant la fin du 3^{ème} mois de grossesse.

Consultation le 02/02/10 à 9h15

Mme Marie Marcelle 78 ans

La patiente vient depuis de nombreuses années au cabinet et consulte ce jour pour le renouvellement de son traitement habituel.

En effet cette patiente est en fibrillation auriculaire lente .

L'INR de contrôle du mois est à 2,60, c'est à dire bien équilibré. Elle peut continuer et refaire une prise de sang dans un mois.

Après un examen clinique, on re prescrit les médicaments de la patiente.

Puis comme cela arrive de manière habituelle, au moment de partir une question arrive. On se demande toujours si ces questions, de dernières minutes, ne sont pas en réalité le motif réel de consultation ou tout au moins la principale interrogation du patient ce jour. Elles sont diverses et variées mais souvent ne sont prononcées que sur le pas de la porte ou lorsque le patient a payé et remis son manteau.

« j'ai reçu la feuille pour la grippe vous en pensez quoi ? »

Puis une autre : « Est ce que je peux prendre l'avion ? »

La réponse est « Oui mais cela dépend où vous allez. »

« Au Portugal » et là un flot d'informations va surgir, non dicté par la moindre question de notre part.

« Je vais au Portugal, je pars tous les ans avec la complémentaire santé de mon mari. Oui, j'y ai droit, depuis longtemps. Il est mort, il avait 24-25 ans, il a eu un accident. J'ai élevé seule mes enfants, ils sont bien élevés, ont une bonne situation. Mais j'ai travaillé pour ça. Je les ai élevés seule. Au revoir docteur »

Un flot d'informations privées concernant la patiente ont été apprises en quelques secondes sans avoir demandé ou même initié la moindre question.

Pendant ce laps de temps : les interrogations de mon maitre de stage et les miennes sont très différentes.

Mon maitre de stage se dit : « mais de quoi est il mort ? Il est jeune » avant que la patiente nous parle d'un accident.

Pour moi c'est plutôt « vous aviez 25 ans environ, vous n'avez pas refait votre vie ? Vous parlez de lui comme si c'était hier, c'était il y a 50 ans ! »

Cet échange qui pourrait être considéré comme anodin, est relativement intéressant dans la mesure où il est apparu de manière non dirigée, spontanée.

Un concept balintien existe nommé la « compagnie d'investissement mutuel ». Ce concept est une spécificité du travail des médecins généralistes, qu'ils le veillent ou non. Les médecins généralistes sont amenés à suivre des patients sur du long parcours. Ceci a des avantages : pas la peine de tout savoir sur le patient en une seule consultation. Ce fait a des avantages, mais peut poser des problèmes (favoriser la chronicisation des patients, dépendance dans une relation qu'aucun des deux partenaires ne souhaite remettre en question).

La méthode du « grand détective » : le médecin généraliste s'occupe de ces patients d'une manière globale aussi bien sur le plan des pathologies organiques que de sa vie en général. La tentation est grande de jouer au « grand détective » en accumulant une quantité d'informations importantes parfois difficiles à maîtriser. Ceci modifie ainsi la relation entre le médecin et le patient. Balint reconnaît lui même que cette technique est souvent vécue de manière négative par le patient « comme un corps étranger » lors des consultations avec les médecins généralistes.

Par moment et de manière inattendue et rare, certains patients nous permettent de partager des bribes de leur vie avec nous sous forme de « flash ». Ces séquences très rapides, inattendue nous permettent ainsi de mieux comprendre nos patients. Ces moments ne sont possibles que si une relation a été établie entre le médecin et le malade. Une relation de confiance et de consentement mutuel. Ces brèves interventions sont censées « mettre au diapason » les intervenants de la relation et ainsi assurer une meilleure qualité de relation. Son but est d'atteindre une « compréhension mutuelle entre patient et médecin » pour permettre d'apporter « une aide psychologique à n'importe lequel de ses malades sans toutefois perturber la routine de la consultation ».

Moments très rares, mais le témoin d'une grande confiance entre le médecin et son patient.

SEMAINE DU 8 AU 12 FEVRIER :

Enfant L. 8 ans :

- Motif : FIEVRE INEXPLIQUEE
- Contexte :

L'enfant a un retard au niveau de son développement psycho-moteur probablement du à la consanguinité de ses parents. Les parents et l'enfant consultent le mardi 09 février devant la présence d'une fièvre évoluant depuis le samedi. Ils ont ainsi consulté aux urgences de Robert Debré le dimanche. Le médecin n'a pas trouvé d'étiologie pour expliquer la fièvre. L'enfant a été reconduit au domicile avec du doliprane, une prise de sang à faire le lendemain (NFS, CRP) et conseille de consulter le médecin traitant.

Je vois donc cet enfant le mardi matin. Il semble un peu fatigué, un peu ralenti mais je ne l'ai jamais vu. Il est apyrétique, pèse 24 kg et son examen clinique est strictement normal : pas d'odynophagie, pas de signes fonctionnels urinaires, pas de toux, pas de diarrhée, pas de douleurs abdominales, pas de céphalées, pas d'otalgies.... Bref rien mais les parents rapportent une fièvre. Moi je ne la retrouve pas alors que celui ci n'a pas pris de doliprane au moment ou je le vois.

Cependant le bilan biologique révèle une CRP augmentée sans hyperleucocytose. Dure envie de traiter dans le vide par antibiothérapie mais on ne traite pas une CRP augmentée on traite une infection (« pas la CRPite »).

Je lui prescris un ECBU, une radiographie de thorax et demande à le revoir le lendemain. Ils doivent donc surveiller la température ce jour et cette nuit.

Le lendemain, ils reconsultent, le petit n'a à priori plus de fièvre, mais a une odynophagie. Je lui prends la température 38.1°. Les amygdales sont recouvertes d'un enduit blanchâtre punctiforme. On a le diagnostic angine.

Mon ECBU et la radio de thorax étaient normaux.

Je le traite donc pour un diagnostic clinique et non sur une CRP augmentée.

Enfant G. 14 ans.

- Motif : CRISE DE BOULIMIE
- Contexte.

Première partie de la consultation : l'enfant seul

Je reçois ce jour un enfant de 14 ans grand imposant. Celui ci est seul, il me dit « je viens parce que ma mère veut que je vous raconte ». il m'explique alors que depuis

quelques années maintenant, il est pris de crise, il emploie ce terme, où il est obligé d'aller dans le frigo manger.

En creusant, il me dit que cela arrive environ 6 fois par semaine, que 3 fois environ il arrive à s'en empêcher. Les crises qu'il n'arrive pas à contrôler, dure environ 10 minutes, sans lien avec des moments de la journée, où il ingurgite des aliments hypercaloriques, gras. Il ne voit pas de raison particulière à ces crises : n'a pas de soucis à l'école, à la maison, avec ses parents, ne se sent pas angoissé, stressé. Il ne présente pas de vomissements post-crisis. Ne souhaite pas contrôler son poids spécialement, fait du sport.

Deuxième partie de la consultation : l'enfant et sa maman.

La maman arrive dans la salle au milieu de la consultation avec l'enfant. Je lui demande gentiment de patienter, et que je l'appelle dès la fin de l'entretien avec son fils.

Je vais donc la chercher après avoir discuté avec son fils. Nous reprenons ensemble, tous les 3 le motif de consultation de l'enfant. La mère m'apprend alors que cela a démarré quand le papa a quitté le domicile. Elle est inquiète des crises alimentaires de son fils et de sa santé, du fait de la prise de poids importante. Elle me dit aussi qu'il a été suivi par un psychologue pendant longtemps mais qu'elle a stoppé le suivi par manque de temps.

Troisième partie de la consultation

J'explique à la maman et à son fils, que c'est peut être lié à un stress, au départ de son papa du domicile. Ils m'écoutent sagement, la mère acquiesce mais le petit ne semble pas d'accord. Je leur propose de reprendre contact avec le psychologue ou une pédo psychiatre. L'enfant n'est pas d'accord, la mère veut.

Je décide donc de faire un pacte avec les 2 personnes. Je fais un courrier pour le pédopsychiatre. Le RDV de toute façon ne sera pas avant plusieurs semaines. Pendant ce temps, vu que l'enfant ne souhaite pas s'y rendre va tenter de se contrôler seul et ainsi stopper ces crises d'hyperphagie. S'il y arrive, la maman devra annuler le RDV chez le pédopsychiatre. L'enfant est d'accord, la mère aussi.

L'enfant a eu l'impression qu'on lui laissait la chance d'y arriver seul, la maman ne c'est pas sentie abandonnée, de toute façon comme je leur ai expliqué, il n'y a pas d'urgences.

Je vais revoir l'enfant dans une quinzaine de jour pour voir si cela va mieux.

Nausée, vomissement

Dompéridone :

Indication : régurgitations acides, nausée, sensation de distension gastrique

Molécule bipéridys, ½ à 1 cp 3 ou 4 fois par jour
oropéridys
motilium 1 à 2 cp 3 ou 4 fois par jour adulte
granulés 1 à 2 sachets dose 3 fois par jour
solution buvable 10 à 20 ml 3 fois par jour

Métoclopramide

Primpéran

Métopimazine

Indication : nausées et vomissements

vogalène

Alizapride

Plitican

Cp nausée et vomissement

Injectable ttt préventif et curatif des nausées induites par chimiothérapie
antimitotiques

SEMAINE DU 15 AU 19 FEVRIER 2010

Enfant B. 7 ans :

- Motif : veut courrier pour circoncision. PHIMOSIS
- Contexte :

Une maman consulte avec son fils de 7 ans et ses 3 autres enfants. Elle ne parle que très peu français et me comprend très difficilement. Elle ne semble pas réellement savoir pourquoi elle vient me voir. Elle me donne une feuille avec un courrier du père de l'enfant me demandant de faire un courrier pour le chirurgien qu'il voit ce jour en vue d'une circoncision. Je lui demande si l'enfant a mal, un problème au niveau de son sexe, elle ne semble même pas me comprendre, l'enfant n'est pas plus informatif. Je comprends qu'il a déjà vu le chirurgien. Je lui dis que je dois donc examiner l'enfant, que je ne peux faire ce courrier en absence de lésion clinique. Je ne le ferai pas pour des raisons religieuses.

Elle refuse initialement puis accepte. L'enfant a un phimosis incomplet. Je ne me souviens plus exactement si c'est le seul traitement possible il me semble que non.

- Source : urologia.fr
- Réponse :

Le phimosis est un rétrécissement de l'anneau préputial qui empêche ou gêne la découverte du gland.

Il existe plusieurs cas de figure :

_ Phimosis congénital de l'enfant : nourrisson ou jeune enfant. Il est très banal, mais il existe des circonstances qui doivent attirer l'attention : difficulté à l'émission des urines, formation d'une poche préputiale au cours de la miction, impossibilité de nettoyer la cavité préputiale et infections récidivantes.

_ phimosis de l'enfant d'un certain âge est souvent acquis. Né avec un prépuce large, l'enfant n'a pas été décalotté ni nettoyé. L'accumulation de sécrétions provoque des inflammations répétées, puis vers l'âge de 6-8 ans une sclérose distale du prépuce.

_ phimosis de l'adulte : il peut être congénital peu serré, souvent révélé par les premiers rapports sexuels. Il peut être acquis, 2 cas de figure prédominant : phénomènes inflammatoires aigus avec le phimosis (syphilis, chancre mou, blennorragie...) ou progressif avec un prépuce scléreux mais 2 cas de figure :

subaigus avec des inflammations à répétition ou sans phénomène inflammatoires : penser cancer du gland.

En dehors d'un épisode d'inflammation aigue, il relève d'un traitement chirurgical avec circoncision véritable ou plastie.

Le traitement de l'infection aigue par traitement étiologique, bains de Dakin et crème émollientes éventuellement.

Un traitement médical est possible par dermocorticoïdes de classe 2 ou 3 appliqué à la face interne du prépuce tous les jours pendant 1 mois. Un taux de succès de 70 à 90% a été observé.

Une complication le paraphimosis consiste en la rétraction forcée du prépuce sténosé en arrière du gland. Cet étranglement du gland entraîne rapidement par stase veineuse et lymphatique, un œdème qui interdit toute rétraction aisée.

Le traitement consiste dans un premier temps en une tentative de réduction manuelle, injection d'acide hyaluronique, chirurgie en urgence...

Mme T. 32 ans :

- Motif : HYPOTHYROIDIE biologique
- Source : collège des enseignants d'endocrinologie 2007
- Réponse :

Déficit en hormones thyroïdiennes par atteinte primitive de la glande (TSH élevée) ou hypothalamo-hypophysaire (TSH normale ou basse).

L'insuffisance thyroïdienne primaire clinique :

- syndrome hypo-métabolisme : asthénie physique et psycho-intellectuelle, hypothermie, frilosité, constipation, anorexie, bradycardie, prise de poids modeste
- signes cutanéomuqueux : peau pale ou jaunâtre, cyanose des lèvres, peau sèche, dépilation, diminution de la transpiration, voix rauque, infiltration paupières.
- Syndrome neuromusculaire : canal carpien, crampes, enraidissement musculaire.

Il existe des signes de gravité peu fréquents du fait du dépistage souvent précoce.

Biologiquement : TSH supérieure à la normale

T4 normale : hypothyroïdie frustre, T4 diminuée : hypothyroïdie patente.

La recherche étiologique :

- auto-immune : thyroïdite d'Hashimoto (goitre ferme, Ac anti TPO, Ac anti thyroglobuline +.
- Atrophique (50 ans, AC +)

- Thyroïdite du post partum
- Thyroïdite subaigue de De Quervain.
- Autres : surcharge iode, radiothérapie cervicale, médicaments,...

Le traitement :

Sujet de moins de 50 ans au cœur sain : posologie initiale de LT4

1 microgrammes/kg/j

dose d'équilibre en 6 à 8 semaines avec en général 1.5 à 1.7 microgrammes/kg/j.

Ce n'est qu'après normalisation de la LT4 que le dosage de TSH est utile. Si on arrive à normaliser la TSH.

Autre chose pour cette patiente, je fais un courrier adressé à l'endocrinologue. Jusque la ça va. Je le fais et je pense qu'il y a quelque chose de bizarre mais je vois pas sur le moment. En revenant du déjeuner je relis la lettre et la je comprends j'ai écrit hyperthyroïdie à la place d'hypothyroïdie sur le courrier. Pas très classe, alors que je précise bien TSH 83, T4 inférieur à 0.40 et que je prescrit du lévothyrox.

Mme B. 52 ans

- Motif : découverte DIABETE
- Contexte :

Une patiente de 52 ans consulte elle a fait une glycémie capillaire ce jour qui était à 3.36g sans avoir déjeuné. Elle n'est pas connue diabétique.

Elle présente depuis 15 jours environ un syndrome polyuro-polydipsique sans amaigrissement. De plus depuis 4 jours elle présente des céphalées avec un trouble visuel.

Je suis devant l'absence de lecteur glycémique, de BU d'adresser la patiente aux urgences pour éliminer une décompensation acido-cétosique.

Elle est obèse et a un syndrome d'apnée du sommeil appareillé.

- Réponse

Lettre pour urgences :

Le vendredi 19 février 2010

Urgences de Lariboisière

Mon Cher Confrère,

Je vous adresse Mme , 52 ans qui présente ce jour une glycémie à 3.36g (faite au domicile avec l'appareil de son ami). Elle n'est pas connue diabétique. Elle présente depuis 15 jours environ un syndrome polyuro-polydipsique. Depuis 4 jours elle présente des céphalées et un flou visuel.


La TA 16/9 ce jour et le reste de l'examen est sans particularité. Elle présente une obésité et un syndrome d'apnée du sommeil appareillé.

Merci de votre réponse.
Bien confraternellement

Compte rendu de la patiente d'hospitalisation :

ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX DE PARIS
COMPTE-RENDU D'HOSPITALISATION

Madame []
Né(e) le 26 04 1957
Hospitalisation du 20 au 26 02 2010
[]
Fait le 26 02 2010
Par le Docteur : [] IMG
Médecin référent : MAN Horea - CCA

Signature : 

Hôpital LARIBOISIÈRE
Service de Médecine A - Pr J.F. BERGMANN
Médecine A2
[]
2, rue Ambroise Paré
75475 PARIS cedex 10
Tél 01 49 95 63 48 - Fax 01 49 95 86 39

DESTINATAIRES :

- Dr Eric GALAM - 30 boulevard Ornano - 75018 PARIS
- Dr VIRALLY - Service de Médecine B - Hôpital Lariboisière

MOTIF D'HOSPITALISATION : Découverte d'un diabète de type 2

MODE DE VIE : Habite seule à Paris, patiente d'origine algérienne, voyages réguliers en Algérie. Deux enfants. Femme de chambre. Pas d'intoxication alcoolique. Intoxication tabagique estimée à 20 paquets/année, sevrée depuis 6 ans. Pas d'activité physique.

ANTECEDENTS :

Médicaux

- Tuberculose en 1983
- Apnée du sommeil depuis 2006, appareillée

Gynécologiques

- G5 P2 : 2 accouchements par voie basse (1983 et 1985)

Chirurgicaux

- Hystérectomie totale pour fibrome en 2004

Familiaux

- HTA chez la mère
- Diabète de type chez les deux grands parents maternels

Pas d'allergie connue.

TRAITEMENT HABITUEL : Aucun

EPISODE ACTUEL :

- **Histoire de la maladie :** Depuis environ 15 jours, la patiente présente des céphalées, une asthénie avec syndrome polyuropolydipsique et sensation de brouillard visuel. Le 19 février 2010, devant la persistance des symptômes, la patiente effectue un dextro à domicile (ami diabétique) qui retrouve une glycémie à 3,36 g/l pour laquelle elle consulte son médecin traitant qui l'adresse aux Urgences.
- **Aux Urgences :** hémodynamique correcte. Examen clinique sans particularité. Biologie : hyperglycémie sans acidocétose. La patiente est transférée dans le service pour suite de prise en charge.

[]

04/03/2010

- **Examen clinique à l'entrée** : taille 1,72 m - poids 105 kilos - BMI 36 - pression artérielle 130/76 mmHg - fréquence cardiaque 71/mn - température 36°4 - saturation 96 % en air ambiant.
 - Examen cardiovasculaire : pas de douleur thoracique, pas de dyspnée, pas de signe d'insuffisance cardiaque droite ou gauche, mollets souples, indolores, pouls périphériques perçus, pas d'œdème des membres inférieurs, bruits du cœur réguliers sans soufflé.
 - Examen pulmonaire : pas de toux, pas de dyspnée, pas d'expectoration, pas de signe de détresse respiratoire, murmure vésiculaire bilatéral et symétrique sans bruit surajouté.
 - Examen abdominal : pas de nausée, pas de vomissement, pas de trouble du transit, pas de douleur spontanée. Abdomen souple, dépressible, indolore, pas de masse perçue mais patiente obèse.
 - Examen urologique : syndrome polyuropolydipsique. Pas de signe fonctionnel urinaire.
 - Examen neurologique : Glasgow 15. Pas de trouble de la sensibilité (pique touche, sens de position des orteils et sensibilité thermique). Pas de trouble moteur. ROT symétriques aux 4 membres. RCP en flexion.
 - Examen des pieds : pas de plaie, pas de mycose.
- **Examens complémentaires** :
 - NFS : leucocytes 8 300/mm³ - hématies 4,24 - hémoglobine 13,1 g/dl - hémocrite 38,5 - VGM 90,8 - TCMH 30,8 - CCMH 34 - *Formule* : plaquettes 336 000/mm³ - PNN 3 100 - Eosinophiles 70 - basophiles 60 - lymphocytes 4 500 - monocytes 50
 - Ionogramme sanguin : sodium 135 mmol/l - potassium 3,8 mmol/l - chlore 102 mmol/l - réserve alcaline 17 mmol/l - protéines plasmatiques 73 g/l - urée 6,1 mmol/l - créatinine 84 μmol/l
 - Albumine : 36 g/l
 - Bilan hépatique : bilirubine 19 μmol/l - ASAT 68 UI/l - ALAT 53 UI/l - phosphatases alcalines 88 UI/l - gamma-GT 45 UI/l
 - Bilan lipidique : cholestérol total 2,52 g/l - triglycérides 1,74 g/l - HDL cholestérol 0,52 g/l - LDL cholestérol 1,66 g/l
 - Hémoglobine glyquée : 10,7 %
 - Ionogramme urinaire : sodium 95 - potassium 44 - chlore 126 - urée 357 - créatinine 10,85
 - Protéinurie : 0,08 g/24 heures
 - CRP < 4 mg/l
 - ECG : sans particularité.

EVOLUTION DANS LE SERVICE :

- Sur le plan du diabète : découverte d'un diabète de type 2 suite à un syndrome polyuropolydipsique chez une femme de 53 ans sans antécédent particulier, avec comme facteur de risque cardiovasculaire un tabagisme ancien, sevré depuis six ans, une obésité avec BMI à 36 et des antécédents familiaux de diabète de type 2. Il n'y a pas de complication acidocétosique. Un traitement par GLUCOPHAGE 850 mg x 3 et AMAREL 6 mg le matin, associé à une insuline, LEVEMIR à 30 unités le soir est instauré. On note une diminution progressive des glycémies avec glycémies autour de 1,50 g sur le nyctémère. La patiente est vue plusieurs fois par l'infirmière éducatrice de diabétologie et se rend au cours d'éducation thérapeutique et apprend à injecter la LANTUS en sous cutané. La LANTUS sera diminuée progressivement en externe.
 - Sur le plan des complications du diabète :
 - Au niveau ophtalmologique : la patiente ne présente pas de trouble visuel. L'examen ophtalmologique retrouve un fond d'œil normal avec absence de rétinopathie diabétique au niveau des deux yeux.
 - Au niveau rénal : créatinine normale à 82 μmol/l et protéinurie négative à 0,08 g/l.
 - Au niveau cardiaque : l'ECG ne retrouve pas d'anomalie. Découverte d'une hypertension artérielle pour laquelle un traitement par RAMIPRIL est instauré, avec une bonne tolérance et une bonne efficacité, permettant d'obtenir des tensions inférieures à 140/80 mmHg. Le bilan lipidique retrouve une hypercholestérolémie à 2,52 g/l, nécessitant l'instauration d'un traitement par Statine.
 - Au niveau neurologique : l'examen clinique est sans particularité et ne retrouve pas de trouble de la sensibilité profonde ou superficielle.
 - Au niveau cutané : absence de plaie ou de mycose au niveau des pieds.
- L'HbA1c est dosée à 10,7 %, laissant présager une évolution ancienne du diabète.

03/03/2010

L'obésité de la patiente sera prise en charge en externe par le Dr L.LIORET-LINARES.

CONCLUSION :

1. Diagnostic de sortie :
 - *Découverte d'un diabète de type 2 suite à un syndrome polyuropolydipsique chez une patiente de 53 ans ayant pour facteur de risque une obésité et un tabagisme ancien, sevré. Instauration d'un traitement par GLUCOPHAGE, AMAREL et LANTUS. La LANTUS sera diminuée progressivement en externe, afin de maintenir uniquement les antidiabétiques oraux. Pas de complication acidocétosique.*
 - *Hypercholestérolémie nécessitant un traitement par SIMVASTATINE*
 - *HTA à l'arrivée ayant nécessité l'instauration d'un traitement anti hypertenseur par RAMIPRIL*
 - *Obésité avec prise en charge diététique*
2. Devenir du patient : Retour à domicile
3. Résultats d'examens en attente : 0
4. Examens prévus en externe : Bilan biologique
5. Surveillance ultérieure :
 - Rendez-vous avec l'infirmière éducatrice de diabétologie le 11 03 2010 en Médecine B5
 - Rendez-vous Dr LLOREL LINARES le 31 03 2010
 - Rendez-vous Dr VIRALLY, diabétologue, le 06 07 2010
 - Par son médecin traitant
6. Problème social : Demande d'ALD faite durant l'hospitalisation
7. Administration de dérivé sanguin : Non
8. Infection nosocomiale : Non
9. Traitement de sortie :
 - RAMIPRIL 5 mg : 1 comprimé le matin
 - GLUCOPHAGE 850 mg : 1 comprimé matin, midi et soir
 - AMAREL 4 mg : 1 comprimé ½ le matin
 - SIMVASTATINE 20 mg : 1 comprimé le soir
 - LEVEMIR : 30 unités par jour en sous cutanée à diminuer progressivement



04/03/2010

Mr K ; 33 ans:

- Motif : DIFFICULTE DE COMMUNICATION AVEC LE PATIENT

- Contexte :

Un patient consulte pour la première fois au cabinet, il est homosexuel (première chose qu'il me dit en rentrant !!). Un de ses partenaires lui a dit il y a 15 jours qu'il avait une blennorragie (problème de terme entre lui et moi je ne connais pas. Il me dit qu'il a consulté sur internet les différents types de clinique possible devant ce type de pathologie. Le problème c'est que je ne sais absolument pas de quoi il me parle alors lui dire si c'est peut être ca, ou non, comment on va le traiter cela semble vraiment très compliqué. Je m'arrange et comme pour certaines fois je suis contente d'avoir l'occasion de pouvoir sortir de mon bureau pour passer la carte vitale. Je rejoins donc mon praticien et je lui dis « j'ai un problème, je ne sais même pas de quoi me parle le patient comme pathologie ? » et là il me dit c'est la « chaude pisse », « ah ok je savais pas que c'était la même chose ! ». Pas évident de réussir à aider quelqu'un quand on ne sait pas de quoi il nous parle.

Je peux ainsi retourner à ma consultation et je comprends beaucoup mieux ce qu'il me raconte.

Il a eu avec cet homme des rapports bucco-génitaux il y a 1 mois environ et cet homme a déclaré les symptômes il y a 15 jours environ.

Il présente actuellement depuis 1 semaine environ, une odynophagie pour laquelle il a pris de l'ibuprofène mais sans efficacité. Il est très nerveux, gesticule sur sa chaise, transpire.

Il ne veut pas faire de sérologies contre IST « j'en fais régulièrement et j'ai des préservatifs dans le sac je suis prudent ».

Il m'avoue avoir été sur internet à plusieurs reprises et « pense être porteur des germes en cause dans la blennorragie de manière asymptomatique au niveau génital, puisqu'il existe des formes avec des atteintes orales uniquement ».

Je finis donc par lui prescrire en accord avec mon praticien, un traitement contre les IST gonocoque et chlamydia minute PO.

SEMAINE DU 15 AU 19 MARS :

Mr M. 32ans :

- Motif: DIARRHÉE AIGUE PERSISTANTE.
- Source :
- Contexte : Un homme de 32 ans consulte pour une diarrhée en début de semaine au cabinet avec vomissement. Un diagnostic de gastro-entérite aiguë virale est posé devant l'absence de cas similaire, de voyage récent ou de signes associés. En fin de semaine il re consulte devant la persistance de la diarrhée avec 10 selles environ par jour sans présence de sang mais avec un doute sur la présence de glaires. Il n'a pas de signe de gravité, se sent un peu déshydraté. La température est normale. Il n'a pas de vomissements associés. Devant la persistance de la diarrhée, je lui propose de faire un bilan sanguin, une coproculture et un examen parasitologique des selles. Puis j'introduis un traitement par ciprofloxacine pour 5 jours dans le doute d'une infection bactérienne, à débiter après les prélèvements.

Le lundi il consulte avec les résultats : un syndrome inflammatoire existe, il n'y a pas de signe de déshydratation biologiques. La diarrhée a stoppé le week end mais reprend ce jour. La coproculture est positive à staphylocoque auréus et est sensible à la ciprofloxacine. L'examen parasitologique des selles retrouve un parasite type entamoeba histolytica. Je ne me souviens plus très bien du traitement, je retrouve rapidement sur le Vidal la réponse. J'introduis un traitement par Flagyl pendant 7 jours.

- Réponse :

Les amibes sont des protozoaires. Il s'agit d'un parasite obligatoire de l'homme, c'est le seul hôte capable de l'héberger ainsi que de recevoir le parasite.

Le cycle parasitaire :

- Cycle infection : division au contact de la muqueuse colique. Elimination intermittente et irrégulière dans le milieu extérieur. Asymptomatique.
- Cycle maladie : symptômes. Possibilités d'extension avec des localisations extra-coliques.

La transmission se fait par la contamination fécale de l'eau et de la nourriture, par contact direct avec les mains ou les objets souillés, également par voie sexuelle.

La prévention repose sur le lavage des mains au savon et à l'eau chaude, nettoyer les toilettes et salle de bain régulièrement, éviter de partager les serviettes et gants de toilette.

Les symptômes habituels de l'amibiase sont des troubles gastro-intestinaux : diarrhée aiguë dans 80% ou dysentérique dans 20% des cas, vomissement, douleur

abdominales, fièvre. Apparition des symptômes en général après environ 2 à 4 semaines.

L'évolution a tendance à la chronicité avec des rechutes qui peuvent se produire à tout moment. C'est la colite post amibienne : alternance de diarrhée et de constipation avec des douleurs coliques.

Le diagnostic se fait par la découverte de kystes dans les selles, en général sur 3 prélèvements de selles successifs.

La sérologie devient positive environ 2 semaines après l'infection.

Le traitement associe 2 traitements :

- Métronidazole antibiotique pour détruire les amibes qui ont envahi les tissus organiques 500 mg trois fois par jour pendant 5 à 10 jours.
- Amebicides de contact pour détruire les infections intestinales et éviter les formes invasives.

Enfant M. 7 ans :

- Motif : SATURNISME
- Source : INVS 2004
- Contexte : Un enfant consulte avec sa mère car dans son école, il y a du plomb qui a été découvert dans les peintures. Un dosage de la plombémie a été préconisé par l'école pour tous les enfants. La mère a refusé le dépistage fait à l'école mais souhaite quand même vérifier que son enfant n'est pas atteint de saturnisme et veut plus d'informations sur le saturnisme. Ca a été un peu difficile de répondre mes connaissances étant assez limitées sur le sujet.
- Réponse :

Le plomb n'a aucun rôle chez l'homme, sa présence résulte d'une contamination (digestive, respiratoire ou sanguine). Il est stocké pendant longtemps : demi-vie supérieure à 10 ans.

La principale cause de contamination est la peinture des habitations anciennes à base de céruse.

Effets du plomb sur la santé :

Aux faibles niveaux d'intoxication, l'effet le plus préoccupant est la diminution des performances cognitives et sensori-motrices.

Les signes cliniques sont peu spécifiques :

- troubles digestifs vagues : anorexie, douleur abdominales récurrentes, constipation, vomissement
- trouble du comportement (apathie, irritabilité, hyperactivité), trouble de l'attention et du sommeil, mauvais développement psychomoteur.
- Pâleur en lien avec l'anémie.

Le diagnostic ne peut être fait que par le dosage de la plombémie chez un enfant à risque :

- âge entre 12 mois et 6 ans
- résidant dans un logement ancien dégradé ou rénové récemment
- et/ou présentant une pica ou un portage oral important
- et/ou fréquentant un logement ou un endroit connu pour être contaminé
- et/ou vivant auprès d'un sujet intoxiqué.

CAT en fonction de la plombémie

Plombémie	Recommandation pour le suivi de la plombémie de l'enfant [2]
< 100 µg/L	Absence d'intoxication Suivi de la plombémie tous les 6 mois à 1 an, jusqu'à l'âge de 6 ans s'il appartient à un groupe à risque et suppression des sources d'intoxication
100 – 249 µg/L	Contrôler la plombémie tous les 3 à 6 mois Suppression des sources d'intoxication Déclaration obligatoire
250 – 449 µg/L	Contrôler la plombémie tous les 3 à 6 mois Adresser l'enfant à une structure capable d'évaluer l'intoxication et de discuter l'indication d'un traitement chélateur Suppression des sources d'intoxication Déclaration obligatoire

≥ 450 µg/L	<p>Il est urgent d'adresser l'enfant à une structure capable d'évaluer l'intoxication et de la traiter</p> <p>Suppression des sources d'intoxication</p> <p>Déclaration obligatoire</p>
------------	---

Conseils hygiéno-diététiques :

- alimentation :
 - prendre repas réguliers
 - alimentation équilibrée (pas de carence en fer et calcium)
 - recherche carence martiale
 - maintenir apport calcium et vitamine D satisfaisant sans supplémentations médicamenteuse obligatoire.
- au domicile :
 - arrêt accès peintures écaillées
 - utilisation serpillère humide pour laver le sol (pas balai ou aspirateur)
 - laver jouets régulièrement
 - laver les mains avant repas et couper les ongles
 - faire couler l'eau du robinet quelques secondes
 - retrait décorations, figurines, vaisselles céramiques à usage décoratif avec plomb.

Enfant M. 15 ans :

- Motif : Douleur mollet brutale. Suspicion de PHLEBITE.
- Contexte : Un enfant consulte pour douleur du mollet gauche spontanée depuis le matin. Il n'a pas fait de sport, pas de contexte traumatique retrouvé à l'interrogatoire. A l'examen clinique, le mollet n'est pas augmenté de volume, il n'y a pas de signe inflammatoire locaux. Le mollet est souple, on a l'impression d'une petite perte du ballottement du mollet comparativement à l'autre. il n'y a pas de gêne respiratoire.

La probabilité de phlébite est faible mais je ne comprends pas cette douleur du mollet. Je lui conseille donc de faire un doppler veineux des MI devant le caractère spontané de la douleur. Il se rend donc au cabinet de radiologie pour faire le doppler. Le radiologue me téléphone quelques heures plus tard pour me dire qu'il n'y a pas de phlébite mais a conseillé cependant à l'enfant de refaire un doppler dans le weekend en cas d'absence d'amélioration devant l'absence d'étiologie retrouvée à l'interrogatoire et cliniquement. Je revois l'enfant dans

l'après midi et le traite comme une contracture musculaire. Lundi l'enfant va mieux, la douleur a disparu et il n'a pas eu besoin de faire un autre doppler durant le weekend.

SEMAINE DU 22 AU 26 MARS :

Mr C. 64 ans:

- Motif: DON D'ORGANE
- Source: www.dondorganes.fr
- Contexte: renseignement sur les modalités du don d'organe.
- Réponse:

*Qui peut donner?

Pas d'âge limite, tout le monde peut donner son accord pour un prélèvement d'organes ou de tissus après la mort. Pour les mineurs l'autorisation des parents ou des tuteurs légaux est indispensable.

*Quels organes sont prélevés ?

Sur un donneur en état de mort encéphalique on prélève en général 4 organes (rein, foie, cœur, poumon, cornée, pancréas). Les éléments du corps prélevés sont remplacés par des prothèses artificielles de telle sorte que le défunt n'a pas de modification physique de son apparence, seulement des pansements.

*Comment signaler qu'on est donneur ?

Le dire à vos proches, c'est eux qui seront appelés en cas de nécessité.

Une carte de donneur constitue une trace de votre accord, mais elle n'a pas de valeur légale. L'accord des proches est demandé avant tout prélèvement mais elle peut faciliter les discussions avec vos proches.

*Comment exprimer son refus ?

Si vous êtes opposé à tout prélèvement d'organes lors de votre mort, vous pouvez vous inscrire au registre national des refus (liste toutes personnes qui souhaitent laisser une trace légale de leur refus). Ce registre est systématiquement consulté en cas de potentiel donneur.

* Le consentement présumé : toute personne est considérée comme consentante au don d'éléments de son corps en vue d'une greffe si elle n'a pas manifesté d'opposition de son vivant.

Le don d'organe est anonyme et gratuit. Ces principes garantissent l'équité du système et préservent les familles dans leur travail de deuil.

Les règles d'attribution des organes sont conçues pour maximiser les chances de succès des greffes, tout en étant le plus équitable possible. Il existe de nombreux critères.

Les personnes en attente de greffe sont inscrites sur une liste gérée par l'Agence de biomédecine. La répartition tiens compte de la priorité médicale, des déplacements géographiques soumis aux greffons. Les enfants, les personnes dont la vie est menacées à très court terme, les receveurs pour lequel la probabilité d'obtenir un

greffon est très faible du fait des caractéristiques immunologiques et morphologiques sont prioritaires.

Un seul mot d'ordre discuter de cela avec vos proches pour leur faire part de votre position et connaître leur position.

Schéma vaccinal : BEH 2009

A la naissance :

* Si mère porteuse Antigène HBs positif 3 doses avec schéma

Naissance / 1 mois / 6 mois

Vaccins : Genhevac, Engérix 10

* BCG : si population à risque (IDF) avant 3 mois par d'IDR préalable

Vaccin BCG dose 0,05ml enfant moins 12 mois

A 2 mois :

DTP coqueluche Haemophilus

Vaccin : pentavac, Infanrixquinta

Si hépatite B en plus

Vaccin : infanrixtetra

Si pneumo 27 en plus

Vaccin : prevenar

A 3 mois :

DTP coqueluche Haemophilus

Vaccin : infanrixquinta

A 4 mois :

DTP coqueluche Haemophilus +/- hépatite B, pneumo 27

A 9 mois :

Si entrée en collectivité

Vaccin Priorix, ROR vax ,

A 12 mois :

* Pneumo 27

* ROR début si non en collectivité

Entre 12 et 15 mois :

2^{ème} dose ROR si en collectivité

Entre 16 et 18 mois :

DTP Coqueluche Haemophilus +/- hépatite B

Entre 13 et 23 mois :

2^{ème} dose de ROR

6 ans :

DTP

Vaccin : Revaxis

A 11 / 13 ans :

DTP coqueluche acellulaire

Vaccin : repevax

A 16 / 18 ans :

DTP

Adulte :

DTP par 10 ans

Rattrapage :

Rappel avec coqueluche pour futurs parents DTP coqueluche (2ans après DTP)

Rougeole avant grossesse