



REPUBLIC OF LEBANON
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

Algorithmes cliniques de base

Pour les maladies les plus courantes chez les adultes, rencontrées au niveau des soins de santé primaires, pour les médecins dans le système de santé publique

Ministère de la Santé Publique – Liban
2023





REPUBLIC OF LEBANON
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

Algorithmes cliniques de base

Pour les maladies les plus courantes chez les adultes, rencontrées au niveau des soins de santé primaires, pour les médecins dans le système de santé publique

Ministère de la Santé Publique - Liban
2023

© Ministère de la Santé Publique - Liban, 2023.

Cette publication a été réalisée sous la licence Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>). Aux termes de cette licence, vous pourriez reproduire, traduire et adapter cette œuvre à des fins non commerciales, à condition que l'œuvre soit citée de manière appropriée.

Citation suggérée :

Algorithmes cliniques de base pour les maladies les plus courantes chez les adultes, rencontrées au niveau des soins de santé primaires, pour les médecins dans le système de santé publique. Ministère de la Santé Publique - Liban, 2023.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Méthodologie	2
Définitions	4
Section 1 - Santé générale	5
a. Examen médical général (services de préventions) – Z00.0	6
b. Évaluation du risque de maladies cardiovasculaires – Z13.6	13
c. Évaluation Gériatrique – Z01.89	17
d. Mode de vie sain – Z71.3	21
Section 2 - Maladies chroniques	25
a. Asthme – J45.0	26
b. Dépression – F32.9	30
c. Diabète – Type 2 – E11	37
d. Dyslipidémie – E78.5	43
e. Hypertension – I10	46
f. Maladies coronariennes – I25	51
g. Obésité – E66	53
h. Hypothyroïdie – E03.9	56
i. Hyperthyroïdie – E05	59
j. Nodules thyroïdiens – E04.1	61
Section 3 - Autres maladies courantes	65
a. Anémie – D64.9	66
b. Monoarthrite aiguë (arthralgie) – M13.10	69
c. Bronchite – J20.9	72
d. Infections cutanées courantes – L08.9	74
e. Constipation – K59.0	80
f. Diarrhée aiguë – R19.7	84
g. Rhume et grippe – J00	87
h. Otite Moyenne – H66.9	90
i. Pneumonie communautaire – J18	93
j. Sinusite – J01.90	97
k. Infection non compliquée des voies urinaires basses – N39.0	101
Section 4 - Symptômes	105
a. Douleur abdominale – R10	106
b. Toux chronique – R05.3	109
c. Dyspepsie fonctionnelle – K30	112
d. Céphalée – R51	115
e. Lombalgie – M54.5	118
f. Palpitations – R00.2	122
g. Œil rouge – H10.31	125
h. Mal de gorge – R07.0	128
i. Vertige – R42	131
Références	134

REMERCIEMENTS ET RÉVISEURS

Le ministère de la Santé Publique a développé ces algorithmes cliniques avec l'appui technique de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Le ministère de la Santé Publique souhaite remercier les apports des experts et des collègues qui ont contribué au développement, révision et pilotage de ces algorithmes.

Merci particulièrement à Dr Randa Hamadeh et à l'équipe du département des soins de santé primaires pour avoir facilité le développement du document et à leurs précieuses contributions durant les différentes étapes.

Comité de coordination, de rédaction et de révision

Le développement général du document a été dirigé par Dr Alissar Rady (chef d'équipe), avec le soutien technique de Dr Ghada Abou Mourad (Responsable national, point focal SSP), Mme Edwina Zoghbi (Administrateur national, point focal maladies non transmissibles et santé mentale) et Mme Yasmin Rihawi (Assistante de programme, point focal maladies non transmissibles et nutrition), et le Bureau du Liban de l'OMS. Les algorithmes cliniques de soins ont été rédigés par Dr Mona Osman (consultante, OMS) et révisés ainsi que testés par le Dr Nada Najem (consultante, OMS). La version Française a été révisée par Dr Michelle Haddad (consultante, organisations internationales).

Contribution et révision

Le ministère de la Santé Publique souhaite remercier les institutions et experts suivants pour leurs orientations stratégiques, contribution et soutien technique lors de la conception, du développement ou de la révision du document :

- Société Libanaise d'Allergologie : Dr Carla Irani (Président)
- Société Libanaise d'Endocrinologie, Diabétologie et Lipidologie : Dr Akram Ehtay (Président)
- Société Libanaise de Médecine de Famille : Dr Mona Osman (Président), Dr Najla Lakkis
- Société Libanaise de Gastroentérologie : Dr Alaa Sharara (Président)
- Société Libanaise des Médecins Généralistes : Dr Habib Hazkial (Président)
- Société des maladies infectieuses : Dr Madona Matar (Président)
- Société de médecine interne : Dr Alyssar Dagher (Président), Dr Tony El Murr, Dr Mouin Jammal
- Société Libanaise de Néphrologie et d'Hypertension : Dr Robert Najem (Président)
- Société Libanaise d'Ophtalmologie : Dr Hassan Chahin (Président), Dr Mohammad Hourri
- Société Libanaise de Pneumologie : Dr Georges Juvelikian (Président)
- Association Libanaise de rhumatologie : Dr Jamil Messaykeh (Président), Dr Widad Aitisha
- Société Libanaise d'Urologie : Dr Mohamad Moussa (Président), Dr Zareh Kasarjian

Design

Limelight Productions - www.limelightprod.com

Soutien financier

Le développement de ces algorithmes n'aurait pas été possible sans le soutien financier de l'Union Européenne.

Clause de non-responsabilité

Ces algorithmes cliniques de soins ont été réalisés avec le soutien financier de l'Union Européenne. Leur contenu ne peut en aucun cas être considéré comme reflétant les opinions de l'Union Européenne.

ABRÉVIATIONS

ACD	Acidocétose diabétique	IST	Infections sexuellement transmissible
AD	Aérosol doseur	MC	Maladies coronariennes
AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdiens	MOPH	Ministry Of Public Health (ministère de la sante publique)
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive	NFS	Numération formule sanguine
CIM	Classification internationale des maladies	OMS	Organisation mondiale de la santé
CPK	Créatine phosphokinase	PAD	Pression artérielle diastolique
CVF	Capacité vitale forcée	PCPC	People Centered Primary Care
DEP	Débit expiratoire de pointe	PRN	Pro Re Nata (au besoin / selon le cas)
DPP4	Dipeptidyl Peptidase IV	RAC	Rapport albuminurie/créatinine
GI	Gastro-intestinale	RCV	Risque Cardio-vasculaire
GLP1RA	Agoniste du récepteur Glucagon-like Peptide-1	SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquis
FRAX	Index de risque fracturaire	SIH	Société internationale d'hypertension
IM	Infarctus du myocarde	SSP	Soins de santé primaire
IMC	Indice de masse corporelle	TA	Tension Artérielle
MCA	Maladies cardiovasculaires athérosclérotiques	TDAR	Test de détection d'antigènes rapide
MNT	Maladies non transmissibles	TIF/FIT	Test immunochimique fécal/Fecal Immunochemical Test
HFpEF	Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection du ventricule gauche préservée	TV	Tachycardie ventriculaire
HFrEF	Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection du ventricule gauche réduite	TSV	Tachycardie supra-ventriculaire
ICC	Insuffisance Cardiaque Congestive	USPSTF	U.S. Preventive Services Task Force
IRC	Insuffisance rénale chronique	VEMS	Volume expiratoire maximum seconde
		VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
		VS	Vitesse de sédimentation

INTRODUCTION

Les soins de santé primaires constituent « une approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable en accordant la priorité aux besoins des populations le plus tôt possible tout au long du parcours de soins allant de la promotion de la santé et de la prévention des maladies au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, et en restant le plus proche possible de l'environnement quotidien des populations. »¹

Dans sa vision stratégique de santé 2030², Le ministère de la Santé Publique a identifié les soins de santé primaires (SSP) comme un point d'entrée essentiel aux services de santé. Le renforcement des soins de santé primaires garantirait l'accès à des services essentiels de qualité à une grande partie de la population, surtout lorsqu'ils sont associés à des mesures efficaces telles l'adoption de la Liste Nationale des Médicaments Essentiels et des algorithmes cliniques de soins.

Le guide national de protocoles de prise en charge clinique des affections les plus courantes en soins de santé primaires a été développé en 2014 par l'OMS et le ministère de la santé avec le soutien de l'Union Européenne, dans le but d'améliorer la qualité des soins dans les centres de SSP. À la suite d'une évaluation réalisée par l'OMS en 2017, les médecins ont signalé le besoin d'algorithmes et d'organigrammes décisionnels plus simplifiés.

Des algorithmes de soins simplifiés ont ainsi été développés basés sur ce guide-là, avec des mises à jour sur la prise en charge le cas échéant. Ces algorithmes s'appuient essentiellement sur les recommandations internationales (OMS, Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC), etc.) et sont adaptés aux réalités du pays en termes de prévalence des maladies, de disponibilité des médicaments dans la Liste Nationale des Médicaments Essentiels récemment mise à jour et de résistance aux antimicrobiens.

Ce document fournit des algorithmes cliniques de base pour les maladies adultes (chroniques et aiguës) les plus courantes rencontrées au niveau des SSP, en mettant l'accent sur les médicaments essentiels. L'objectif principal est d'unifier et d'améliorer la qualité des soins dans l'ensemble du réseau de soins de santé primaires. Ces algorithmes ont été examinés avec les sociétés scientifiques nationales dans le cadre d'un processus collaboratif et consultatif, avec le soutien de l'OMS, et la coordination étroite avec l'équipe du ministère. Le public cible est principalement constitué de médecins.

¹ A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF); 2018 (WHO/HIS/SDS/2018.15). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

² <https://www.moph.gov.lb/en/Pages/0/67043/lebanon-national-health-strategy-vision-2030>

MÉTHODOLOGIE

IDENTIFICATION DES PROBLÈMES DE SANTÉ LES PLUS COURANTS

Une liste des problèmes de santé les plus courants rencontrés dans les centres de SSP a été élaborée. Cette liste était basée sur une analyse statistique menée sur les données fournies par le ministère et triangulée avec les données des autres organisations non gouvernementales internationales sur le terrain.

Les consultations aux centres de SSP pour les bénéficiaires adultes inscrits dans le cadre du ministère de la Santé Publique /EPHRP¹ de 2016 à 2018 ont été analysées à l'aide du premier code CIM indiqué pour la visite, à l'exclusion des consultations gynécologiques et de grossesse. Les motifs de consultation les plus courants étaient : environ 41 % pour l'état de santé général, 26 % pour les maladies chroniques, 19 % pour les maladies aiguës et 4 % pour les symptômes, du total des consultations d'adultes. Le tableau 1 ci-dessous montre les 34 maladies finales qui reflètent les problèmes adultes les plus courants rencontrés au niveau des SSP.

Tableau 1. 34 motifs de consultations les plus fréquents

Santé Générale	Maladies chroniques	Autres maladies courantes	Symptômes
1. Examen médical général (services de préventions)	5. Asthme	15. Anémie	26. Douleur abdominale
2. Évaluation du risque de maladies cardiovasculaires	6. Dépression	16. Monoarthrite aiguë (arthralgie)	27. Toux chronique
3. Évaluation Gériatrique	7. Diabète – Type 2	17. Bronchite	28. Dyspepsie fonctionnelle
4. Mode de vie sain	8. Dyslipidémie	18. Infections cutanées courantes	29. Céphalée
	9. Hypertension	19. Constipation	30. Lombalgie
	10. Maladie coronarienne	20. Diarrhée aiguë	31. Palpitations
	11. Obésité	21. Rhume et grippe	32. Œil rouge
	12. Hypothyroïdie	22. Otite Moyenne	33. Mal de gorge
	13. Hyperthyroïdie	23. Pneumonie communautaire	34. Vertige
	14. Nodules thyroïdiens	24. Sinusite	
		25. Infection non compliquée des voies urinaires basses	

¹ EPHRP: Emergency Primary Health Care Restoration Project

DÉVELOPPEMENT DES ALGORITHMES

Le développement des algorithmes est basé sur les critères suivants :

1. Des informations cliniquement bien fondées et basées sur des preuves, conformément aux recommandations nationales et celles de l'OMS;
2. Les recommandations des sociétés scientifiques internationales en l'absence de recommandations nationales et de recommandations de l'OMS le cas échéant;
3. Données contextualisées (conformes aux recommandations nationales et aux médicaments essentiels subventionnés, tests, etc.); et
4. Conformément à l'approche des Soins Primaires Centrés sur les Individus (PCPC).

Les algorithmes ont été testés auprès de médecins de Première ligne participant à la formation au Protocole de Subventionnement des Soins de Santé Primaires à Long Terme (LPSP) dans le Nord et le Sud.

Une réunion d'experts a eu lieu avec des représentants du ministère de la Santé Publique, de l'OMS du Bureau régional de la Méditerranée orientale (WHO EMRO) et du bureau de l'OMS au Liban ainsi que des sociétés scientifiques concernées.

Les commentaires ont été discutés au sein d'un comité technique de l'OMS et des adaptations ont été effectuées en suivant les critères ci-dessous :

- La modification suggérée est-elle conforme aux recommandations de l'OMS et aux recommandations nationales ?
- La molécule suggérée est-elle disponible sur la liste des médicaments essentiels ?
- Le format proposé respecte-t-il le modèle standardisé ?
- L'intervention suggérée est-elle réalisable dans les SSP par les médecins de première ligne ?

STRUCTURE ET ÉLÉMENTS CLÉS

Le guide comprend quatre sections principales :

- Santé générale : cette section couvre les services de prévention et l'évaluation des risques dans des groupes spéciaux ainsi que les conseils en matière de modifications du mode de vie.
- Maladies chroniques : les maladies chroniques les plus fréquentes sont couvertes dans cette partie.
- Autres maladies courantes : couvrant essentiellement les maladies aiguës les plus fréquemment rencontrées.
- Symptômes : les algorithmes dans cette dernière section couvrent les symptômes pour lesquels on consulte le plus aux SSP.

Chaque algorithme couvre une maladie ou un symptôme et se compose principalement de sept sections :

- Définition
- Interrogatoire clinique et histoire médicale
- Examen physique
- Signes alarmants
- Conseils pour la démarche diagnostique et la prise en charge
- Organigramme décisionnel
- Éducation du patient

DÉFINITIONS

Liste nationale des médicaments essentiels¹: L'OMS a introduit le concept de médicaments essentiels en 1977.

Les médicaments essentiels sont ceux qui répondent aux besoins prioritaires de la population en matière de soins de santé selon les critères suivants :

- Prévalence de la maladie ;
- Pertinence pour la santé publique ;
- Preuves sur l'efficacité et la sécurité ; et
- Rapport coût-efficacité comparatif.

Les médicaments essentiels sont censés être disponibles à tout moment, en quantités adéquates, sous les formes posologiques appropriées, avec une qualité garantie et à un prix abordable pour l'individu et la communauté.

Au Liban, Le ministère de la Santé Publique a adapté la liste des médicaments essentiels en suivant les principes cités ci-dessus. En se basant sur cette liste, Le ministère de la Santé Publique a priorisé les molécules destinées aux maladies chroniques et aiguës, pour être subventionnées dans les centres de SSP au Liban. La liste est régulièrement mise à jour et peut être consultée sur le site Internet du ministère de la Santé Publique.

Qualité des soins : mesure dans laquelle les services de santé offerts aux individus et aux populations augmentent la probabilité d'obtenir les résultats de santé souhaités et sont conformes aux connaissances professionnelles actuelles.²

Soins Primaires Centrés sur les Individus (PCPC) : Selon la Déclaration de Genève sur les soins de santé primaires centrés sur les individus (2015), les soins de santé centrés sur les individus visent à fournir des expériences et des services de soins de santé qui atteignent les objectifs liés à la santé de la personne desservie. Le concept de se centrer sur la personne est une attitude, une philosophie et une approche qui placent véritablement la personne au centre du système de santé. L'approche centrée sur les individus commence par une relation avec un professionnel de santé qui devient la source constante de soins de la personne. De cette relation naît la confiance ; et de la confiance naît la capacité d'impliquer, d'éduquer et de responsabiliser les gens vis-à-vis de leur santé. Cette relation de confiance repose sur la continuité des soins avec le temps et la réponse aux besoins de santé de la personne. Cette approche continue, globale et bienveillante des soins primaires veille à ce que tout individu devienne autonome et engagé dans sa santé. Les soins primaires servent comme porte d'entrée au système de santé. L'absence de soins de santé primaires centrés sur les individus, garantissant la continuité et la source habituelle des soins, entraîne une grande fragmentation des soins de santé, en laissant certains recevant des soins de qualité, mais un nombre beaucoup plus élevé de personnes dépourvues de services de soins primaires de base. Cela entraîne de grandes disparités dans les résultats des soins de santé et des inégalités sociales entre les systèmes de santé riches et démunis.

Ce document maintient les principes généraux de l'OMS relatifs aux soins de santé primaires pour promouvoir des soins efficaces, sûrs, centrés sur les individus, opportuns, équitables, intégrés et efficaces, tout en mettant l'accent sur l'appropriation du pays, l'harmonisation des soins et l'amélioration de leur qualité.

¹ <https://www.who.int/groups/expert-committee-on-selection-and-use-of-essential-medicines/essential-medicines-lists>

² Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academies Press; 2001.



SECTION 1

SANTÉ GÉNÉRALE

A. Examen médical général (services de préventions) – Z00.0	6
B. Évaluation du risque de maladies cardiovasculaires – Z13.6	13
C. Évaluation Gériatrique – Z01.89	17
D. Mode de vie sain – Z71.3	21

EXAMEN MÉDICAL PÉRIODIQUE POUR ADULTES ET RECOMMANDATIONS



DÉFINITION ●●

Types de prévention :

Population à risque	Patients asymptomatiques	Patients symptomatiques
Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
But :		
Prévenir le développement de maladies (par exemple, counseling sur le mode de vie)	Identifier et traiter les personnes atteintes de maladies (par exemple, dépistage)	Limiter ou prévenir les complications futures (par exemple, autogestion)
Actions à prendre :		
Éviter ou supprimer la cause d'un problème de santé (par exemple, promotion de la santé ; protection spécifique telle que la vaccination)	Détecter un problème de santé à un stade précoce, faciliter sa guérison, ou réduire ou prévenir sa propagation ou ses effets à long terme (par exemple, dépistage, recherche de cas, diagnostic précoce)	Réduire les répercussions chroniques des problèmes de santé en minimisant les détériorations fonctionnelles résultant de la maladie aiguë ou chronique (par exemple, prévention des complications du diabète) en plus de la rééducation si nécessaire

Composantes d'une visite de suivi médicale :

FITE	
F acteurs de risque	Identifier les facteurs de risque de problèmes de santé graves tout en notant les antécédents médicaux et en effectuant l'examen physique.
I mmunisation	Fournir les vaccinations recommandées et la chimioprophylaxie si nécessaire.
T est de dépistage	Demander les tests de dépistage appropriés, adaptés à l'âge et au sexe.
É ducation	Éduquer les patients sur les comportements d'un mode de vie sain.



CONTEXTE ●●

1. Ministère de la Santé Publique

Le ministère de la Santé Publique a développé des forfaits de « bien-être » utilisés dans les centres nationaux de soins de santé primaires pour les personnes inscrites. Le ministère de la Santé Publique met périodiquement à jour ces forfaits pour fournir un ensemble de services préventifs de base, en tenant compte entre autres des recommandations nationales, des recommandations de l'OMS et des recommandations de l'USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force).



CONTEXTE (suite) ○●

1. Critères de dépistage de l'OMS

- La maladie dépistée constitue un important problème de santé
- L'histoire naturelle de la maladie est bien établie
- Il existe un stade précoce détectable
- Un traitement à un stade précoce est plus bénéfique qu'à un stade ultérieur
- Un test approprié est disponible pour le stade précoce
- Le test est acceptable
- Les intervalles de répétition du test sont bien définis
- Des services de santé convenables sont mis en place pour gérer la charge de travail clinique supplémentaire résultant du dépistage
- Les risques, tant physiques que psychologiques, sont moins que les avantages
- Les coûts sont équilibrés par rapport aux avantages

2. 'USPSTF (U.S. Preventive Services Task Force)

L'USPSTF est un groupe indépendant créé aux États-Unis dans le but de fournir des recommandations fondées sur des données probantes pour des services préventifs aux personnes visiblement en bonne santé dans le cadre des soins primaires. Les recommandations sont périodiquement mises à jour en utilisant les définitions des différents grades ci-dessous.

Définitions des rangs de l'USPSTF

Grade	Définition	Suggestions pratique
A	L'USPSTF recommande le service. Il est très certain que le bénéfice net est considérable.	Offrir ou fournir ce service.
B	L'USPSTF recommande le service. Il est très certain que le bénéfice net est modéré ou il existe une certitude modérée que le bénéfice net varie de modéré à considérable.	Offrir ou fournir ce service.
C	L'USPSTF recommande de ne pas fournir systématiquement ce service. Certaines considérations peuvent justifier cette intervention chez un patient particulier. Il existe au moins une certitude modérée selon laquelle l'avantage net est faible.	Offrir ou fournir ce service uniquement si d'autres considérations soutiennent l'offre ou la fourniture du service chez un patient particulier.
D	L'USPSTF déconseille ce service. Il existe une certitude modérée ou élevée que le service ne présente aucun bénéfice pur ou que les risques l'emportent sur les avantages.	Décourager l'utilisation de ce service
I	L'USPSTF conclut que les preuves actuelles sont insuffisantes pour peser les bénéfices contre les risques. Les preuves sont insuffisantes, de mauvaise qualité ou contradictoires, et l'équilibre entre les avantages et les inconvénients ne peut être déterminé.	Lire la section des considérations cliniques de la déclaration de recommandations de l'USPSTF. Si le service est offert, les patients doivent comprendre l'incertitude quant à l'équilibre entre les avantages et les inconvénients.

RECOMMANDATIONS

Facteur ou maladie	Test ou intervention	Population cible	Interventions/ commentaires
Facteurs de risque et tests de dépistage			
Tabagisme	Demander à propos de l'usage du tabac	Tous les adultes	Fournir le counseling de 5As aux consommateurs de tabac (<i>se référer à l'algorithme de counseling et de mode de vie sain</i>)
Alcoolisme	Demander à propos de l'usage de l'alcool	Tous les adultes	Proposer de brèves interventions de counseling comportemental aux personnes qui consomment de l'alcool à risque ou dangereusement (<i>se référer à l'algorithme de counseling et de mode de vie sain</i>)
Dépression	Simple questions de dépistage (comme le PHQ2)	Tous les adultes, y compris les femmes enceintes et en post-partum	<i>Se référer à l'algorithme de dépression</i> <i>Considérer PHQ2 positif si ≥ 3</i>
Violence conjugale	Évaluation de la violence (<i>se référer à Annexe 1</i>)	Toutes les femmes asymptomatiques en âge de procréer. Les facteurs de risque comprennent le jeune âge, la toxicomanie, les difficultés conjugales et les difficultés économiques.	Orienter les femmes vers les services de protection au besoin
Obésité	IMC = poids (kg) / [taille x taille] (m ²)	Tous les adultes	Proposer aux patients ayant un IMC de 30 kg/m ² ou plus ou les référer vers des interventions comportementales complémentaires intensives (<i>se référer à l'algorithme de l'obésité</i>)
Tension Artérielle	Mesurer la tension artérielle	Tous les adultes <ul style="list-style-type: none"> • Annuellement pour les adultes de 40 ans et plus, ou ceux ayant des facteurs de risque d'hypertension. • Tous les 3 à 5 ans pour les jeunes adultes sans facteurs de risque et ayant une tension artérielle auparavant normale. 	<i>Se référer à l'algorithme de l'hypertension</i>

Facteur ou maladie	Test ou intervention	Population cible	Interventions/ commentaires
Dyslipidémie	Bilan lipidique (HDL, LDL triglycérides, cholestérol)	<ul style="list-style-type: none"> Dépister tous les hommes âgés de 35 ans et plus (grade A) et les hommes âgés de 20 à 35 ans qui présentent un risque accru de maladie coronarienne (grade B) Dépister les femmes âgées de 45 ans ou plus qui présentent un risque accru de maladie coronarienne (grade A) et les femmes âgées de 20 à 45 ans qui présentent un risque accru de maladie coronarienne (grade B). L'intervalle raisonnable pour le dépistage est une fois tous les 5 ans. Réduire l'intervalle pour les personnes dont les taux de lipides sont proches de ceux justifiant un traitement. 	<i>Se référer à l'algorithme de dyslipidémie</i>
Diabète	Glycémie à jeun, ou par hyperglycémie provoquée par voie orale, ou hémoglobine A1C	Dépister le diabète chez tous les adultes tous les trois ans à partir de 40 ans ; les adultes de tout âge qui sont en surpoids ou obèses (IMC 25 kg/m ²) et qui présentent un ou plusieurs facteurs de risque supplémentaires de diabète doivent également être dépistés.	<i>Se référer à l'algorithme du diabète</i>
Ostéoporose		Utiliser le dépistage de l'ostéoporose basé sur l'index composite (FRAX) dans les cas suivants : <ul style="list-style-type: none"> Âge > 65 ans Présence d'une déformation vertébrale ou d'une fracture de fragilité Preuve radiologique d'une faible densité minérale osseuse Corticothérapie chronique (> 3 à 6 mois) Traitement par inhibiteurs de l'aromatase ou par suppression androgénique Le risque de fracture ostéoporotique à 10 ans selon FRAX en utilisant les facteurs de risque cliniques UNIQUEMENT se situe aux alentours de 10 % (6-14 %) 	
VIH		Dépister tous les adolescents et adultes âgés de 15 à 65 ans qui présentent un risque accru de contracter le VIH. Les facteurs de risque comprennent les rapports sexuels non protégés (vaginaux ou anaux), le fait d'avoir des partenaires sexuels séropositifs, bisexuels ou qui consomment des drogues injectables, ainsi que les relations sexuelles en échange de la drogue ou de l'argent.	
Infections sexuellement transmissibles (IST)	Counseling	Tous les adolescents et adultes sexuellement actifs à haut risque des IST. Les adultes sont considérés à haut risque s'ils ont des IST récurrentes ou ont eu une IST au cours de l'année précédente, ou s'ils ont de multiples partenaires sexuels.	Counseling de haute intensité pour prévenir les infections sexuellement transmissibles

Facteur ou maladie	Test ou intervention	Population cible	Interventions/ commentaires
Cancer du colon	Test FIT, colonoscopie ou Sigmoidoscopie rigide	<ul style="list-style-type: none"> Tous les patients entre 50 et 75 ans : Intervalles de dépistage : <ul style="list-style-type: none"> » Dépistage annuel avec test FIT ; ou » Sigmoidoscopie tous les 5 ans, avec test FIT tous les 3 ans ; ou » Coloscopie de dépistage tous les 10 ans. Il est conseillé aux patients ayant des antécédents familiaux de cancer colorectal avant l'âge de 60 ans de commencer le dépistage à l'âge de 40 ans, ou 10 ans avant le cas le plus jeune dans la famille immédiate ; selon ce qui est le plus tôt. Répéter la colonoscopie tous les 5 ans. 	Si le patient n'a pas les moyens de faire une colonoscopie, effectuer un test TIF annuel et, s'il est positif, l'orienter vers une colonoscopie.
Cancer du poumon	Tomodensitométrie à faible dose (si accessible)	Adultes asymptomatiques âgés de 55 à 80 ans qui ont fumé 30 paquets/année et qui fument actuellement ou ont arrêté de fumer au cours des 15 dernières années. Dépistage annuel. Arrêter le dépistage lorsque le patient n'a pas fumé pendant les 15 dernières années ou a développé un problème de santé qui limite considérablement l'espérance de vie ou la capacité ou la volonté de subir une chirurgie pulmonaire curative.	
Cancer de la prostate	Dépistage de l'Antigène Prostatique Spécifique (PSA)	Pour les hommes âgés entre 55 et 69 ans, la décision d'effectuer un dépistage périodique du cancer de la prostate basé sur l'antigène prostatique spécifique (PSA) devrait être une décision individuelle, basée sur une discussion avec leur médecin sur les potentiels bénéfiques et risques du dépistage.	
Cancer du sein	Mammographie	Dépistage annuel à partir de 40 ans et tant que la femme est en bonne santé	
Cancer du col de l'utérus	Frottis cervico-utérin	L'USPSTF recommande le dépistage du cancer du col de l'utérus tous les 3 ans par cytologie cervicale seule chez les femmes âgées de 21 à 29 ans. Pour les femmes âgées de 30 à 65 ans, l'USPSTF recommande un dépistage tous les 3 ans avec cytologie cervicale seule, tous les 5 ans avec test du virus du papillome humain à haut risque (hrHPV) seul, ou tous les 5 ans avec hrHPV en combinaison à la cytologie urinaire	
Chimio prophylaxie			
Aspirine		Selon l'OMS, les adultes âgés de 40 à 79 ans qui présentent un risque très élevé de maladie cardiovasculaire majeure sur 10 ans (CVR \geq 30) doivent prendre quotidiennement de l'aspirine s'il n'y a pas de contre-indication.	<i>Se référer à l'algorithme d'évaluation du risque cardiovasculaire</i>

Facteur ou maladie	Test ou intervention	Population cible	Interventions/ commentaires
Utilisation des statines pour la prévention primaire des maladies cardiovasculaires chez les adultes		L'USPSTF recommande aux cliniciens de prescrire une statine pour la prévention primaire des maladies cardiovasculaires chez les adultes âgés de 40 à 75 ans qui présentent un ou plusieurs facteurs de risque de maladie cardiovasculaire (dyslipidémie, diabète, hypertension ou tabagisme) et un risque estimé d'évènement cardiovasculaire sur 10 ans de 10 % ou plus. (Rang B, Août 2022)	Au moins rosuvastatine 10 mg ou Atorvastatine 20 mg. N.B. L'atorvastatine est préférable en cas de maladies rénales.
Supplémentation en acide folique		Toutes les femmes planifiant une grossesse ou en âge de procréation Prescrire un supplément de vitamines quotidien contenant 0,4 à 0,8 mg (400 à 800 µg) d'acide folique. Commencer la supplémentation au moins 1 mois avant la conception. Continuer pendant les 2-3 premiers mois de grossesse <ul style="list-style-type: none"> • Il est conseillé aux femmes présentant des facteurs de risque de prendre une dose plus élevée d'acide folique. • Ces facteurs de risque comprennent les antécédents personnels ou familiaux de grossesse affectée par une anomalie du tube neural, l'utilisation de certains médicaments antiépileptiques, mutations des enzymes liées au folate, diabète maternel et obésité maternelle. 	
Immunisation			
Vaccin contre la grippe (si accessible)		Il n'existe pas de recommandations nationales pour la vaccination des adultes. Pour les adultes, l'OMS recommande de vacciner les femmes enceintes, les personnes âgées de ≥ 65 ans, les personnes souffrant de maladies chroniques spécifiques et les professionnels de santé. Vaccination annuelle contre la grippe.	
Vaccin contre le tétanos (si disponible)		Donner aux adultes qui n'ont jamais reçu le vaccin TdaP une seule dose de TdaP . Cela peut être administré à tout moment, quelle que soit la dernière date à laquelle ils ont reçu le vaccin Td. Cela devrait être suivi d'un rappel Td ou TdaP tous les 10 ans.	
Vaccin antipneumococcique (si disponible)		Le CDC recommande le PPSV23 à tous les adultes de 65 ans ou plus, aux personnes de 2 à 64 ans souffrant de certains problèmes de santé et aux adultes tabagiques de 19 à 64 ans. Les adultes de 65 ans ou plus peuvent également discuter et décider, avec leur clinicien, de recevoir le PCV13 (il devrait y avoir un an entre les 2 vaccins).	

ANNEXE 1 : OUTIL DE DÉPISTAGE DES VIOLENCES DOMESTIQUES

<https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ipv/ipvandsvscreening.pdf>

Consigne : Entourez OUI ou NON pour chaque question

1. Avez-vous déjà été victime de violence émotionnelle ou physique de la part de votre partenaire ou d'une personne qui compte pour vous ? OUI NON

2. Au cours de la dernière année, avez-vous été frappée, giflée, avez-vous reçu des coups de pieds ou avez-vous été autrement physiquement blessée par quelqu'un ? OUI NON

Si OUI, qui ? (Entourez tout ce qui s'applique)

Mari Ex-mari Petit ami Étranger Autre Multiple

Nombre total de fois _____

3. Depuis que vous êtes enceinte, avez-vous été frappée, giflée, avez-vous reçu des coups de pieds ou avez-vous été autrement physiquement blessée par quelqu'un ? OUI NON

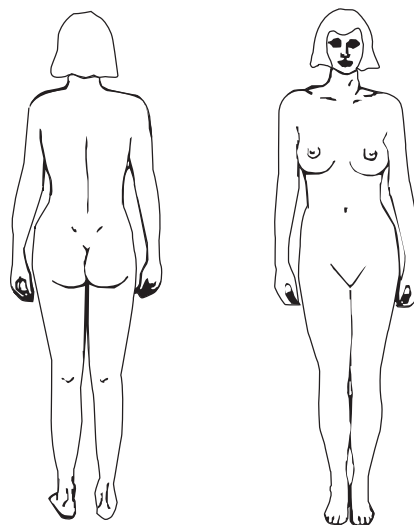
Si OUI, qui ? (Entourez tout ce qui s'applique)

Mari Ex-mari Petit ami Étranger Autre Multiple

Nombre total de fois _____

Marquez la zone d'atteinte sur la carte corporelle. Notez chaque incident selon l'échelle suivante :

- | | RÉSULTAT |
|---|----------|
| 1 = Menaces d'abus, y compris menace d'utilisation d'une arme | _____ |
| 2 = Gifler, bousculer ; aucune atteinte et/ou douleur persistante | _____ |
| 3 = Coups de poing, coups de pied, contusions, incisions et/ou douleur continue | _____ |
| 4 = Coups, contusions graves, brûlures, fractures | _____ |
| 5 = Blessure à la tête, atteinte interne, atteinte permanente | _____ |
| 6 = Utilisation d'une arme ; blessure par arme | _____ |



4. Au cours de la dernière année, quelqu'un vous a-t-il forcé à avoir des activités sexuelles ? OUI NON

Si OUI, qui ? (Entourez tout ce qui s'applique)

Mari Ex-mari Petit ami Étranger Autre Multiple

Nombre total de fois _____

5. Avez-vous peur de votre partenaire ou d'une personne mentionnée ci-dessus ? OUI NON

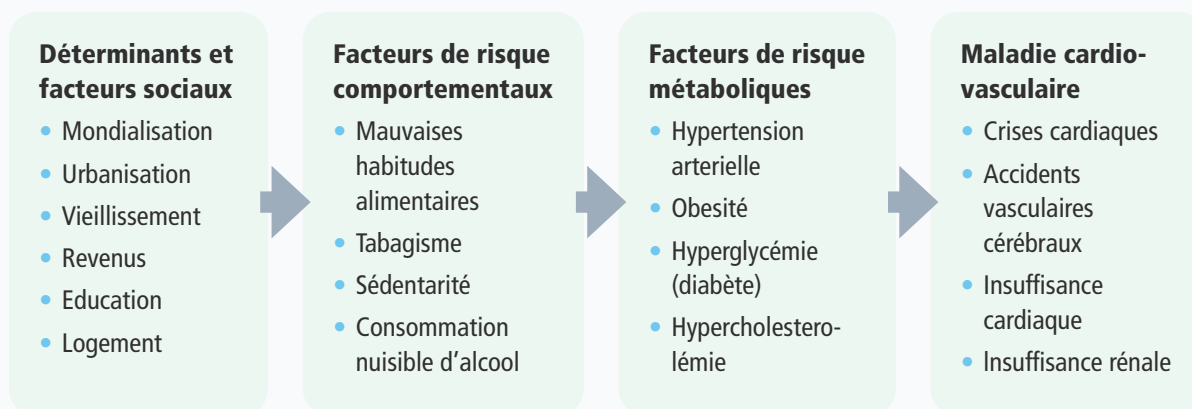
Adapté de: Copyright (c) 1992, American Medical Association. All rights reserved.
Journal of the American Medical Association, 1992, 267, 3176-78.



DÉFINITION ●●

Différents facteurs de risque peuvent contribuer au développement de maladies cardio-vasculaires et à des complications (figure 1). Les facteurs de risque comportementaux et métaboliques sont considérés comme des facteurs de risque cardiovasculaires (RCV) modifiables.

Figure 1.



Source: WHO heart package 2018



TABLEAUX OMS/SIH DE PRÉDICTION DE RISQUES ●●

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et la Société Internationale d'Hypertension (SIH) ont développé des tableaux de prédiction* pour déterminer les risques sur les 10 ans à venir pour un individu âgé de 40 à 79 ans, n'ayant pas été préalablement diagnostiqué de problèmes cardio-vasculaires, d'avoir un accident cardio-vasculaire majeur (tel qu'un infarctus du myocarde ou un AVC). Le risque est mesuré selon divers facteurs tels que l'âge, le sexe, la tension artérielle, le tabagisme, le taux total de cholestérol sanguin et la présence ou non de diabète (voir annexe 1). Le niveau de risque cardiovasculaire aidera à orienter les mesures de prévention primaire.

Attention :

Les tableaux de risque sous-estiment le risque chez les personnes ayant des antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire précoce (hommes < 55 ans, femmes < 65 ans), taux de triglycérides élevés, maladie rénale chronique et maladies inflammatoires généralisées, par ex. polyarthrite rhumatoïde.

* Pour une utilisation plus aisée des tableaux, télécharger l'application WHOPEN.

AGE 40 -79 ANS SANS MALADIE CARDIO-VASCULAIRE CONNUE

Evaluation des RCV

RCV <10%
Risque faible

- Conseiller sur l'alimentation, l'activité physique, l'arrêt du tabac et éviter l'usage nuisible de l'alcool (se référer à l'algorithme concernant le mode de vie sain)

- Faire un suivi après 12 mois

10% <RCV <20%
Risque modéré

- Conseiller sur l'alimentation, l'activité physique, l'arrêt du tabac et éviter un usage nuisible de l'alcool (se référer à l'algorithme concernant le mode de vie sain)

- Faire un suivi tous les 3 mois jusqu'à ce que les objectifs soient atteints, puis tous les 6-9 mois

20% <RCV <30%
Risque élevé

- Conseiller sur l'alimentation, l'activité physique, l'arrêt du tabac et éviter l'usage nuisible de l'alcool (se référer à l'algorithme concernant le mode de vie sain)
- Envisager des médicaments si TA persiste à $\geq 140/90$ mm Hg
- Si disponible, offrir des thérapies et/ou des médicaments de remplacement de la nicotine au cas où le counseling seul n'est pas suffisant.
- En cas de dyslipidémie, se concentrer sur un régime faible en matières grasses +/- statine (si indiqué)
- L'aspirine ne devrait probablement pas être prescrite.

- Faire un suivi tous les 3-6 mois

RCV $\geq 30\%$
Risque très élevé

- Conseiller sur l'alimentation, l'activité physique, l'arrêt du tabac et éviter un usage nuisible de l'alcool (se référer à l'algorithme concernant le mode de vie sain)
- Envisager des médicaments si TA persiste à $\geq 130/80$
- Si disponible, offrir des thérapies et/ou des médicaments de remplacement de la nicotine au cas où le counseling seul n'est pas suffisant.
- En cas de dyslipidémie, se concentrer sur un régime faible en matières grasses + Statine
- Aspirine à faible dose

- Faire un suivi tous les 3 mois, s'il n'y a pas de réduction du risque cardiovasculaire après 6 mois de suivi, référer à un spécialiste

DEUXIÈME VISITE

- Surveiller la compliance du patient aux modifications de mode de vie et aux médicaments
- Réévaluer le RCV et adapter la prise en charge en fonction.

Annexe 1 : Tableaux de l'OMS représentant le risque de maladie cardiovasculaire sans examens de laboratoire*

North Africa and Middle East

Afghanistan, Algeria, Bahrain, Egypt, Iran (Islamic Republic of), Iraq, Jordan, Kuwait, Lebanon, Libya, Morocco, occupied Palestinian territory, Oman, Qatar, Saudi Arabia, Sudan, Syrian Arab Republic, Tunisia, Turkey, United Arab Emirates, Yemen

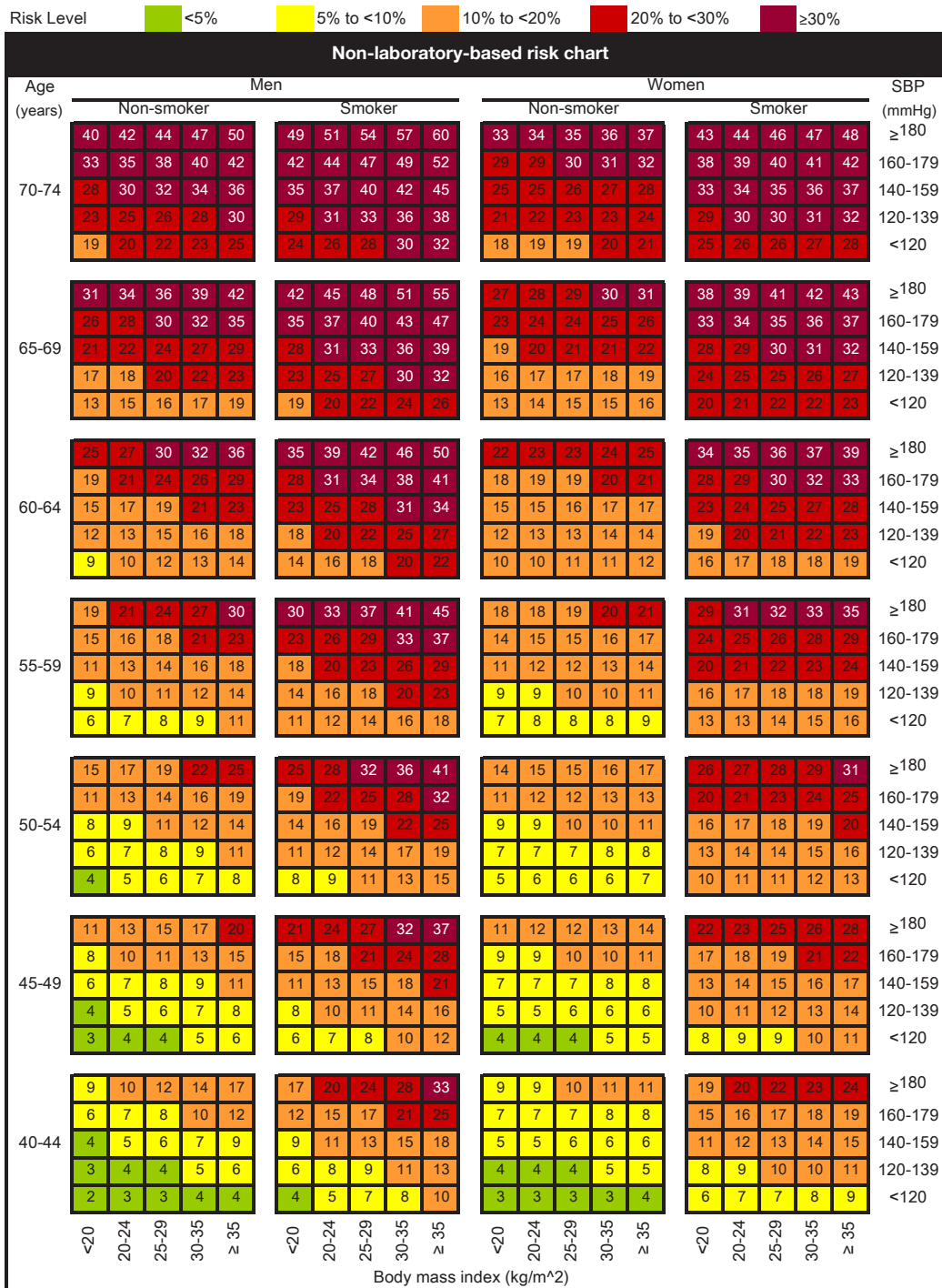
Risk Level ■ <5% ■ 5% to <10% ■ 10% to <20% ■ 20% to <30% ■ >30%

People without Diabetes

Age (years)	Men				Women				SBP (mmHg)										
	Non-smoker		Smoker		Non-smoker		Smoker												
70-74	37	40	43	46	50	45	48	52	56	80	42	46	50	54	57	59	59	59	≥180
65-69	29	32	35	38	42	38	41	45	49	54	24	26	29	32	35	36	38	40	≥180
60-64	18	20	23	25	29	16	18	21	24	27	26	28	30	33	35	36	38	40	160-179
55-59	9	10	11	13	15	8	9	10	11	11	11	12	13	14	15	16	17	18	140-159
50-54	4	5	6	7	8	3	4	5	6	7	7	8	9	10	11	11	12	13	120-139
45-49	11	12	14	16	19	10	11	13	15	18	9	10	11	13	15	16	18	20	<120
40-44	8	9	11	13	15	7	8	9	10	12	7	8	9	10	11	12	13	14	≥180
5	2	3	3	4	5	2	3	3	4	5	2	3	3	4	5	5	6	7	160-179
10	3	4	4	5	6	3	4	4	5	6	3	4	4	5	6	6	7	8	140-159
15	4	5	5	6	7	4	5	5	6	7	4	5	5	6	7	7	8	9	120-139
20	5	6	6	7	8	5	6	6	7	8	5	6	6	7	8	8	9	10	<120
25	6	7	7	8	9	6	7	7	8	9	6	7	7	8	9	9	10	11	≥180
30	7	8	8	9	10	7	8	8	9	10	7	8	8	9	10	10	11	12	160-179
35	8	9	9	10	11	8	9	9	10	11	8	9	9	10	11	11	12	13	140-159
40	9	10	10	11	12	9	10	10	11	12	9	10	10	11	12	12	13	14	120-139
45	10	11	11	12	13	10	11	11	12	13	10	11	11	12	13	13	14	15	<120
50	11	12	12	13	14	11	12	12	13	14	11	12	12	13	14	14	15	16	≥180
55	12	13	13	14	15	12	13	13	14	15	12	13	13	14	15	15	16	17	160-179
60	14	16	16	18	21	14	16	17	19	22	14	16	17	19	21	21	23	25	140-159
65	18	20	20	23	27	18	20	21	24	28	18	20	21	24	27	27	29	31	120-139
70	27	30	30	34	38	27	30	31	35	42	27	30	31	35	39	39	42	45	<120
75	42	46	46	51	56	42	46	47	52	57	42	46	47	52	57	57	59	61	≥180
80	58	62	62	68	73	58	62	63	69	74	58	62	63	69	74	74	76	78	160-179
85	75	79	79	84	89	75	79	80	86	91	75	79	80	86	91	91	93	95	140-159
90	92	96	96	101	106	92	96	97	102	107	92	96	97	102	107	107	109	111	120-139
95	108	112	112	117	122	108	112	113	118	123	108	112	113	118	123	123	125	127	<120
100	125	129	129	134	139	125	129	130	135	140	125	129	130	135	140	140	142	144	≥180
105	142	146	146	151	156	142	146	147	152	157	142	146	147	152	157	157	159	161	160-179
110	159	163	163	168	173	159	163	164	169	174	159	163	164	169	174	174	176	178	140-159
115	176	180	180	185	190	176	180	181	186	191	176	180	181	186	191	191	193	195	120-139
120	193	197	197	202	207	193	197	198	203	208	193	197	198	203	208	208	210	212	<120
125	210	214	214	219	224	210	214	215	220	225	210	214	215	220	225	225	227	229	≥180
130	227	231	231	236	241	227	231	232	237	242	227	231	232	237	242	242	244	246	160-179
135	244	248	248	253	258	244	248	249	254	259	244	248	249	254	259	259	261	263	140-159
140	261	265	265	270	275	261	265	266	271	276	261	265	266	271	276	276	278	280	120-139
145	278	282	282	287	292	278	282	283	288	293	278	282	283	288	293	293	295	297	<120
150	295	299	299	304	309	295	299	300	305	310	295	299	300	305	310	310	312	314	≥180
155	312	316	316	321	326	312	316	317	322	327	312	316	317	322	327	327	329	331	160-179
160	329	333	333	338	343	329	333	334	339	344	329	333	334	339	344	344	346	348	140-159
165	346	350	350	355	360	346	350	351	356	361	346	350	351	356	361	361	363	365	120-139
170	363	367	367	372	377	363	367	368	373	378	363	367	368	373	378	378	380	382	<120
175	380	384	384	389	394	380	384	385	390	395	380	384	385	390	395	395	397	399	≥180
180	397	401	401	406	411	397	401	402	407	412	397	401	402	407	412	412	414	416	160-179
185	414	418	418	423	428	414	418	419	424	429	414	418	419	424	429	429	431	433	140-159
190	431	435	435	440	445	431	435	436	441	446	431	435	436	441	446	446	448	450	120-139
195	448	452	452	457	462	448	452	453	458	463	448	452	453	458	463	463	465	467	<120
200	465	469	469	474	479	465	469	470	475	480	465	469	470	475	480	480	482	484	≥180
205	482	486	486	491	496	482	486	487	492	497	482	486	487	492	497	497	499	501	160-179
210	499	503	503	508	513	499	503	504	509	514	499	503	504	509	514	514	516	518	140-159
215	516	520	520	525	530	516	520	521	526	531	516	520	521	526	531	531	533	535	120-139
220	533	537	537	542	547	533	537	538	543	548	533	537	538	543	548	548	550	552	<120
225	550	554	554	559	564	550	554	555	560	565	550	554	555	560	565	565	567	569	≥180
230	567	571	571	576	581	567	571	572	577	582	567	571	572	577	582	582	584	586	160-179
235	584	588	588	593	598	584	588	589	594	599	584	588	589	594	599	599	601	603	140-159
240	601	605	605	610	615	601	605	606	611	616	601	605	606	611	616	616	618	620	120-139
245	618	622	622	627	632	618	622	623	628	633	618	622	623	628	633	633	635	637	<120
250	635	639	639	644	649	635	639	640	645	650	635	639	640	645	650	650	652	654	≥180
255	652	656	656	661	666	652	656	657	662	667	652	656	657	662	667	667	669	671	160-179
260	669	673	673	678	683	669	673	674	679	684	669	673	674	679	684	684	686	688	140-159
265	686	690	690	695	700	686	690	691	696	701	686	690	691	696	701	701	703	705	120-139
270	703	707	707	712	717	703	707	708	713	718	703	707	708	713	718	718	720	722	<120
275	720	724	724	729	734	720	724	725	730	735	720	724	725	730	735	735	737	739	≥180
280	737	741	741	746	751	737	741	742	747	752	737	741	742	747	752	752	754	756	160-179
285	754	758	758	763	768	754	758	759	764	769	754	758	759	764	769	769	771	773	140-159
290	771	775	775	780	785	771	775	776	781	786	771	775	776	781	786	786	788	790	120-139
295	788	792	792	797	802	788	792	793	798	803	788	792	793	798	803	803	805	807	<120
300	805	809	809	814	819	805	809	810	815	820	805	809	810	815	820	820	822	824	≥180
305	822	826	826	831	836	822	826	827	832	837	822	826	827	832	837	837	839	841	160-179
310	839	843	843	848	853	839	843	844	849	854	839	843	844	849	854	854	856	858	140-159
315	856	860	860	865	870	856	860	861	866	871	856	860	861	866	871	871	873	875	120-139
320	873	877	877	882	887	873	877	878	883	888	873	877	878	883	888	888	890	892	<120
325	890	894	894	899	904	890	894	895	900	905	890	894	895	900	905	905	907	909	≥180
330	907	911	911	916	921	907	911	912	917	922	907	911							

North Africa and Middle East

Afghanistan, Algeria, Bahrain, Egypt, Iran (Islamic Republic of), Iraq, Jordan, Kuwait, Lebanon, Libya, Morocco, occupied Palestinian territory, Oman, Qatar, Saudi Arabia, Sudan, Syrian Arab Republic, Tunisia, Turkey, United Arab Emirates, Yemen



North Africa and Middle East

* Pour une utilisation facile des tableaux, télécharger l'application WHOPEN.

L'évaluation gériatrique est un processus qui permet d'évaluer les capacités médicales, psychosociales, environnementales, et fonctionnelles des personnes âgées (personnes âgées de 65 ans et plus). Cela permet d'identifier leurs besoins, d'améliorer leur bien-être, de gérer les maladies identifiées dans des délais raisonnables, et de prévenir leurs complications. Après l'évaluation, un plan coordonné avec des objectifs bien identifiés doit être élaboré pour maintenir une bonne santé globale tout au long du processus naturel de vieillissement. L'évaluation doit être adaptée aux objectifs de soins du patient et à son espérance de vie.

Les préférences préalables en matières de soins (c'est-à-dire les souhaits de traitement de fin de vie au cas où la personne âgée deviendrait incapable de parler pour elle-même) peuvent être discutées et documentées. L'évaluation gériatrique est mieux quand elle est répartie sur plusieurs visites et menée par une équipe multidisciplinaire.

Lors d'un entretien avec un patient âgé :

- Encourager la personne à participer aux décisions
- Évaluer les barrières à l'assimilation de l'information.
- Lui fournir des informations sur la protection de la santé, la promotion de la santé et la prévention des maladies.
- Inclure les membres de la famille et/ou les proches aidants du patient dans les activités d'enseignement/ d'apprentissage (éducation des patients).

L'évaluation gériatrique globale est une tâche multidisciplinaire et comprend l'évaluation de 4 éléments principaux :

1. Évaluation physique
2. Évaluation fonctionnelle, sociale et environnementale
3. Composantes psychologiques
4. Revue des médicaments

Sous-composante	Recommandations	Outil utilisé	Commentaires	Recommandations clés
Physical Assessment				
Capacité cognitive / mémoire	Évaluation à effectuer si symptomatique, ou chez les personnes présentant des troubles de la mémoire, soit exprimés par eux-mêmes, soit notés par un soignant ou un prestataire de soins.	Mini-Cog, Mini Mental Status Examination OU test de maîtrise verbale (c'est-à-dire donner aux personnes âgées 60 secondes pour énumérer verbalement autant de choses (au moins 20) que possible dans une catégorie)		
Incontinence urinaire	Évaluer la présence d'incontinence urinaire chaque année	Question directe (lors de l'entretien)		

Sous-composante	Recommandations	Outil utilisé	Commentaires	Recommandations clés
L'acuité auditive	Évaluer l'acuité auditive chaque année	Test de chuchotement		Se référer pour audiométrie
Consommation du tabac	Vérifier à chaque visite	Question directe (lors de l'entretien)		
Fonctionnalité sexuelle	Évaluer annuellement	Question directe (lors de l'entretien)		
Marche, équilibre, risque de chute	Évaluer la marche et l'équilibre chaque année	Observation directe avec le test Timed Up and Go / pression artérielle orthostatique. Une question : êtes-vous tombé au cours de la dernière année ?	Une évaluation approfondie et multifactorielle du risque de chute doit être réservée aux patients qui répondent affirmativement à la question ou à ceux qui mettent plus de 12 secondes pour effectuer le test Timed Up and Go.	<ul style="list-style-type: none"> • Faire du sport, en particulier des exercices d'équilibre, de force musculaire, et encourager la marche. • Supplémentation en vitamine D3 • Retrait ou minimisation des médicaments psychoactifs et autres. • Adaptation ou modification de l'environnement à domicile • Gestion des problèmes de pieds et de chaussures • Prise en charge de l'hypotension orthostatique
Acuité visuelle	Évaluer l'acuité visuelle chaque année	Carte de Snellen et vision de près		<ul style="list-style-type: none"> • Une supplémentation quotidienne en vitamines AREDS 2 retarde la perte de vision chez les patients atteints de dégénérescence maculaire liée à l'âge. • Le fénofibrate peut ralentir la progression de la rétinopathie diabétique. Il est déconseillé en cas de maladie rénale. • Counseling pour arrêter de fumer.

Sous-composante	Recommandations	Outil utilisé	Commentaires	Recommandations clés
État bucco-dentaire	Évaluer chaque année principalement les maladies bucco-dentaires, la perte de dents, l'entretien des prothèses dentaires et les facteurs de risque de maladies bucco-dentaires (tels que l'hygiène bucco-dentaire et les habitudes alimentaires).	Question directe (lors de l'entretien) et examen bucco-dentaire.		<ul style="list-style-type: none"> • Référer au dentiste • Counseling général en matière de santé bucco-dentaire.
Nutrition/ changement de poids	Évaluer régulièrement toute perte de poids et toute présence de malnutrition (au moins une fois par an).	Questions sur la diète ; mesurer le poids et la taille (indice de masse corporelle).		Perte de poids involontaire de plus de 5 % dans un délai de 6 à 12 mois : évaluation de base (examen physique, tests de laboratoire, radio des poumons, FIT +/- échographie abdominale).

Évaluation fonctionnelle, sociale et environnementale

État fonctionnel	Évaluer l'état fonctionnel (capacité à effectuer des activités nécessaires ou souhaitables dans la vie quotidienne) régulièrement (au moins une fois par an)	<p>Les activités personnelles de la vie quotidienne (soin personnel) et sur les activités instrumentales de la vie quotidienne (entretenir leur ménage de manière indépendante)</p> <p>Échelle de mesure des activités plus vastes de la vie quotidienne</p> <p>Échelle de Nottingham pour les activités de la vie quotidienne plus vastes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre le bain • S'habiller • Faire la toilette • Préserver la continence • Prendre soin de son apparence • Se nourrir • Se déplacer d'un endroit à l'autre • Faire les courses • Conduire ou utiliser les transports publics • Utiliser le téléphone • Effectuer des tâches ménagères • Effectuer des réparations à domicile • Préparation des repas • Faire la lessive • Prendre des médicaments • Gérer les finances 	<ul style="list-style-type: none"> • Viser au moins 150 minutes d'activité aérobique d'intensité modérée (marche, natation, course, etc.) ou deux jours d'entraînement en résistance par semaine (squat, pompes, planche, etc.). • Les exercices de flexibilité améliorent et maintiennent l'amplitude des mouvements des articulations. • Entraînement à l'équilibre (Yoga) +++
------------------	--	--	---	---

Sous-composante	Recommandations	Outil utilisé	Commentaires	Recommandations clés
Activité physique et exercices	Évaluer annuellement	Question directe (lors de l'entretien)		
Support financier et social	Déterminer qui serait disponible pour l'aider s'il/elle tombe malade – rechercher les signes alarmants : vivre seul, signes de maltraitance, handicap, etc.	Prendre une histoire sociale et évaluer la situation financière ; observer et vérifier tout éventuel abus.		
Vérifier la sécurité à domicile	Évaluer tout risque environnemental potentiel à domicile (réalisé généralement par les membres de l'équipe multidisciplinaire)	Visite à domicile avec une liste de contrôle pour la sécurité à domicile		
Composantes psychologiques				
Humeur	Dépister chaque année tous les bénéficiaires âgés pour la dépression	Utiliser le PHQ2 suivi du PHQ9 si besoin		
Revue des médicaments				
Polymédication	Examiner et concilier les médicaments (liste à jour des médicaments, y compris les médicaments en vente libre et à base de plantes) à chaque visite (au moins une fois par an).	Entretien et examen des dossiers : Évaluer la duplication, les interactions entre les médicaments et les maladies, ou les médicaments entre eux, l'observance et l'abordabilité.		

Recommandations pour la vaccination selon disponibilité :

- Vaccin annuel contre la grippe
- Le vaccin antipneumococcique conjugué 13-valent à 65 ans et le vaccin antipneumococcique polysaccharidique 23-valent un an plus tard.
- Deux doses de vaccin recombinant contre le zona, administrées à deux à six mois d'intervalle pour les adultes immunocompétents de 50 ans ou plus.
- Vaccin de rappel aux anatoxines diphtériques (TD) tous les 10 ans



DÉFINITION ●●

Un mode de vie sain aide à prévenir les maladies, notamment les maladies chroniques telles que l'hypertension, le diabète et les maladies cardiovasculaires. Les modifications du mode de vie concernent les facteurs de risque comportementaux tels que la diète non équilibrée, le tabagisme, l'inactivité physique et la consommation nuisible d'alcool. Le counseling offre aux patients les connaissances et les aptitudes adéquates pour faire des modifications favorisant un mode de vie sain.



COMPOSANTES D'UN MODE DE VIE SAIN ●●

Régime équilibré

- Principes d'un régime alimentaire sain :
 - Équilibré dans les apports énergétiques : les besoins énergétiques varient selon le sexe, l'âge, le poids, la taille et le niveau d'activité.
 - Apports adéquats en éléments nutritionnels, notamment en protéines, glucides, graisses, vitamines et minéraux.
 - Diversifié : la diversité dans un régime alimentaire signifie une variété de produits alimentaires provenant de différents groupes alimentaires.
- Une alimentation saine comprend une variété de fruits entiers, de légumes, de haricots et de légumineuses, de noix et de grains entiers (comme l'avoine à grains entiers, le blé et le riz).



Manger principalement des **fruits entiers, des légumes, des haricots, des grains entiers, du poisson et des noix** (évités les aliments transformés). La viande rouge peut être consommée 1 à 2 fois par semaine et les volailles 2 à 3 fois par semaine.



Manger au moins 5 portions de fruits et légumes par jour (au moins 400 g)



Limiter la consommation totale de sucre ajouté à un maximum de 12 cuillères à café par jour (50g)



Les graisses insaturées (poisson, noix, huile d'olive, avocats) sont préférables aux graisses saturées (viandes grasses, beurre, huile de palme, fromages gras...). Les graisses industrielles (acides gras trans) présentes dans le «fast-food», les aliments frits, les biscuits et gâteaux prêt-à-manger ne devraient PAS faire partie d'un régime alimentaire sain.



Limiter la consommation de sel à moins de 5 g par jour (1 cuillère à café) et utiliser du sel iodé.

- Consommation d'au moins **cinq portions** par jour de **fruits et légumes** variés. Une portion correspond par exemple à une orange, une pomme, une mangue, une banane ou à 1 tasse de crudités sur 1/2 tasse de légumes cuits.



COMPOSANTES D'UN MODE DE VIE SAIN (suite) ○●

- **La plupart des graisses alimentaires doivent être insaturées.** Les graisses/huiles insaturées se trouvent généralement dans les aliments végétaux tels que les graines, les noix, les huiles végétales, l'huile d'olive, ainsi que le poisson et les fruits de mer. Les graisses insaturées peuvent être soit polyinsaturées (comme dans les huiles de tournesol, de soja, de maïs et de sésame), soit monoinsaturées (par exemple, l'huile d'olive). Il est conseillé de consommer jusqu'à 10 % de calories provenant de graisses polyinsaturées et environ 15 % de calories provenant de graisses monoinsaturées.
- **Réduction de la consommation totale de graisses et de graisses saturées.** Les graisses saturées se trouvent principalement dans les produits d'origine animale comme la viande, le lait, le beurre, la crème, le fromage, le ghee et le saindoux.
- **Limiter les acides gras trans** que l'on retrouve dans les aliments transformés, le «fast-food», les snacks, les aliments frits, les pizzas surgelées, les tartes, les biscuits, la margarine et les tartinades.
- **Réduction de l'apport quotidien total en sel** à < 5 g par jour (équivalent à un apport en sodium inférieur à 2 g par jour soit environ 1 cuillère à café de sel). Voir des exemples de sources de sel dans le tableau ci-dessous.

Sources de sel dans le régime alimentaire	Exemples communs
Aliments transformés / prêts à consommer	<ul style="list-style-type: none">• Soupes en poudre et sauces prêtes à consommer• Cubes de bouillon pour la cuisson des ragoûts• Des snacks prêts-à-manger telles que des chips, certaines barres de céréales, des biscuits prêts à consommer, des bretzels et des crackers,• Fromages fondus et charcuteries• Repas prêts à manger surgelés ou produits préemballés transformés de plats prêts à manger
Les aliments en conserve	<ul style="list-style-type: none">• Légumes en conserve (comme les pois, le maïs et les carottes)• Haricots en conserve («foul», «houmous», lentilles et haricots)• Thon, sardines et autres fruits de mer en conserve• Viandes transformées en conserve
Aliments fermentés/salés en conserve ou fumés	<ul style="list-style-type: none">• Cornichons de concombre, « Makdous », Olives• Tout autre aliment fermenté
Pains	<ul style="list-style-type: none">• Le pain arabe blanc, s'il est consommé en grande quantité, peut contribuer à la consommation de sel.• Certains pains traditionnels comme le Markouk peuvent également contenir des quantités considérables de sel
Autres	<ul style="list-style-type: none">• Thym (zaatar) (le zaatar fabriqué traditionnellement peut être produit avec moins de sel)• Keshek• Noix salées

- **Minimisation du sucre ajouté à moins de 5 à 10 % de l'apport énergétique total ajouté**, ce qui équivaut à 25 à 50 g (soit environ 6 à 12 cuillères à café).



COMPOSANTES D'UN MODE DE VIE SAIN (suite) ○●

Activité physique

- **Au moins 150 minutes d'activité physique modérée** (légère augmentation de la fréquence cardiaque ou de la fréquence respiratoire) réparties tout au long de la semaine (30 minutes par jour pendant au moins 5 jours par semaine), **ou**
- **Au moins 75 minutes d'activité physique vigoureuse** réparties tout au long de la semaine (25 minutes par jour pendant au moins 3 jours par semaine).
- Activités de **renforcement musculaire** impliquant les principaux groupes musculaires deux jours ou plus par semaine.
- **Limiter** le temps de sédentarité.

Activité physique modérée	Activité physique vigoureuse	Activité de renforcement musculaire
<ul style="list-style-type: none">• Marcher rapidement• Monter des escaliers• Danser• Jardiner• Faire des tâches ménagères	<ul style="list-style-type: none">• Jardiner vigoureusement• Courir• Faire de la bicyclette rapidement• Nager rapidement• Jouer au football, au basket-ball ou à un autre sport	<ul style="list-style-type: none">• Soulever des poids• Faire des push-ups et sit-ups et squats• Monter des escaliers• Marcher en montée

Contrôle du poids

- Les personnes ayant un IMC élevé souffrent de surpoids ($25 \geq \text{IMC} < 30$) ou obésité ($\text{IMC} \geq 30 \text{ Kg/m}^2$) et doivent être encouragées à perdre du poids en combinant un régime hypocalorique (conseils diététiques) avec une activité physique accrue. Lorsque cela est possible, ces personnes doivent être orientées vers une diététicienne.
- Orienter les personnes obèses vers des interventions comportementales intensives et à composantes multiples. Ceci comprend :
 - Fixer des objectifs de perte de poids ou d'autres activités de changement comportemental
 - Surmonter les obstacles au changement
 - Améliorer l'alimentation et augmenter l'activité physique
 - Autosurveillance
 - Établir des stratégies pour maintenir ces changements de style de vie

Conseils de perte de poids

- Viser une perte de poids d'environ 0,5 kg par semaine, jusqu'à 1 kg/semaine.
- Se concentrer sur le contrôle des portions (la diminution de la taille des portions est l'une des stratégies les plus efficaces pour encourager et maintenir la perte de poids)
- Augmenter les aliments riches en fibres et riches en nutriments tels que les fruits, les légumes, les légumineuses/haricots et les grains entiers.
- Limiter les aliments à fort apport énergétique tels que les sucreries et les desserts, les aliments frits et les aliments gras (comme le beurre, le ghee, les viandes grasses et le «fast-food»)
- Limiter les sucres ajoutés tels que les boissons sucrées (sodas et jus), les sucreries et les desserts.



COMPOSANTES D'UN MODE DE VIE SAIN (suite) ○●

Consommation d'alcool

- La consommation nuisible d'alcool se traduit par une consommation quotidienne élevée, ainsi que des épisodes isolés ou répétés de consommation d'alcool jusqu'à l'ivresse. Dépister à l'aide d'une seule question directe : combien de fois au cours de la dernière année avez-vous bu cinq verres (quatre pour les femmes) ou plus par jour ? Si la réponse du patient est 1 verre ou plus, un outil plus détaillé tel que l'AUDIT (outil en 10 questions) est recommandé (<http://auditscreen.org/>). De brèves interventions de counseling multi contact (5 à 10 minutes) sont efficaces. Les interventions de counseling comprennent la discussion de la consommation d'alcool du patient par rapport aux normes nationales, des effets indésirables de l'alcool spécifiques au patient et des accords mutuels sur des quantités de consommation spécifiques. Ce feedback normatif peut être utilisé avec les entretiens motivationnels.
- Le fait de ne pas consommer plus de deux unités d'alcool au quotidien (une unité par jour pour les femmes non enceintes) et ne consommer aucun alcool plusieurs jours de la semaine, diminue le risque de l'individu de subir les répercussions néfastes de la consommation d'alcool.

Consommation de tabac

- Toutes les personnes doivent être conseillées de ne pas fumer ni utiliser de produits du tabac et éviter le tabagisme passif.
- Il faut conseiller à tous les fumeurs d'envisager d'arrêter de fumer, en utilisant la technique des 5As (Ask, Advice, Assess, Assist and Arrange) : Poser des questions, Conseiller, Évaluer, Aider, Soutenir, et Organiser.
- Une thérapie de remplacement de la nicotine et/ou d'autres médicaments pour arrêter de fumer peuvent être proposés au besoin (si disponibles).



SECTION 2

MALADIES CHRONIQUES

A. <i>Asthme – J45.0</i>	26
B. <i>Dépression – F32.9</i>	30
C. <i>Diabète - Type 2 – E11</i>	37
D. <i>Dyslipidémie – E78.5</i>	43
E. <i>Hypertension – I10</i>	46
F. <i>Maladie coronarienne – I25</i>	51
G. <i>Obésité – E66</i>	53
H. <i>Hypothyroïdie – E03.9</i>	56
I. <i>Hyperthyroïdie – E05</i>	59
J. <i>Nodules thyroïdiens – E04.1</i>	61



DÉFINITION ●●●●

Maladie inflammatoire chronique des voies respiratoires, caractérisée par des crises récurrentes de toux, de dyspnée et de respiration sifflante dues à des degrés variables et réversibles d'obstruction des voies respiratoires liées à une hypersensibilité.



INTERROGATOIRE ●●●●

- Symptômes récurrents d'obstruction des voies respiratoires ou d'hyperréactivité bronchique : dyspnée, toux, respiration sifflante, oppression thoracique (pire la nuit ou tôt le matin).
- Sévérité, fréquence et durée des symptômes.
- Fréquence des visites aux salles d'urgence et d'hospitalisations.
- Déclencheurs : infections virales, animaux à fourrure ou à poils, allergènes (pollen, acariens, moisissures, cafards...), non allergiques (fumée, exercice, air froid, stress, brûlures d'estomac, écoulement postérieur évocateur de sinusite, médicaments ex. Aspirine, AINS, bêtabloquants).
- Exacerbation de l'asthme au travail et son amélioration loin du lieu de travail (par exemple le week-end) : évocateur d'un asthme professionnel ou aggravé par le travail.
- Confirmer le diagnostic de l'asthme dès le départ, car cela devient plus difficile une fois le traitement initié.



EXAMEN CLINIQUE ●●●●

- Souvent normal entre les exacerbations.
- Yeux : hyperhémie conjonctivale, cernes sombres et décolorées sous les yeux («ocular shiners»).
- Nez : augmentation des sécrétions nasales, tuméfaction des muqueuses, polype nasal, pli transversal du nez.
- Poumons : expiration prolongée, sibilants à l'auscultation (peuvent être absents, mais leur présence augmenterait la probabilité d'asthme), rechercher des sibilants à l'expiration forcée, une distension du thorax et des signes de détresse respiratoire.
- Peau: apparition de maladies cutanées allergiques, dermatite atopique, eczéma.



DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES ●●●●

- Le diagnostic de l'asthme nécessite la présence de symptômes respiratoires épisodiques avec obstruction réversible des voies respiratoires et l'exclusion d'autres maladies imitant l'asthme.
- Le diagnostic repose sur l'interrogatoire, l'examen physique et les résultats de la spirométrie.
- La spirométrie (VEMS, CVF et VEMS/CVF) est recommandée chez tout patient âgé de plus de 5 ans au moment du diagnostic initial. Le VEMS doit être également mesuré 3 à 6 mois après le début du traitement, puis une fois par an.
- Le traitement de contrôle doit être débuté dès que possible après le diagnostic d'asthme.
 - Les CSI (corticostéroïdes inhalés) à faible dose sont recommandés pour tous les patients présentant un diagnostic d'asthme et l'un des éléments suivants : Symptômes d'asthme > deux fois par mois ; Réveils nocturnes > une fois par mois ; Facteurs de risque d'exacerbation : VEMS faible, hospitalisations antérieures pour exacerbations de l'asthme
 - Des doses moyennes/élevées de CSI ou de CSI/LABA peuvent être initiées en cas de symptômes d'asthme présents la plupart du temps, de réveils nocturnes > une fois par semaine.

L'ensemble d'interventions essentielles contre les maladies non transmissibles (PEN) de l'OMS a été élaboré pour améliorer la prise en charge des MNT dans les soins de santé primaires dans les contextes à faibles ressources. PEN comprend des protocoles pour l'évaluation, le diagnostic et la prise en charge de l'asthme, ainsi que des modules sur le counseling pour un mode de vie sain, y compris le sevrage du tabac et le selfcare. Veuillez télécharger l'application WHOPEN pour plus d'informations.

PRISE EN CHARGE DE L'ASTHME

Symptômes respiratoires typiques de l'asthme

Interrogatoire détaillé/examen physique

Urgence Clinique de commencer le traitement

Aucune urgence clinique pour commencer le traitement

Traitement empirique avec ICS et PRN SABA, monitorer la réponse et répéter les tests de diagnostic dans un délai de 1 à 3 mois

Effectuer une spirométrie avec test de réversibilité

Asthme confirmé

Asthme non confirmé - répéter à un autre moment ou faire d'autres tests

Étape 1

- Les symptômes sont rares, pas de réveils nocturnes dus à l'asthme, pas d'exacerbations au cours de la dernière année et un VEMS normal.
- **CSI à faible dose et SABA au besoin.**

Étape 2

- Symptômes > 2 par semaine mais pas quotidiennement, 1 à 2 réveils nocturnes par mois, > 2 exacerbations au cours des 6 derniers mois nécessitant des corticostéroïdes oraux.
- **CSI à faible dose et SABA au besoin**
- Autres options : les antagonistes des récepteurs des leucotriènes (LTRA) sont moins efficaces que les CSI ; ICS/LABA entraîne une amélioration plus rapide des symptômes et du VEMS que CSI seul.

Étape 3

- Symptômes quotidiens, 3 à 4 réveils nocturnes par mois, > 2 exacerbations au cours des 6 derniers mois nécessitant des corticostéroïdes oraux.
- **CSI/LABA à faible dose**, soit comme traitement d'entretien **plus SABA au besoin**, soit comme traitement d'entretien et de soulagement par **CSI/formotérol**.
- Autres options : CSI à moyenne dose/élevée OU CSI à faible dose + LTRA

Étape 4

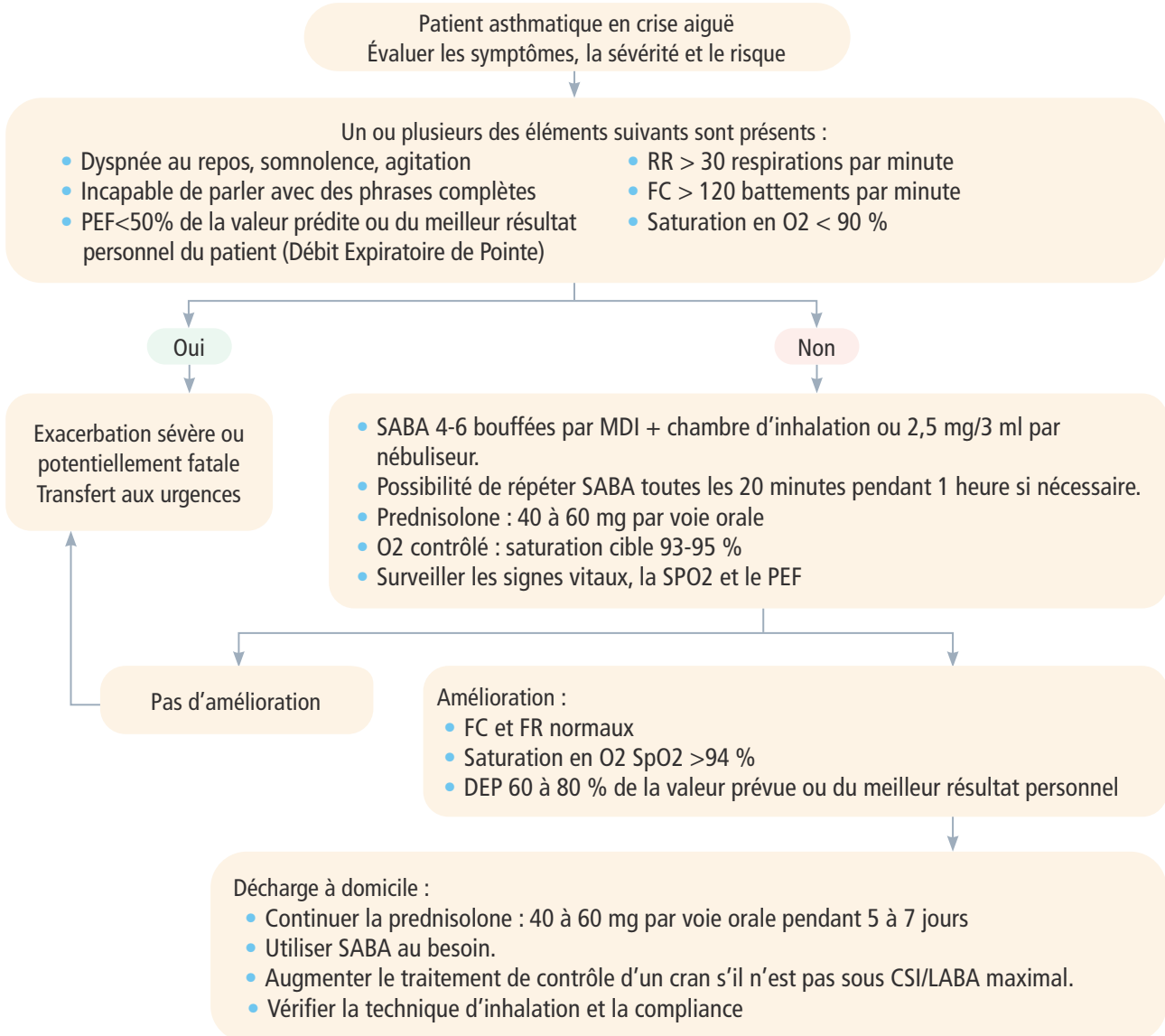
- Symptômes tout au long de la journée, > 1 réveil nocturne par semaine, > 2 exacerbations au cours des 6 derniers mois nécessitant des corticostéroïdes oraux.
- Traitement d'entretien et de soulagement par CSI/formotérol à faible dose, ou moyenne dose de CSI/LABA comme traitement d'entretien plus SABA au besoin
- Autres options : Ajout de tiotropium par inhalateur pour les patients > 12 ans ayant des antécédents d'exacerbations ; haute dose de CSI/LABA, contrôleur supplémentaire, par ex. ajout de LTRA ou de théophylline à libération lente (adultes).

Étape 5

- Référer à un spécialiste pour investigations approfondies et traitement supplémentaire.

Effectuer un suivi tous les 1 à 3 mois après le début du traitement, puis tous les 3 à 12 mois.
Si bien contrôlé pendant 3 mois, envisager de diminuer : réduire le CSI de 25 à 30 %

PRISE EN CHARGE DE L'EXACERBATION DE L'ASTHME EN CLINIQUE



Éducation du patient

- L'importance de l'activité physique et de l'exercice régulier.
- Des informations sur la nature réversible de la maladie et sur le fait que l'asthme peut être contrôlé mais nécessite un traitement continu et un suivi régulier.
- Discuter le principe des médicaments inhalés, des différents inhalateurs et techniques d'inhalation.
- Clarifier que les inhalateurs ne créent pas de dépendance, sont sûrs, et mieux que les comprimés ou le sirop.
- Les patients doivent toujours avoir leur inhalateur sur eux à chaque visite de suivi.
- L'importance de la compliance aux médicaments prescrits pour contrôler la maladie.
- Conseils concernant le contrôle des déclencheurs/précipitants :
 - » Cesser de fumer et éviter l'exposition à la fumée passive.
 - » Éviter la poussière et la fumée.
 - » Éviter les médicaments comme les AINS et les bêtabloquants.

**DÉFINITION** ●○○○○

La dépression est un trouble de l'humeur qui altère la capacité d'une personne à fonctionner au quotidien. Cela peut également affecter la prise en charge et/ou le contrôle des maladies somatiques (c'est-à-dire qu'il réduit le suivi du traitement des maladies chroniques) et peut survenir après l'accouchement (postpartum).

La dépression est causée par une interaction entre :

- Facteurs biologiques (condition médicale, génétique, sexe féminin, etc.)
- Facteurs psychologiques (expérience défavorable dans l'enfance, antécédent d'anxiété, etc.)
- Facteurs sociaux (pauvreté, environnement familial perturbé, antécédent de divorce, etc.)

La dépression est classée en tant que :

- Légère : si la personne en présente les symptômes mais peut toujours poursuivre sa vie et ses activités au quotidien
- Modérée à sévère : lorsque la personne est incapable de poursuivre ses activités sociales, professionnelles ou domestiques.

**INTERROGATOIRE** ○●○○○

- Présence de symptômes de dépression fréquents: humeur dépressive ou tristesse persistante ; diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités ; insomnie ou hypersomnie ; changement significatif de l'appétit ou du poids (diminution ou augmentation) ; sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ; fatigue ou perte d'énergie ; concentration et/ou mémoire réduites ; indécision ; nervosité ou agitation physique observable ; ralentissement psychomoteur ; le désespoir et le pessimisme quant à l'avenir ; difficulté à fonctionner au quotidien dans les domaines personnel, familial, social, académique, professionnel ou autre ; ou des idées ou tentatives suicidaires.
- Présence de symptômes physiques persistants sans cause claire tels que maux et douleurs, palpitations, etc.
- Présence de symptômes pouvant suggérer une manie : se sentir (ou se faire dire cela) pendant au moins une semaine d'élévation d'humeur, sentiment d'être extrêmement heureux, irritabilité intense, être hyperactif/hyperénergétique, diminution du sommeil ou insomnie ; bavardise extrême ; avoir des pensées accélérées qui défilent ou plein d'idées et de projets ; des idées de grandeur ; incapable de se concentrer; avoir un comportement imprudent (dépenser plus que d'habitude, conduire à grande vitesse, se disputer avec les gens).
- Présence de symptômes psychotiques (délires ou hallucinations).
- Présence de maladies concomitantes (les personnes atteintes de maladies chroniques ont un risque accru de dépression) : en particulier l'hypothyroïdie, l'anémie et d'autres maladies chroniques telles que l'hypertension, le diabète, le VIH/SIDA.



INTERROGATOIRE (suite) ●●●●●

- Consommation de substances, notamment d'alcool et de drogues illicites.
- Prise de médicaments : spécifiquement les médicaments pouvant induire des symptômes dépressifs tels que l'isotrétinoïne, le lévétiracétam, les inhibiteurs calciques, les œstrogènes, l'interféron alpha, les bêtabloquants, etc.
- Perte majeure ou deuil/chagrin.
- Pour les femmes en âge de procréation, vérifier si elles allaitent ou sont enceintes.



EXAMEN CLINIQUE ●●●●●

- Effectuer un examen clinique général



SIGNES ALARMANTS ●●●●●

- Risque imminent d'automutilation/suicide
- Antécédents de trouble bipolaire et d'épisode maniaque
- Dépression psychotique
- Toxicomanie
- Femmes enceintes/post-partum/allaitantes
- Enfants et adolescents



DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES ○○○○●

- Avant de poser le diagnostic de dépression :
 - Éliminer la présence d'autres pathologies, notamment l'hypothyroïdie et l'anémie. Si ces derniers sont suspectés, les analyses suivantes peuvent être prescrites : numération formule sanguine (CBC, plaquettes) et TSH.
 - Exclure que les symptômes dépressifs ne soient pas des effets secondaires des médicaments pris par le patient.
 - Éliminer toujours la présence de manie et d'une perte majeure ou d'un deuil.
 - Le diagnostic de dépression est posé si les critères suivants sont présents depuis au moins 2 semaines :
 - Au cours des 2 dernières semaines, présence d'au moins 1 des principaux symptômes de dépression suivants :
 - » Humeur dépressive (la majeure partie de la journée, presque tous les jours)
 - » Perte d'intérêt pour des activités qui sont habituellement agréables
 - Au cours des 2 dernières semaines, présence d'au moins 3 autres signes de dépression :
 - » Perte d'énergie, augmentation de la fatigabilité
 - » Concentration et attention réduites
 - » Diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi
 - » Idées de culpabilité et d'inutilité
 - » Perspectives négatives et pessimistes pour le futur
 - » **Idées ou/et comportement suicidaires (auto-mutilation, suicide)**
 - » Trouble de sommeil
 - » Diminution de l'appétit
 - Il faut toujours vérifier les critères de risque imminent de suicide. Référer à l'annexe pour un guide visuel. La personne est considérée comme présentant **un risque imminent d'automutilation ou de suicide** si elle :
 - Pense actuellement au suicide
- OU**
- A pensé au suicide au cours du dernier mois ou a tenté de se suicider au cours de la dernière année et est :
 - » Agitée, ou
 - » Violente, ou
 - » Peu communicative, ou
 - » En situation de détresse aiguë.

Remarque :

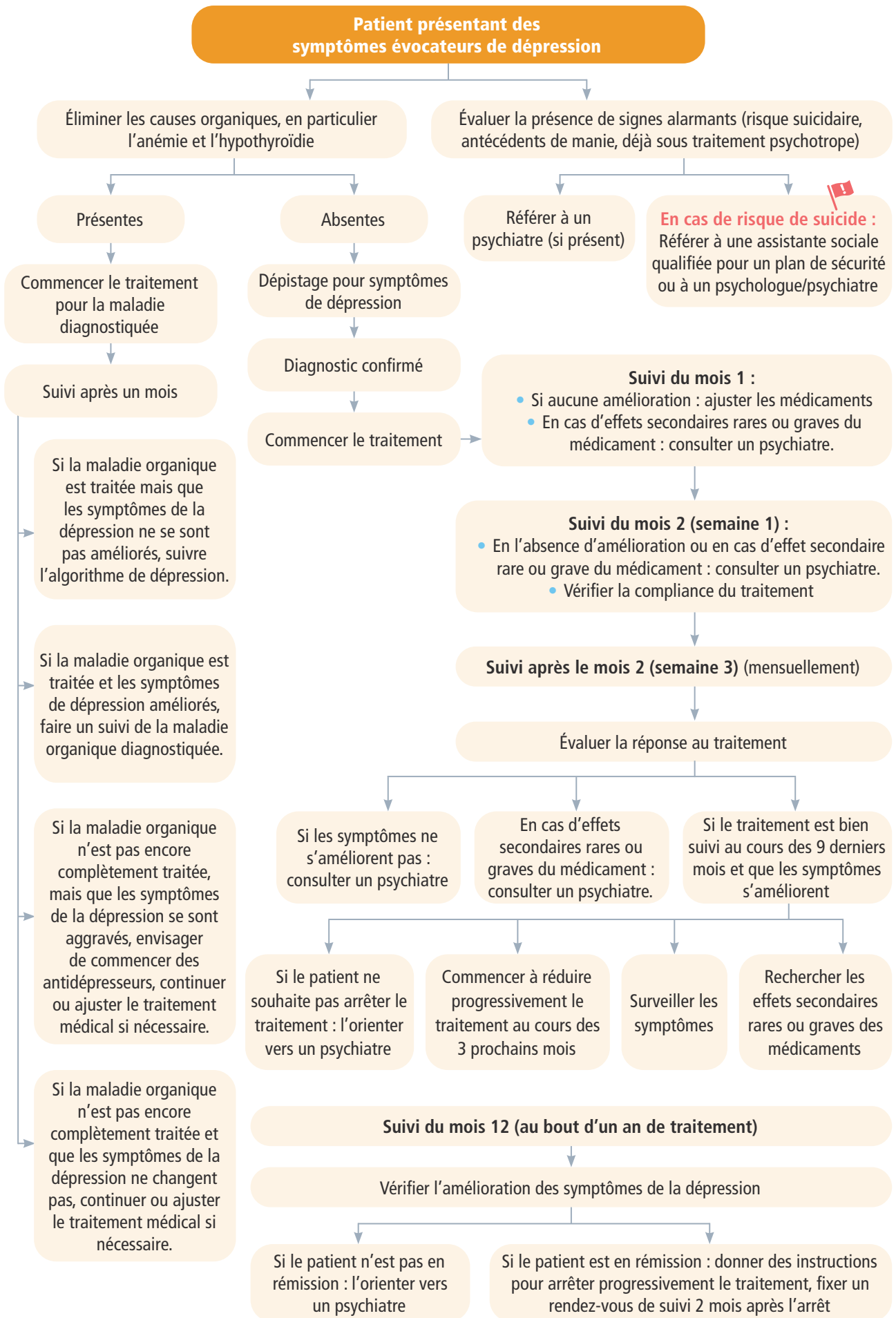
- Si ni un psychologue ni un psychiatre ne sont présents, appeler la ligne d'assistance nationale de soutien émotionnel et de prévention du suicide «1564 ».
- Évaluer le risque suicidaire à chaque visite et référer si nécessaire.



DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES (suite) ○○○○●

- Prise en charge des patients souffrant de dépression
 - Il est important de recourir à la décision partagée dans la prise en charge des patients souffrant de dépression, en appliquant les principes des soins centrés sur la personne.
 - Comprend un traitement non pharmacologique (psychoéducation, psychothérapie) et/ou pharmacologique, selon la sévérité de la maladie.
 - Offrir un suivi régulier aux patients qui souffrent de dépression.
 - La pharmacothérapie comprend une des molécules ci-dessous :
 - » Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)
 - Fluoxétine : commencer par 10 mg par jour pendant une semaine puis 20 mg par jour. En cas d'absence de réponse au bout de 6 semaines, envisager d'augmenter progressivement la dose de 20 mg par jour toutes les 4 semaines, sachant que la dose maximale est de 80 mg par jour.
 - Sertraline : commencer par 25 mg une fois par jour, augmenter de 25 à 50 mg par semaine (dose maximale 200 mg par jour). La dose minimale efficace chez l'adulte est de 50 mg par jour.
 - D'autres ISRS ou inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) peuvent également être prescrits.
 - Les effets secondaires des ISRS comprennent : agitation, nervosité, insomnie, anorexie, troubles gastro-intestinaux, maux de tête, trouble sexuel.
 - » Antidépresseurs tricycliques (ATC) :
 - Amitriptyline : commencer par 25 mg à l'heure du coucher, et augmenter de 25 à 50 mg par semaine jusqu'à 100 à 150 mg par jour (maximum 300 mg par jour). La dose minimale efficace chez l'adulte est de 75 mg.
 - Mieux vaut éviter les ATC chez les personnes âgées. À éviter chez les personnes connues avoir une maladie cardiaque, des antécédents de convulsion, d'hyperthyroïdie, de rétention urinaire ou de glaucome à angle fermé et de trouble bipolaire. À éviter chez les personnes présentant un risque élevé de suicide.
 - Les effets secondaires des ATC comprennent : hypotension orthostatique (risque de chute), sécheresse buccale, constipation, difficulté à uriner, vertige, flou visuel, effets sédatifs (même à faibles doses).
 - D'autres ATC peuvent être également prescrits.
 - » Il est toujours important de rechercher des symptômes de manie chez les patients traités pharmacologiquement.
 - » La durée du traitement est de 9 à 12 mois.
- L'arrêt des antidépresseurs peut être envisagé après 9 à 12 mois de traitement si le patient signale à la fois : aucun symptôme ou symptômes minimes ET une fonction quotidienne adéquate. Le cas échéant, il est important de :
 - Discuter du plan avec le patient avant de réduire la dose
 - Décrire les premiers symptômes d'une rechute
 - Planifier les suivis de routine et d'urgence
 - Réduire les doses progressivement à des intervalles d'au moins 4 semaines

Remarque : La dépression chez les personnes âgées peut présenter des symptômes semblables à ceux de la démence.



Éducation du patient

- Éduquer le patient sur sa maladie (Psychoéducation), en mettant en évidence les éléments suivants :
 - » La dépression est un problème de santé mentale fréquent, les gens peuvent s'en remettre et un traitement efficace est possible.
 - » Les médicaments ne créent pas de dépendance.
 - » Les médicaments mettent 2 à 4 semaines pour commencer à avoir un effet.
 - » Les médicaments doivent être pris régulièrement et exactement tel que prescrits par le médecin.
 - » Poursuivre les activités d'intérêt.
 - » Maintenir un cycle de sommeil régulier (c'est-à-dire essayer de se lever à la même heure chaque jour).
- Aborder les facteurs de stress psychosociaux actuels : identifier les membres de la famille qui vous soutiennent et les impliquer autant que possible et convenable.
- Réactiver les réseaux sociaux.
- Conseiller au patient de suivre un programme d'activité physique structuré : par exemple marcher 45 minutes, trois fois par semaine.

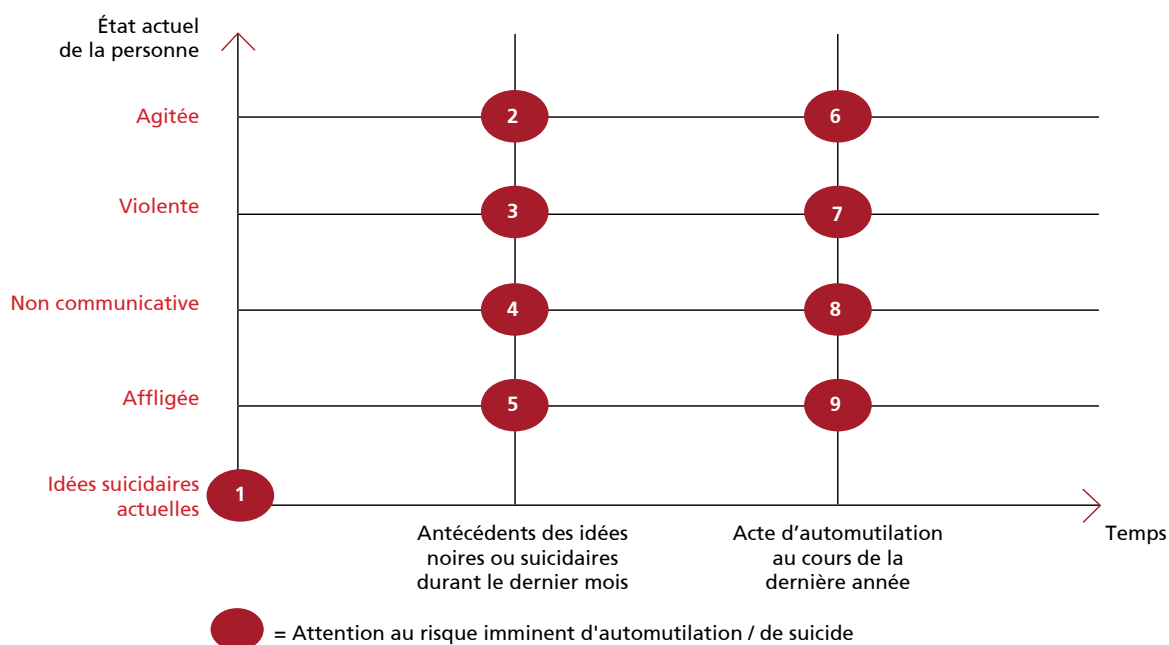
ANNEXE

Bilan - Cas non URGENTS

AUTOMUTILATION / SUICIDE

I. Évaluer si la personne présente un risque imminent d'automutilation ou de suicide

Graphique clarifiant les différents scénarios qui indiquent que la personne présente un risque imminent d'automutilation/suicide



Évaluation - Cas non URGENTS

AUTOMUTILATION / SUICIDE

Tableau expliquant les différents scénarios mentionnés dans le graphique et comment poser des questions sur l'automutilation ou le suicide

Scénario	Explication	À poser au patient (ou soignant)
1	Avoir en ce moment des idées ou de planification d'automutilation ou de suicide	Avez-vous des pensées de vous faire mal ou mettre fin à votre vie ?
2	Actuellement agitée et a pensé ou planifié l'automutilation/le suicide au cours du mois dernier	Avez-vous fait des plans, au cours du mois dernier, de vous faire mal ou de mettre fin à votre vie ?
3	Actuellement agressive et a pensé ou planifié l'automutilation/le suicide au cours du mois dernier	
4	Actuellement non communicative et a pensé ou planifié une automutilation/un suicide au cours du mois dernier	
5	Actuellement en détresse et a pensé ou planifié une automutilation/un suicide au cours du mois dernier	
6	Actuellement agitée et s'est fait du mal au cours de la dernière année	Avez-vous tenté, au cours de la dernière année, de vous faire mal ou de mettre fin à votre vie ?
7	Actuellement agressive et s'est fait du mal au cours de la dernière année	
8	Actuellement non communicative et s'est fait du mal au cours de la dernière année	
9	Actuellement en détresse et s'est fait du mal au cours de la dernière année	

Si **OUI** à l'un des scénarios mentionnés ci-dessus

La personne présente un risque imminent d'automutilation ou de suicide

**DÉFINITION** ●○○○

Le diabète de type 2 est une maladie métabolique chronique caractérisée par une insulino-résistance et un déficit progressif de la sécrétion d'insuline, menant à une hyperglycémie, ce qui entraîne avec le temps des complications graves, notamment une néphropathie, une rétinopathie, une neuropathie et une athérosclérose accélérée (des artères coronaires, des artères cérébrales) et maladies artérielles périphériques).

Le diagnostic de diabète repose sur deux lectures anormales de l'un des marqueurs suivants : glycémie à jeun (FBS), hémoglobine glycosylée (Hba1c) ou épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO), soit à partir du même échantillon, soit de deux échantillons distincts.

Pas besoin d'un deuxième test en cas de diagnostic clinique clair (crise hyperglycémique ou présence de symptômes classiques avec une glycémie aléatoire [RPG] > 200 mg/dl).

	Taux normal de glycémie	Pré-diabète	Diabète
Glycémie à jeun (FBS) (mg/dl)	FBS < 100	100 ≤ FBS < 126	FBS ≥ 126
Glycémie aléatoire (RPG) en présence de symptômes (mg/dl)	RPG < 200		RPG ≥ 200
Hba1c (%)	Hba1c < 5.7	5.7 ≤ Hba1c ≤ 6.4	Hba1c ≥ 6.5
2 heures – HGPO (mg/dl)	PG < 140	140 ≤ PG < 200	PG ≥ 200

**INTERROGATOIRE** ●●○○

- Présence de symptômes classiques du diabète, le cas échéant : polyurie, polydipsie, polyphagie et perte de poids inexplicée.
- Présence de facteurs de risque : diabète chez les parents du premier degré, surpoids, obésité ou acanthosis nigricans (c'est-à-dire manifestations cutanées de l'insulino-résistance), sédentarité, femmes connues avoir le syndrome des ovaires polykystiques et/ou antécédent de diabète gestationnel, maladies cardiovasculaires et facteurs de risque associés (hypertension, faible HDL < 35 mg/dl et/ou triglycérides élevés > 250 mg/dl).
- Facteurs liés au mode de vie : tabagisme, alcool, usage de substances, régime alimentaire, activité physique et habitudes de sommeil.
- Présence de complications et symptômes liés au diabète : troubles de la vision, douleurs thoraciques, dyspnée, œdème, dysfonction érectile, stéatose hépatique (non alcoolique), neuropathie périphérique comprenant engourdissement des membres, etc.
- Histoire psychosociale : y compris l'éducation, l'emploi, la sécurité financière, le logement, le soutien social existant et le dépistage de la dépression et/ou de l'anxiété.
- Prises médicamenteuses, en particulier des médicaments qui augmentent le risque de diabète, comme les stéroïdes oraux et les antipsychotiques.
- Présence d'affections dentaires.
- Antécédents familiaux de diabète de type 2.



EXAMEN CLINIQUE ○○○●

- Mesurer la taille et le poids avec le calcul de l'IMC (kg/m²) et du tour de taille.
- Mesurer la tension artérielle (mesures orthostatiques quand c'est indiqué) et la fréquence cardiaque.
- Effectuer un examen physique général comprenant un examen cardiopulmonaire, de l'abdomen et un examen neurologique en mettant l'accent sur les éléments suivants :
 - Fond d'œil (mieux réalisé par un ophtalmologue avec un examen de fond de l'œil dilaté).
 - Palpation de la thyroïde.
 - Examen de la peau (pour l'acanthosis nigricans).
 - Examen complet des pieds :
 - » Inspecter l'intégrité de la peau, notamment entre les orteils et sous les têtes métatarsiennes. Rechercher les zones d'érythème, de chaleur ou de formation de cal. Déceler les déformations osseuses, la mobilité articulaire, la marche et l'équilibre.
 - » Palper les pouls pédiéux et tibial postérieur.
 - » Évaluer la présence ou l'absence de réflexes rotulien et achilléen.
 - » Évaluer la proprioception, la sensation vibratoire (à l'aide d'un diapason de 128 Hz), la sensation du monofilament, de la piqûre d'épingle, et les réflexes achilléens.



DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES ○○○●

- **Conseils de dépistage**
 - Le dépistage du diabète est recommandé chez tous les adultes âgés de 40 ans et plus, ainsi que chez les adultes de tout âge en surpoids ou obèses présentant un ou plusieurs facteurs de risque de diabète.
 - Répéter le dépistage tous les 3 ans si les résultats sont normaux, et annuellement en cas de prédiabète.
 - Le jeûne se définit par aucun apport calorique pendant au moins 8 heures (jeûne de 8 à 14 heures).
 - Les valeurs de glycémie à jeun s'appliquent aussi bien aux échantillons de sang veineux que capillaire.
 - L'Hba1c est une mesure de la glycémie moyenne au cours des 8 à 12 semaines précédentes. Les résultats d'Hba1c peuvent être inexacts en présence de certaines conditions (anémie hémolytique et autres anémies, déficit en G6PD, insuffisance rénale terminale, transfusion sanguine récente).
- **Évaluation des patients diabétiques**
 - Effectuer des tests de base : profil lipidique à jeun, FBS, Hba1c, tests de la fonction hépatique (SGPT, SGOT), créatinine sérique, FNS (formule numération sanguine), plaquettes, dosage de l'excrétion urinaire d'albumine avec rapport albumine/créatinine sur spot urinaire et électrocardiogramme (ECG).
 - Évaluer le risque cardiovasculaire chez tous les patients atteints de diabète au moment du diagnostic et périodiquement par la suite.
- **Prise en charge des patients diabétiques**
 - Il est important de partager les décisions dans la prise en charge des patients diabétiques avec eux, en appliquant les principes des soins centrés sur la personne. Cela est particulièrement important lors de la sélection du type de médicaments, où les effets sur les comorbidités cardiovasculaires et



DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES (suite) ○○○●

rénales, l'efficacité, le risque d'hypoglycémie, l'impact sur le poids, le coût, les effets secondaires et les préférences des patients doivent être pris en compte.

- Une prise en charge non pharmacologique incluant des modifications du mode de vie est recommandée pour tous les patients diagnostiqués d'un diabète de type 2.
- Traitement pharmacologique initial
 - » Commencer par la metformine comme traitement de première ligne, sauf en cas de contre-indication.
 - La metformine n'entraîne pas de prise de poids ni d'hypoglycémie.
 - Contre-indications à l'utilisation de la metformine : présence d'une maladie rénale chronique (débit de filtration glomérulaire estimé <30 mL/minute/1,73 m²), insuffisance hépatique sévère, insuffisance cardiaque aiguë, insuffisance respiratoire, abus d'alcool ou antécédent d'acidose lactique.
 - » Une sulfonylurée de deuxième génération (gliclazide de préférence) peut être utilisée en première intention lorsque la metformine est contre-indiquée ou non tolérée.
- Une intensification du traitement est nécessaire en cas de glycémie toujours mal contrôlée
 - » Ajouter une sulfonylurée de deuxième génération (glimépiride, glyburide/glibenclamide, glipizide ou de préférence gliclazide) à la metformine.
 - Les sulfonylurées peuvent provoquer une prise de poids ou une hypoglycémie (plus fréquemment avec le glibenclamide qu'avec le gliclazide).
 - Le glibenclamide n'est pas recommandé chez les patients âgés de 60 ans ou plus, ceux atteints d'une maladie hépatique sévère, ceux pour lesquels l'hypoglycémie est préoccupante, ou ceux qui conduisent des véhicules ou manipulent des machines dans le cadre de leur travail.
 - » L'intensification du traitement avec des agents oraux supplémentaires ou de l'insuline est nécessaire si la monothérapie sans insuline à la dose maximale tolérée n'atteint pas ou ne maintient pas l'HbA1c cible sur 3 à 6 mois. Les patients peuvent avoir besoin de deux ou trois médicaments.
 - Inhibiteurs du SGLT2, lorsqu'ils sont disponibles ; à recommander chez les patients présentant :
 - Maladie cardiovasculaire (antécédent d'IM, d'accident vasculaire cérébral, intervention de revascularisation) - Risque élevé de maladie cardiovasculaire athéroscléreuse (MCA) (âge > 55 ans et plus, 2 facteurs de risque supplémentaires comme l'obésité, l'HTA, le tabagisme actif, l'albuminurie)
 - Insuffisance Cardiaque Congestive (ICC) (Insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée (ICFEP) ou insuffisance cardiaque à fraction d'éjection réduite (ICFER))
 - IRC (DFG < 60 mL/minute/1,73 m² ou albuminuria RAC > 30)
 - Les inhibiteurs du SGLT2 ont une efficacité intermédiaire
 - Les inhibiteurs du SGLT2 peuvent augmenter le risque d'infections urinaires et mycotiques génitales
 - Dans de rares cas, ils peuvent augmenter le risque d'acidocétose diabétique (ACD) normoglycémique
 - En raison de leur effet diurétique, il faudrait surveiller l'état volémique et la pression artérielle



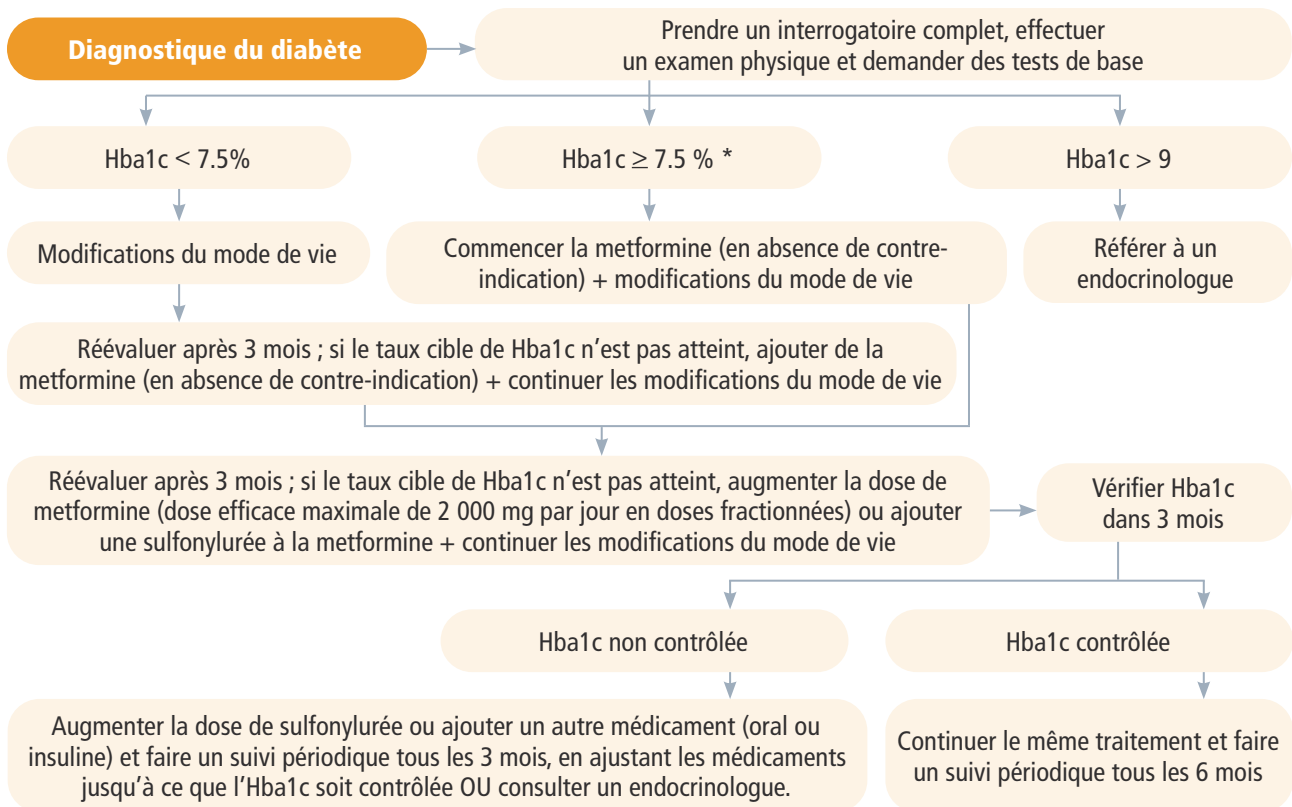
DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES (suite) ○○○●

- GLP1-RA, lorsqu'ils sont disponibles, recommandés chez les patients présentant :
 - MCA
 - Risque élevé MCA (âge > 55 ans + 2 facteurs de risque ou plus comme l'obésité, le HTN, le tabagisme actif, l'albuminurie)
 - Obésité
 - Les GLP1-RA présentent une haute efficacité
 - Les GLP1-RA ne présentent pas de risque en cas de maladie rénale
 - Potentiel d'effets secondaires gastro-intestinaux, généralement transitoires
 - Risque de maladie de la vésicule biliaire, de pancréatite (cas signalés)
- Inhibiteurs de la DPP4 :
 - Sécurité relativement établie, neutre en termes de poids, pas de risque d'hypoglycémie
 - Efficacité intermédiaire
 - Ajustement de la dose rénale nécessaire sauf pour la Linagliptine
 - Risque accru de douleurs articulaires
 - Cas signalés de pancréatite
- Pioglitazone
 - Haute efficacité
 - Bénéfice dans la NASH
 - Potentiel de prise de poids et de rétention d'eau
 - Ne pas utiliser chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque
 - Risque de fractures osseuses
- L'insuline
 - L'insuline basale seule constitue le schéma insulinique initial le plus pratique. En commençant par 10 unités par jour ou 0,1 à 0,2 unités/kg par jour selon le risque d'hypoglycémie
- » Le traitement de l'hypertension est indiqué chez les patients atteints de diabète lorsque la pression artérielle systolique > 130 mmHg ou la pression artérielle diastolique > 80 mmHg.
- » Les statines sont recommandées à tous les patients atteints de diabète âgés de 40 ans ou plus.
 - Les statines de haute intensité sont recommandées chez les personnes atteintes de maladies cardiovasculaires ou présentant un risque cardiovasculaire très élevé.
 - Les statines d'intensité moyenne sont recommandées chez les personnes sans maladies cardiovasculaires.
- » L'aspirine à faible dose est indiquée uniquement en prévention secondaire des maladies cardiovasculaires artérioscléreuses (antécédents d'infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral, angine de poitrine, etc.).
- » La chirurgie bariatrique est recommandée chez les diabétiques de type 2 ayant un IMC \geq 35 kg/m² ou ceux ayant un IMC \leq 30 < 35 kg/m² et une mauvaise réponse au traitement pharmacologique et non pharmacologique.
- » Référer à un ophtalmologue chaque année pour un fond d'oeil ; à une diététicienne pour des conseils diététiques ; chez le dentiste pour un examen parodontal complet ; et à d'autres spécialités (endocrinologue, spécialiste de la santé mentale, chirurgien vasculaire, etc.) selon les besoins.



DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES (suite) ○○○●

- » Conseiller le vaccin contre la grippe chaque année, le vaccin contre le pneumocoque 23 (une dose entre 19 et 64 ans, puis une fois après 65 ans), le vaccin contre l'hépatite B (entre 19 et 59 ans, s'il n'a pas été pris avant).
- Suivi périodique
 - A faire tous les 3 à 6 mois pour le suivi du contrôle glycémique et le dépistage des complications chroniques.
 - La tension artérielle doit être mesurée et l'IMC calculé à chaque visite.
 - Effectuer un examen des pieds chaque année (vérifier les ulcères du pied à chaque visite).
 - Répéter les tests de base ci-dessus chaque année ou au besoin avec Hba1c et FBS tous les 3 à 6 mois en fonction du niveau de contrôle du diabète.
 - » Si l'Hba1c n'est pas disponible, les valeurs FPG peuvent être utilisées pour évaluer le contrôle glycémique. L'utilisation d'une combinaison de FPG et de glucose plasmatique postprandial (2 heures après le petit-déjeuner) est plus instructive.
 - » La mesure de la vitamine B12 est indiquée chez les patients qui prennent la metformine depuis une longue durée, en particulier ceux souffrant d'anémie ou de neuropathie périphérique.
 - Évaluer périodiquement le risque cardiovasculaire.
- Cible thérapeutique
 - L'Hba1c est généralement utilisée pour déterminer le contrôle glycémique ; si cela n'est pas possible, une valeur FPG ≤ 126 mg/dL et une valeur PG postprandiale ≤ 160 mg/dL peuvent servir d'alternatives
 - Le niveau cible d'Hba1c souhaité est en général $\leq 7\%$
 - » Les patients traités par une diète alimentaire, une activité physique et de la metformine (avec un très faible risque d'hypoglycémie) doivent être encouragés à atteindre un Hba1c $< 6.5\%$.
 - » Un contrôle d'Hba1c moins strict $< 8\%$ est recommandé chez les patients présentant des hypoglycémies sévères fréquentes, des complications avancées ou une faible espérance de vie.
 - Les valeurs de pression artérielle cibles à atteindre sont $< 140/90$ mmHg ; des valeurs inférieures à $130/80$ mmHg sont nécessaires chez les patients diabétiques souffrant d'hypertension et présentant un risque plus élevé de maladie cardiovasculaire.
 - Cholestérol LDL < 100 mg/dL (devrait être ≤ 70 mg/dl si le risque cardiovasculaire à 10 ans est très élevé).



En présence d'hyperglycémie sévère (FBS ≥ 270 mg/dl avec symptômes ou RPG/FBS > 325 mg/dl ou HbA1C > 10%) et en l'absence de cétonurie (cétones < 2+), il faut commencer la metformine et le Gliclazide avec les modifications du mode de vie. S'il y a une amélioration en 3-5 jours, continuer le même traitement et faire un suivi dans 2-3 mois. En présence d'une hyperglycémie sévère avec cétonurie, référer aux urgences et à un niveau de soins supérieur.

Éducation du patient

- Fournir à chaque patient des renseignements précis sur sa maladie : notamment la nature du diabète, le risque de complications, les objectifs d'autogestion du diabète, l'importance de la compliance au traitement, les effets secondaires potentiels des médicaments, les tests périodiques, le dépistage des complications chroniques et la surveillance de la glycémie au besoin.
- Éduquer le patient sur la prise en charge non pharmacologique (modifications du mode de vie) :
 - Alimentation : une alimentation saine avec le bon apport en glucides, en protéines, et en graisses.
 - Une alimentation riche en fibres et pauvre en sodium, en gras et en sucre est encouragée.
 - Favoriser les protéines provenant des viandes maigres, des œufs, du poisson, des haricots, du soja et des noix, et limiter la quantité de viande rouge.
 - Les graisses saturées (comme dans les viandes, le fromage, les glaces) peuvent être remplacées par des acides gras monoinsaturés et polyinsaturés (comme dans le poisson, l'huile d'olive, les noix). La consommation d'acides gras trans doit être limitée autant que possible.
 - Privilégier les glucides à faible indice glycémique et limiter la consommation de ceux à indice glycémique élevé. Les glucides provenant des fruits, des légumes, des grains entiers, des légumineuses et du lait faible en gras sont encouragés. Les personnes diabétiques sont conseillées d'éviter les boissons sucrées (y compris les jus de fruits).
 - Informer les patients sur le calcul des glucides, c'est-à-dire la quantité de glucides nécessaires chaque jour en fonction des habitudes alimentaires du patient, de son poids, de ses objectifs nutritionnels et de son niveau d'activité.
 - Les édulcorants artificiels n'affectent pas la glycémie et peuvent être consommés avec modération.
 - Activité physique régulière : La plupart des adultes devraient pratiquer au moins 150 minutes d'activité aérobie d'intensité modérée ou vigoureuse par semaine, réparties sur au moins 5 jours. Des exemples d'exercices aérobiques comprennent la marche, le vélo ou la natation. Une séance d'exercice raisonnable comprend 10 minutes d'éirements et d'échauffement, suivies de 20 minutes d'exercices aérobiques légers. La durée de l'exercice peut être augmentée progressivement si le patient le souhaite.
 - Réduction de poids : conseiller aux patients en surpoids de réduire leur poids (5 à 10 % du poids corporel).
 - Éviter de fumer.
 - Limiter la consommation d'alcool (jusqu'à une unité par jour pour les femmes, jusqu'à deux unités par jour pour les hommes).

**DÉFINITION** ●○○○

La dyslipidémie est définie comme un taux élevé de cholestérol total, ou un taux élevé de cholestérol des lipoprotéines de basse densité (LDL), ou de faibles taux de cholestérol des lipoprotéines de haute densité (HDL) ou un taux élevé de triglycérides. La dyslipidémie est généralement asymptomatique. Elle peut être primaire (familiale) ou secondaire. Les causes secondaires comprennent : le diabète de type 2 ; consommation excessive d'alcool ; maladies cholestatiques du foie ; l'insuffisance rénale chronique ; le syndrome néphrotique ; l'hypothyroïdie ; le tabagisme ; l'obésité ; les médicaments : diurétiques thiazidiques, bêtabloquants, œstrogènes oraux, antipsychotiques (tels que la clozapine et l'olanzapine).

**INTERROGATOIRE** ○●○○

- Évaluer la présence de facteurs de risque de maladie cardiovasculaire artérioscléreuse: tabagisme, hypertension, diabète, obésité, antécédent familiale de maladie coronarienne prématurée, taux de LDL-C constamment élevés ≥ 160 mg/dL, syndrome métabolique, maladie rénale chronique, antécédent de prééclampsie ou de ménopause précoce (moins de 40 ans), de maladies inflammatoires chroniques (tels que la polyarthrite rhumatoïde, le psoriasis, l'infection chronique par le VIH), de taux de triglycérides persistants ≥ 175 mg/dL, d'un indice cheville-bras inférieur à 0,9.
- Antécédents personnels de maladie thyroïdienne ou coronarienne.
- Des taux de cholestérol élevés au préalable
- Évaluer la présence de causes secondaires de dyslipidémie, en particulier chez les individus ayant un LDL ≥ 190 mg/dl ou Triglycérides ≥ 500 mg/dl.
- Évaluer les habitudes alimentaires.
- Évaluer les habitudes en matière d'exercice ou d'activité physique.
- Noter les prises médicamenteuses actuelles.
- Vérifier les antécédents familiaux.

**EXAMEN CLINIQUE** ○○○●

- Un examen général comprenant un examen cardiovasculaire doit être effectué.
- Les signes typiques à rechercher incluent les xanthomes (tendineux ou éruptifs), le xanthélasma (stries jaunâtres sur les paupières) et la présence d'arc cornéen (surtout chez les patients jeunes).

**DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES** ○○○●

- Le test diagnostique habituel de la dyslipidémie est le profil lipidique (cholestérol total, taux de cholestérol HDL, taux de cholestérol LDL et triglycérides).
- Les résultats anormaux des tests de dépistage doivent être confirmés par un échantillon répété à une autre occasion.
- Le LDL est généralement calculé par le laboratoire. Si le taux de triglycérides est > 400 mg/dl, les LDL doivent être directement mesurées par le laboratoire au lieu d'être calculées.

Éducation (voir *algorithme associé*)

- Utiliser l'approche de principes des soins centrés sur la personne.
- Mode de vie (alimentation saine, perte de poids en cas de surpoids, activité physique, tabagisme et lutte contre la consommation nuisible d'alcool). Voir l'algorithme du mode de vie sain

Tests médicaux

- Tests de laboratoire, si nécessaire, pour exclure les causes secondaires de dyslipidémie (telles que Hba1c, TSH), avant de commencer des médicaments hypolipémiants ou pour évaluer les conditions pouvant influencer la sécurité de ces médicaments (telles que CPK ou SGPT).
 - Sérum Glutamate Pyruvate Transaminase (SGPT). Si les taux de transaminases hépatiques sont élevés mais inférieurs à 3 fois la limite supérieure de la normale, commencer les statines.
 - Créatine Kinase (CPK) en cas de risque accru de myopathies ou douleurs musculaires avec un traitement par statines. Si les niveaux de CPK sont plus de 5 fois supérieurs à la normale, mesurer à nouveau la CPK après 7 jours. Si les niveaux sont encore 5 fois supérieurs à la limite supérieure de la normale, ne pas commencer de traitement par statines. Si la CPK est élevée mais inférieure à 5 fois la normale, commencer une dose plus faible de statine.
 - Créatinine si un traitement par fibrates est indiqué.

Surveillance des médicaments

- Panel lipidique à jeun, 4 à 12 semaines après le début ou l'augmentation de la dose, puis périodiquement tous les 3 à 6 mois.
- Mesurer les transaminases hépatiques à 3 mois, puis à 12 mois après le début du traitement par les statines. Pas besoin de mesurer par la suite, sauf indication clinique. Si les transaminases sont augmentées, elles doivent être suivies jusqu'à disparition de l'anomalie. Si les transaminases augmentent plus de 3 fois la normale et persistent, arrêter le traitement.
- Vérifier la CPK si des symptômes musculaires apparaissent.

Médicaments (en milieu de soins de santé primaires, utiliser de préférence la liste des médicaments chroniques subventionnée par Le ministère de la Santé Publique)

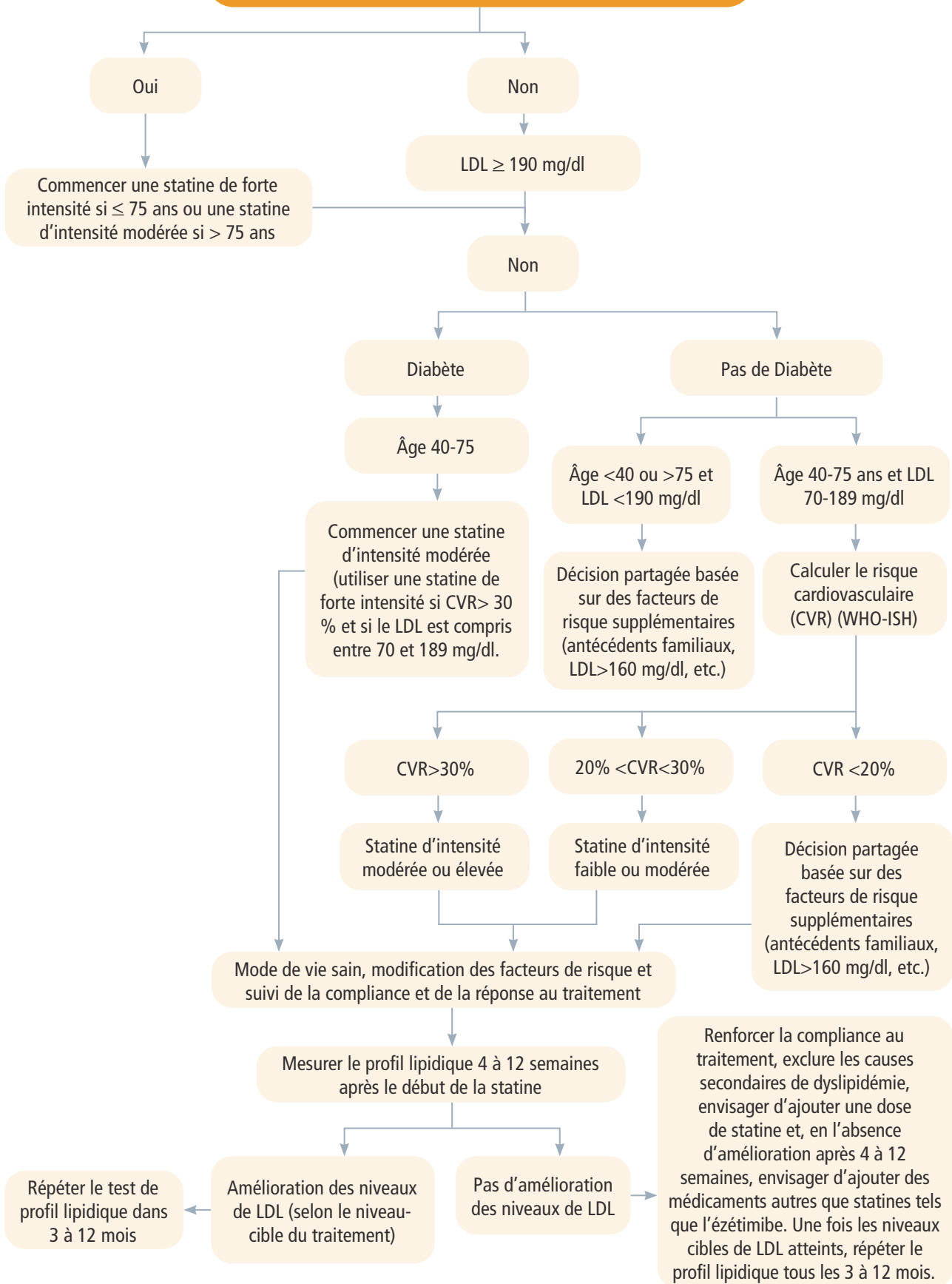
- Utiliser une démarche progressive ou par étapes pour gérer un taux de cholestérol élevé, en ajoutant des traitements selon la tolérance jusqu'à ce que les taux de cholestérol soient abaissés de manière adéquate.
- Les statines constituent la première ligne de traitement lorsqu'un traitement médicamenteux est envisagé. Se référer au tableau ci-dessous.
- Le fénofibrate peut être ajouté à une statine d'intensité faible ou modérée uniquement si les bénéfices de la réduction des triglycérides (taux de triglycérides > 500 mg/dl par exemple) l'emportent sur le risque d'événements indésirables.

Référer les patients à:

- Diététicienne
- Endocrinologue
 - En cas de doute sur le diagnostic ou le protocole de traitement ou si le patient ne répond pas au traitement pharmacologique initial
 - En cas d'hyperlipidémies familiales

Statines à forte intensité	Statines à intensité modérée	Statines à faible intensité
Permet une baisse du LDL de $\geq 50\%$	Permet une baisse du LDL de 30% à 49%	Permet une baisse du LDL de < 30%
Atorvastatin 40-80 mg Rosuvastatin 20mg (40)	Atorvastatin 10 mg (20) Rosuvastatin 5 mg (10) Simvastatin 20-40 mg Pravastatin 40 mg (80) Lovastatin 40 mg Fluvastatin 40 mg (2 fois)	Simvastatin 10 mg Pravastatin 10-20 mg Lovastatin 20 mg Fluvastatin 20-40 mg

PRÉSENCE D'UNE MALADIE CARDIOVASCULAIRE CLINIQUE



**DÉFINITION** ●○○○

L'hypertension est définie comme une pression artérielle systolique de 140 mmHg ou plus, ou une pression artérielle diastolique de 90mmHg ou plus, en se basant sur la moyenne d'au moins deux lectures espacées de 1 à 4 semaines. L'hypertension peut également être diagnostiquée en se basant sur la surveillance de la pression artérielle à domicile (HBPM) avec une PAS moyenne de 135 mmHg ou plus et/ou une PAD de 85 mmHg ou plus. Cette définition ne s'applique pas aux femmes enceintes. L'hypertension doit être diagnostiquée à partir d'uniquement une seule mesure de pression artérielle si la mesure est de 180/110 mm Hg ou plus avec des signes de maladie cardiovasculaire nécessitant un traitement immédiat. Les individus sous antihypertenseurs sont considérés comme hypertendus.

La classification de la pression artérielle est représentée dans le tableau ci-dessous :

Catégorie	PA Systolique (mmHg)		PA Diastolique (mmHg)
Optimale	<120	et	<80
Normale	120-129	et/ou	80-84
Pré-hypertension	130-139	et/ou	85-89
Hypertension stade 1	140-159	et/ou	90-99
Hypertension stade 2	160-179	et/ou	100-109
Hypertension stade 3	≥180	et/ou	≥110

Définitions importantes de l'hypertension

- L'hypertension essentielle est une hypertension sans cause secondaire connue.
- L'hypertension secondaire (5 à 10 % des cas) est une hypertension avec présence d'une cause secondaire [médicaments en vente libre, maladies rénales, usage de drogues illicites, hyperaldostéronisme primaire, hypertension rénovasculaire, apnée obstructive du sommeil, phéochromocytome, syndrome de Cushing, autres troubles endocriniens (hypothyroïdie, hyperthyroïdie et hyperparathyroïdie) et coarctation de l'aorte.
- L'hypertension non contrôlée ou résistante est une tension artérielle qui reste au-dessus de la valeur cible malgré l'utilisation concomitante de trois médicaments antihypertenseurs de classes différentes, dont un diurétique.
- Hypertension maligne : il s'agit d'une élévation sévère de la pression artérielle (> 180/120 mmHg, généralement > 200/120 mm Hg) qui se développe rapidement avec des signes d'hémorragie rétinienne et/ou d'œdème papillaire, et généralement associée à des atteintes aux organes cibles (il s'agit d'une urgence médicale).
- L'hypertension effet «blouse blanche» est définie comme une pression artérielle constamment élevée au cabinet, mais qui ne répond pas aux critères diagnostiques de l'hypertension basés sur les mesures effectuées en dehors du cabinet.
- Hypertension masquée : est définie comme une tension artérielle constamment élevée sur des mesures effectuées en dehors du cabinet, mais qui ne répond pas aux critères d'hypertension basés sur les mesures effectuées en cabinet.



L'hypertension est associée à des atteintes aux organes cibles, notamment une cardiopathie ischémique, une hypertrophie ventriculaire gauche, une insuffisance cardiaque, une maladie cérébrovasculaire, une rétinopathie hypertensive et une maladie rénale chronique.



INTERROGATOIRE ●●●●

- Durée de l'hypertension et âge de survenue.
- Tentatives antérieures de traitement pour l'hypertension artérielle.
- Facteurs de risque d'hypertension :
 - Antécédents personnels de maladies cardiovasculaires (MCV), de diabète, de dyslipidémie ou de maladie rénale chronique.
 - Mode de vie : tabagisme, consommation d'alcool, activité physique, habitudes alimentaires (sodium [sel], graisses saturées)
 - Facteurs psychosociaux : structure familiale, situation professionnelle, niveau d'éducation, stress, antécédent de dépression.
 - Antécédents familiaux de : hypertension, maladie cardiovasculaire précoce ou décès, maladies familiales (maladie rénale, phéochromocytome, diabète, goutte).
- Présence de facteurs aggravants tels que médicaments (anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS], corticostéroïdes, contraceptifs oraux, décongestionnants [phényléphrine, pseudoéphédrine], stimulants [amphétamine], etc.).
- Symptômes évocateurs de causes secondaires : faiblesse musculaire, épisodes de tachycardie, sueurs, tremblements, amaigrissement de la peau, douleurs au flanc, signes d'apnée du sommeil (maux de tête tôt le matin, somnolence diurne, ronflements bruyants, sommeil irrégulier).
- Symptômes d'atteinte aux organes cibles : maux de tête, faiblesse passagère ou cécité, perte d'acuité visuelle, douleur thoracique, dyspnée, œdème, claudication, polyurie, nycturie ou hématurie.
- Fonction sexuelle (dysfonction érectile).



EXAMEN CLINIQUE ●●●●

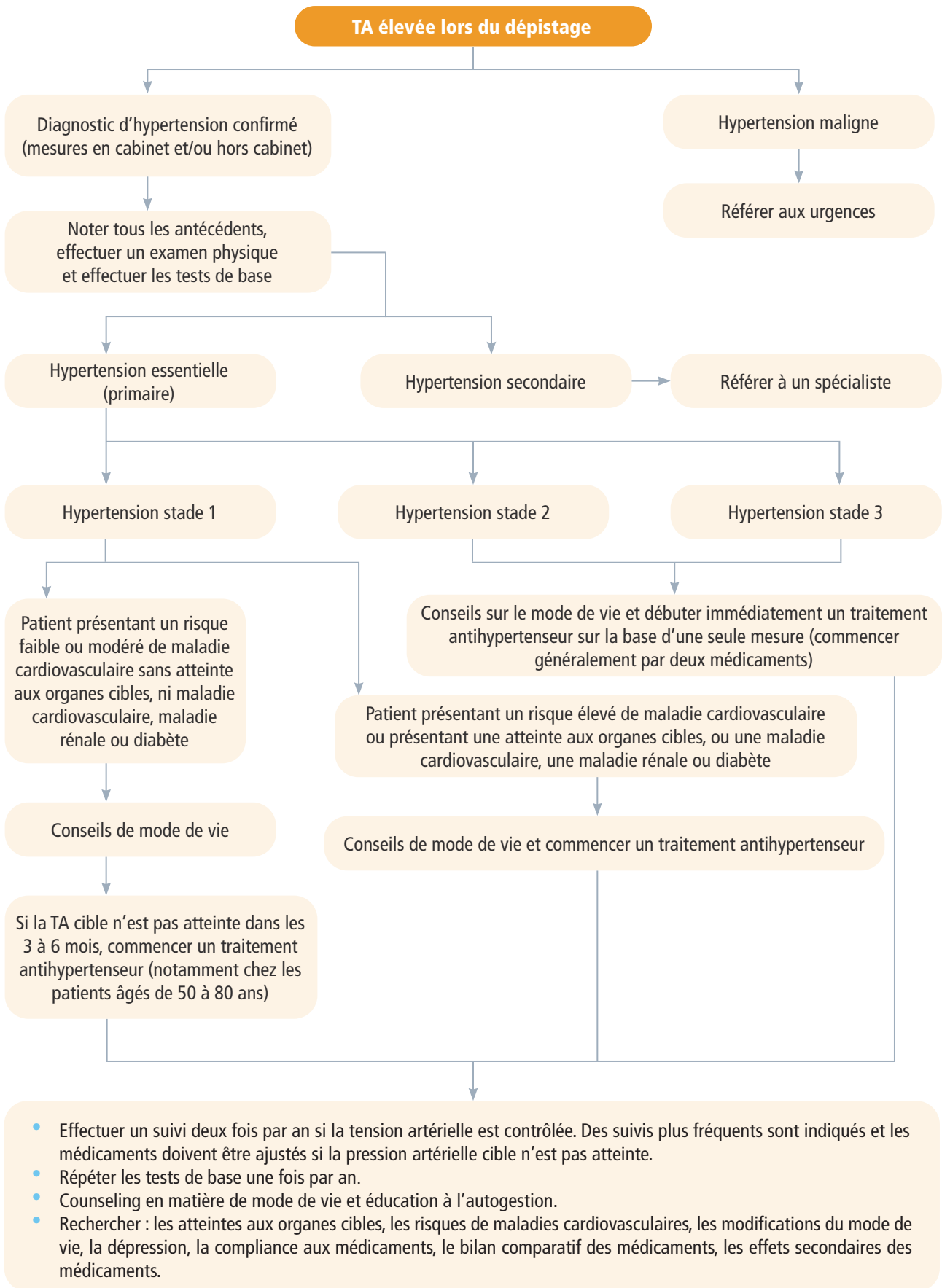
Il vise à évaluer la présence de signes d'atteinte aux organes cibles, de signes de maladies cardiovasculaires établies et de causes potentielles d'hypertension secondaire.

- Mesurer la tension artérielle (faire attention à la taille du brassard), le pouls, la taille, le poids, le tour de taille et le pouls/pression veineuse jugulaire.
- Vérifier l'aspect général : répartition de la graisse corporelle, stries colorées, force musculaire, vigilance.
- Effectuer un examen général axé sur :
 - Examen des yeux (exophtalmie) et fond d'œil (si personnel qualifié ou formé) (hémorragie, œdème papillaire, exsudats cotonneux).
 - Cou : palpation et auscultation des carotides (bruit carotidien), examen de la thyroïde, circonférence du cou (> 40 cm peut indiquer une apnée obstructive du sommeil).
 - Cœur : auscultation cardiaque incluant souffles, rythme, bruits.
 - Poumons : ronflants, râles, crépitements aux bases.
 - Abdomen : masses rénales, bruits au niveau de l'aorte ou des artères rénales, pouls fémoraux (vérifier le délai radio-fémoral).
 - Extrémités : pouls périphériques, œdème.
 - Évaluation neurologique : troubles visuels, faiblesse focale, confusion.



DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES ●●●●

- Recommandation de dépistage de l'hypertension : toutes les personnes de 18 ans ou plus doivent être évaluées pour l'hypertension.
 - Annuellement pour les adultes de 40 ans et plus ou ceux présentant des facteurs de risque d'hypertension.
 - Tous les 3 à 5 ans pour les adultes jeunes sans facteurs de risque et avec une tension artérielle auparavant normale.
- Utiliser la mesure de la pression artérielle en dehors du cabinet (HBPM et/ou ABPM) pour confirmer le diagnostic d'hypertension, notamment chez les patients avec $140 \text{ mmHg} < \text{TAS} < 160 \text{ mmHg}$ et/ou $90 \text{ mmHg} < \text{TAD} < 100 \text{ mmHg}$ et les patients avec $\text{TAS} > 160 \text{ mmHg}$ et/ou $\text{DBP} > 100 \text{ mmHg}$ sans signe d'atteinte à un organe cible.
- Évaluation des patients hypertendus :
 - Effectuer des tests de base : Électrocardiogramme (ECG); glycémie à jeun ; profile lipidique; la créatinine ; calcium; sodium et potassium; formule numération sanguine (FNS, plaquettes); acide urique; examen général des urines ; et microalbuminurie (rapport albumine/créatinine). Des tests de la fonction hépatique et Hba1c peuvent être ajoutés si nécessaire. D'autres tests sont indiqués en cas de suspicion d'hypertension secondaire, tels que la TSH, le rapport aldostérone-rénine.
 - Calculer le risque cardiovasculaire à 10 ans pour tous les patients diagnostiqués d'hypertension (Référer à l'algorithme du risque cardio-vasculaire).
- Prise en charge des patients hypertendus :
 - Il est important d'avoir recours à la décision partagée dans la prise en charge des patients hypertendus, en appliquant les principes des soins centrés sur la personne.
 - Des modifications du mode de vie sont indiquées pour tous les patients hypertendus et pour ceux ayant une tension artérielle au stade de pré-hypertension.
 - Commencer le traitement par l'une des classes thérapeutiques suivantes : Diurétiques de type thiazidique (par exemple indapamide) ; Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) ; les bloqueurs des récepteurs de l'angiotensine II (ARA); Inhibiteurs des canaux calciques (CCB).
 - » Les bêtabloquants ne constituent pas un traitement de première ligne, mais ils doivent être ajoutés en cas d'infarctus du myocarde dans les trois années précédentes, de fibrillation auriculaire, d'insuffisance cardiaque ou d'angine de poitrine.
 - Commencer le traitement par Statine chez les patients hypertendus ayant déjà subi un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral, ou chez ceux présentant un risque élevé de maladies cardiovasculaires.
 - Commencer l'aspirine à faible dose chez les patients hypertendus ayant déjà eu un infarctus du myocarde ou un accident vasculaire cérébral ischémique.
 - Les tests de base doivent être répétés chaque année ou plus fréquemment si nécessaire.
 - Une TA cible $< 140/90 \text{ mmHg}$ est recommandée chez presque tous les patients hypertendus, avec des préférences supplémentaires en fonction de l'âge du patient et de la présence de comorbidités :
 - Référer chez un ophtalmologue, une diététicienne et d'autres spécialistes, selon le besoin.



Éducation du patient

- Fournir à chaque patient des renseignements précis sur sa maladie : notamment la nature de l'hypertension, le risque de complications et la compliance au traitement.
- Fournir au patient un bref counseling sur les modifications du mode de vie (voir Algorithme du mode de vie sain pour des exemples pratiques et basés sur le régime alimentaire) :
 - Réduction du sel : Réduire le sel à < 5 g par jour (y compris les plats préemballés/prêts-à-consommer, les plats cuits et le sel ajouté à table). La réduction du sel s'atteint en limitant les aliments transformés et le sel ajouté. 5 g de sel équivaut à 1 cuillère à café de sel
 - Régime alimentaire sain : Opter pour une diète alimentaire riche en grains entiers, fruits, légumes, graisses insaturées et produits laitiers. Réduire la consommation de sucre, de gras saturés et réduire/éliminer les acides gras trans. Conseiller aux patients de consommer une variété de légumes et de fruits (la variété des fruits et légumes fournit une variété de nutriments). Les aliments riches en magnésium, calcium et potassium, comme les noix, les graines et les légumineuses, ont un effet positif sur la tension artérielle. Une consommation modérée de café, de thé vert et noir est acceptable. Pour des exemples pratiques de sources de nutriments, se référer à l'algorithme du mode de vie sain)
 - Activité physique : exercice aérobique d'intensité modérée (marche, jogging, vélo, yoga ou natation) pendant 30 minutes, 5 à 7 jours par semaine. Faire des exercices de travail contre résistance/renforcement musculaire 2 à 3 jours par semaine.
 - Arrêt du tabac : est recommandé avec possibilité d'orientation vers des programmes de sevrage du tabac. Il est également recommandé d'éviter le tabagisme passif.
 - Limiter l'alcool : si un patient consomme de l'alcool, la limite journalière recommandée est de 2 unités pour les hommes et 1 unité pour les femmes par jour. Éviter la consommation excessive.
 - Calculer l'IMC poids (kg)/taille (m²) et évaluer l'état pondéral du patient (voir Algorithme de mode de vie pour la classification de l'IMC)
 - Réduction de poids : est recommandée chez les patients en surpoids et obèses. Il est également important de gérer l'obésité abdominale.
- Autogestion – Auto-surveillance de la tension artérielle à domicile : conseiller au patient de :
 - Mesurer et enregistrer la tension artérielle deux fois par jour, matin et soir, en position assise.
 - Pour chaque enregistrement, effectuer deux mesures consécutives espacées d'au moins 1 minute.
 - Faire cela pendant au moins 4 jours (idéalement pendant 7 jours).
 - Lors de l'interprétation des valeurs, ne compter pas les mesures du premier jour et utiliser la moyenne de toutes les mesures restantes pour confirmer un diagnostic d'hypertension.

**DÉFINITION** ●○○○

La maladie coronarienne ou cardiopathie ischémique fait référence à la présence d'un décalage réversible entre l'apport et le besoin du flux sanguin au niveau du muscle cardiaque entraînant une ischémie ; antécédent d'infarctus du myocarde ; ou la présence d'une plaque par cathétérisme ou angiographie par tomодensitométrie. Les patients présentant une maladie coronarienne stable sont ceux qui sont asymptomatiques ou dont les symptômes sont contrôlés par des médicaments.

**INTERROGATOIRE** ○●○○

- Symptômes de coronaropathie, à savoir douleurs thoraciques, dyspnée, essoufflement (à l'effort ou au repos)
- Facteurs liés au mode de vie : tabagisme, alimentation malsaine et déséquilibrée, manque d'exercice physique, alcool.
- Histoire familiale de coronaropathie
- Comorbidités associées, notamment hypertension, diabète, dyslipidémie, obésité
- Revue d'autres maladies artérielles (Accident Vasculaire Cérébral, etc.)

**EXAMEN CLINIQUE** ○○○●

- Taille, poids, indice de masse corporelle, tension artérielle, glycémie à jeun ou aléatoire
- Examen physique complet axé sur le cœur, les poumons, les artères carotides et les membres inférieurs

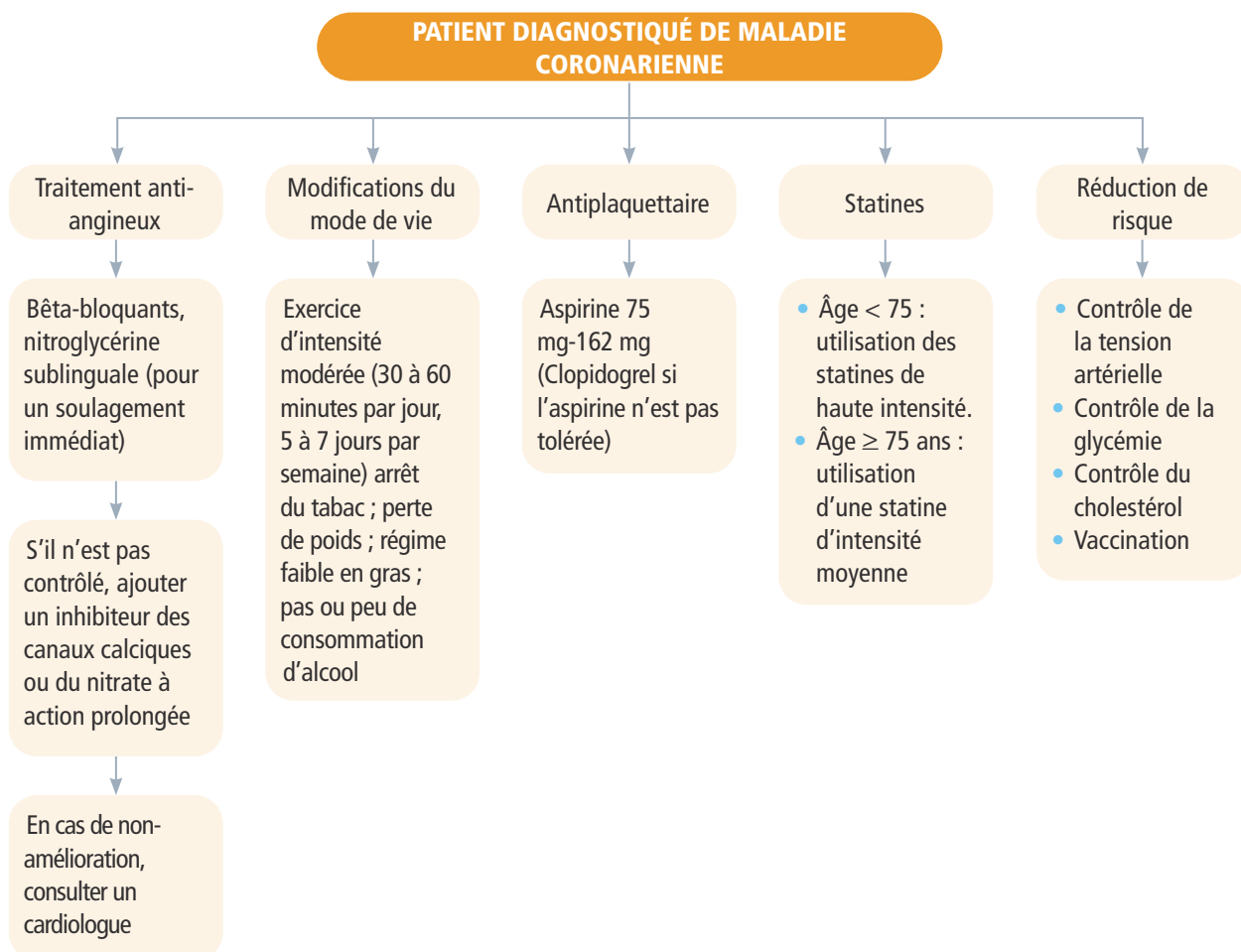
**DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES** ○○○●

- Réduction des risques pour prévenir les maladies cardiovasculaires en contrôlant la tension artérielle, le cholestérol et la glycémie.
- Traitement antiplaquettaire : Aspirine 75-162 mg par jour ; si présence de contre-indication, Clopidogrel 75 mg par jour est une alternative. La bithérapie antiplaquettaire est recommandée pendant 6 à 12 mois après la pose d'un stent pharmaco-actif et pendant au moins un mois après la pose d'un stent nu chez les patients ayant subi une intervention coronarienne percutanée élective.
- Médicaments anti-angineux : Des médicaments peuvent être ajoutés jusqu'à ce que les symptômes soient contrôlés. Les bêtabloquants constituent le traitement initial pour un soulagement à long terme. [Si les bêtabloquants sont contre-indiqués et que le patient a une fraction d'éjection normale, des inhibiteurs calciques (non-dihydropyridines à action prolongée) peuvent les remplacer. Si les bêtabloquants ne suffisent pas à contrôler les symptômes ou si le patient présente une fraction d'éjection anormale ; des inhibiteurs calciques (dihydropyridines à action prolongée) peuvent être ajoutés]. Des médicaments peuvent être ajoutés selon l'algorithme.



DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES (suite) ○○○●

- Statines (sauf si présence de contre-indication) : statines de haute intensité pour les patients atteints de maladie coronarienne de moins de 75 ans et statines d'intensité modérée pour ceux âgés de 75 ans et plus ou ceux qui ne tolèrent pas les statines de haute intensité.
- Modifications du mode de vie : arrêt du tabac, activité physique, alimentation saine et perte de poids
- Optimiser le traitement des comorbidités telles que le diabète, la dyslipidémie et l'hypertension (tension artérielle cible <130/80 mmHg)
- Vaccination avec une dose de vaccin antipneumococcique PPSV 23 (s'il n'est pas déjà pris) et de vaccin contre la grippe (annuellement).
- En cas d'insuffisance cardiaque associée, effectuer une échocardiographie pour déterminer la fraction d'éjection et prendre en charge en fonction.



Éducation du patient : Référez à l'algorithme de mode de vie sain



DÉFINITION ●○○○

L'**obésité** est définie comme une accumulation anormale ou excessive de graisse pouvant nuire à la santé.

Le **surpoids** est défini comme un indice de masse corporelle (IMC) compris entre 25 et 29,9 kg/m², tandis que l'obésité correspond à un IMC supérieur à 30 kg/m².



INTERROGATOIRE ●●○○

- Symptômes de causes possibles : Hypothyroïdie, syndrome de Cushing, insulinome, obésité hypothalamique, syndrome des ovaires polykystiques, déficit en hormone de croissance, hypogonadisme, pseudo hypoparathyroïdie.
- Prise de médicaments : incluant les phénothiazines, le valproate de sodium, la carbamazépine, les antidépresseurs tricycliques, le lithium, les glucocorticoïdes, l'acétate de mégestérol, les thiazolidinediones, les sulfonylurées, l'insuline, les antagonistes adrénergiques, les antagonistes de la sérotonine et les contraceptifs oraux.
- Antécédents de troubles alimentaires (hyperphagie boulimique, boulimie nerveuse et troubles de l'alimentation nocturne), ou préjugés et stigmates intériorisés en matière de poids (préjugés envers soi-même), ou présence de syndromes génétiques tels que celui de Prader Willi.
- Histoire familiale d'obésité.
- Mode de vie : comportements sédentaires, changements environnementaux et sociétaux et habitudes alimentaires, y compris la nature sédentaire du travail, consommation d'aliments hautement énergétique et riches en graisses et en sucres, boissons sucrées, antécédents de sevrage de tabac.
- Antécédent de prise de poids : âge de survenue, circonstances associés à la prise de poids, tentatives précédentes de perte de poids.



EXAMEN CLINIQUE ○●●○

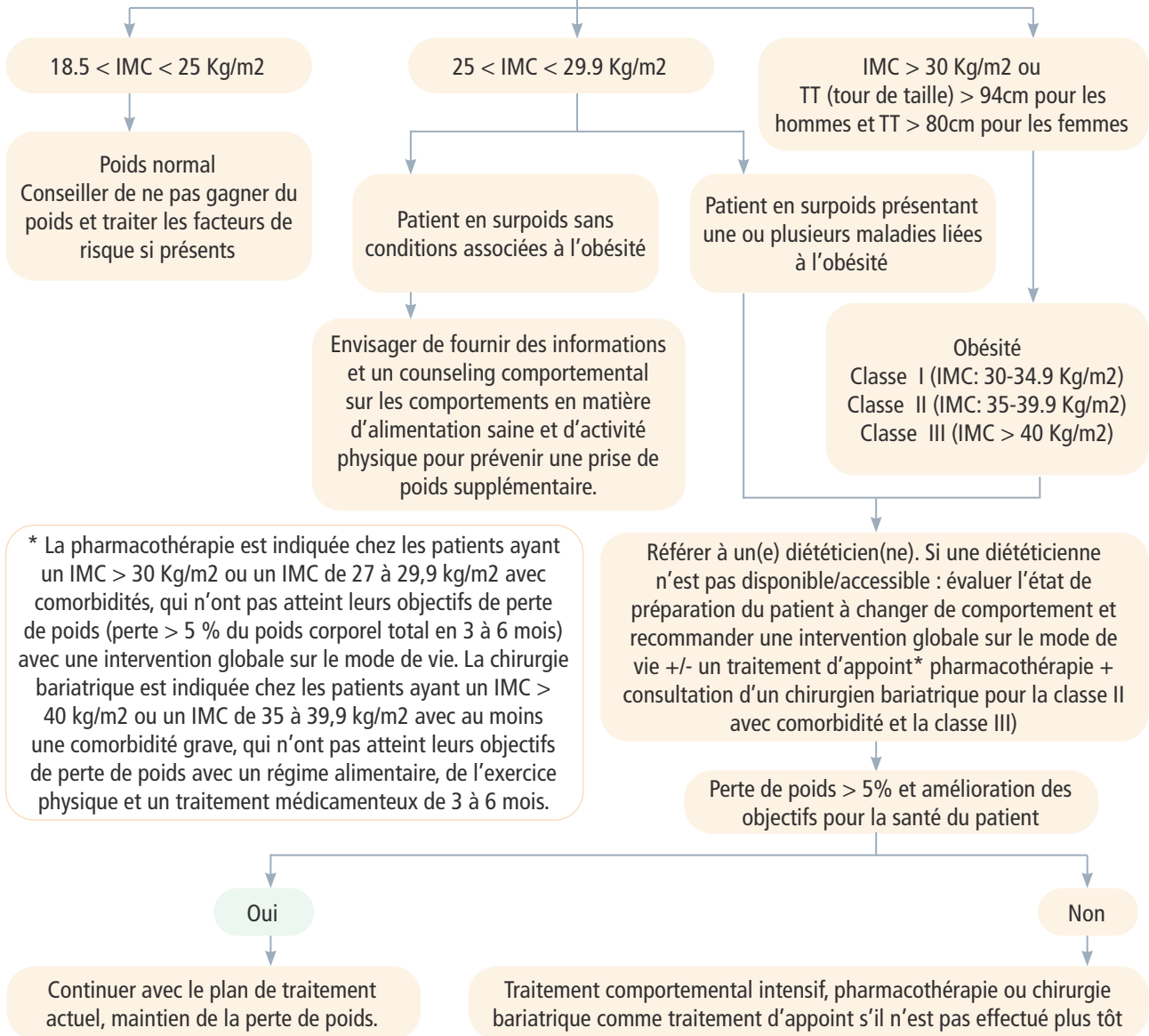
- Anthropométrie : taille, poids et tour de taille, mesure de la tension artérielle.
- Peau : les irritations cutanées intertrigineuses reflètent un frottement cutané ; l'hirsutisme chez les femmes, l'acanthosis nigricans et les acrochordons sont fréquents avec l'insulinorésistance.
- Cou : un goitre peut dénoter des anomalies thyroïdiennes.
- Abdomen : un foie volumineux et sensible peut évoquer une infiltration graisseuse hépatique ou une stéatohépatose non alcoolique, et de larges stries roses évoquant un excès de cortisol.
- Extrémités : déformations articulaires, crépitations évocatrices d'arthrose, escarres.
- La distribution localisée des graisses doit également être identifiée, en raison de son association fréquente avec l'insulinorésistance.



DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES ●●●●

- Évaluer toujours la présence de maladies associées à l'obésité, notamment l'hypertension, le prédiabète, le diabète de type 2, la dyslipidémie, le syndrome métabolique, le syndrome d'apnées obstructives du sommeil, la maladie dégénérative des articulations, la stéatose hépatique non alcoolique.
- Effectuer les tests de laboratoire suivants : profile lipidique à jeun, tests de la fonction hépatique, tests de la fonction thyroïdienne, glycémie à jeun et hémoglobine A1c (HbA1c).
- Une intervention globale sur le mode de vie englobe des composantes diététiques, physiques et comportementales ; et elle comprend au moins 12 séances d'intervention sur une période de 12 mois.
- La thérapie nutritionnelle médicale doit viser à :
 - Prévoir un déficit net de 500 à 1000 kcal par jour en tenant compte à la fois de l'apport alimentaire et de l'activité physique pour atteindre une perte de poids de 1 kg par semaine, entraînant une réduction du poids corporel de 5 à 10 % sur 3 à 6 mois.
 - Personnaliser les changements de régime alimentaire qui produisent un déficit calorique et qui ont fait leurs preuves en termes d'efficacité, de sécurité et de l'adéquation nutritionnelle et qui sont abordables et accessibles (par exemple, régime méditerranéen hypocalorique ou approches diététiques pour arrêter l'hypertension [DASH – Dietary Approaches to Stop Hypertension], alimentation consciente, faible teneur en glucides, faible en gras, restrictions caloriques intermittentes ou continues...). Promouvoir l'acquisition de nouvelles habitudes alimentaires saines, plutôt que des « régimes » à court terme.
 - Des régimes très hypocaloriques peuvent être proposés pour perdre du poids, mais uniquement sur de courtes durées (12 à 16 semaines) et sous surveillance médicale étroite.
 - Proposer une activité physique d'intensité modérée à raison de 150 minutes par semaine (30 minutes ou plus, 5 à 7 jours par semaine). Proposer des modalités d'activité physique qui commencent progressivement et comprennent de courtes périodes intermittentes (au moins 10 minutes) ainsi que des exercices continus plus longs.
 - La modification du comportement vise à soutenir et à habiliter les patients grâce à l'utilisation de différentes stratégies (telles que l'autosurveillance, l'établissement d'objectifs, la gestion des stimuli, ainsi que la planification et l'élimination des obstacles à la modification du mode de vie).
- Les médicaments qui peuvent être utilisés pour le traitement de l'obésité comprennent le Liraglutide, le Semaglutide, l'Orlistat, la phentermine, le topiramate de phentermine (comprimé combiné), le bupropion-naltrexone (comprimé combiné).

- Mesurer la taille, le poids et calculer l'IMC (dans le cadre de l'examen physique annuel de routine)
- Mesurer le tour de taille



Éducation du patient

- Mettre en évidence la relation entre le comportement alimentaire et les facteurs de stress.
- Expliquer que changer de mode de vie est essentiel pour la réussite de la perte de poids (Référer à l'algorithme Mode de vie sain pour plus de conseils).
- Il n'existe pas de solution universelle ! Il est important d'individualiser l'approche de l'obésité en tenant compte des facteurs de risque, des facteurs de stress, des comorbidités, du mode de vie et des facteurs sociaux et environnementaux de chaque patient.
- Conseiller aux patients de :
 - Choisir un régime alimentaire qui favorise le meilleur pour leur santé et qui peut être maintenu au fil du temps plutôt qu'un régime à court terme.
 - Suivre les améliorations de leur état de santé général plutôt que simplement celles du poids (tels que les paramètres médicaux, la mémoire, la mobilité, l'estime de soi, leur transit intestinal, le sommeil et d'autres indicateurs de santé...)
 - Éviter les restrictions alimentaires sévères et les et le fait de sauter des repas car ils ne sont pas des solutions durables et conduisent souvent à une reprise de poids
 - Diminuer le temps de sédentarité, être plus actif et planifier une activité physique régulière et qui donne du plaisir
 - Assurer le soutien et la participation de la famille.



DÉFINITION ●○○○

L'hypothyroïdie est définie comme l'incapacité de la glande thyroïde à produire suffisamment d'hormones thyroïdiennes pour répondre aux besoins métaboliques de l'organisme.

- Hypothyroïdie primaire : TSH élevée et T4 libre basse (95 % des cas).
- Hypothyroïdie secondaire (centrale) : T4 libre basse et taux de TSH faible ou normal (non approprié).



INTERROGATOIRE ○●○○

- Présence de symptômes typiques de l'hypothyroïdie : fatigue, intolérance au froid, prise de poids, constipation, myalgie et irrégularités menstruelles.
- Autres symptômes : arthralgie, dépression, difficultés de concentration, voix rauque, sécheresse cutanée, cheveux fins ou cassants, perte de cheveux, troubles de la mémoire et faiblesse musculaire proximale.
- Les symptômes sont très variables et atypiques la plupart du temps ; ils dépendent de l'âge de survenue, de la durée et de la sévérité du déficit en hormones thyroïdiennes.
- Prise de médicaments tels que le lithium ou l'amiodarone.
- Antécédents de chirurgie thyroïdienne, d'utilisation de médicaments thyrotoxiqes, de radiothérapie antérieure du cou ou de thérapie à l'iode.



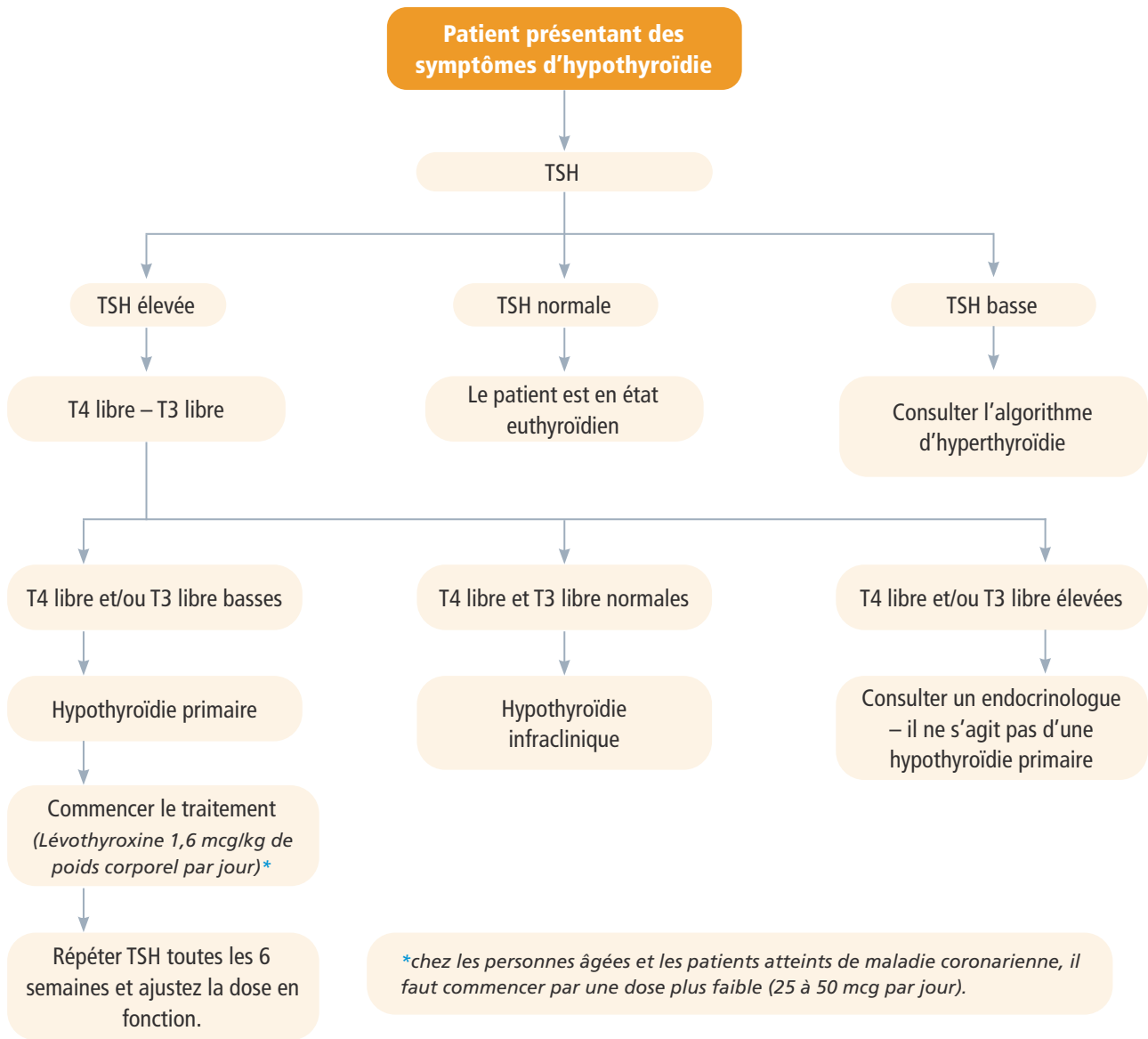
EXAMEN CLINIQUE ○○●○

- Effectuer un examen complet y compris les signes vitaux (le pouls peut montrer une bradycardie)
- Thyroïde : rechercher un goitre ou une cicatrice d'une chirurgie thyroïdienne antérieure.
- Rechercher la présence de cheveux fins ou cassants, peau sèche et œdèmes périphériques.
- Examiner les réflexes ostéotendineux, qui pourraient montrer une phase de relaxation retardée.



DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES ●●●●

- Pas besoin de mesurer systématiquement les anticorps antithyroïdiens (anti-TPO et anti-thyroglobuline) chez les patients présentant une hypothyroïdie primaire franche.
- Le traitement repose sur des substituts d'hormones thyroïdiennes [Lévothyroxine (T4)], sauf si la cause est transitoire, comme dans le cas d'une thyroïdite indolore ou d'une thyroïdite subaiguë ; ou la condition est réversible.
- La dose moyenne de substitution de Lévothyroxine T4 est d'environ 1,6 mcg/kg de poids corporel par jour.
- Les patients plus âgés et ceux atteints d'une maladie coronarienne doivent commencer par une dose plus faible (25 à 50 mcg par jour) pour éviter les arythmies. La posologie peut être augmentée de 25 mcg toutes les trois à quatre semaines jusqu'à ce que la dose de substitution complète estimée soit atteinte.
- La TSH sérique doit être mesurée 4 à 6 semaines après l'initiation du traitement ; si la TSH est encore élevée, la dose peut être augmentée de 12 à 25 mcg par jour chez les patients plus âgés ou d'une dose plus élevée chez les patients plus jeunes. Il est nécessaire de répéter le dosage de la TSH dans 6 semaines.
- Après identification de la dose d'entretien adéquate, la TSH doit être mesurée une fois par an ou plus souvent en cas de récurrence des symptômes.



Éducation du patient

- Conseiller aux patients de prendre les substitus d'hormones thyroïdiennes à jeun, idéalement 30 à 60 minutes avant le petit-déjeuner. Éviter de prendre les substitus d'hormones thyroïdiennes avec d'autres médicaments qui interfèrent avec son absorption, comme le carbonate de calcium et le sulfate ferreux.
- Les symptômes de l'hypothyroïdie commencent à s'améliorer dans les 2 semaines suivant le début du traitement par les substitus des hormones thyroïdiennes.
- Avertir les patients sur les symptômes de surdosage, à savoir une perte de poids de plus de 10 %. Cela pourrait nécessiter une diminution de la dose. La dose des substitus d'hormones thyroïdiennes doit également être ajustée avec le vieillissement.
- Les femmes enceintes qui prennent des substitus d'hormones thyroïdiennes doivent continuer à prendre le médicament. La dose devrait peut-être être ajustée.
- Une fois la dose d'entretien atteinte, les patients doivent mesurer leur TSH chaque année ou plus tôt en cas de récurrence de symptômes.

**DÉFINITION** ●○○○

L'hyperthyroïdie est définie comme une concentration excessive d'hormones thyroïdiennes dans les tissus conduisant à un état clinique bien défini. Dans un état d'hyperthyroïdie primaire franche, il existe un taux élevé de T4 libre et/ou de T3 libre avec une TSH supprimée.

**INTERROGATOIRE** ●●○○

- Présence de symptômes typiques : nervosité, anxiété, tremblements, palpitations, intolérance à la chaleur, transpiration accrue, perte de poids malgré un appétit conservé ou accru, regard fixe et augmentation de la fréquence et la régularité des selles.
- Présence d'autres symptômes : fatigue, faiblesse, irrégularités menstruelles chez la femme, gynécomastie et dysfonctionnement érectile chez l'homme.
- Présence de fibrillation auriculaire ou d'insuffisance cardiaque.
- Les symptômes peuvent être parfois absents ou atypiques, surtout chez les personnes âgées.
- Prise de médicaments tels que le lithium ou la Cordarone.

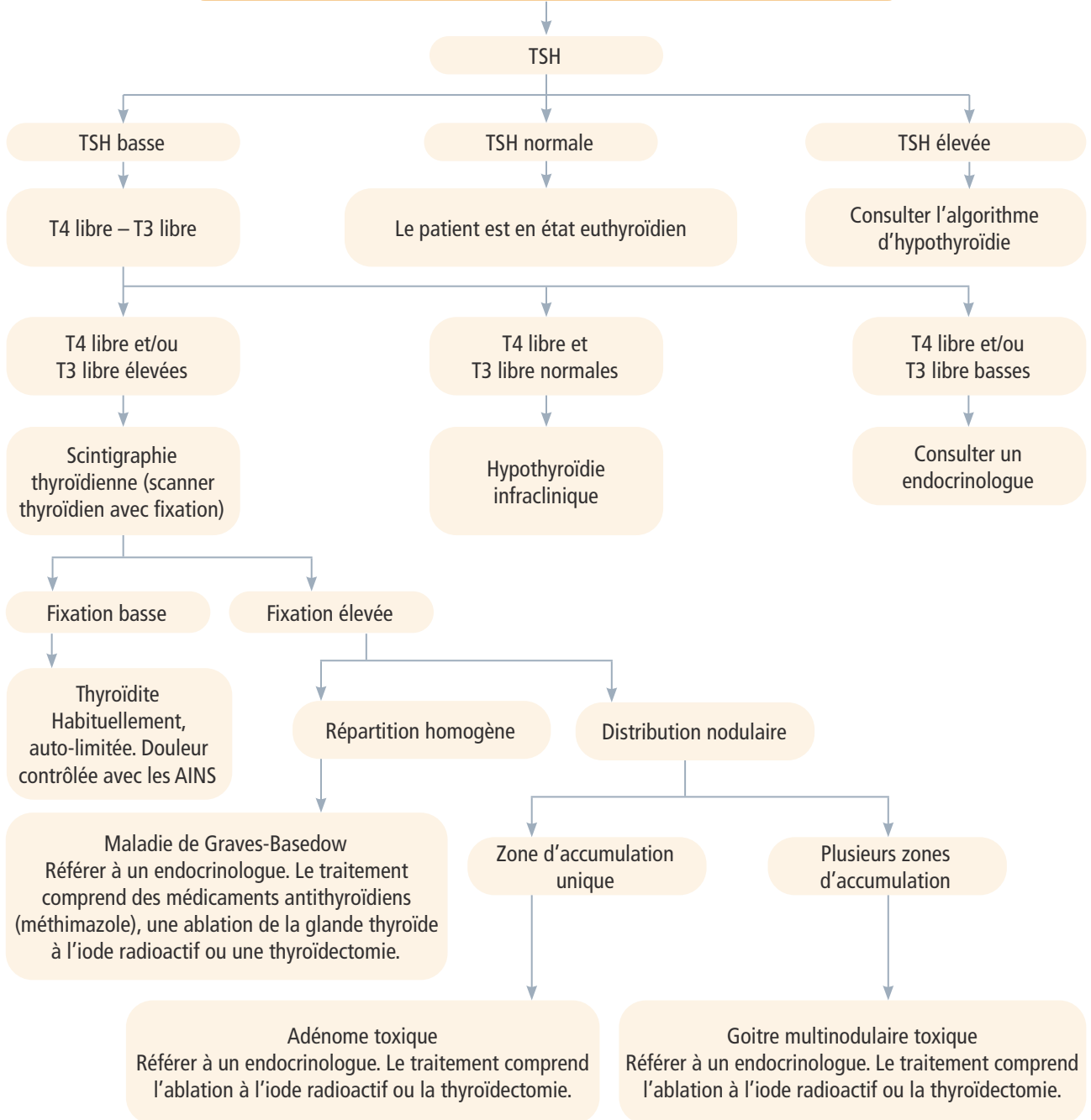
**EXAMEN CLINIQUE** ○●●○

- Effectuer un examen physique complet y compris les signes vitaux et un examen cardiaque, de la thyroïde, de la peau et des yeux.
 - État général : hyperactivité et irritabilité.
 - Examen thyroïdien : rechercher une hypertrophie de la thyroïde, ou un goitre avec nodule(s) palpable(s).
 - Signes d'hyperactivité sympathique : tachycardie, tremblements, hyperréflexie, hypertension artérielle, exophtalmie.
 - Examen cutané : la peau peut être chaude, humide, avec des poils fins.
 - Exophtalmie, œdème périorbitaire et conjonctival, limitation des mouvements oculaires et myxœdème pré tibial (présent dans la maladie de Graves-Basedow).

**DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES** ○○○●

- Doser les auto-anticorps contre les récepteurs de la thyrotropine (TRAB) en cas de suspicion de maladie de Graves-Basedow.
- Les bêtabloquants sont utilisés pour contrôler les symptômes adrénergiques. Utilisation (propranolol 10 à 40 mg/dose toutes les 6 à 12 heures ou aténolol 25 à 50 mg une fois par jour, et augmentation de la dose si nécessaire, jusqu'à 200 mg par jour).
- Les médicaments antithyroïdiens comprennent le méthimazole, qui peut être administré habituellement à une dose de 5 à 30 mg par jour réparti sur plusieurs doses.
- Mesurer la T3 libre et la T4 libre environ 4 semaines après l'initiation du traitement antithyroïdien, puis toutes les 4 à 8 semaines jusqu'à ce que la dose adéquate soit atteinte. Le traitement avec des médicaments antithyroïdiens peut être réduit ou arrêté après 12 à 18 mois.

Patient présentant des symptômes d'hyperthyroïdie



Éducation du patient

- Si l'ablation à l'iode radioactif est indiquée, expliquer au patient que la quantité de rayonnement utilisée est faible et qu'elle ne provoquera pas de cancer, d'infertilité ou d'anomalie congénitale.
- L'ablation à l'iode radioactif est contre-indiquée pendant la grossesse.
- Un traitement par médicaments antithyroïdiens est nécessaire dans certaines situations avant l'ablation à l'iode radioactif : chez les patients présentant des symptômes sévères, chez les personnes âgées et chez les patients présentant des problèmes cardiaques.
- Les médicaments antithyroïdiens bloquent la formation de nouvelles hormones thyroïdiennes. Il faut en moyenne 3 semaines (6 à 8 semaines) pour baisser le taux d'hormones thyroïdiennes dans le sang.

**DÉFINITION** ●○○○○

Les nodules thyroïdiens peuvent être signalés par le patient, découverts lors d'un examen physique ou détectés fortuitement lors d'un examen radiologique.

**INTERROGATOIRE** ●●○○○

- Revue complète des antécédents, axée sur les facteurs de malignité (voir ci-dessous).
- Rechercher les symptômes d'hypothyroïdie ou d'hyperthyroïdie.
- Rechercher les symptômes de pression localisée tels qu'une dysphagie ou difficulté à respirer, une toux ou un changement de voix.

**EXAMEN CLINIQUE** ○●●○○

- Effectuer un examen physique complet à la recherche de signes d'hypothyroïdie et d'hyperthyroïdie.
- Examiner la glande thyroïde en termes de consistance et de volume, présence de masses/nodules (nombres, mobiles ou fixes, durs ou tendres).
- Vérifier la présence de lymphadénopathie cervicale.

**SIGNES ALARMANTS** ○○○●○

Les facteurs de risque suivants peuvent être associés à une malignité:

- Croissance rapide d'une masse cervicale.
- Irradiation de la tête et du cou durant l'enfance.
- Irradiation corporelle totale pour transplantation de moelle osseuse.
- Antécédent de carcinome de la thyroïde.
- Antécédent familial de cancer de la thyroïde ou de syndromes de cancer de la thyroïde.
- Présence d'une masse dure fixe, ou de symptômes obstructifs (dysphagie), ou d'une lymphadénopathie cervicale, ou d'une paralysie des cordes vocales.



DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES

- L'objectif principal de l'évaluation diagnostique est d'exclure la présence d'un cancer de la thyroïde.
- Les indications de la biopsie-aspiration à l'aiguille fine (FNA) basées sur les résultats de l'échographie comprennent :
- Calculer le score TIRADS à l'aide de l'outil de calcul en ligne sur <https://tiradscalculator.com> ou suivre le tableau ci-dessous :

COMPOSITION

(choisir une option)

Kystique ou presque complètement kystique	0 points
Spongiforme	0 points
Mixte kystique et solide	1 point
Solide ou presque entièrement solide	2 points

ECHOGENICITY

(choisir une option)

Anéchoïque	0 points
Hyperéchogène ou isoéchogène	1 point
Hypoéchogène	2 points
Très hypoéchogène	3 points

FORME

(choisir une option)

Plus large que long	0 points
Plus long que large	3 points

CONTOUR

(choisir une option)

Lisse	0 points
Mal défini	0 points
Lobulé / irrégulier	2 points
Extension extra thyroïdienne (ETE)	3 points

FOYERS ÉCHOGENÈS

(choisir tout ce qui correspond)

Aucun ou gros artefacts de queue de comète	0 points
Macro-calcifications	1 point
Calcifications périphériques/cercles	2 points
Foyers échogènes ponctués	3 points

Somme des points de chaque colonne pour déterminer le grade TI-RADS

Nodule thyroïdien (rapporté par le patient, découvert lors d'un examen physique ou fortuitement)

Interrogatoire, examen clinique, TSH, échographie de la thyroïde

TSH normale ou élevée

TSH basse

Scintigraphie de la thyroïde
Mesure FT4, FT3

Décision basée sur les résultats de l'échographie

Nodule tiède ou froid (faible fixation)

Nodule chaud (forte fixation)

0 points

TR1
Bénin

Pas de FNA

2 points

TR2
Bénin

Pas de FNA

3 points

TR3
Faiblement suspect

> 1.5 cm : suivi
> 2.5 cm: FNA

4-6 points

TR4
modérément suspect

> 1.0 cm : suivi
> 1.5 cm: FNA

7+ points

TR5
Fortement suspect

> 0.5 cm: suivi
> 1.0 cm: FNA

Nodules solitaires ou multiples < 1 cm ou nodules purement kystiques
Suivi clinique

FT4 et FT3 normaux

Hyperthyroïdie infraclinique

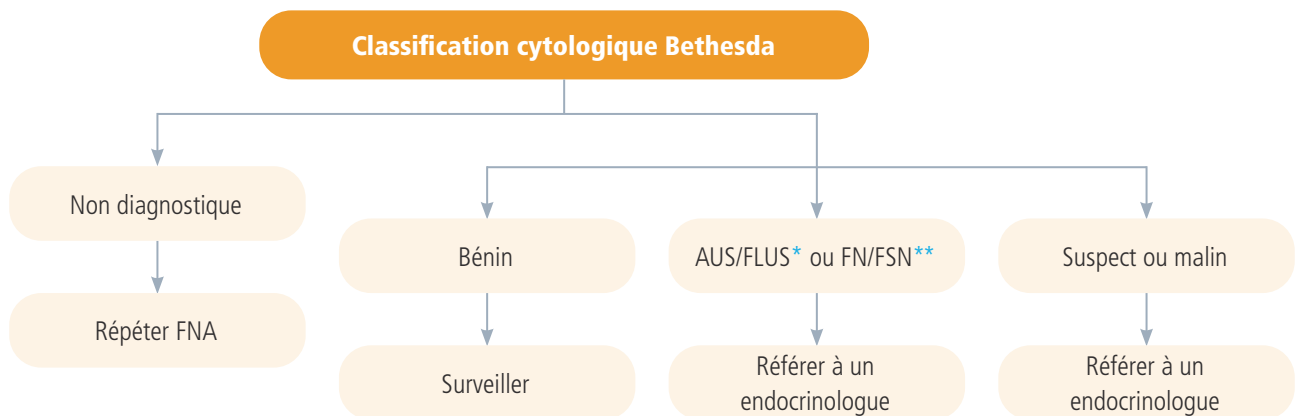
Surveiller dans la plupart des cas (consulter l'algorithme)

FT4 et/ou FT3 élevés

Hyperthyroïdie franche (adénome toxique)

Traiter par ablation à l'iode radioactif ou excision chirurgicale

CONSEILS POUR LA LECTURE EN CYTOLOGIE



* AUS/FLUS: Atypie de signification indéterminée ou lésion folliculaire de signification indéterminée.

** FN/FSN: Néoplasie folliculaire ou suspicion de néoplasie folliculaire.

Éducation du patient

- Qu'est-ce qu'un nodule thyroïdien ? Il s'agit d'une masse dans la glande thyroïde due à une croissance anormale des cellules thyroïdiennes. Elle est le plus souvent bénigne mais peut être cancéreuse dans certains cas. Les nodules thyroïdiens sont extrêmement fréquents.
- Certains nodules doivent être évalués par un examen de sang (prélèvement sanguin), une échographie et éventuellement une biopsie-aspiration à l'aiguille fine (FNA).



SECTION 3

AUTRES MALADIES COURANTES

A. Anémie – D64.9	66
B. Monoarthrite aiguë (arthralgie) – M13.10	69
C. Bronchite – J20.9	72
D. Infections cutanées courantes – L08.9	74
E. Constipation – K59.0	80
F. Diarrhée aiguë – R19.7	84
G. Rhume et grippe – J00	87
H. Otite Moyenne – H66.9	90
I. Pneumonie communautaire – J18	93
J. Sinusite – J01.90	97
K. Infection non compliquée des voies urinaires basses – N39.0	101

**DÉFINITION** ●○○○

L'anémie est définie comme une faible concentration d'hémoglobine ou un faible nombre de globules rouges (RBC). Elle est définie comme un taux d'hémoglobine sanguine inférieur à 13 g/dL chez l'homme et à 12 g/dL chez la femme. L'anémie est classée comme macrocytaire, microcytaire ou normocytaire en fonction du volume globulaire moyen (VGM).

**INTERROGATOIRE** ○●○○○

- Durée de l'anémie pour déterminer sa chronicité et sa rapidité d'installation.
- Symptômes généraux de l'anémie tels que fatigue, étourdissements, pica, grande envie de glace ou dyspnée.
- Symptômes constitutionnels (perte d'appétit, perte de poids, fièvre et/ou sueurs nocturnes), pouvant indiquer une infection ou une tumeur maligne.
- Symptômes ou affections pouvant suggérer une hémolyse, comme des urines foncées, un ictère, antécédents de calculs biliaires ou une anémie liée à certains types d'aliments ou de médicaments.
- Autres symptômes associés tels que gêne abdominale, hématochézie, saignement rectal rouge clair, modifications de la mémoire, engourdissement périphérique, changements d'humeur.
- Conditions médicales pouvant être associées à l'anémie, telles qu'une maladie rénale chronique, la polyarthrite rhumatoïde, l'ulcère gastroduodénal, etc.
- Prise de médicaments : La macrocytose peut être provoquée par l'acide valproïque, le triméthoprime/sulfaméthoxazole, les biguanides.
- Antécédents chirurgicaux : chirurgies gastriques ou bariatriques.
- Histoire familiale d'anémie, pouvant indiquer des hémoglobinopathies.
- Nutrition, habitudes alimentaires, consommation d'alcool.
- Exposition à des toxines (exposition professionnelle ou environnementale à des toxines telles que le plomb)
- Voyage (possibilité d'infections parasitaires)
- Troubles menstruels chez les femmes anémiques.

**EXAMEN CLINIQUE** ○○●○○

- Vérifier les signes vitaux, à savoir la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire, la température et la tension artérielle (rechercher une hypotension orthostatique).
- Vérifier la présence de pâleur ou d'ictère.
- Effectuer un examen physique complet pour détecter les signes d'atteinte d'organe interne (tels que splénomégalie, ganglions lymphatiques, ecchymoses) et évaluer la gravité de l'affection.



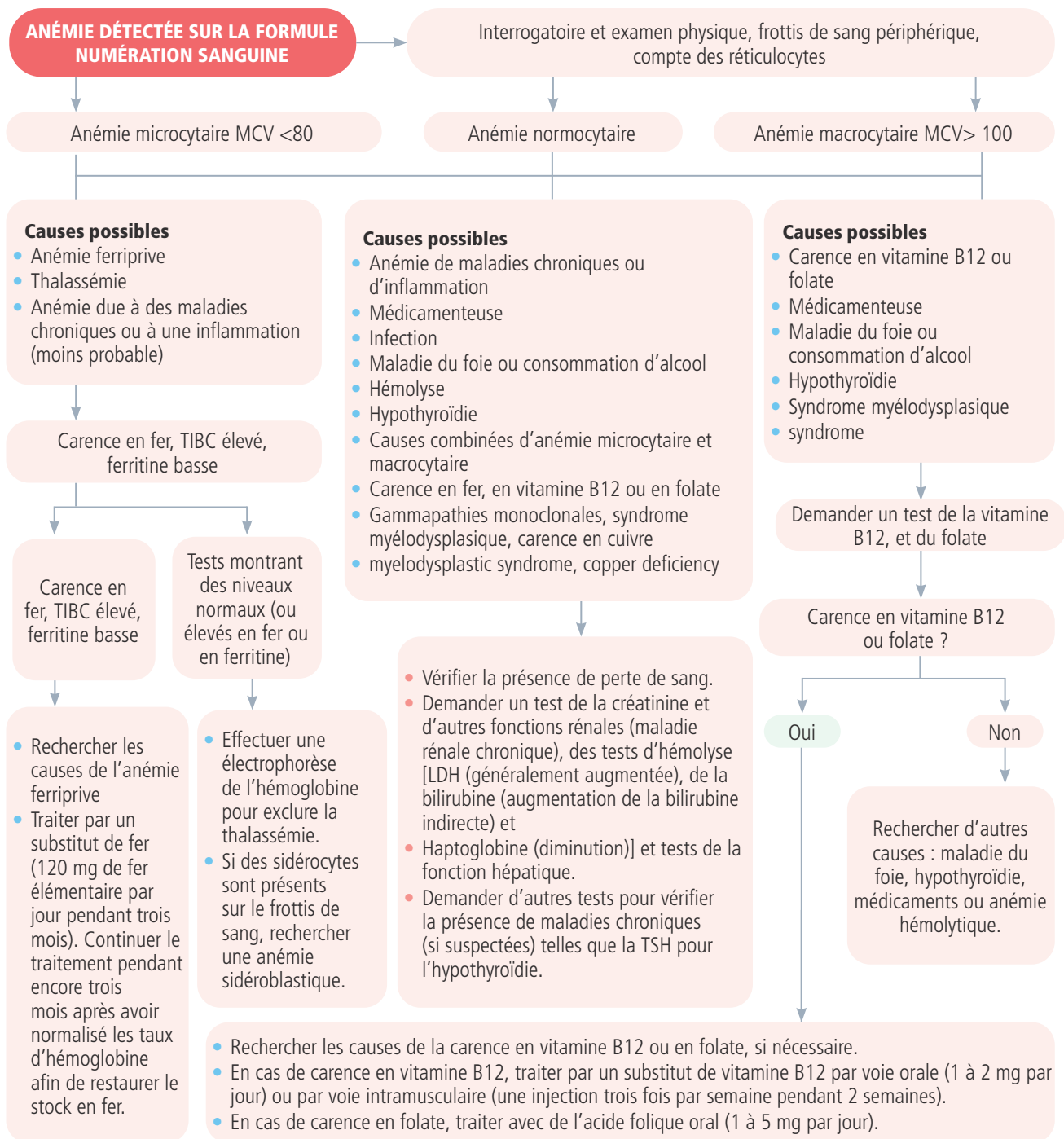
SIGNES ALARMANTS ○○○●○

- Perte de poids
- Cirrhose
- Ganglions lymphatiques palpables
- Âge supérieur à 50 ans avec ou sans test FIT
- Méléna
- Douleur abdominale aiguë.



DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES ○○○●○

- L'anémie est le plus souvent une découverte fortuite par une numération formule sanguine (NFS), puisque la plupart des patients sont asymptomatiques.
- Le diagnostic d'anémie est posé si la concentration d'hémoglobine est < 13 g/dL ou l'hématocrite est < 41 % chez l'homme ; et la concentration d'hémoglobine est < 12 g/dL ou l'hématocrite est < 36 % chez les femmes.
- L'évaluation de l'anémie comprend une NFS (si ce n'est déjà fait), le compte des réticulocytes et un frottis de sang périphérique. Des examens complémentaires doivent être demandés en fonction du type morphologique de l'anémie : microcytaire (VGM < 80), normocytaire ($80 < \text{VGM} < 100$) ou macrocytaire (VGM > 100).
- Une diminution de l'hémoglobine et/ou de l'hématocrite peut être présente chez les personnes âgées, lors d'une grossesse (en raison d'un volume plasmatique élevé) ou lors d'une activité physique intense.
- L'interprétation d'autres indices peut être utile. Cela comprend les éléments suivants :
 - Hémoglobine corpusculaire moyenne (MCH) : il s'agit de la teneur moyenne en hémoglobine des globules rouges. Un MCH faible indique une diminution de la teneur en hémoglobine par cellule, comme dans les cas de carence en fer et d'hémoglobinopathies.
 - Concentration corpusculaire moyenne d'hémoglobine (CCMH) : c'est la concentration moyenne d'hémoglobine par globule rouge. Des valeurs de CCMH très faibles sont typiques d'une anémie ferriprive, tandis que des valeurs de CCMH très élevées reflètent une sphérocytose ou une agglutination des globules rouges.
 - Coefficient de variation du volume cellulaire des globules rouges (RDW) : c'est la mesure de la variation de la taille des globules rouges. Un RDW élevé implique une grande variation dans la taille des globules rouges (présents dans l'anémie ferriprive, le syndrome myélodysplasique et les hémoglobinopathies) ; et un faible RDW implique une population de globules rouges plus homogène.
- Interprétation de certains tests :
 - Les causes d'un nombre élevé de réticulocytes comprennent l'hémolyse, la guérison d'un saignement, l'élimination d'une atteinte médullaire (médicament ou infection) ou une carence en fer, en acide folique ou en vitamine B12.
 - Si des caractéristiques dysplasiques ou une cytopénie sont présentes en cas d'anémie macrocytaire, cela peut indiquer un trouble myélodysplasique.
 - L'anémie liée aux maladies chroniques, aux infections, aux états inflammatoires ou aux tumeurs malignes peut se manifester par une anémie microcytaire avec de faibles taux de fer, une capacité de fixation totale du fer (TIBC) faible à normale et une ferritine normale à élevée.



Éducation du patient

- Conseiller aux patients en général d'avoir une alimentation saine, riche en fer, en vitamine B12 et en folate afin de prévenir l'anémie.
- Conseiller aux patients prenant une supplémentation en fer ce qui suit :
 - Ne prenez pas de comprimés de fer avec du thé, du café, des suppléments de calcium ou du lait car ils pourraient réduire l'absorption du fer.
 - Prenez les comprimés de fer une heure avant ou deux heures après les types d'aliments ci-dessus et au moins deux heures avant ou quatre heures après les antiacides.
- Au cas où des effets secondaires apparaissent avec la supplémentation en fer (nausées, vomissements, goût métallique, maux d'estomac, constipation), conseiller aux patients de :
 - Réduire la dose.
 - Prendre du fer avec les repas, même si cela peut diminuer son absorption.
 - Utiliser une formulation avec une teneur en fer élémentaire plus faible (par exemple en utilisant du gluconate ferreux au lieu du sulfate ferreux).
 - Prendre la forme liquide de sulfate ferreux.
 - Passer au fer intraveineux.

MONOARTHRITE AIGÜE (ARTHRALGIE)



DÉFINITION ●●●●●

La monoarthrite (douleurs articulaires) est une inflammation d'une articulation caractérisée par une tuméfaction de l'articulation, des douleurs, de la chaleur et un érythème périarticulaire avec ou sans fièvre. Elle est associée à une raideur articulaire et à une perte totale ou à une diminution de l'amplitude des mouvements. Elle peut être aiguë (moins de 3 mois) ou chronique (plus de 3 mois).



INTERROGATOIRE ●●●●●

- Vérifier la survenue de la douleur et de l'enflure. Vérifier si les symptômes s'aggravent avec l'activité et s'améliorent avec le repos (suggérant un processus mécanique) ou s'aggravent au repos avec une raideur matinale (suggérant un processus inflammatoire).
- Vérifier s'il y a eu un traumatisme récent.
- Vérifier les maladies articulaires antérieures.
- Vérifier la présence de problèmes de santé tels que le psoriasis.
- Vérifier s'il existe des antécédents familiaux de maladies articulaires telles que la goutte.
- Vérifier un antécédent personnel de goutte.
- Vérifier la prise de médicaments tels que les diurétiques.
- Vérifier les voyages récents, les apports alimentaires, la consommation d'alcool et tout abus de substances (usage de drogues intraveineuses).
- Vérifier les antécédents professionnels et sexuels.



EXAMEN CLINIQUE ●●●●●

- Mesurer les signes vitaux, notamment la température.
- Effectuer un examen physique complet en mettant l'accent sur l'articulation affectée (épanchement, limitation et douleur à la mobilisation) et les articulations controlatérales.
- Examiner l'articulation comme suit :
 - Vérifier l'oedème, la rougeur et la douleur provoquée par le mouvement.
 - Rechercher un épanchement, signe d'un conflit articulaire interne.



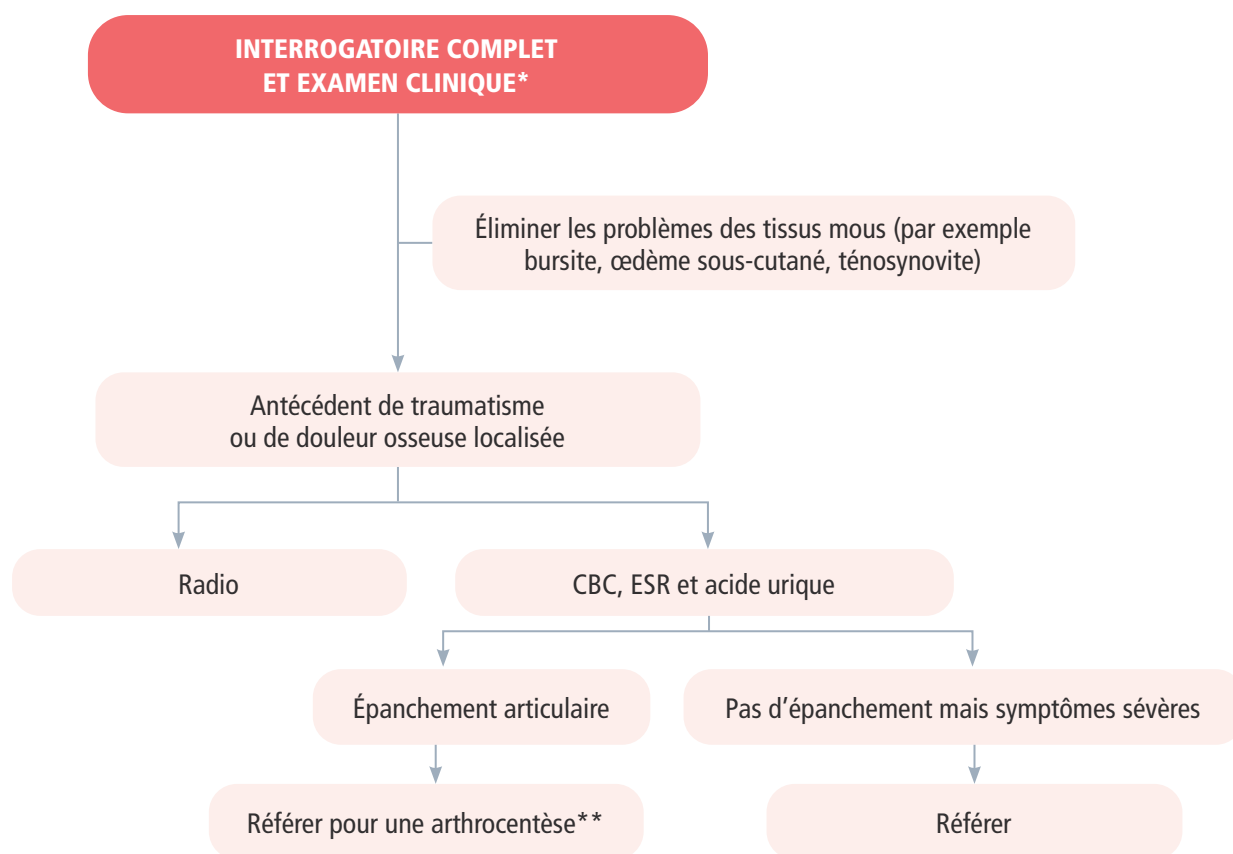
SIGNES ALARMANTS ○○○●○

- Suspicion d'arthrite septique.
- Perte totale de fonction de l'articulation.



DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES ○○○●○

- Il est important d'avoir un diagnostic rapide puisqu'un retard dans le traitement peut avoir des effets délétères y compris un sepsis, une bactériémie, une destruction articulaire voire le décès surtout dans le cas d'arthrite septique.
- Les diagnostics les plus courants en soins primaires sont : l'arthrose, la goutte et les traumatismes.
- Les éléments de diagnostic comprennent :
 - Une amplitude de mouvement active de l'articulation plus restreinte que l'amplitude de mouvement passive indique une pathologie périarticulaire – demander une radiographie ou une IRM.
 - La présence de maux de dos et d'inflammations oculaires fait suspecter une spondylarthrite ankylosante – consulter un spécialiste.
 - La présence d'une immunosuppression et/ou d'un usage de drogues intraveineuses fait suspecter une arthrite septique.
 - La présence d'un érythème noueux et d'une adénopathie hilare fait suspecter une sarcoïdose.
 - La présence d'un médicament diurétique, la présence de tophi, de calculs rénaux font suspecter une goutte.
 - La prise de diurétique, de conjonctivite, de diarrhée, d'éruption cutanée, de sacro-ileite fait suspecter une arthrite réactionnelle.
- Une monoarthrite aiguë avec fièvre est considérée comme d'origine bactérienne jusqu'à preuve du contraire.



* En cas de traumatisme ou de douleur localisée, nécessité de faire une radiographie pour écarter toute anomalie osseuse telle qu'une fracture.

** Règle diagnostique pour le diagnostic de la goutte si l'arthrocentèse est non disponible :

- Sexe masculin (2 points)
- Crise d'arthrite antérieure signalée par le patient (2 points)
- Survenue en 1 jour (0,5 point)
- Rougeur articulaire (1 point)
- Atteinte de la première articulation métatarso-phalangienne (2,5 points)
- Hypertension ou maladie cardiovasculaire ≥ 1 (angine de poitrine, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire ou maladie vasculaire périphérique) (1,5 points)
- Acide urique sérique $> 5,88$ mg par dl (3,5 points)

Si le score est ≥ 8 , alors le diagnostic de goutte est le plus probable – traiter comme la goutte (des corticostéroïdes, des anti-inflammatoires non stéroïdiens ou de la colchicine à faible dose doivent être prescrits en cas de crise de goutte. Un traitement hypouricémiant à long terme ne doit pas être initié chez la plupart des patients après leur première crise de goutte ou chez les patients qui ont des crises de goutte peu fréquentes).

Si le score est compris entre 4 et 8, le diagnostic est incertain et nécessite une arthrocentèse.

Si le score est ≤ 4 , le diagnostic de goutte est improbable et il existe des possibilités d'arthrite, d'arthrite réactive, d'arthrite septique, de polyarthrite rhumatoïde, d'arthrose ou d'arthrite psoriasique.

**DÉFINITION** ●○○○○

La bronchite aiguë est une infection des voies respiratoires inférieures impliquant les grandes voies respiratoires sans signe de pneumonie et survenant en l'absence de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Elle se caractérise par une toux, avec ou sans production d'expectorations. Elle dure généralement au moins cinq jours et peut se résoudre en une à trois semaines. C'est généralement dû à une infection virale et c'est une maladie auto-résolutive.

**INTERROGATION** ●●○○○

- Caractéristiques de la toux : généralement non productive ou peu productive (les crachats peuvent être clairs, blancs, jaunes, verts ou teintés de sang) ; la durée est inférieure à 2-3 semaines accompagnée ou précédée de symptômes des voies respiratoires supérieures.
- D'autres signes et symptômes peuvent inclure une dyspnée, une respiration sifflante, des douleurs thoraciques, de la fièvre (généralement absente ou légère), une voix rauque et un malaise. Ces symptômes peuvent être présents à des degrés divers ou absents.

**EXAMEN CLINIQUE** ○●●○○

- Vérifier les signes vitaux, y compris la présence ou l'absence de fièvre et de tachypnée.
- Tête et cou : rhinorrhée, pharynx normal ou rouge, adénopathies sous-mandibulaires et cervicales localisées.
- Auscultation pulmonaire : râles continus grossiers et sibilants qui changent de localisation et d'intensité après une toux profonde et productive.

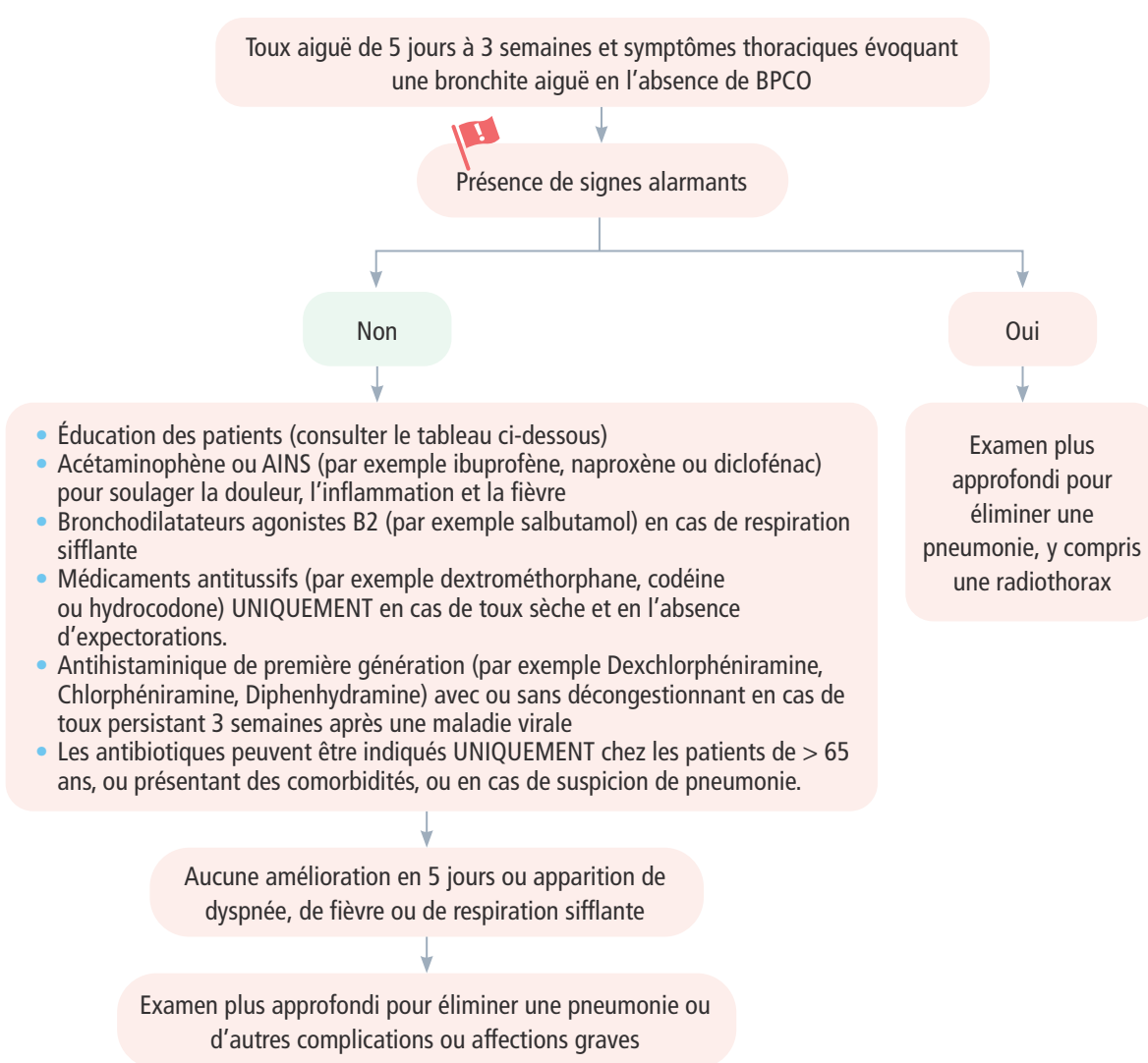
**SIGNES ALARMANTS** ○○○●○

- Signes vitaux anormaux (pouls >100/minute, fréquence respiratoire >24 respirations/minute, température >38°C ou saturation en oxygène <95 %).
- Signes de consolidation à l'auscultation pulmonaire (râles, égophonie ou frémitus tactile).
- Altération de l'état mental ou état de conscience ou changements de comportement chez les patients âgés de plus de 75 ans, qui peuvent ne pas avoir de fièvre.
- Facteurs supplémentaires, tels qu'une dyspnée modérée ou sévère, une hémoptysie, un état d'immunodépression, un âge avancé et/ou une démence, qui pourraient augmenter le risque de pneumonie ou d'autres troubles pulmonaires sous-jacents.



DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES ●●●●●

- La couleur des crachats ne permet pas de différencier les infections d'origine bactérienne des infections d'origine virale des voies respiratoires basses.
- Le diagnostic de bronchite aiguë est principalement clinique. Il doit être suspecté chez les patients qui toussent depuis au moins cinq jours (souvent une à trois semaines), qui ne présentent pas de signes cliniques évocateurs d'une pneumonie et qui ne souffrent pas de BPCO.
- Les diagnostics différentiels comprennent : la pneumonie, l'écoulement post-nasal, le reflux gastro-œsophagien, l'asthme, l'utilisation d'inhibiteurs de l'ECA (ACE inhibitors) et des affections plus graves comme l'insuffisance cardiaque, l'embolie pulmonaire et le cancer du poumon.



Éducation du patient:

- Arrêter de fumer, augmenter la consommation de liquides non caféinés et rester au lit.
- Laver les mains pour réduire la propagation à domicile.
- Remèdes non pharmacologiques contre la toux (pastilles pour la gorge, thé chaud, miel).

INFECTIONS CUTANÉES COURANTES

Type	Description	Prise en charge
Infections bactériennes purulentes de la peau et des tissus mous		
Folliculite	<ul style="list-style-type: none"> • Infection superficielle des follicules pileux des zones du corps associée à des frottements et à une transpiration abondante (barbe, partie postérieure du cou, cuir chevelu occipital, aisselles, seins et cuisses). • Généralement asymptomatique. • Agents pathogènes : Staphylococcus Aureus et Pseudomonas aeruginosa dans les piscines. 	<ul style="list-style-type: none"> • Antibiotiques topiques : clindamycine à 1 % ou érythromycine à 2 % (2 à 3 fois par jour pendant 7 à 10 jours) OU pommade à la mupirocine à 2 % (2 à 3 fois par jour pendant 7 à 10 jours).
Furoncle	<ul style="list-style-type: none"> • Infection douloureuse et profonde des follicules pileux qui s'étend au tissu sous-cutané 	<ul style="list-style-type: none"> • Compresses chaudes 3 à 4 fois par jour pendant 15 à 20 minutes. • Antibiotiques topiques : clindamycine à 1 % ou érythromycine à 2 % (2 à 3 fois par jour pendant 7 à 10 jours) OU pommade à la mupirocine à 2 % (2 à 3 fois par jour pendant 7 à 10 jours). • Incision et drainage si nécessaire
Anthrax	<ul style="list-style-type: none"> • Agglomérat de furoncles/nodules interconnectés. Parfois avec fièvre et adénopathie régionale 	<ul style="list-style-type: none"> • Compresses chaudes 3 à 4 fois par jour pendant 15 à 20 minutes. • Antibiotiques topiques : clindamycine à 1 % ou érythromycine à 2 % (2 à 3 fois par jour pendant 7 à 10 jours) OU pommade à la mupirocine à 2 % (2 à 3 fois par jour pendant 7 à 10 jours). • Incision et drainage si nécessaire
Abcès	<ul style="list-style-type: none"> • Collection douloureuse de pus à l'intérieur du derme 	<ul style="list-style-type: none"> • Compresses chaudes 3 à 4 fois par jour pendant 15 à 20 minutes. • Incision et drainage.
Infections bactériennes non purulentes de la peau et des tissus mous		
Cellulite	<ul style="list-style-type: none"> • Infection cutanée profonde qui s'étend aux tissus sous-cutanés. La peau est très rouge, chaude, sensible, érythémateuse et œdémateuse. Plaque mal délimitée qui se développe rapidement 	Pendant 5 à 10 jours <ul style="list-style-type: none"> • Amoxiclav 625 mg toutes les 8 heures ou 1000 mg toutes les 12 heures OU • Clindamycine 450 mg toutes les 6 heures
Erysipèle	<ul style="list-style-type: none"> • Plaque douloureuse et bien délimitée. 	Pendant 5 à 10 jours <ul style="list-style-type: none"> • Céphalexine 1000 mg deux fois par jour ou 500 mg toutes les 6 heures OU • Clindamycine 450 mg toutes les 6 heures
Impétigo et Ecthyma	<ul style="list-style-type: none"> • Infection cutanée superficielle très contagieuse ; exsudats en croûte de couleur miel avec des pustules ou des vésicules flasques. Généralement non bulleux chez l'adulte. 	Pendant 7 à 10 jours <ul style="list-style-type: none"> • Céphalexine 1000 mg deux fois par jour ou 500 mg toutes les 6 heures OU • Amoxiclav 625 mg toutes les 8 heures ou 1000 mg toutes les 12 heures OU • Clindamycine 450 mg toutes les 6 heures OU • Érythromycine 250 mg 4 fois par jour OU • Pénicilline V si la culture révèle un streptocoque uniquement

Type	Description	Prise en charge
Infections virales courantes de la peau		
Virus de l'herpès simplex (HSV)	<ul style="list-style-type: none"> • L'infection primaire par le HSV-1 survient à la suite d'une exposition aux sécrétions (généralement de la salive) de personnes infectées pendant l'excrétion du virus. • Elle affecte de façon prédominante la bouche (herpès labial) ou les organes génitaux (herpès génital) • Des symptômes prodromiques tels que douleur, brûlure ou démangeaisons peuvent précéder les manifestations muco-cutanées des infections par l'herpès labial et l'herpès génital. 	<p>Traitement de l'herpès labial :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acyclovir : 200 mg 5 fois par jour ou 400 mg trois fois par jour pendant 5 jours OU • Famciclovir 1 500 mg une fois par jour OU • Valacyclovir 2000 mg deux fois par jour, à un intervalle de 12 heures, et pour 1 jour seulement
Varicelle	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie fébrile associée à une éruption vésiculaire diffuse, fortement prurigineuse ; les vésicules apparaissent en grappes, représentant les divers stades d'évolution de la maladie (simultanément des vésicules nouvelles, croûteuses, et guéries). • Le grattage des lésions peut entraîner des infections cutanées bactériennes secondaires. • D'autres complications graves englobent des infections invasives par le Streptocoque du groupe A (syndrome de choc toxique streptococcique et fasciite nécrosante), une ataxie cérébelleuse, une encéphalite sévère et une pneumonie. • La varicelle est très contagieuse et se transmet par les gouttelettes aérolisées des sécrétions respiratoires ou par contact direct avec le liquide provenant de lésions cutanées vésiculaires. • La période d'incubation varie de 10 à 21 jours. 	<p>Traitement symptomatique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chez les patients présentant un risque élevé de complications, administrer de l'acyclovir 800 mg 4 fois par jour pendant 5 jours.
Herpes Zoster	<ul style="list-style-type: none"> • Apparition soudaine d'une paresthésie ou d'une névralgie le long d'un dermatome unilatérale +- démangeaisons, suivie d'une éruption cutanée vésiculaire douloureuses +- prurigineuses au dermatome (vésicules > papules / pustules > macules) à différents stades d'évolution. • Parfois, de la fièvre et des malaises peuvent survenir. • Les lésions commencent à former une croûte en 7 à 10 jours et le syndrome de douleur aiguë disparaît. Si la douleur persiste, le développement d'une névralgie postherpétique est probable. 	<p>Dans les 72 heures, envisager de prescrire :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acyclovir : 800 mg 5 fois par jour pendant 7 à 10 jours OU • Famciclovir : 500 mg trois fois par jour pendant 7 jours OU • Valaciclovir : 1 g trois fois par jour pendant 7 jours

Type	Description	Prise en charge
Molluscum Contagiosum	<ul style="list-style-type: none"> • Une maladie virale infectieuse de la peau causée par le poxvirus. • La transmission peut se produire par contact direct avec la peau ou les muqueuses, ou via des vecteurs passifs. • Papules ombiliquées, lisses, en forme de dôme, roses ou couleur chair, nacrées, avec un bouchon kératosique central. • La plupart des patients présentent de nombreuses papules, souvent dans des régions intertrigineuses comme les aisselles, les creux poplités et l'aîne. Elles sont généralement spontanément résolutive, mais persistent souvent chez les patients immunodéprimés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le traitement peut s'avérer inutile car la maladie est souvent spontanément autorésolutive chez les enfants. • Une cryochirurgie et un curetage constitueraient probablement les approches les plus faciles et les plus définitives. • Un médicament composé de cantharidine, de podophylline et d'acide salicylique peut être appliqué localement puis lavé 2 à 6 heures plus tard ; il est bien toléré et très efficace même chez les enfants. • Une solution contenant 5% d'hydroxyde de potassium peut être appliquée localement 1 à 2 fois par jour (âge > 3 ans).
Pityriasis Rosea	<ul style="list-style-type: none"> • Une plaque rosée unique, ronde ou ovale, squameuse à bord surélevé (médaillon initial de 2 à 10 cm de diamètre) apparaît en premier. • Quelques jours à quelques semaines plus tard, des plaques ovales de 1 à 2 cm de couleur saumon (± légères démangeaisons) apparaissent essentiellement sur le tronc et les parties supérieures des extrémités (distribution en «sapin de Noël» dans le dos). • Elles épargnent généralement le visage. • Les plaques persistent généralement 6 à 8 semaines et même plusieurs mois. • Elles peuvent laisser des macules post-inflammatoires hypo ou hyperpigmentées qui disparaissent avec le temps. 	<ul style="list-style-type: none"> • Surveiller uniquement (auto-résolutive). • En cas de démangeaisons : éviter les vêtements chauds ou les douches ; La crème d'hydrocortisone à 1 % peut être utilisée pour les petites zones de démangeaisons ; Une lotion à la Calamine et de l'oxyde de Zinc appliquée localement, et/ou des antihistaminiques oraux peuvent être utilisés en cas de zones de démangeaisons étendues.

Infections fongiques courantes de la peau

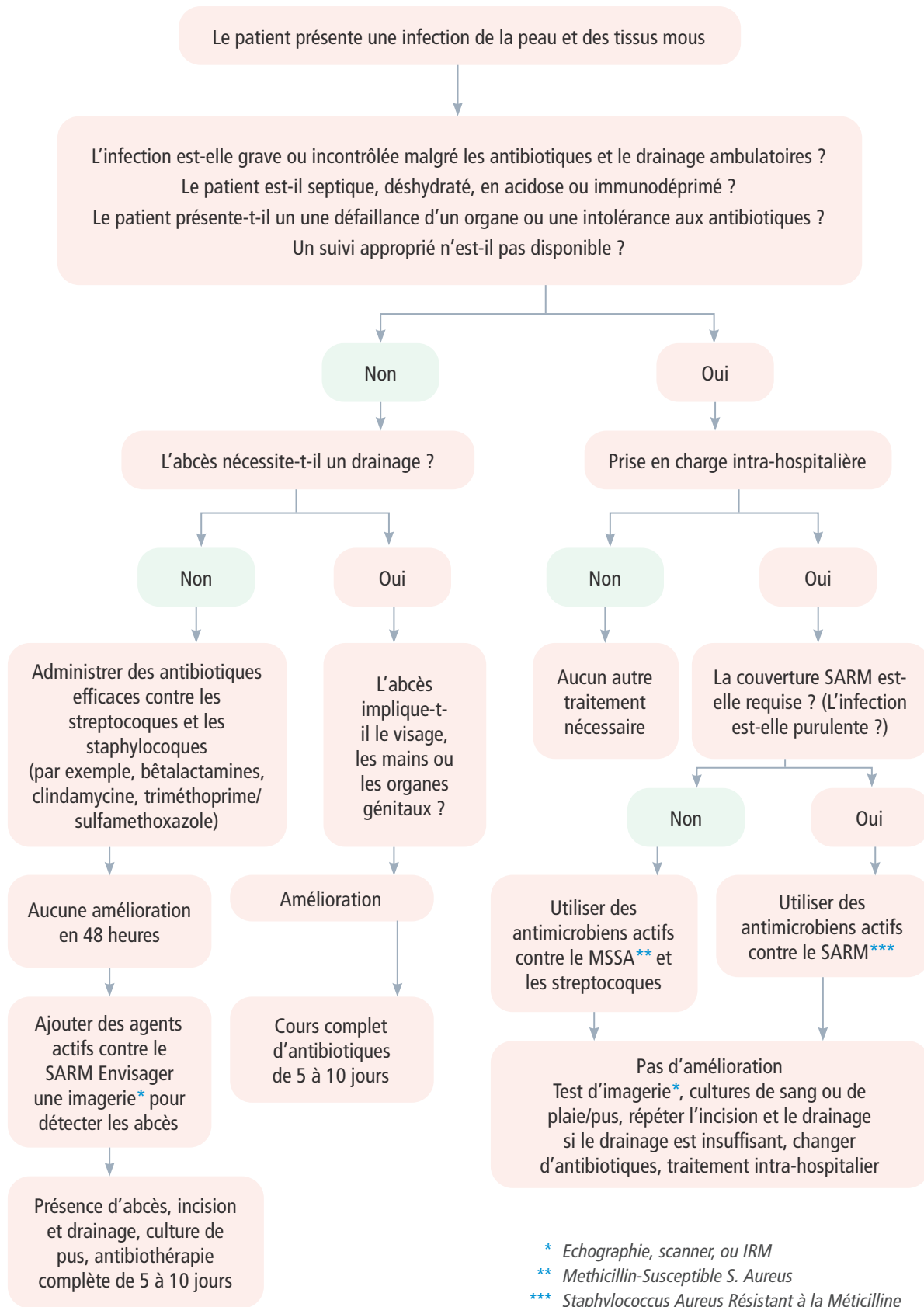
Teigne ou "Tinea Capitis"	<ul style="list-style-type: none"> • Peau squameuse et érythémateuse, souvent accompagnée d'une perte de cheveux. Cela peut ressembler à une dermite séborrhéique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Griséofulvine pendant 6 à 12 semaines en cas de Tinea Capitis, 250 mg 4 fois par jour (formulation micronisée) ou 250 mg 3 fois par jour (formulation ultramicronisée). • Fluconazole par voie orale 150 mg par jour tous les jours ou Fluconazole par voie orale 150 mg une fois par semaine pendant 2 à 4 semaines • Itraconazole par voie orale 200 mg deux fois par jour pendant une semaine chaque mois pendant 1 à 3 mois. • Terbinafine par voie orale 250 mg par jour pendant 2 à 4 semaines selon l'indication.
---------------------------	---	---

Type	Description	Prise en charge
Dermatophytoses limitées <i>Tinea Cruris</i> (plie de l'aine), <i>Tinea Pedis</i> (pied d'athlète), <i>Tinea Corporis</i> (tinéa du corps)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Tinea pedis</i> : généralement prurigineux, avec des plaques desquamées sur la plante des pieds, s'étendant aux faces latérales des pieds et aux espaces interdigitaux, souvent avec macération. • <i>Tinea cruris</i> : siège dans l'aine et sur la partie supérieure interne des cuisses et les fesses sous forme de plaques annulaires squameuses avec un centre normal sans pustules satellites ; plus fréquent chez les hommes et épargne généralement le scrotum • <i>Tinea corporis</i> : représentent des infections de différents sites, chacune présentant invariablement des plaques squameuses annulaires. 	<p>Aération +</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crème topique Azole 1-2% ou crème Ciclopirox 1% ou crème Terbinafine 1% deux fois par jour pendant 1 à 4 semaines (4 semaines en cas de <i>Tinea Pedis</i>). • Utiliser un traitement oral en cas d'extension ou d'échec du traitement topique : Fluconazole par voie orale 150 mg par jour ou Fluconazole par voie orale 150 mg une fois par semaine pendant 2 à 4 semaines (2 à 6 semaines en cas de <i>Tinea Pedis</i>) ; Itraconazole par voie orale 200 mg deux fois par jour pendant 1 semaine ou 100 mg par jour pendant 2 semaines en cas de <i>Tinea Corporis</i> ou <i>Tinea Cruris</i> ; ou 200 mg deux fois par jour pendant 1 semaine en cas de <i>Tinea Pedis</i> ; Terbinafine par voie orale 250 mg par jour pendant 2 à 4 semaines selon l'indication.
Pityriasis Versicolor	<ul style="list-style-type: none"> • Macules hyper - ou hypopigmentées, couleur rouge ou jaunâtre à brun, bien définies et présentant des squames fines, poudreuses, ressemblant à un son de blé (pityriasiforme). • Les lésions peuvent apparaître sur le corps entier, avec la partie supérieure du tronc, le cou et les parties proximales des membres supérieurs étant les parties les plus affectées. • Les altérations pigmentaires disparaîtront généralement en quelques semaines après un traitement réussi. • C'est une atteinte très bénigne. • Son évolution est chronique et les récives sont possibles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lotion au sulfure de sélénium à 2,5 % appliquée soit durant la nuit ou pendant 10 à 15 minutes une fois par jour pendant 10-14 jours. • Le shampooing au kétoconazole « à laisser agir 5 minutes chaque jour » pendant 5 jours, et les crèmes imidazole ou triazole sont également efficaces par voie topique pendant 1 semaine. • Dose unique orale de Kétoconazole, 400 mg (il est possible de répéter la dose dans 1 semaine) • En cas de lésion étendue : Itraconazole 200 mg par voie orale par jour pendant 5 à 7 jours ou Fluconazole 300 mg par voie orale une fois par semaine pendant 2 semaine
Candidose oropharyngée ou muguet	<ul style="list-style-type: none"> • Plaques blanches non adhérentes sur la langue et la muqueuse buccale. 	<ul style="list-style-type: none"> • Suspension de nystatine ou gel oral de miconazole 20 mg/g 4 à 6 fois par jour jusqu'à disparition des symptômes. • En cas d'infection sévère, utiliser Fluconazole par voie orale 200 mg le premier jour, suivi de 100 mg par jour pendant 5 à 10 jours, ou Itraconazole par voie orale 100 à 200mg par jour pendant 5 à 10 jours.

Type	Description	Prise en charge
Onycho- mycose	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie fongique des ongles, caractérisée par des ongles jaunes épaissis et des débris sous-unguéraux, et généralement associée à la Tinea Pedis. • Elle peut provoquer une hyperkératose sous-unguéale et parfois une destruction complète de l'ongle 	<p>Durée minimale du traitement : 6 à 8 semaines pour les ongles de la main ; 12 à 16 semaines pour les ongles des pieds.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Itraconazole par voie orale 200 mg par jour (ou deux fois par jour pendant 1 semaine par mois) • Terbinafine par voie orale 250 mg par jour • Fluconazole par voie orale 150 à 300 mg une fois par semaine • Dans les onychomycoses légères, utiliser un vernis à ongles : vernis Amorolfine 5% une à deux fois par semaine ou vernis Ciclopirox 8% une fois par jour pendant 48 semaines.

Infections parasitaires courantes de la peau

Gale	<ul style="list-style-type: none"> • Infestation ectoparasitaire causée par <i>Sarcoptes scabiei</i> var <i>hominis</i>. • Démangeaisons, souvent sévères et empirant la nuit. • Petites papules érythémateuses, souvent excoriées et recouvertes par des croûtes hémorragiques. Des vésicules, des pustules et rarement des bulles peuvent également être présentes. • Les sillons filiformes sont pathognomoniques de la gale. • Zones d'atteinte : entre les doigts, les surfaces de flexion des poignets, les surfaces d'extension des coudes, les plis axillaires antérieurs et postérieurs, la peau immédiatement adjacente aux mamelons, les régions péri-ombilicales, la taille, les organes génitaux chez les hommes, surface d'extension des genoux, moitié inférieure des fesses et les cuisses adjacentes, ainsi que les faces latérales et postérieures des pieds. 	<ul style="list-style-type: none"> • Crème perméthrine 5% : application sur toutes les parties du corps, du cou vers le bas et lavée après 8 à 14 heures; à répéter dans 1 semaine. Le benzoate de benzyle et le lindane sont d'autres alternatives. • Traiter simultanément les contacts étroits. • Pour les démangeaisons : Antihistaminiques oraux +/- Corticostéroïdes topiques. • Les habits et le linge utilisés au cours des quelques jours passés doivent être lavés à l'eau chaude (> 60°C) et séchés dans un sèche-linge ou gardés dans des sacs fermés pendant plusieurs jours.
Pédiculose	<ul style="list-style-type: none"> • Infestation de la tête (cuir chevelu), du corps ou de la région pubienne par des ectoparasites spécifiques du site : respectivement (<i>Pediculus humanus</i> var <i>capitis</i>), (<i>Pediculus humanus</i> var <i>corporis</i>) ou (<i>Phthirus pubis</i>). • Provoque un prurit. • Diagnostic par inspection visuelle. 	<p>Peignage des cheveux mouillés +</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lotion Perméthrine 1% : appliquer sur les cheveux, laisser agir 10 minutes, puis rincer ; répéter dans 7 jours OU • Shampoing Lindane 1% (traitement de second recours en cas d'échec de la Perméthrine)



Adapté de: Am Fam Physician. 2015;92(6):474-483

**DÉFINITION** ●○○○○

La constipation peut se manifester par une élimination incomplète des selles ou par des difficultés à évacuer les selles, ou les deux. La constipation chronique est diagnostiquée lorsque les symptômes sont présents depuis au moins 3 mois sur les 12 mois précédents. La constipation peut être primaire (fonctionnelle) ou secondaire (due à des médicaments tels que des suppléments de fer, ou à des conditions médicales telles que le diabète ou l'hypothyroïdie, ou à des problèmes psychologiques).

**INTERROGATOIRE** ○●○○○

- Caractéristiques des mouvements intestinaux : fréquence, modification récente et persistante des du transit intestinal, durée de la constipation, sensation d'évacuation incomplète.
- Caractéristiques des selles : selles dures, changement de calibre, présence de sang, etc.
- Présence de symptômes évocateurs d'un syndrome du côlon irritable : douleurs abdominales, ballonnements ou crampes intestinales entre les selles.
- Présence d'un dysfonctionnement du plancher pelvien : efforts prolongés et excessifs, notamment avec des selles molles.
- Perte de poids.
- Utilisation de laxatifs (type et dose) ou d'autres médicaments (tels que supplément de fer, antihistaminiques, antidépresseurs, antihypertenseurs, etc.).
- Présence de maladies chroniques telles que le diabète, l'hypothyroïdie ou la sclérose en plaques.
- Habitudes alimentaires et pratique d'activité physique.
- Histoire familiale de cancer colorectal.

**EXAMEN CLINIQUE** ○○●○○

- Rechercher des signes de perte de poids ou d'anémie.
- Effectuer un examen abdominal à la recherche de masses abdominales, d'une hépatomégalie ou d'un côlon palpable.
- Faire un toucher rectal:
 - Rechercher des hémorroïdes, des acrochordons, des fissures, un prolapsus rectal ou des verrues anales.
 - Demander au patient de faire un effort et rechercher des fuites de selles ; cela pourrait indiquer la présence d'un fécalome ou un prolapsus rectal.
 - Évaluer la force du sphincter anal et la contraction involontaire du sphincter anal externe lors du frottement de la peau autour de l'anus avec un coton-tige ou un coton ; l'absence de contraction anale pourrait suggérer une pathologie des nerfs sacrés.
 - Palper les parois du rectum à la recherche de douleur, de masses, de sténoses et de selles. Noter la consistance et la couleur des selles, le cas échéant.
 - Demander au patient d'appuyer (ou d'expulser le doigt examineur) ; observer s'il y a un soulèvement vers le plancher pelvien et si le périnée et l'anus descendent (une descente de 1,0 à 3,5 cm est normale). Une anomalie suggère la présence d'un dysfonctionnement du plancher pelvien.



SIGNES ALARMANTS ○○○●○

- Hématochézie (sang frais dans les selles) - peut suggérer la présence d'un cancer colorectal, diverticulose ou maladie inflammatoire de l'intestin
- Perte de poids involontaire de 4,5 kg ou plus - pourrait suggérer un cancer colorectal
- Histoire familiale de cancer colorectal
- Déficience en fer
- Tests de sang occulte dans les selles positifs
- Apparition aiguë de constipation chez un patient âgé - pourrait suggérer un cancer colorectal



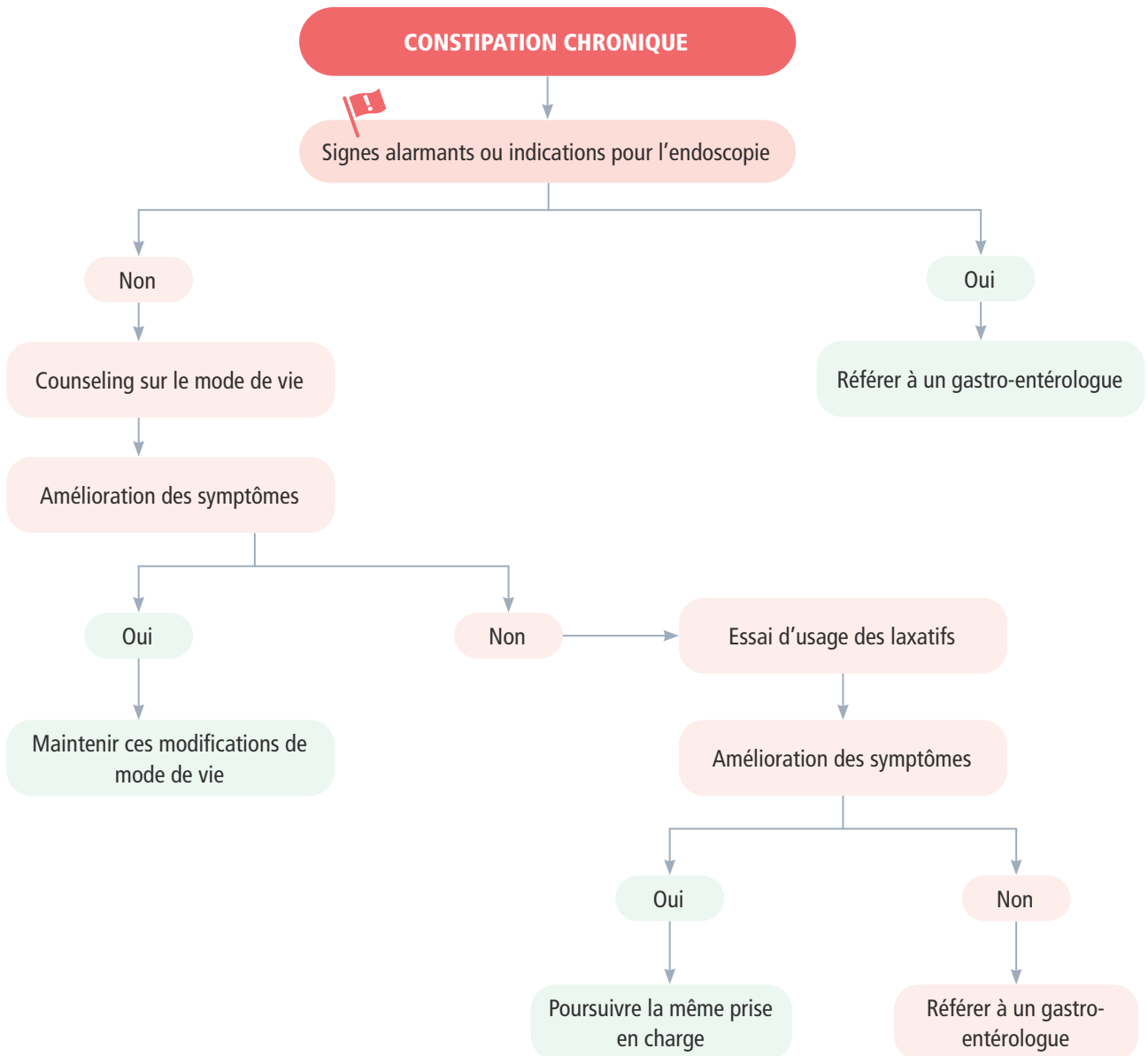
DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES ○○○●○

- La constipation fonctionnelle est diagnostiquée à l'aide des critères de diagnostic Rome III, qui doivent être remplis présents cours des trois derniers mois, avec l'apparition des symptômes au moins six mois avant le diagnostic. Les critères sont :
 - Présence de deux ou plusieurs des éléments suivants :
 - » Selles difficiles pendant au moins 25 % des cas
 - » Selles grumeleuses ou dures dans au moins 25 % des défécations
 - » Sensation d'évacuation incomplète pour au moins 25 % des défécations
 - » Sensation d'obstruction/blocage anorectal pour au moins 25 % des défécations
 - » Manœuvres manuelles pour faciliter au moins 25 % des défécations telles que l'évacuation manuelle.
 - » Moins de trois défécations par semaine
 - Les selles molles sont rarement présentes sans l'utilisation de laxatifs
 - Il n'y a pas suffisamment de critères pour le syndrome du côlon irritable
- Les tests diagnostiques (analyses sanguines, radiographies, endoscopie) ne sont pas systématiquement recommandés en l'absence de signes alarmants/signes ou symptômes alarmants. Des tests peuvent être demandés en fonction de la suspicion clinique.
 - Une numération formule sanguine (NFS), la glycémie, la créatinine, le calcium et la TSH doivent être effectuées chez les patients présentant une hématochézie, une perte de poids $\geq 4,5$ kg, histoire familiale de cancer du côlon ou de maladie inflammatoire de l'intestin, anémie ou tests de sang occulte dans les selles positifs, ainsi qu'une personne ayant une histoire de constipation récente de courte durée.
 - Indications de l'endoscopie:
 - » Âge supérieur à 50 ans sans dépistage préalable du cancer colorectal
 - » Changement de calibre des selles
 - » Présence de sang dans les selles confirmée
 - » Déficience en fer
 - » Symptômes obstructifs
 - » Apparition récente de constipation
 - » Saignement rectal
 - » Prolapsus rectal
 - » Perte de poids



DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES (suite) ○○○○●

- Prise en charge des patients présentant une constipation:
 - Un traitement empirique comprenant l'éducation du patient, un essai de modifications alimentaires et d'une diète riche en fibres peuvent être envisagés lorsque les signes d'alarme sont absents, sans qu'il soit nécessaire de procéder à des tests de diagnostic.
 - Des essais de laxatifs peuvent être tentés au cas où les changements de mode de vie ne fonctionneraient pas : y compris les laxatifs augmentant le volume des selles et les laxatifs stimulants.
 - » Commencer par des laxatifs formant du volume (par exemple, le psyllium). Ils augmentent la fréquence et ramollissent les selles en absorbant de l'eau et en augmentant la masse fécale, avec un minimum d'effets indésirables.
 - » Si les laxatifs formant du volume ne sont pas tolérés ou s'il n'y a pas d'amélioration, utiliser un agent osmotique (par exemple, citrate de magnésium, sulfate de magnésium, lactulose, polyéthylène glycol).
 - » Des laxatifs stimulants (par exemple bisacodyl et séné) peuvent être utilisés, mais il est préférable de ne pas les utiliser sur une période de temps prolongée car ils sont associés à une hypokaliémie et à une surcharge en sel.



Éducation du patient:

- L'éducation des patients implique des efforts pour réduire la dépendance aux laxatifs en soulignant que les selles quotidiennes ne sont pas la norme ou nécessaires à la santé, et pour augmenter l'apport de liquides et de fibres.
- Conseiller au patient d'essayer de déféquer après les repas, en profitant des augmentations postprandiales normales de la motilité du côlon.
- Counseling sur le mode de vie : conseiller au patient de suivre un régime riche en fibres (20 à 35 grammes par jour), de faire de l'exercice et d'augmenter son apport hydrique.
 - De nombreux fruits (dattes, pruneaux, poires, pommes avec la peau), légumes (crus ou cuits ; épinards, brocolis), légumineuses (haricots, pois), noix (amandes) et céréales (avoine) sont riches en fibres.
 - Conseiller aux patients d'ajouter progressivement des fibres à leur alimentation pour éviter les ballonnements, les gaz abdominaux et les crampes.

**DÉFINITION** ●○○○○

Le passage de selles molles ou liquides, généralement au moins trois fois sur une période de 24 heures, pendant une durée de 14 jours ou moins. La plupart des cas de diarrhée aiguë sont auto-résolutifs. Les causes de diarrhée non infectieuse comprennent : origine médicamenteuse ou effet indésirable (laxatifs, agents cholinergiques, metformine et antiacides contenant du magnésium), la présence d'un fécalome (ou fausse diarrhée, en particulier chez les personnes âgées), des allergies alimentaires, une appendicite, une diverticulite, un syndrome du côlon irritable, maladies inflammatoires de l'intestin (Crohn et rectocolite ulcéreuse), colite ischémique, hyperthyroïdie (thyrotoxicose) et tumeurs malignes (telles que le syndrome carcinoïde).

**INTERROGATOIRE** ○●○○○

- Vérifier la durée des symptômes, la fréquence et les caractéristiques des selles (selles sanguinolentes).
- Rechercher les symptômes associés (fièvre, vomissements, crampes abdominales, gaz, ballonnements, ténésme). La présence de selles sanguinolentes, de fièvre et de ténésme peut indiquer la présence d'une diarrhée bactérienne invasive. Les vomissements peuvent indiquer une cause virale ou une ingestion de toxine bactérienne préformée.
- Rechercher les symptômes indiquant une déshydratation, notamment en présence de vomissements (par exemple urines foncées ou débit urinaire minimal, soif, diminution de la turgescence cutanée, hypotension orthostatique, altération de l'état de conscience).
- Vérifier l'ingestion d'aliments incriminés (les symptômes dans les 6 heures suggèrent l'ingestion d'une toxine préformée de *Staphylococcus aureus* ou *Bacillus cereus*, en particulier si les nausées et les vomissements étaient les premiers symptômes ; les symptômes entre 8 et 16 heures suggèrent une infection à *Clostridium perfringens* ; les symptômes au-delà de 16 heures suggèrent une infection virale ou une autre infection bactérienne)
- Vérifier les éventuelles expositions : lieu de résidence, exposition professionnelle, voyages récents et loin, contacts malades, animaux de compagnie, et loisirs.
- Vérifier la prise de médicaments : utilisation récente d'antibiotiques (infection à *Clostridioides difficile*), autres médicaments (tels que les inhibiteurs de la pompe à protons, qui peuvent augmenter le risque de diarrhée infectieuse et autres médicaments ou herbes).
- Rechercher la présence de pathologies : état immunodéprimé ou possibilité d'infection nosocomiale (si antécédent d'hospitalisation > 3 jours).



EXAMEN CLINIQUE ○○○●○

- Rechercher les signes de déshydratation : sécheresse des muqueuses, diminution de la turgescence cutanée, hypotension orthostatique et augmentation de la fréquence cardiaque, signes vitaux orthostatiques anormaux (différence de 10 dans la TA diastolique, différence de 20 dans la TA systolique et différence de 30 dans le pouls)
- Examiner l'abdomen : les bruits intestinaux sont très probablement hyperactifs en cas de diarrhée infectieuse, de sensibilité localisée en cas d'appendicite et de diverticulite. Si des étiologies non infectieuses sont suspectées, se référer à l'algorithme correspondant.



SIGNES ALARMANTS ○○○●○

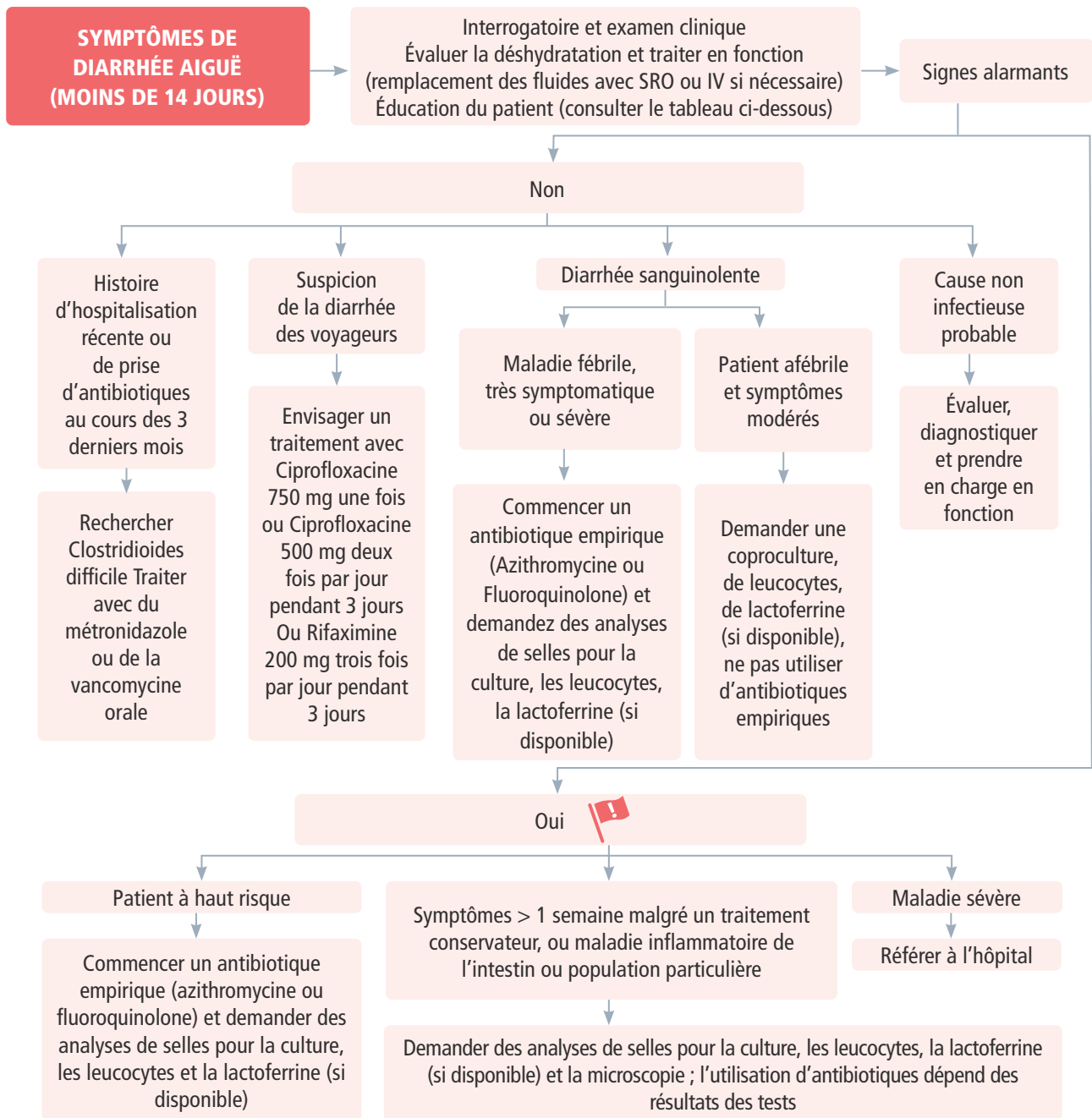
- Suspicion d'une maladie grave (diarrhée liquidienne abondante avec signes d'hypovolémie, émission de > 6 selles molles par 24 heures, douleurs abdominales sévères).
- Autres signes ou symptômes liés à une diarrhée inflammatoire (diarrhée sanguinolente, selles nombreuses et peu volumineuses muco-sanguinolentes, température $\geq 38,5$ °C) (évoqueurs de bactéries invasives ou sécrétrices de toxines).
- Caractéristiques de l'hôte à haut risque (âge ≥ 70 ans, présence de comorbidités telles qu'une maladie cardiaque, une maladie auto-immune, une maladie inflammatoire de l'intestin, une grossesse).
- Symptômes persistant pendant plus d'une semaine.
- Diarrhée chez une population particulière (telle que les manipulateurs d'aliments, les professionnels de la santé et les personnes travaillant dans des garderies).

PS : Les diagnostics de diarrhée aiguë suivants sont des maladies à déclaration obligatoire à l'unité de surveillance épidémiologique du MOPH : intoxication alimentaire, dysenterie, choléra et fièvre typhoïde.



DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES ○○○●○

- La plupart des cas de diarrhée aiguë sont d'origine virale et spontanément résolutive.
- Les tests de laboratoire ne sont pas indiqués dans la majorité des cas de diarrhée aiguë. Les tests suivants peuvent être nécessaires en fonction de l'évaluation clinique : un bilan de biochimie sanguine de base, notamment l'urée (BUN), la créatinine, les électrolytes pour évaluer la déshydratation et les enzymes hépatiques ; coproculture en cas de diarrhée sévère (passage de six selles non formées ou plus par jour), de diarrhée de toute sévérité persistant pendant plus d'une semaine, de fièvre, de dysenterie ou de suspicion d'épidémie.



Éducation du patient

- Conseils diététiques : commencer par des soupes légères, du riz, des craquelins salés, du pain grillé ou du pain sec, et ajouter progressivement des pommes de terre cuites et de la soupe au poulet. Éviter le café, l'alcool, les fruits et légumes et la viande rouge.
- Remplacement des fluides : le remplacement des fluides est le pilier de la prise en charge. Utiliser une solution de réhydratation orale (SRO) ; si non disponible, solution préparée maison avec 1 litre d'eau propre/potable, 1/2 cuillère à café de sel et 6 cuillères à café de sucre.
- Lopéramide (capsules de 2 mg) : prendre initialement 4 mg, suivi d'une gélule de 2 mg pour chaque selle molle. À utiliser avec prudence chez les patients suspectés de diarrhée infectieuse s'ils ne sont pas sous antibiotique.
- Prévention: Bonne hygiène, lavage des mains, utilisation d'eau propre, préparation saine des aliments (éviter: viande crue, lait cru, œufs crus, salades ou sandwiches à base de mayonnaise, glaçons si la source d'eau est douteuse).

**DÉFINITION** ●○○○

La grippe est l'infection la plus courantes des voies respiratoires supérieures. Il s'agit d'une infection bénigne, légère et spontanément résolutive, causée par des virus.

La grippe est un virus très contagieux transmis par des gouttelettes respiratoires. Il existe 3 types de grippe : A, B et C.

Les symptômes disparaissent généralement au bout de 7 jours.

**INTERROGATOIRE** ○●○○**Grippe**

- Maux de gorge, suivis d'une congestion et/ou d'une obstruction nasale, d'éternuements et d'une rhinorrhée et suivis d'une toux sèche ou légèrement productive pouvant persister jusqu'à 21 jours.
- Des symptômes constitutionnels peuvent être présents mais sont rarement graves : fièvre < 39 °C pendant < 72 heures, malaise, céphalée et faiblesse.

Flu / Influenza

- Apparition soudaine de symptômes systémiques : fièvre élevée, frissons, malaises, myalgies, céphalée, faiblesse, toux, coryza (rhinorrhée, larmoiement), qui masquent les troubles respiratoires.
- Des symptômes gastro-intestinaux peuvent être présents.

**Attention:**

Les patients plus âgés peuvent avoir des présentations atypiques caractérisées uniquement par une altération de l'état de conscience.

Pendant la pandémie de COVID-19, ne pas oublier de suivre les directives du ministère de la Santé publique en ce qui concerne les tests, la déclaration et la prise en charge des cas de COVID-19.

**EXAMEN CLINIQUE** ○○○●

- Fièvre : élevée en cas d'influenzae et peu élevée ou absente de fièvre en cas de grippe banale commune.
- Coryza (rhinorrhée, larmoiement) plus abondant en cas de grippe. Pharyngite érythémateuse sans exsudats.
- Rechercher les complications : pneumonie, bronchite aiguë, sinusite aiguë et exacerbation de la bronchopneumopathie obstructive chronique (BPCO) et de l'asthme.



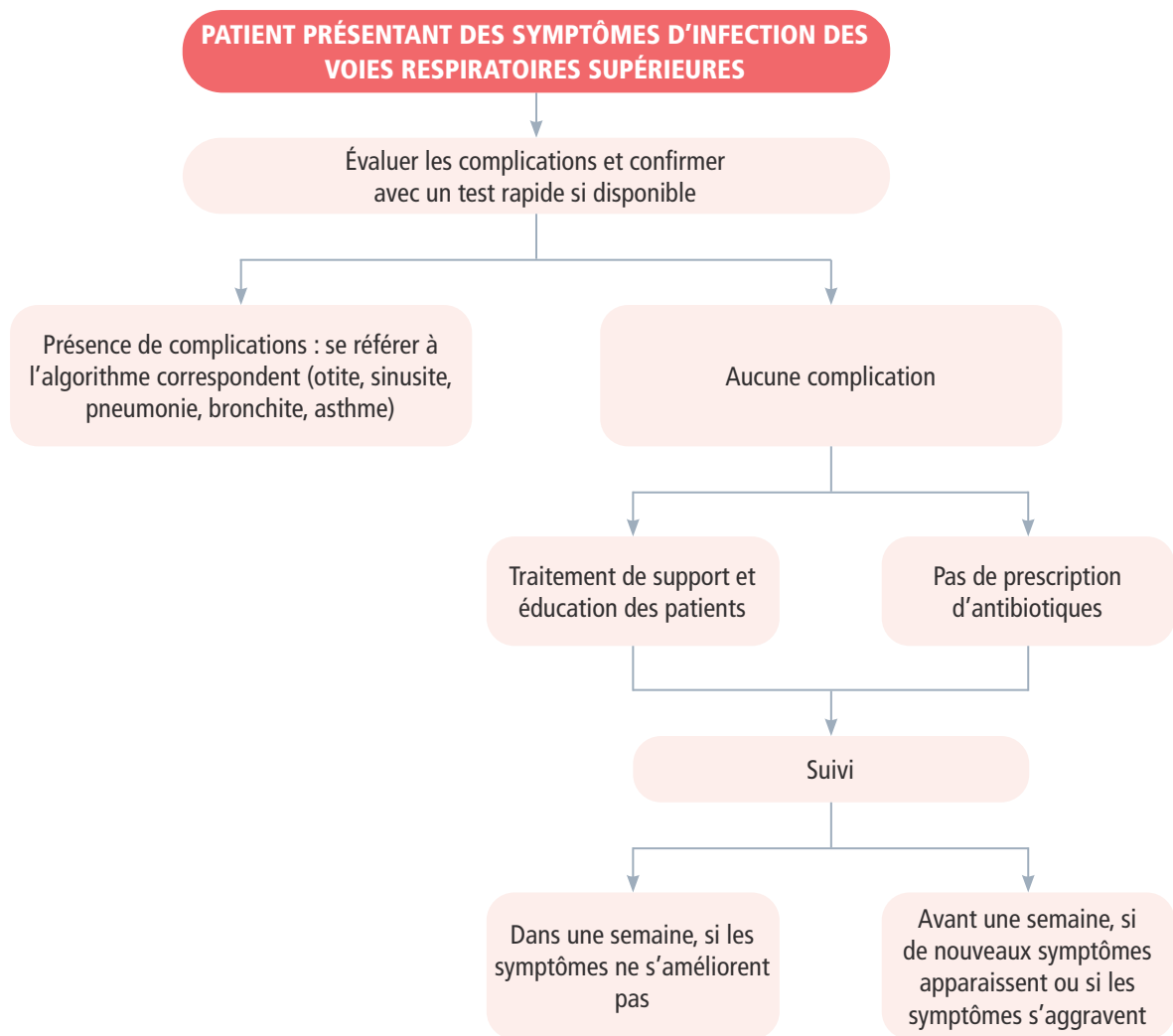
DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES ●●●●

- Des investigations supplémentaires ne sont pas recommandées, sauf si l'on soupçonne l'influenza ou des complications.
- Test rapide de détection des antigènes viraux à partir d'écouvillons nasopharyngés (si disponible).
- Tests COVID-19 si disponibles et selon la stratégie de test du MOPH.

Le traitement est principalement de support. L'influenzae et la rhume banal ou grippe sont généralement des maladies auto-résolutives. Éviter la prescription inappropriée d'antibiotiques.

- Hydratation adéquate : fluidifie les sécrétions et prévient l'obstruction des voies respiratoires. Cela peut être réalisé en augmentant la consommation de liquide et en inhalant de la vapeur.
- Repos et analgésiques (acétaminophène, ibuprofène ou naproxène) – pour soulager les malaises, les céphalées, la fièvre et les courbatures.
- Décongestionnants nasaux en goutte ou aérosol pendant moins de 5 jours avec ou sans antihistaminiques oraux de première génération pour la rhinorrhée/les éternuements. Alternativement, une combinaison d'antihistaminiques oraux en vente libre (OTC) avec un décongestionnant pendant un maximum de 5 jours.
- Antiviraux : inhibiteur de la neuraminidase tel que l'Oseltamivir chez les patients atteints d'une grippe sévère (nécessitant par exemple une hospitalisation). Ils sont plus efficaces lorsqu'ils sont utilisés dans les 2 jours après l'apparition des symptômes et peuvent réduire la durée de l'infection de 1 à 2 jours.

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



Éducation du patient

- Expliquer l'étiologie et l'évolution de la maladie.
- Renseigner sur l'inefficacité et les risques d'une utilisation inappropriée des antibiotiques, des médicaments contre la toux et la grippe.
- Renseigner sur l'utilisation de solutions salines intranasales.
- Renseigner sur les mesures préventives pour limiter la propagation de la maladie aux contacts, par ex. lavage des mains, masques de protection, isolation limitée, élimination hygiénique des mouchoirs, limitation des poignées de main, rester à la maison jusqu'à disparition des symptômes, etc.
- Vaccin contre la grippe chaque année, selon les indications.

**DÉFINITION** ●○○○

L'otite moyenne aiguë est une infection de l'oreille moyenne, due à une infection virale ou bactérienne (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus* ou *Moraxella catarrhalis*). L'otite moyenne avec épanchement peut ressembler à une otite moyenne aiguë à l'otoscopie, mais elle n'est pas d'origine infectieuse.

**INTERROGATOIRE** ○●○○

- Symptômes : otalgie (généralement unilatérale), diminution de l'audition, otorrhée, fièvre.
- Des symptômes antérieurs ou concomitants d'infection des voies respiratoires supérieures (essentiellement virales) ou une exacerbation de rhinite allergique.
- Présence de facteurs de risque facilitant le dysfonctionnement de la trompe d'Eustache comme la rhinite allergique.
- Tabagisme.

**EXAMEN CLINIQUE** ○○○●○

- Vérifier les signes vitaux (notamment la température).
- Examiner la membrane tympanique pour détecter l'une des anomalies suivantes :
 - Bombement
 - Érythème
 - Opacification
 - Mobilité réduite avec otoscopie pneumatique
- Rechercher les signes évocateurs de complications : surdité de transmission, perforation tympanique, otorrhée, mastoïdite aiguë, labyrinthite aiguë ; et rarement une méningite aiguë, un abcès cérébral, une paralysie du nerf facial et une thrombose du sinus latéral.



DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES ●●●●

- Un diagnostic d'otite moyenne aiguë est posé avec l'un de ces critères :
 - Bombement modéré à sévère de la membrane tympanique
 - Bombement léger du tympan + otalgie d'apparition récente (< 48 heures)
 - Bombement léger du tympan + érythème intense du tympan
 - Otorrhée (apparition nouvelle) non due à une otite externe
- Un diagnostic d'otite moyenne aiguë ne doit PAS être établi en l'absence d'épanchement de l'oreille moyenne à l'otoscopie pneumatique.
- Utiliser des médicaments anti-inflammatoires non stéroïdiens ou de l'acétaminophène pour diminuer la douleur.
- Contrairement aux enfants, les adultes atteints d'otite moyenne aiguë doivent être traités avec des antibiotiques dès le début de la présentation afin de prévenir les complications.
- L'amoxicilline est recommandée comme antibiotique de première intention dans le traitement de l'otite moyenne aiguë de l'adulte, si le patient n'est pas allergique à la pénicilline.
- Traiter les patients présentant des infections légères à modérées pendant cinq à sept jours, ainsi que ceux présentant des infections plus sévères (perte auditive importante, douleur intense et/ou érythème tympanique marqué) avec une cure d'antibiotiques de 10 jours.
- Des décongestionnants, des antihistaminiques ou des corticostéroïdes nasaux peuvent être utilisés en cas de présence de symptômes respiratoires ou allergiques.
- Des gouttes auriculaires antibiotiques topiques peuvent être utilisées en présence d'une perforation de la membrane tympanique (éviter l'utilisation de médicaments ototoxiques).
- Envoyer les patients chez un oto-rhino-laryngologiste (ORL) en cas de présence de l'un des éléments suivants:
 - Aucune réponse aux antibiotiques de première et deuxième intention
 - Otite moyenne aiguë récurrente (plus de deux épisodes par an)
 - Perte auditive subjective persistante pendant plus de 1 à 2 semaines après la résolution de l'infection et de l'épanchement
- Otite moyenne avec épanchement qui persiste plus que 6 semaines
- Perforation de la membrane tympanique qui persiste 6 semaines ou plus (avec ou sans drainage suppuratif).

Patient présentant des symptômes évocateurs d'une otite moyenne aiguë

L'interrogatoire et l'examen physique confirment une otite moyenne aiguë

Patient allergique à la pénicilline ?

Non

- Amoxicilline par voie orale 500 mg trois fois par jour pendant 5 à 7 jours, **OU**
- Amoxicilline-Clavulanate par voie orale 625 mg trois fois par jour ou 1 g deux fois par jour pendant 5 à 7 jours, si l'amoxicilline a été prise au cours des 30 jours précédents ou s'il existe une conjonctivite purulente concomitante.

Oui (non urticarienne/non anaphylactique)

- Céfuroxime Axetil par voie orale 500 mg deux fois par jour pendant 5 à 7 jours, **OU**
- Cefpodoxime par voie orale 200 mg deux fois par jour pendant 5 à 7 jours, **OU**
- Cefdinir par voie orale 300 mg deux fois par jour pendant 5 à 7 jours.

Oui (urticarienne /anaphylactique)

- Clarithromycine par voie orale 500 mg deux fois par jour pendant 5 à 7 jours, **OU**
- Triméthoprim Sulfaméthoxazole par voie orale 160 mg/800 mg deux fois par jour pendant 5 à 7 jours, **OU**
- Lévofloxacine 500 mg une fois par jour pendant 5 à 7 jours.

En l'absence d'amélioration dans les 48 à 72 heures, réévaluer le diagnostic et commencer le traitement de deuxième intention comme suit :

- Clavulanate d'amoxicilline par voie orale 625 mg trois fois par jour ou 1 g deux fois par jour pendant 10 jours si le patient a été initialement traité par amoxicilline.
- Ceftriaxone intramusculaire ou intraveineuse 2 g en une dose IM ou IV pendant 1 à 3 jours, si le patient a été initialement traité par Amoxicilline-Clavulanate ou Céphalosporine orale.

En cas d'aucune amélioration, référer à un ORL

Éducation du patient

- Conseiller au patient d'éviter le tabagisme actif et passif.
- Les symptômes s'améliorent généralement dans les 48 à 72 heures suivant le début du traitement antibiotique. En l'absence d'amélioration, informer le patient qu'il doit être réexaminé.
- En présence d'une perforation tympanique, le patient doit éviter que l'eau ne pénètre dans l'oreille affectée : éviter de nager ou de plonger ; Insérer une boule de coton enduite de vaseline dans l'oreille affectée pendant la douche ou le bain.



DÉFINITION ●○○○○

La pneumonie communautaire est définie comme une infection aiguë du parenchyme pulmonaire et du système pulmonaire non acquise dans un hôpital ni dans un établissement de soins de longue durée. Elle peut être soit :

- Typique, généralement due à un *Streptococcus*, suivi par *Hemophilus influenza* et *Moraxella catarrhalis*.
- Atypique, due au *Mycoplasma*, des espèces de *Chlamydia*, des espèces de *Legionella* et des virus respiratoires (le plus courant : virus de la grippe A et B).



INTERROGATOIRE ●●○○○

- Les symptômes typiques comprennent : toux, fièvre (+/- frissons), douleurs pleurétiques thoraciques, dyspnée et expectorations.
- Caractéristiques des crachats : crachats mucopurulents (parfois couleur de la roux) en cas de pneumonie bactérienne ; crachats rares ou plus fluides en cas de pneumonie atypique ou virale.
- Présence de symptômes extra-pulmonaires : des symptômes des voies respiratoires supérieures (mal de gorge, écoulement nasal, etc.) ou gastro-intestinaux (nausées/vomissements, diarrhée, douleurs abdominales) évoquent une pneumonie atypique ou virale.
- Autres symptômes : myalgie, maux de tête, faiblesse généralisée, douleurs thoraciques, altération de l'état de conscience (peuvent présenter un symptôme chez les personnes âgées).
- **Présence d'autres comorbidités.**
- **Antécédent de voyage.**
- **Utilisation d'antimicrobiens au cours des 3 derniers mois.**



EXAMEN CLINIQUE ○●●○○

- Fièvre avec $T > 38,5^{\circ}\text{C}$ (peut être absente chez les patients âgés).
- Tachycardie ($\text{FC} > 100/\text{min}$) ou bradycardie ($\text{FC} < 60/\text{min}$).
- Tachypnée ($\text{RR} > 20/\text{min}$), cyanose (signes de détresse respiratoire).
- Examen des poumons : Râles audibles ; diminution des bruits respiratoires et matité à la percussion lors de la consolidation et de l'épanchement pleural ; égophonie (lorsque le patient dit « E », le médecin l'entend comme « A » à l'auscultation) ; vibrations vocales croissantes dans une consolidation et décroissantes dans un épanchement pleural ; des crépitements ; ou des bruits respiratoires bronchiques.
- Examen abdominal : la présence d'une sensibilité ou d'une douleur abdominale peut indiquer une pneumonie du lobe inférieur.



SIGNES ALARMANTS ○ ○ ○ ● ○

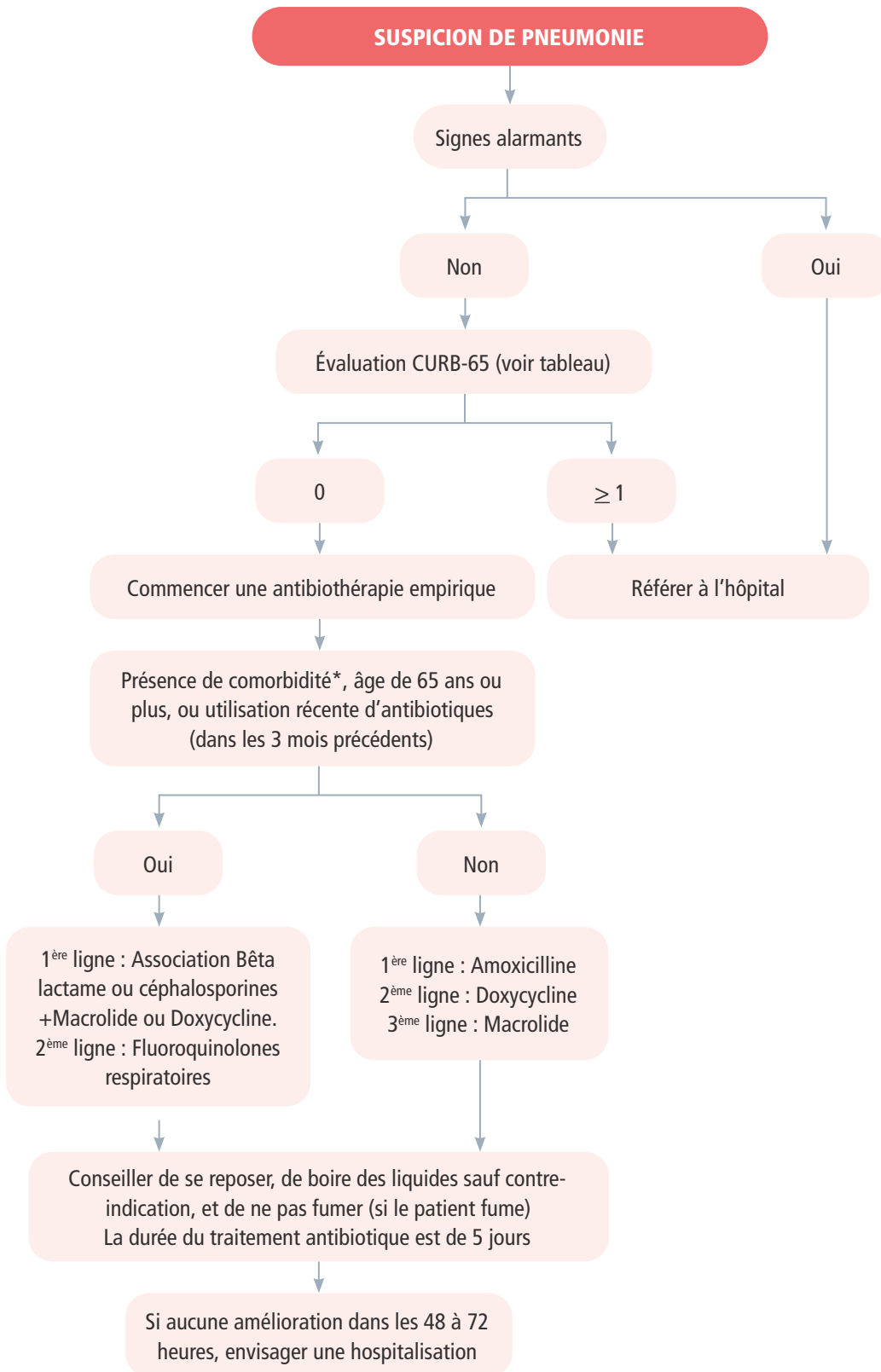
Présence de l'un des éléments suivants :

- Incapacité de maintenir un apport oral.
- Doute sur une bonne adhérence au traitement.
- Maladie mentale, confusion.
- Troubles cognitifs ou fonctionnels ou fonctionnelle.
- Antécédent d'usage de substances.
- Saturation en oxygène inférieure à 92% à l'air ambiant.
- La présence d'un choc septique et d'une insuffisance respiratoire nécessite une admission en soins intensifs.



CONSEILS DE DIAGNOSTIQUE ○ ○ ○ ● ○

- Si possible, une radiographie pulmonaire (CXR) doit être réalisée chez les patients suspectés de pneumonie ; la présence d'un infiltrat est le « gold standard » pour diagnostiquer la pneumonie.
- Si disponible, une mesure d'oxymétrie de pouls doit être effectuée.
- Pas besoin d'une culture de crachat en ambulatoire ; un traitement empirique approprié est généralement efficace.
- Le CURB-65 est un score de gravité de la pneumonie, comprenant 5 variables, attribuant 1 point pour chaque item : nouvelle apparition de confusion ; urée > 7 mmol/L ; fréquence respiratoire ≥ 30 /minute, pression artérielle systolique < 90 mmHg et/ou pression artérielle diastolique ≤ 60 mmHg ; et âge ≥ 65 ans.



*Co-morbidités majeures: BPCO, maladie rénale ou hépatique, cancer, diabète, insuffisance cardiaque, alcoolisme et immunosuppression

Outil de prédiction de la mortalité pour les patients atteints de pneumonie (CURB-65)

Symptôme ou Signes	Points
Confusion	1
Fréquence respiratoire > 30 respirations par minute	1
Tension artérielle (systolique < 90 mmHg OU diastolique < 60 mmHg)	1
Age ≥ 65 ans	1
Score total	

Interprétation du risque:

Score de 0 – Traitement ambulatoire à faible risque, sauf contre-indication

Score de 1 ou 2 – Risque modéré – Traiter en milieu hospitalier

Score de 3 ou 4 – risque élevé – hospitaliser et envisager une unité de soins intensifs

NB- Si le test d'urée (BUN) est disponible, utiliser CURB-65 pour évaluer le risque. Dans ce cas, risque faible (0-1), risque modéré (2), risque élevé (3-5)

Catégorie	Antibiotique
En bonne santé, âgé de moins de 65 ans et sans utilisation récente d'antibiotiques (3 derniers mois)	<ul style="list-style-type: none">• Amoxicilline 1 g trois fois par jour OU• Doxycycline 100 mg deux fois par jour OU• Macrolide (azithromycine 500 mg le premier jour puis 250 mg par jour ou clarithromycine 500 mg deux fois par jour ou clarithromycine à libération prolongée 1 000 mg par jour)
Présence de comorbidités, âge de 65 ans ou plus ou utilisation récente d'antibiotiques	Thérapie combinée : <ul style="list-style-type: none">• Amoxicilline/clavulanate 500 mg/125 mg trois fois par jour, ou amoxicilline/clavulanate 875 mg/125 mg deux fois par jour, ou 2 000 mg/125 mg deux fois par jour, ou une céphalosporine (cefepodoxime 200 mg deux fois par jour ou céfuroxime 500 mg deux fois par jour) ET <ul style="list-style-type: none">• macrolide (azithromycine 500 mg le premier jour puis 250 mg par jour, clarithromycine [500 mg deux fois par jour ou libération prolongée 1 000 mg une fois par jour]), ou doxycycline 100 mg deux fois par jour OU <ul style="list-style-type: none">• Monothérapie : fluoroquinolone (lévofloxacine 750 mg par jour, moxifloxacine 400 mg par jour)

**DÉFINITION** ●○○○○

La rhinosinusite aiguë (également appelée sinusite) est une inflammation des sinus paranasaux et de la cavité nasale de durée inférieure à 4 semaines. Elle est généralement virale (la plus courante) mais peut se compliquer d'une surinfection bactérienne dans jusqu'à 2 % des cas. Les complications de la sinusite aiguë englobent : la cellulite pré-septale (périorbitaire), la cellulite orbitaire, l'abcès sous-périosté, l'ostéomyélite des os des sinus, la méningite, l'abcès intracrânien et la thrombose septique du sinus caverneux.

La sinusite chronique est diagnostiquée lorsque les symptômes persistent pendant plus de 12 semaines.

**ANTÉCÉDENTS** ●○○○○

- Rechercher les symptômes : congestion et obstruction nasales, écoulement nasal purulent, inconfort dentaire maxillaire, douleur faciale ou aggravation de la pression lorsque le patient se penche en avant.
- Rechercher les symptômes associés : fièvre, fatigue, toux, hyposmie ou anosmie, otalgies, pression ou plénitude des oreilles, céphalée et halitose.
- Rechercher des symptômes évocateurs d'une sinusite bactérienne (symptômes durant ≥ 10 jours) ou d'une aggravation des symptômes après amélioration initiale.
- Rechercher des symptômes alarmants nécessitant une attention urgente : céphalées intenses et persistantes, troubles visuels, notamment diplopie ; gonflement périorbitaire ou érythème ; altération de l'état de conscience.
- Vérifier la présence de facteurs de risque : infection virale des voies respiratoires supérieures ; rhinite allergique ; anomalies anatomiques nasales (déviation de la cloison nasale, hypertrophie des cornets, polypes nasaux) ; hypertrophie tonsillaire et adénoïde ; fente palatine ; reflux gastro-œsophagien ; exposition à la fumée du tabac ; asthme ; infections et procédures dentaires ; Immunodéficience (comme le VIH) ; fibrose kystique.

**EXAMEN CLINIQUE** ●○○○○

- Fièvre
- Œdème et érythème de la muqueuse nasale
- Écoulement postnasal purulent
- Sensibilité faciale à la palpation [sur le ou les sinus]
- Douleur dentaire à la percussion
- Épreuve de transillumination négative (utile si examen asymétrique, inutile si examen symétrique)



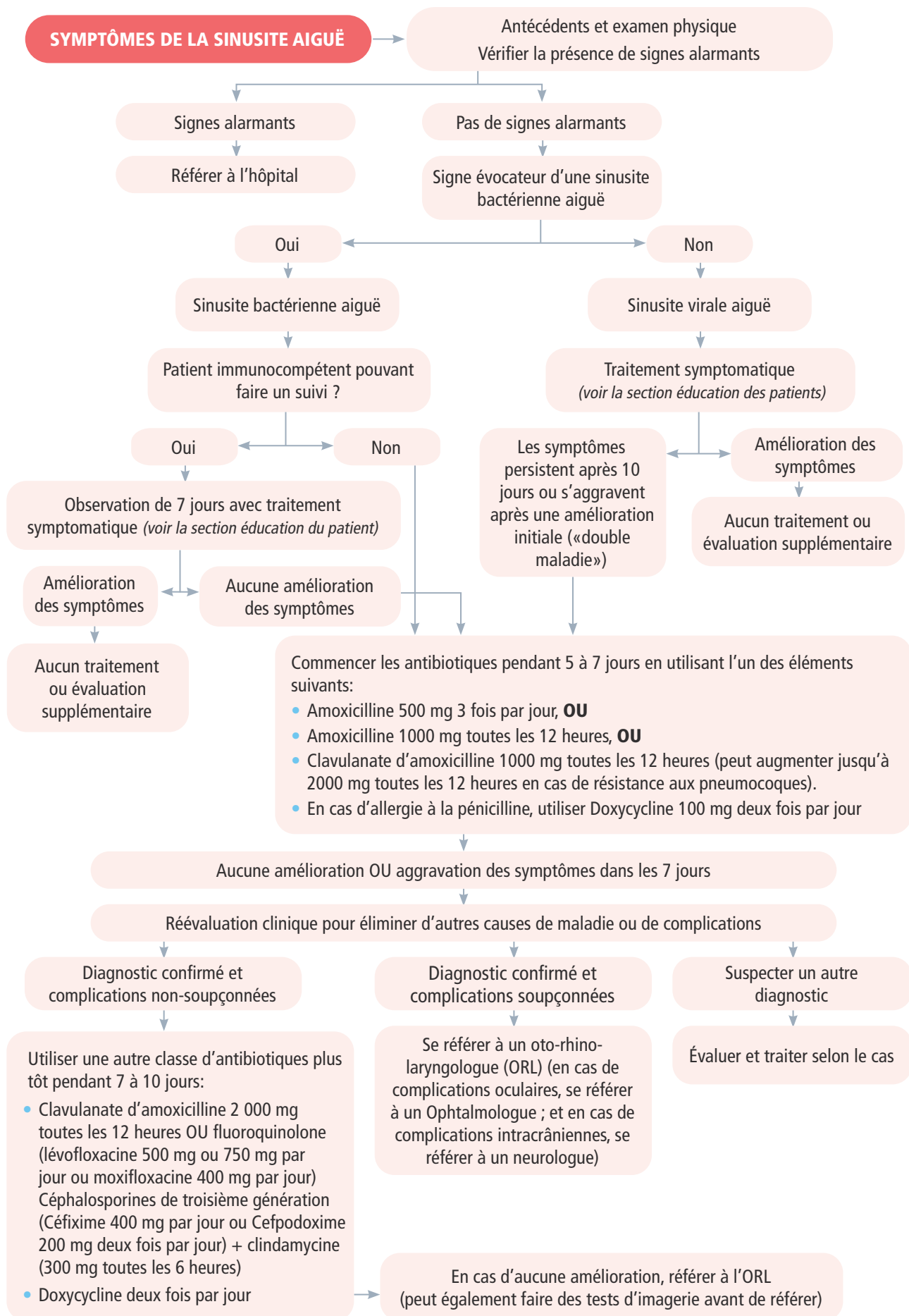
SIGNES ALARMANTS ○ ○ ○ ● ○

- Fièvre élevée et persistante $\geq 39^{\circ}\text{C}$
- Céphalées intenses et persistantes
- Œdème, inflammation ou érythème périorbitaire
- Proptose
- Symptômes visuels (signes de diplopie, acuité visuelle réduite)
- Douleur liée aux mouvements oculaires
- Mouvements oculaires ou extra-oculaires anormaux
- Anomalies ou paralysies des nerfs crâniens
- Altération de l'état de conscience
- Raideur du cou
- Signes d'hypertension intracrânienne (tels que nausées, vomissements, œdème papillaire)



DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES ○ ○ ○ ● ○

- Le diagnostic de rhinosinusite aiguë repose sur des éléments cliniques chez les patients présentant un écoulement nasal purulent depuis moins de 4 semaines ET une obstruction nasale et/ou une douleur/pression/plénitude faciale.
- La radiologie ou d'autres tests diagnostiques ne sont pas indiqués.



Éducation du patient

- Éduquer sur l'importance de la période d'observation vigilante («wathcful waiting»), des signes avant-coureurs (signes alarmants) et du respect du traitement fourni (y compris les antibiotiques lorsqu'ils sont prescrits).
- Auto-gestion symptomatique (autosoins)
 - » Analgésiques et antipyrétiques tels que l'acétaminophène ou les AINS.
 - » Corticostéroïdes inhalés par voie nasale en particulier chez les patients atteints de rhinite allergique.
 - » Irrigation nasale avec une solution saline.
 - » Les sprays décongestionnants intranasaux OU les décongestionnants oraux peuvent soulager temporairement la congestion nasale, mais leurs effets ne s'étendent pas aux sinus paranasaux. Ne pas utiliser plus de 3 jours pour les décongestionnants en pulvérisation et de 5 à 7 jours pour les décongestionnants oraux en raison du risque de rebond de congestion nasale. Ils doivent être évités chez les patients souffrant de problèmes cardiaques, d'hypertension artérielle, de problèmes rénaux, de diabète, de glaucome, d'une thyroïde hyperactive, de problèmes de prostate ou prenant un antidépresseur inhibiteur de la monoamine oxydase.
 - » Les antihistaminiques doivent être utilisés uniquement chez les patients présentant des symptômes d'allergie générale (par exemple des démangeaisons), car ils peuvent excessivement sécher la muqueuse nasale et augmenter l'inconfort.

INFECTION NON COMPLIQUÉE DES VOIES URINAIRES BASSES



DÉFINITION ●○○○○

Une infection des voies urinaires est une infection de n'importe quelle partie du système urinaire, notamment les reins, les uretères, la vessie et l'urètre.



ANTÉCÉDENTS ●●○○○

- Présence de symptômes urinaires : dysurie, pollakiurie, urgence mictionnelle, douleur sus-pubienne et hématurie.
- Présence d'autres symptômes tels que fièvre, frissons, malaises et fatigue au-delà de la normale (ces derniers indiquent une possible cystite/pyélonéphrite compliquée).
- La présence de douleurs périnéales ou pelviennes chez l'homme peut indiquer une prostatite.
- Présence de sécrétions vaginales ou de démangeaisons ou possibilité de grossesse chez la femme.
- Antécédents médicaux tels que diabète, état d'immunodépression, infection urinaire récurrente ou calculs rénaux.



EXAMEN CLINIQUE ○●●○○

- Effectuer un examen physique complet en mettant l'accent sur :
 - Présence de fièvre.
 - Présence de douleurs au flanc et de sensibilité abdominale.
 - Un examen gynécologique est indiqué chez la femme si les symptômes sont évocateurs d'une vaginite.



SIGNES ALARMANTS ○○○●○

- Fièvre (>37,7°C)
- Présence de symptômes systémiques : frissons, ou fatigue ou malaise marqués
- Douleur au flanc (punch lombaire)
- Douleur au niveau de l'angle costo-vertébrale



DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES ●●●●●

- Une cystite est suspectée en présence de symptômes aigus de dysurie, de mictions fréquentes ou impérieuses et/ou de douleurs sus-pubiennes.
 - Une culture d'urine et des tests de sensibilité doivent être effectués chez les femmes présentant un risque d'infection par un organisme résistant.
 - Chez les hommes présentant des symptômes évocateurs d'une cystite, une analyse d'urine et une culture d'urine doivent être réalisées.
 - La prostatite doit être évoquée en cas de symptômes récurrents de cystite ou en présence de douleurs pelviennes ou périnéales ou de fièvre.
- Une infection urinaire à Gram négatif multirésistante est suspectée chez les patients ayant des antécédents de l'un des symptômes suivants au cours des trois mois précédents :
 - Un isolat urinaire Gram négatif multirésistant comprenant la bêta-lactamase à large spectre (BLSE).
 - Séjour hospitalier à l'hôpital, dans une maison de retraite ou dans un établissement de soins à long terme.
 - Utilisation d'une fluoroquinolone, du triméthoprime-sulfaméthoxazole ou d'une bêta-lactamine à large spectre (céphalosporine de troisième génération ou ultérieure).
- Un analgésique urinaire tel que la phénazopyridine par voie orale, 100 mg trois fois par jour au besoin pendant 2 jours, peut soulager l'inconfort urinaire.

Symptômes évocateurs d'une cystite non compliquée

Présence de signes alarmants

- Symptômes systémiques
- Fièvre
- Douleur à l'angle costo-vertébral
- Douleur au flanc (punch lombaire)

Non

Traitement empirique

- Nitrofurantoïne 100 mg PO BID pendant 5 jours, OU
- Triméthoprimé-sulfaméthoxazole (160/800 mg) PO BID pendant 3 jours, OU
- Fosfomycine 3 grammes de poudre mélangés à de l'eau en dose orale unique (réservé aux cas de résistance documentée par culture ou sur prescription spécialisée).

En cas de contre-indication à l'un des éléments ci-dessus, le traitement alternatif comprend :

- Bêta-lactamines telles que l'amoxicilline-clavulanate (500 mg deux fois par jour) OU le cefpodoxime (100 mg deux fois par jour) OU le cefdinir (300 mg deux fois par jour) OU le céfadroxil (500 mg deux fois par jour) pendant 5 à 7 jours.
- Si les bêta-lactamines ne peuvent pas être utilisées, prescrire alors de la ciprofloxacine (250 mg deux fois par jour ou 500 mg à libération prolongée par jour) OU de la lévofloxacine (250 mg par jour) pendant 3 jours.

En cas de suspicion de prostatite chez l'homme, utiliser une fluoroquinolone (ciprofloxacine 500 mg par voie orale deux fois par jour ou 1000 mg à libération prolongée une fois par jour, ou lévofloxacine 750 mg par voie orale une fois par jour) pour un traitement empirique.

En cas d'absence d'amélioration dans les 48 à 72 heures d'apparition de symptômes, consulter un urologue pour une évaluation plus approfondie.

Oui

Traiter comme une cystite/pyélonéphrite compliquée

Évaluer le risque

Référer aux urgences ou à un spécialiste

Éducation du patient

- Pour prévenir les infections urinaires, conseiller aux patients de :
 - Boire plus de liquides (2 à 3 L).
 - Uriner lorsqu'ils en ressentent le besoin.
 - Essuyer d'avant en arrière après les selles.
 - Uriner après un rapport sexuel.
- Informer les patients que les symptômes s'amélioreront dans les 48 heures qui suivent le début de la prise des antibiotiques.

Algorithmes cliniques de base

Pour les maladies les plus courantes chez les adultes, rencontrées au niveau des soins de santé primaires, pour les médecins dans le système de santé publique



SECTION 4

SYMPTÔMES

A. Douleur abdominale – R10	106
B. Toux chronique – R05.3	109
C. Dyspepsie fonctionnelle – K30	112
D. Céphalée – R51	115
E. Lombalgie – M54.5	118
F. Palpitations – R00.2	122
G. Œil rouge – H10.31	125
H. Mal de gorge – R07.0	128
I. Vertige – R42	131



DÉFINITION ●○○○○

Les douleurs abdominales peuvent être générales ou localisées dans une zone précise : quadrant supérieur droit ou gauche, quadrant inférieur droit ou gauche, épigastrique ou sus-pubien. Les douleurs abdominales peuvent être aiguës ou chroniques. La plupart des causes de douleurs abdominales sont bénignes. Cependant, il est important d'identifier les affections potentiellement mortelles lors de l'évaluation d'un patient souffrant de douleurs abdominales.



ANTÉCÉDENTS ●●○○○

Attention aux signes alarmants

- Caractéristiques de la douleur : apparition (aiguë, chronique), durée, gravité, qualité et type de la douleur, irradiation de la douleur, facteurs d'exacerbation et de soulagement.
- Symptômes associés : nausées ; vomissement ; fièvre ; dysurie et autres symptômes urinaires ; diarrhée ; constipation ; et d'autres symptômes gastro-intestinaux.
- Antécédents sexuels, symptômes gynécologiques et antécédents menstruels chez la femme.
- Contacts avec des malades.
- Prise de médicaments.
- Conditions médicales actuelles telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires.
- Facteurs liés au mode de vie : alcool, tabagisme, histoire de voyage, etc.
- Histoire familiale de maladie inflammatoire de l'intestin ou de cancer.



EXAMEN CLINIQUE ●●●○○

Attention aux signes alarmants

- Évaluer l'aspect général du patient et la sclérotique à la recherche d'un ictère.
- Vérifier les signes vitaux, à savoir la température, la tension artérielle, la fréquence respiratoire et la fréquence cardiaque.
- Effectuer un examen physique complet axé sur les systèmes cardiovasculaire et respiratoire ainsi qu'un examen de l'abdomen.
- L'examen de l'abdomen comprend : l'inspection, l'auscultation, la percussion, la palpation (superficielle et profonde) et la réalisation de manœuvres spéciales telles que le signe de Carnett, le signe de Murphy, le signe du Psoas, le signe de l'obturateur, le signe de Mc Burney et le signe de Cullen.
- Effectuer un examen rectal et pelvien au besoin.



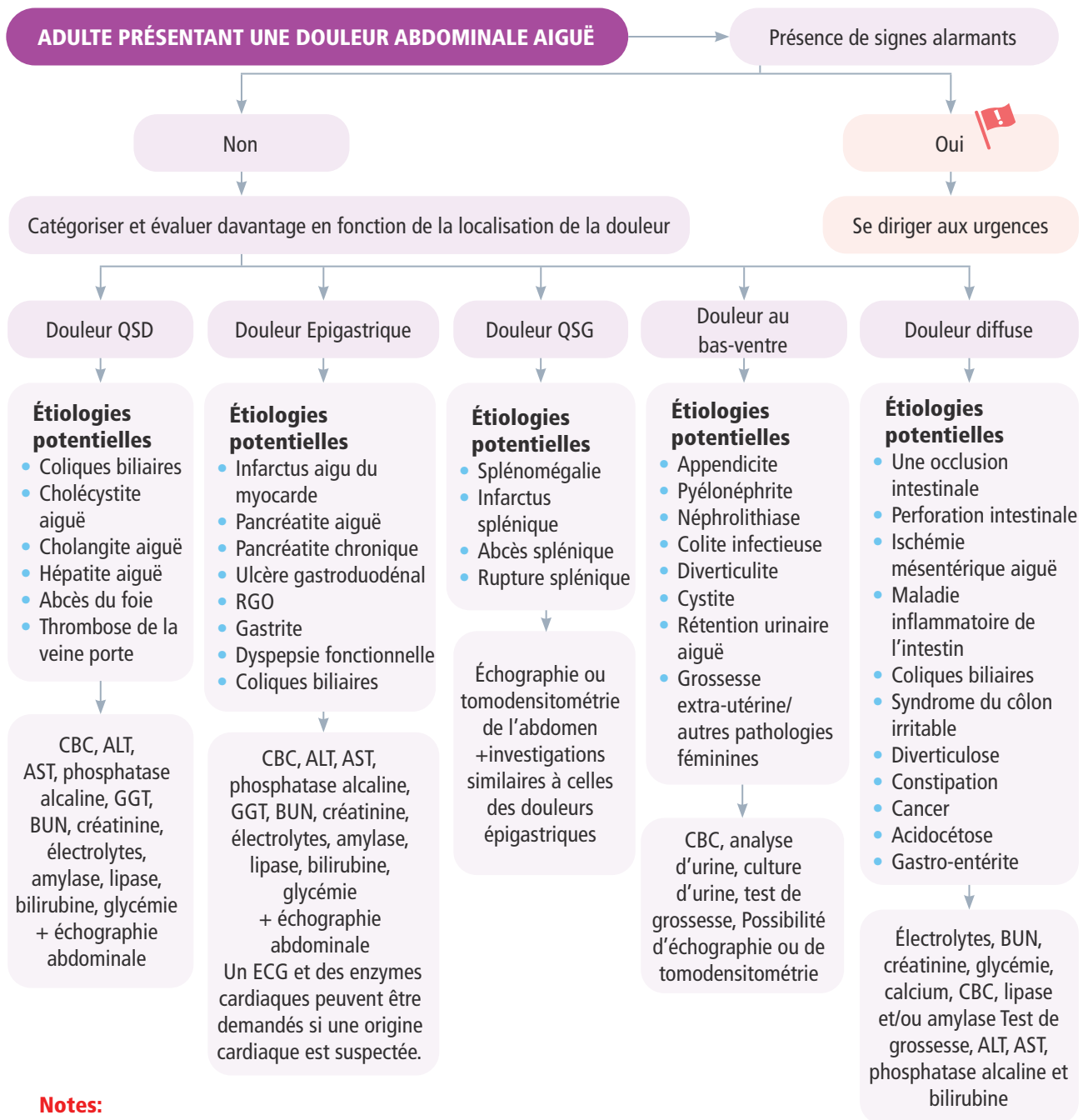
SIGNES ALARMANTS ○○○●○

- Douleurs abdominales pendant la grossesse (grossesse extra-utérine possible).
- Signes de saignement : méléna, hématochézie.
- Dyspnée ou signes de détresse respiratoire.
- Symptômes et signes évocateurs d'un infarctus du myocarde.
- Douleurs abdominales sévères.
- Fièvre élevée.
- Instabilité hémodynamique (signes vitaux instables).
- Vomissements en taches de café.
- Incapacité à éliminer les gaz et les selles (occlusion intestinale possible).
- Patients âgés présentant des lombalgies migratrices évocatrices d'une dissection aortique ou d'une rupture d'anévrisme.
- Fibrillation auriculaire avec douleurs abdominales évocatrices d'ischémie mésentérique.
- Hématurie macroscopique et massive ou incapacité à uriner.
- Signes de péritonite à l'examen abdominal (rigidité abdominale, sensibilité au rebond)
- Symptômes et signes suggérant une infection nécessitant une hospitalisation (par exemple fièvre, jaunisse et douleur dans l'hypochondre droit)
- Suspicion clinique d'appendicite ou de toute urgence abdominale nécessitant une intervention chirurgicale urgente.
- Chez les personnes âgées (plus de 84 ans), la présence d'air libre sur les radiographies standard et la leucocytose sont associées à un risque accru de décès ; il vaut mieux d'aller aux urgences.



DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES ○○○●○

- Tests de laboratoire, comme indiqué cliniquement, et peuvent inclure une formule numération sanguine (FNS) complète (CBC), l'amylase et la lipase, des tests de la fonction hépatique, des électrolytes, une analyse d'urine et un test de grossesse (femmes). Des examens complémentaires pourront être demandés en fonction de la localisation de la douleur.
- Tests d'imagerie, selon les indications cliniques, et peuvent inclure une radiographie simple, une échographie ou une tomodensitométrie (CT scan) de l'abdomen.
- Des tests de laboratoire et d'imagerie doivent être demandés en fonction d'un indice de suspicion élevé.
- Le traitement dépend du diagnostic et de l'étiologie.
- Les tests suivants doivent être effectués chez la plupart des patients présentant des douleurs abdominales chroniques : FNS, électrolytes, urée, créatinine, glucose, calcium, tests de la fonction hépatique (aminotransférase, phosphatase alcaline et bilirubine), lipase et/ou amylase, fer sérique, capacité totale de liaison du fer et de la ferritine.



Notes:

- Cet algorithme n'est pas exhaustif. Le jugement clinique demeure la clé.
- Les diagnostics en rouge doivent entraîner un renvoi immédiat en cas de suspicion.

Éducation du patient

- Expliquer aux patients que les douleurs abdominales sont courantes et que la plupart des causes sont bénignes. Cependant, les conseiller de consulter immédiatement un médecin si l'un des signes alarmants est présent.
- Informer les patients qu'ils pourraient avoir besoin de faire des tests de laboratoire et de radiologie pour déterminer la cause des douleurs abdominales.
- Informer les patients que le traitement peut inclure : l'administration intraveineuse de liquides, d'analgésiques, d'antibiotiques (si une infection est diagnostiquée), d'autres types de médicaments (selon l'affection diagnostiquée) ou une intervention chirurgicale.

**DÉFINITION** ●○○○○

La toux chronique est définie comme des symptômes qui durent plus de huit semaines, par rapport à la toux aiguë (symptômes de moins de trois semaines) et à la toux subaiguë (symptômes entre trois et huit semaines).

**ANTÉCÉDENTS** ●●○○○

- Description de la toux en termes d'apparition, de caractère, de moment de survenue, de présence ou d'absence de production d'expectorations.
- Infection récente des voies respiratoires supérieures.
- Identification des déclencheurs potentiels, tels que l'utilisation d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, les expositions environnementales, le fait de fumer et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).
- Présence de signes alarmants.
- Symptômes des causes les plus courantes de toux chronique : syndrome de toux des voies respiratoires supérieures, asthme, bronchite à éosinophiles non asthmatique et reflux gastro-œsophagien (RGO)/ reflux laryngopharyngé.

**EXAMEN CLINIQUE** ○●●○○

Examen complet axé sur les poumons, les sinus, la muqueuse nasale et la gorge pour déceler un écoulement postnasal.

**SIGNES ALARMANTS** ○○○●○

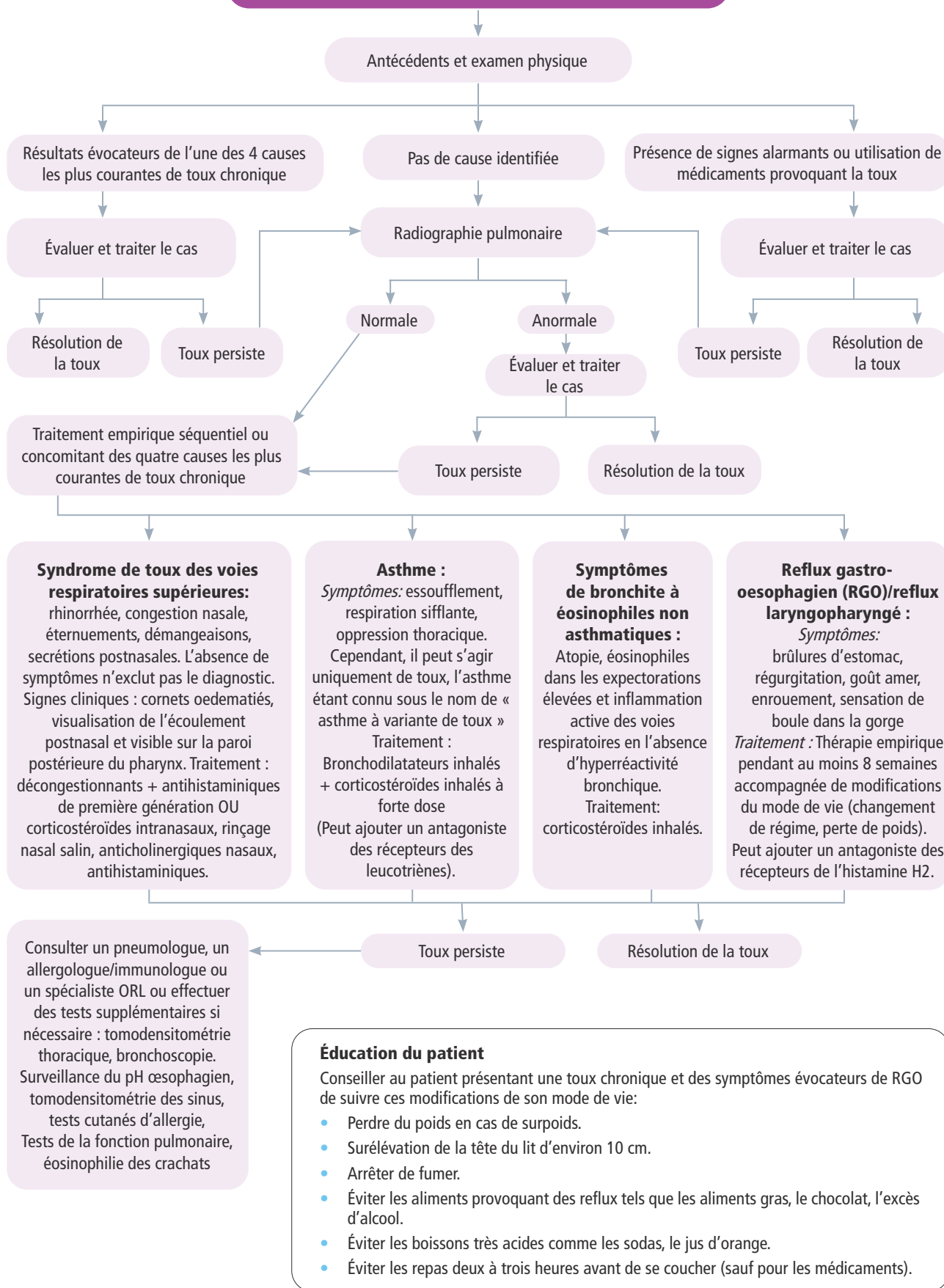
- Fièvre
- Perte de poids
- Hémoptysie
- Voix rauque
- Dyspnée excessive
- Production d'expectorations purulentes
- Pneumonie récurrente
- Antécédents de tabagisme de 20 paquets-années
- Fumeur âgé de plus de 45 ans
- Ronflement



DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES ●●●●●

- Une radiographie thoracique doit être réalisée chez les patients souffrant de toux chronique, à moins qu'une cause n'ait été identifiée.
- L'évaluation diagnostique doit se concentrer sur la détection et le traitement des quatre causes les plus courantes de toux chronique chez les adultes.
- Les patients souffrant de toux chronique après une infection respiratoire peuvent répondre au traitement pour l'écoulement post-nasal et l'asthme à variante de toux.
- Peut nécessiter une évaluation pour une éventuelle apnée du sommeil.

PATIENT PRÉSENTANT UNE TOUX CHRONIQUE > 8 SEMAINES





DÉFINITION ●○○○○

La dyspepsie fonctionnelle est définie comme la présence d'au moins un des éléments suivants: 1. plénitude postprandiale (3 jours par semaine), 2. satiété précoce (3 jours par semaine), 3. douleur épigastrique (1 jour par semaine) ou brûlure épigastrique. (1 jour par semaine), sans signe de maladies organiques (telles que l'ulcère gastroduodénal, l'œsophagite par reflux, un cancer gastrique ou œsophagien, la dyspepsie d'origine médicamenteuse, la lithiase biliaire, la maladie pancréatique et la maladie coronarienne).



ANTÉCÉDENTS ●●○○○

Recueillir les antécédents en détail pour exclure la présence de maladies organiques et de tumeurs malignes. Ceci comprend :

- Antécédents de brûlures d'estomac ou de régurgitations.
- Antécédents de douleur, y compris la localisation, le type, la sévérité, les irradiations, les facteurs exacerbant et le rapport avec l'ingestion d'aliments. Noter que la douleur induite par l'exercice est évocatrice d'une maladie coronarienne.
- Présence de signes alarmants.
- Antécédents médicamenteux, à savoir l'aspirine, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), les antagonistes calciques, les nitrates, la théophylline, les bisphosphates, la metformine et les corticostéroïdes.
- Facteurs liés au mode de vie, notamment la consommation d'alcool et le tabagisme.
- Histoire familiale de cancer gastro-intestinal.



EXAMEN CLINIQUE ●●●○○

Effectuer un examen physique complet axé sur :

- Aspect général : pâleur, ictère.
- Signes vitaux et poids.
- Examen abdominal à la recherche d'une sensibilité, d'une masse abdominale, d'une lymphadénopathie ou d'une ascite.
- Présence d'atrophie musculaire, perte de graisse sous-cutanée et œdème périphérique.
- Examen rectal pour rechercher des signes de saignement (sang ou méléna).



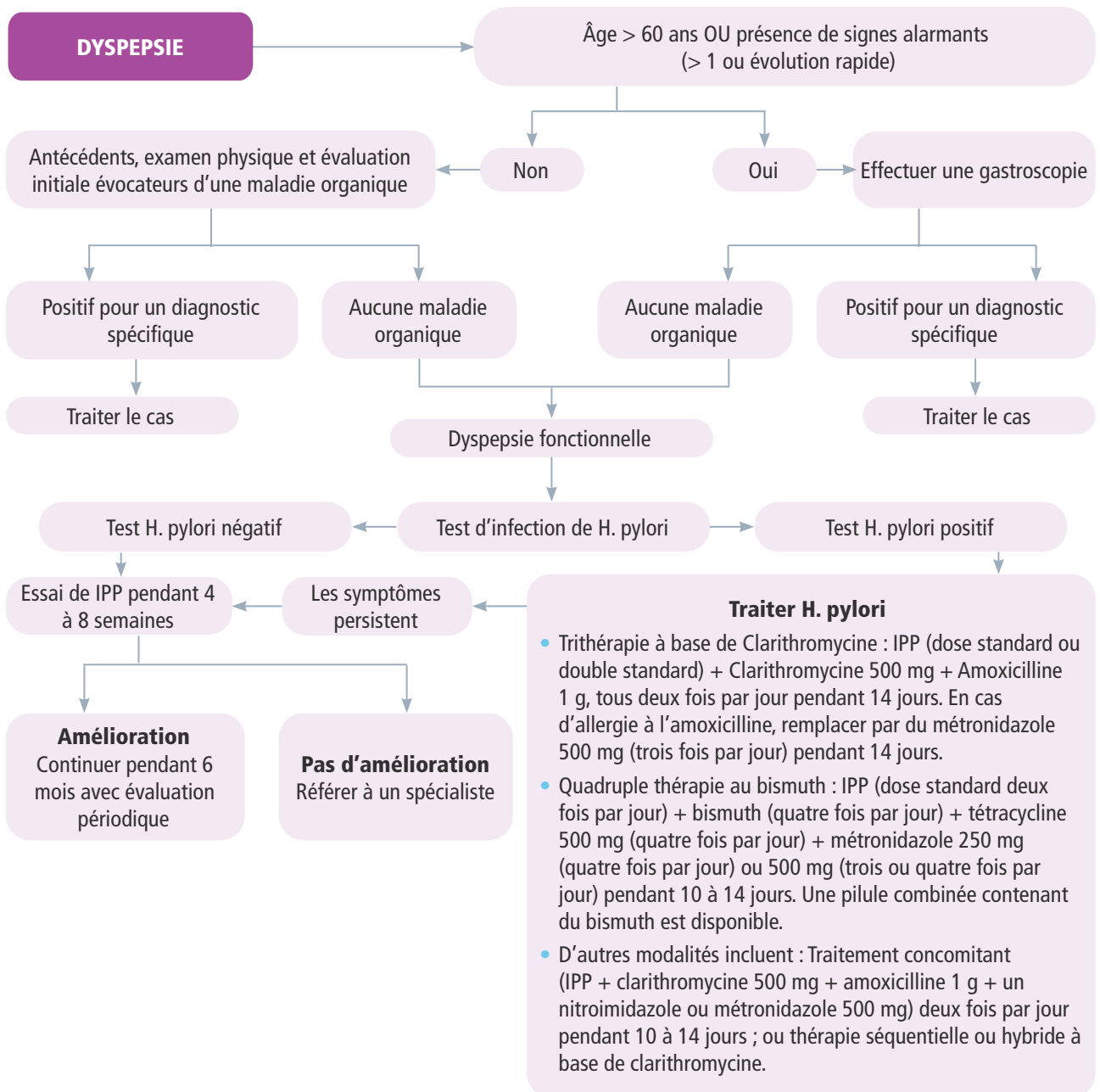
SIGNES ALARMANTS ○○○●○

- Perte de poids involontaire
- Dysphagie progressive
- Odynophagie
- Anémie ferriprive inexpiquée
- Vomissements persistants
- Masse abdominale palpable ou lymphadénopathie (hypertrophie des ganglions lymphatiques supraclaviculaires)
- Histoire familiale de cancer gastro-intestinal supérieur



DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES ○○○●○

- Des analyses de sang peuvent être demandées pour identifier les patients présentant des signes alarmants. Cela comprend une formule numération sanguine (FNS) et un bilan de biochimie sanguine, y compris les tests de la fonction hépatique, la lipase sérique et l'amylase.
- Une stratégie d'épreuve-traitement pour *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) est efficace et moins coûteuse que l'endoscopie initiale en l'absence de signes évocateurs d'une pathologie grave.
- La recherche de *H. Pylori* peut être effectuée par sérologie, par un test respiratoire à l'urée ou par la détection d'antigènes dans les selles ; si l'endoscopie est effectuée, des biopsies pour le test de *H. pylori* sont généralement effectuées. Un test respiratoire à l'urée et de détection d'antigènes dans les selles sont préférables.
- Il manque des preuves scientifiques de la rentabilité des tests d'éradication de *H. pylori*. Si nécessaire (en cas de symptômes persistants), un test d'éradication doit être effectué au moins quatre semaines après la fin du traitement antibiotique et après avoir suspendu le traitement par IPP pendant une à deux semaines. La sérologie de *H. pylori* ne doit pas être utilisée pour confirmer l'éradication de *H. pylori*.
- Si l'infection à *H. pylori* persiste après le traitement, il est nécessaire de retraiter les patients. Éviter d'utiliser les mêmes antibiotiques que ceux utilisés lors du traitement initial. La quadruple thérapie au bismuth (IPP, bismuth, tétracycline, métronidazole) ou la trithérapie à la lévofloxacine (IPP, lévofloxacine 500 mg par jour, amoxicilline) pendant 14 jours sont préférées pour les patients ayant initialement reçu un régime contenant de la clarithromycine. En cas d'échec de deux cures de traitement antibiotique, une endoscopie avec biopsie de culture et de sensibilité à *H. pylori* doit être réalisée.
- Les antagonistes des récepteurs H2 peuvent être utilisés à la place des IPP dans le traitement des symptômes persistants, mais les IPP restent le choix de première intention.



Éducation du patient

- Conseiller aux patients de modifier leur régime alimentaire, notamment en limitant leur consommation d'aliments riches en graisses, en blé et en caféine, ainsi que d'aliments riches en oligosaccharides, disaccharides, monosaccharides et polyols fermentescibles (FODMAP).
- Conseiller aux patients de manger de petits repas fréquents (5 à 6 petits repas au lieu de 3 gros repas) et d'éviter les aliments qui leur provoquent de l'inconfort.
- Même si les symptômes s'améliorent avec l'IPP, conseiller aux patients d'essayer d'arrêter l'IPP tous les 6 à 12 mois afin d'éviter les risques à long terme.
- Les antiacides ne sont généralement pas utiles chez les patients souffrant de dyspepsie fonctionnelle.
- Lors de la prescription des modalités thérapeutiques pour l'éradication de H. pylori, conseiller les patients comme suit :
 - De modalités thérapeutiques peuvent provoquer de la diarrhée et des crampes d'estomac.
 - Le métronidazole et la clarithromycine peuvent provoquer un goût métallique dans la bouche.
 - Éviter les boissons alcoolisées lorsque vous prenez du métronidazole.
 - Le bismuth rend les selles noires et peut provoquer de la constipation.



DÉFINITION ●●●●●

La céphalée est une atteinte douloureuse courante. Elle peut être primaire ou secondaire, aiguë ou chronique. Les céphalées primaires englobent la céphalée de tension, la migraine et les céphalées de Horton ou algie vasculaire de la face (Cluster).



ANTÉCÉDENTS ●●●●●

- Âge d'apparition
- Durée
- Caractéristiques de la douleur : fréquence (nombre de jours de céphalée par mois), heure et mode d'installation, qualité, intensité, localisation, durée de l'attaque et irradiation de la douleur.
- Symptômes associés : Présence ou absence d'aura et de prodrome, nausées, vomissements, phonophobie, photophobie, tout changement récent de la vision
- Facteurs déclenchants et soulageants : exacerbation ou soulagement avec un changement de position (par exemple, allongé à plat plutôt qu'en position verticale), effet de l'activité sur la douleur, rapport avec l'ingestion de la nourriture/l'alcool.
- Facteurs associés : Association avec un traumatisme récent ; tout changement récent dans le sommeil, l'exercice, le poids ou le régime alimentaire ; changement de travail ou de mode de vie (handicap) ; association possible avec des facteurs environnementaux ; changement de méthode de contraception et effets du cycle menstruel et des hormones exogènes (femmes).
- Réponse à tout traitement antérieur
- Vérifier la prise de médicaments
- Histoire familiale de migraine



EXAMEN CLINIQUE ●●●●●

- Vérifier les signes vitaux, notamment la tension artérielle, le pouls et la température.
- Examiner la présence de souffles carotidiens, les yeux et la tête pour détecter les signes cliniques de malformation artérioveineuse.
- Palper les régions de la tête, du cou et des épaules
- Examiner les artères temporales et cervicales
- Examiner les muscles de la colonne vertébrale et du cou
- Réaliser un examen neurologique complet et un examen ORL complet



SIGNES ALARMANTS ○○○●○

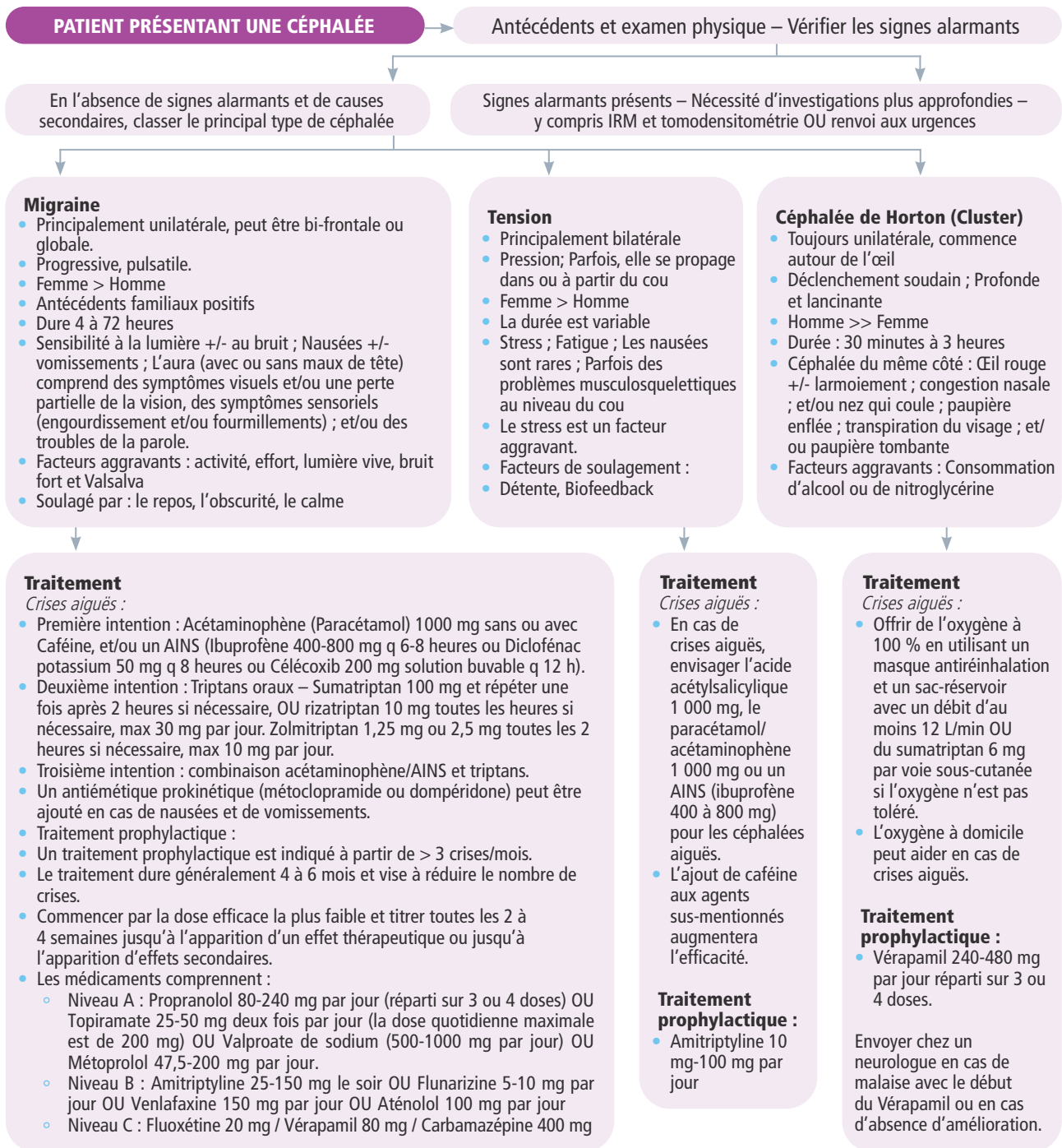
- Symptômes, maladies ou affections systémiques (tels que fièvre ou frissons, sueurs nocturnes, perte de poids, cancer, grossesse, post-partum, état d'immunodépression, y compris le VIH).
- Symptômes neurologiques ou signes anormaux (tels que confusion, troubles de la vigilance ou de la conscience, diplopie, œdème papillaire, symptômes ou signes neurologiques focaux, signes de méningite (raideur au cou), acouphènes pulsatiles ou convulsions).
- La douleur est subtile (en particulier chez les personnes de plus de 50 ans) ou soudaine avec une intensité maximale en quelques minutes (comme une « céphalée en coup de tonnerre »).
- Autres conditions ou caractéristiques associées (telles qu'un traumatisme crânien, l'usage de drogues illicites ou une exposition toxique ; les céphalées qui réveillent de sommeil, s'aggravent avec les manœuvres de Valsalva ou sont précipités par la toux, l'effort, une aggravation liée à la position ou l'activité sexuelle).
- Antécédents de céphalées avec accentuation des céphalées ou modification de la fréquence, de la sévérité ou des caractéristiques cliniques des crises.



DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES ○○○●○

- Il est important d'éliminer la présence d'une céphalée secondaire lors de l'évaluation et de déterminer le type de céphalée primaire dont souffre le patient.
- Nécessité d'une évaluation urgente dans les cas suivants :
 - Céphalée soudaine en « coup de tonnerre »
 - Douleurs cervicales ou céphalées aiguës ou subaiguës avec syndrome de Horner* et/ou déficit neurologique
 - Céphalée avec suspicion de méningite ou d'encéphalite
 - Céphalée avec déficit neurologique global ou focal ou œdème papillaire
 - Céphalée avec symptômes orbitaires ou péri-orbitaires
- Conseils importants :
 - Envisager la nécessité de recourir à la neuroimagerie chez les personnes présentant une première crise de céphalée de Horton (cluster) afin d'exclure les causes secondaires.
 - Ne pas proposer de paracétamol, d'AINS, d'opioïdes, d'ergots ou de triptans oraux en cas de crise aiguë de céphalée de Horton (cluster headache).
 - Ne pas proposer d'opioïdes pour le traitement aigu de tout type de mal de tête.
 - Dans le traitement aigu des céphalées de tension et des migraines, l'ajout de caféine au Paracétamol/Acétaminophène/AINS/Aspirine augmente leur efficacité.
 - Ne pas utiliser d'antalgiques plus de 15 jours par mois. Cela entraînerait des céphalées dues à la surconsommation de médicaments.
 - Pour le traitement des patients souffrant de céphalées de Horton (Cluster), effectuer un ECG avant de commencer le vérapamil et à chaque augmentation de dose pour surveiller la bradycardie, l'intervalle PR prolongé et l'arythmie cardiaque. Éviter le vérapamil chez les patients présentant une fraction d'éjection anormale.

* En général, les signes et symptômes du syndrome de Horner comprennent une diminution de la taille de la pupille, une paupière tombante et une diminution de la transpiration du côté affecté du visage.



Éducation du patient

- Éduquer les patients sur les déclencheurs des céphalées, notamment:
 - Stresser
 - Sauter des repas
 - Consommer trop ou pas assez de caféine
 - Dormir trop ou pas assez. Boire de l'alcool
 - Certains types d'aliments ou de boissons comme le chocolat, le fromage, etc.
- Conseiller aux patients d'ajuster leur mode de vie, ce qui pourrait réduire la fréquence des céphalées. Cela comprend l'arrêt du tabac, la diminution de la consommation d'alcool, le respect d'un horaire de sommeil et d'alimentation régulier, la réduction ou l'évitement de la caféine, et l'activité physique.
- Conseiller aux patients présentant d'une crise de migraine aiguë de s'allonger dans une pièce calme, froide et sombre.
- Conseiller aux patients souffrant de céphalée de tenir un « calendrier des céphalées », dans lequel ils doivent documenter chaque crise de céphalée en mentionnant toute activité ou type d'ingestion alimentaire précédant la céphalée, l'évolution de la céphalée, les facteurs de soulagement et les médicaments pris le cas échéant et s'ils ont aidé.
- Informer les patients que le traitement des céphalées peut être un traitement de la crise aiguë, ou un traitement préventif (prophylactique) et qu'il est important de faire un suivi auprès de leur médecin si les céphalées sont fréquentes.

**DÉFINITION** ●○○○○

Le mal de dos est une douleur qui provient de la colonne vertébrale, des disques intervertébraux ou des tissus mous environnants. Cela comprend les tensions musculaires lombo-sacrées, les hernies discales, les arthroses lombaires, les spondylolisthésis, les spondylolyses, les fractures vertébrales par compression et les atteintes traumatiques aiguës ou chroniques.

Les douleurs au dos peuvent être aiguës (durant moins de 4 semaines), subaiguës (durant entre 4 et 12 semaines) et chroniques (durant 12 semaines ou plus).

**ANTÉCÉDENTS** ○●○○○

- Caractéristiques de la douleur : apparition, localisation, durée, distribution, irradiation, qualité, sévérité, moment de survenue, facteurs aggravants/déclenchants, facteurs de soulagement, toute aggravation des symptômes, épisodes de douleur antérieurs et tentatives de thérapie. Il est important de différencier les douleurs mécaniques des douleurs inflammatoires.
- Mécanisme des lésions traumatiques (le cas échéant).
- Présence de symptômes constitutionnels : perte de poids involontaire, fièvre ou sueurs nocturnes.
- Présence de symptômes neurologiques : faiblesse, chutes ou instabilité à la marche, engourdissement ou autres changements sensoriels, ou symptômes intestinaux ou vésicaux.
- Antécédents récents ou usage actuel de drogues injectables ou utilisation de corticostéroïdes.
- Activité physique.
- Risques professionnels.
- Antécédents médicaux : antécédents de néoplasie, antécédents d'infections bactériennes récentes, obésité.
- Antécédents récents d'interventions péridurales ou rachidiennes.
- Difficultés sociales ou psychologiques.
- Importance de dépister la dépression dans la douleur chronique.

**EXAMEN CLINIQUE** ○○○●○

- Mesurer les signes vitaux, notamment la température.
- Évaluer la marche et la posture.
- Inspecter, palper et tester l'amplitude des mouvements de la musculature lombo-sacrée ; cela aide à identifier les points sensibles, les restrictions et les spasmes.
- Palpation et percussion de la colonne vertébrale : muscles paravertébraux et fessiers supérieurs, articulations intervertébrales et sacro-iliaques et proéminences osseuses vertébrales.



EXAMEN CLINIQUE (suite) ○○○●○○

- Effectuer un examen neurologique : réflexes, force, sensibilité et marche.
 - Réflexe ostéotendineux profond : Réflexe rotulien (racine nerveuse L3, L4), réflexe achilléen (racine nerveuse S1).
 - Tests moteurs : Flexion de la hanche (L3) ; Extension du genou (L4) ; Dorsiflexion du gros orteil (L5) ; Flexion plantaire (S1).
 - Examen sensoriel.
 - Marche sur la pointe des pieds et les talons.
 - Signe de Lasègue/élévation de la jambe tendue.
 - Redressement de la position accroupie (squat and rise).
- Évaluer le risque de malignité incluant le myélome multiple (si symptômes systémiques, douleurs nocturnes et au repos, infections récurrentes, perte de poids, anémie, ecchymoses, etc.) ; Examen des seins et de la prostate ; Examen des ganglions lymphatiques ; Splénomégalie ; Sensibilité vertébrale avec déficit neurologique.
- Évaluer la présence de « signes de Waddell », qui sont des signes physiques inappropriés présents dans le cas où les maux de dos seraient dus à une détresse psychologique. Ceux-ci inclus :
 - Réaction excessive du patient lors de l'examen physique
 - Douleur superficielle
 - Élévation de jambe tendue qui s'améliore lorsque le patient est distrait
 - Déficits neurologiques inexplicables : répartition non dermatomique de la perte sensorielle, abandon soudain ou mouvements saccadés à l'examen moteur, incohérence dans l'activité spontanée observée et douleur provoquée par une charge axiale (pression sur le dessus de la tête ou rotation du corps au niveau des hanches ou épaules).



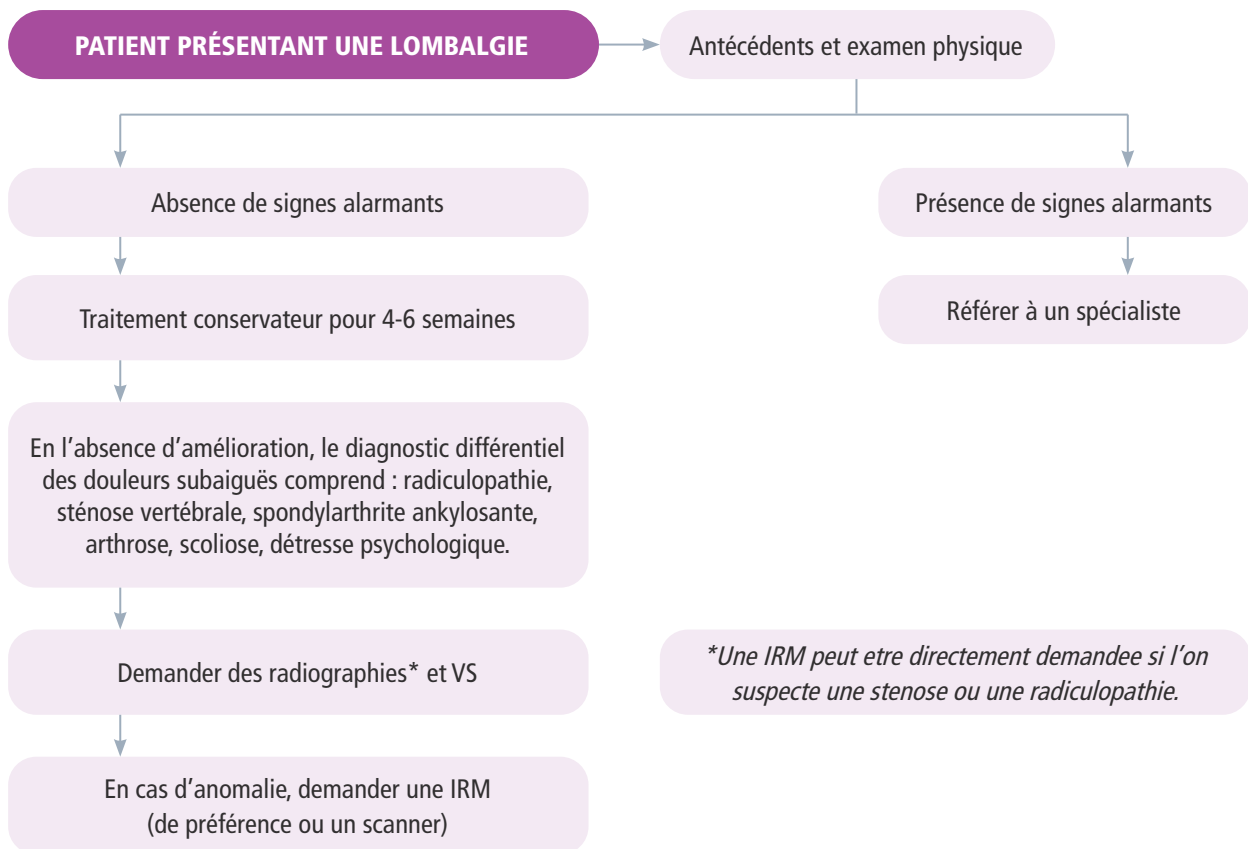
SIGNES ALARMANTS ○○○●○○

- Fièvre.
- Âge supérieur à 50 ans.
- Sueurs nocturnes.
- Antécédents de cancer.
- Perte de poids inexplicée.
- Durée de la douleur supérieure à un mois.
- Douleur nocturne ou non soulagée par le repos.
- Anesthésie en selle.
- Incontinence vésicale ou intestinale.
- Rétention urinaire.
- Incontinence urinaire et/ou fécale.
- Faiblesse et engourdissement des jambes bilatérales.
- Antécédents d'anévrisme de l'aorte abdominale.
- Ne répond pas aux thérapies du dos antérieures.
- Immunosuppression.
- Utilisation prolongée de corticostéroïdes.
- Usage de drogues injectables/ intraveineuses.
- Ostéoporose.



DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES ●●●●●

- La grande majorité des patients vus en soins primaires souffrent de lombalgies non spécifiques, pour lesquelles aucune affection sous-jacente spécifique ne peut être identifiée de manière fiable.
- Des tests de laboratoire ne sont pas systématiquement demandés, sauf en cas de suspicion d'étiologie systémique inflammatoire ou infectieuse (telle qu'un abcès épidual rachidien, une discite).
- Ne pas faire systématiquement une imagerie diagnostique, notamment des radiographies simples, chez les patients souffrant de lombalgies non spécifiques. Effectuer une imagerie diagnostique pour les patients dans les cas suivants :
 - Des affections sous-jacentes graves sont suspectées sur la base des antécédents et de l'examen physique, telles qu'une tumeur maligne ou une infection.
 - Des déficits neurologiques sévères ou progressifs sont présents.
- Évaluer les patients présentant des lombalgies persistantes et des signes ou symptômes de radiculopathie ou de sténose vertébrale par IRM (de préférence) ou tomodensitométrie uniquement s'ils sont des candidats potentiels à une intervention chirurgicale ou à une injection périurale de corticostéroïdes (en cas de suspicion de radiculopathie).
- Le traitement conservateur comprend un traitement non pharmacologique et pharmacologique.
- Traitement non pharmacologique :
 - Pour les lombalgies aiguës : Manipulation vertébrale
 - Pour les lombalgies chroniques ou subaiguës : Réadaptation interdisciplinaire, manipulation vertébrale, kinésithérapie, massage, acupuncture, yoga, thérapie cognitivo-comportementale, relaxation progressive.
- Traitement pharmacologique :
 - Les médicaments de première intention sont le paracétamol, l'acétaminophène ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS).
 - Des relaxants musculaires non-benzodiazépines peuvent être ajoutés dans la prise en charge des lombalgies pour l'analgésie, la relaxation musculaire ou le soulagement des spasmes musculaires. Il s'agit par exemple de la cyclobenzaprine, du baclofène ou de la chlorzoxazone.
 - Réserver le tramadol et autres analgésiques narcotiques aux douleurs intenses ne répondant pas aux médicaments de première intention.
 - Les antidépresseurs tricycliques et la duloxétine peuvent être bénéfiques pour traiter une douleur lombaire chronique, mais pas une douleur aiguë.
 - L'envoi des patients chez un spécialiste du traitement de la douleur convient aux patients qui continuent de ressentir une déficience fonctionnelle grave ou une douleur incessante, ou lorsque les patients ou les médecins estiment que les progrès se sont arrêtés ou souhaitent obtenir un deuxième avis.



Éducation du patient

- Il est important d'éduquer les patients sur les causes des douleurs au dos, le pronostic favorable, la valeur ajoutée des tests diagnostiques en général, les recommandations en matière d'activité et de travail et les indications de suivi.
- Rassurer le patient en lui disant que le pronostic des lombalgies aiguës est souvent bon et que la plupart des cas se résolvent avec peu d'intervention.
- Conseiller aux patients de maintenir une activité physique telle qu'elle est tolérée ; cela les aiderait à récupérer plus rapidement.
- Les patients peuvent continuer à travailler, mais ils doivent éviter de rester debout ou assis pendant de longues périodes et de soulever des objets lourds.
- Informer les patients des thérapies non pharmacologiques suivantes. Sélectionner celle qui convient en fonction de leurs préférences :
 - » Chaleur : appliquer un enveloppement thermique pendant 20 minutes toutes les deux heures ; cela diminuerait les spasmes musculaires.
 - » Manipulation vertébrale : apporte une amélioration modeste en termes de douleur et de fonction.
 - » Massage : entraîne une plus grande satisfaction des patients bien qu'il n'y ait aucune preuve d'un bénéfice clinique.
 - Acupuncture : notamment pour les douleurs chroniques.
 - Exercice et physiothérapie : notamment pour les lombalgies subaiguës et chroniques. Cela comprend les exercices de contrôle moteur (exercices de stabilisation spécifiques), le renforcement des muscles du tronc (extenseurs abdominaux et du tronc), les mouvements de flexion/extension, les mouvements répétitifs dans une même direction (exercices McKenzie), en bonne forme physique, les exercices aérobiques, le Pilates, le yoga et autres.



DÉFINITION ●○○○

La palpitation est un symptôme subjectif, défini comme une conscience désagréable des battements forts, rapides ou irréguliers du cœur. La sensation peut être décrite comme un battement rapide ou une volte-face dans la poitrine, ou une sensation de martèlement dans la poitrine ou le cou.



ANTÉCÉDENTS ○●○○

- Description des palpitations : âge d'apparition, durée, fréquence cardiaque, régularité du rythme.
 1. Âge d'apparition:
 - » Les palpitations rapides récurrentes depuis l'enfance sont susceptibles d'être une tachycardie supraventriculaire (TSV).
 - » Un âge d'apparition plus avancé est un facteur de risque d'arythmies ventriculaires potentiellement fatales, car celles-ci sont plus susceptibles de survenir chez les patients atteints d'une cardiopathie structurale.
 2. Durée:
 - » Les palpitations qui durent un « instant » (battements sautés occasionnels) sont plus susceptibles de représenter des contractions prématurées.
 - » Les palpitations qui durent pendant quelques minutes (ou plus) sont plus compatibles avec des arythmies supraventriculaires ou ventriculaires.
 3. Rythme cardiaque et régularité (il peut être utile pour le patient de taper le rythme avec les doigts):
 - » Des rythmes rapides et réguliers évoquent une tachycardie ventriculaire (TV) ou une TV paroxystique.
 - » Des rythmes rapides et irréguliers suggèrent une FA paroxystique, un flutter auriculaire ou une tachycardie auriculaire avec bloc variable.
- Le mode d'apparition (soudaineté) et de fin des palpitations.
 - L'apparition et la résolution brutales sont évocatrices d'une TSV ou d'une TV.
 - L'apparition et la résolution progressives suggèrent une tachycardie sinusale.
 - L'auto-résolution avec massage du sinus carotidien ou manœuvre de Valsalva est évocatrice d'une TSV.
- Relation entre les palpitations et les changements de position, l'exercice ou le stress émotionnel.
- Présence de symptômes associés : douleurs thoraciques, essoufflement, vertiges, pré-syncope ou syncope évoquant des problèmes cardiaques graves et/ou une arythmie grave, surtout TV.
- Symptômes psychiatriques (anxiété, crises de panique).
- Prise de médicaments (agents sympathomimétiques, vasodilatateurs, anticholinergiques, SSRI, antidépresseurs tricycliques, fluoroquinolones, macrolides, etc.).
- Mode de vie et habitudes, notamment consommation de caféine, tabac, alcool, usage de drogues illicites (amphétamines, cocaïne).
- Présence de pathologies telles que maladies cardiaques, maladies thyroïdiennes, anémie, diabète, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou maladies psychiatriques.
- Antécédents familiaux de mort cardiaque précoce et de maladies cardiaques héréditaires.



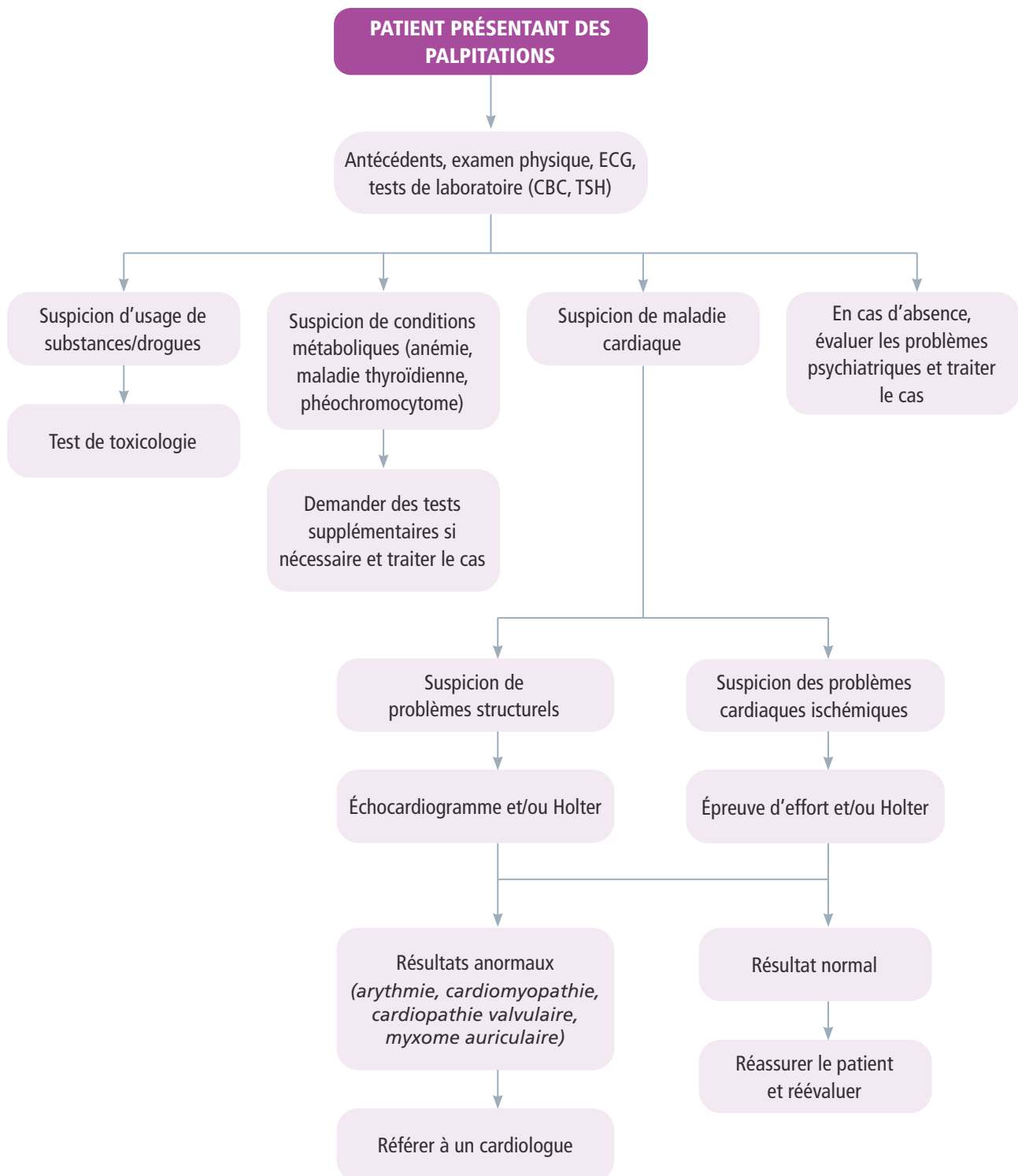
EXAMEN CLINIQUE ○○○●

- Signes vitaux, notamment la tension artérielle, la fréquence et le rythme cardiaque et la température.
- Examen physique général axé sur l'examen du cœur et des poumons et les signes de maladies thyroïdiennes.



DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES ○○○●

- La cause des palpitations peut être déterminée chez la majorité des patients sur la base des antécédents médicaux, d'un examen physique, d'un électrocardiogramme (ECG) et de tests de laboratoire limités (formule numération sanguine et tests de la fonction thyroïdienne). Des tests de laboratoire supplémentaires peuvent être nécessaires, notamment des tests d'urée, de créatinine sérique, de taux d'électrolytes, de glycémie et de fonction hépatique.
- Les tests de diagnostic cardiaque sont indiqués comme suit :
 - Une surveillance ECG ambulatoire (Holter rythmique) est indiquée si l'indice de suspicion d'une cause cardiaque est élevé.
 - Une épreuve d'effort est indiquée chez les patients présentant des symptômes d'effort.
 - Le Holter rythmique et le test d'inclinaison sont indiqués chez les patients présentant une syncope ou une quasi-syncope et des résultats d'électrocardiogramme anormaux.
 - L'échocardiographie est indiquée lorsque les antécédents antérieurs, l'examen physique et les résultats de l'électrocardiogramme sont sans particularité, ou chez les patients ayant des antécédents de maladie cardiaque ou des signes et symptômes plus complexes (dyspnée, râles bronchiques, pression veineuse jugulaire élevée, orthopnée, œdème des membres inférieurs).



Éducation du patient

- Conseiller au patient d'éviter les stimulants (caféine, nicotine, boissons énergisantes) et les drogues illicites.
- Encourager le patient à réduire son stress en pratiquant des techniques et des activités relaxantes telles que la méditation, le yoga ou la respiration profonde.
- Demander au patient de documenter les épisodes de palpitations (en faire un calendrier) si elles surviennent (apparition, fréquence, durée, etc.).

**DÉFINITION** ●○○○○

L'œil rouge est une inflammation d'une partie de l'œil.

**ANTÉCÉDENTS** ○●○○○

- Durée des symptômes et atteinte d'un ou des deux yeux.
- Présence de symptômes associés : écoulement (aqueux/séreux, purulent), modification de l'acuité visuelle, sensation de corps étranger, présence et sévérité de la douleur, photophobie, irritation/démangeaisons ou autres symptômes systémiques tels que fièvre, écoulement nasal, toux, douleur pharyngée, éternuements, ou une congestion nasale.
- Tout épisode et traitement similaire antérieur.
- Présence d'allergies ou de maladies systémiques ou de toute prise de médicaments.
- Utilisation de lentilles de contact.
- Présence et type de traumatisme (contondant ou tranchant), le cas échéant.

**EXAMEN CLINIQUE** ○○●○○

Effectuer un examen complet axé sur les éléments suivants :

- Paupières
- Sac lacrymal
- Taille de la pupille et réaction à la lumière
- Inspection si atteinte cornéenne
- Présence et nature des écoulements
- Profil et localisation de l'hyperémie
- Présence d'hypopyon ou d'hyphéma
- Ganglions lymphatiques pré-auriculaires
- Acuité visuelle



SIGNES ALARMANTS ○○○●○

Référer à un ophtalmologue si l'un des symptômes ou signes ci-dessous est présent :

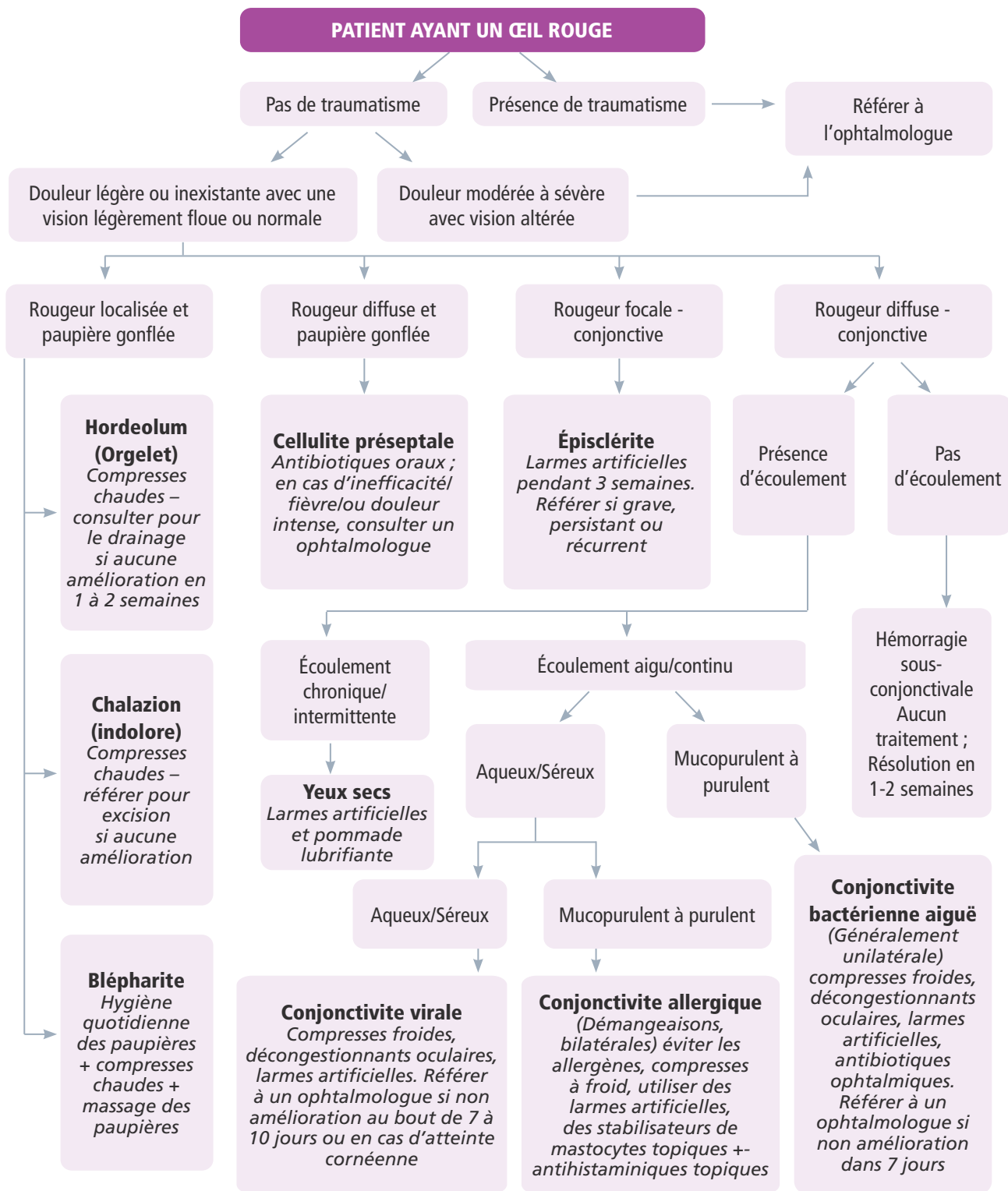
- Diminution de l'acuité visuelle
- Photophobie
- Sensation sévère de corps étranger
- Douleur oculaire sévère (avec mouvement du globe oculaire)
- Maux de tête sévères accompagnés de nausées
- Opacité de la cornée
- Pupille fixe
- Injection/flush ciliaire (injection péricornéenne)



DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES ○○○●○

- Référer les patients présentant des affections affectant la cornée, la chambre antérieure, l'iris et le cristallin comme suit :
 - En urgence (le jour même) : glaucome à angle fermé, hyphéma, hypopyon, kératite bactérienne.
 - En urgence : Iritis, kératite virale et sclérite.
- Les médicaments utilisés dans le traitement de l'œil rouge, selon le diagnostic, englobent :
 - Gouttes ophtalmiques antibiotiques (comme l'ofloxacine, la ciprofloxacine, la tobramycine), 1 à 2 gouttes quatre fois par jour pendant 1 semaine.
 - Antihistaminiques +/- décongestionnants oculaires (naphazoline/phéniramine, 1 à 2 gouttes jusqu'à quatre fois par jour).
 - Stabilisateurs de mastocytes topiques +/- antihistaminiques (olopatadine, 1 goutte deux fois par jour).
 - Les antibiotiques oraux utilisés dans la cellulite préseptale sont ceux ayant une activité anti-bêta lactamase tels que l'amoxicilline/clavulanate ou le cefpodoxime.

Attention : Les médecins de soins primaires ne doivent jamais prescrire de corticostéroïdes topiques pour l'œil rouge.



Éducation du patient

Informez les patients atteints de conjonctivite virale ou bactérienne de ce qui suit :

- Éviter de partager des mouchoirs, des serviettes, des produits de beauté, des draps, des oreillers, etc. avec des membres de la famille ou des amis non infectés.
- Lavage des mains fréquent pour éviter la propagation de l'infection.
- Arrêter de porter des lentilles de contact si c'est déjà le cas.

**DÉFINITION** ●○○○○

La pharyngite (également appelée amygdalite) est une inflammation de la région pharyngée (pharynx et/ou amygdales) qui peut être d'origine virale (la plus fréquente) ou bactérienne (principalement due au streptocoque du groupe A).

**ANTÉCÉDENTS** ○●○○○

- Le mal de gorge, surtout lors de la déglutition, est le symptôme courant principal d'une pharyngite.
- Toux, enrrouement ou symptômes des voies respiratoires inférieures.
- Symptômes constitutionnels : fièvre et/ou frissons ; anorexie ; malaise ; céphalée ; myalgie.
- Symptômes gastro-intestinaux : diarrhée ; nausées, vomissements ; douleur abdominale.
- Des contacts présentant des symptômes semblables ou une infection à streptocoques diagnostiquée au cours des 2 dernières semaines.

**EXAMEN CLINIQUE** ○○○●○

- Signes vitaux, fièvre.
- Érythème pharyngé ± une hypertrophie des amygdales ± des exsudats ± des pétéchies palatines.
- Adénopathies cervicales (ganglions enflés et grossis) : lymphadénopathies cervicales antérieures dans les pharyngites streptococciques ; lymphadénopathies postérieures dans une mononucléose infectieuse.
- Rechercher des éléments présents suggérant des conditions spécifiques :
 - Éruption de scarlatine : macules érythémateuses ponctuées avec des plis de flexion rougis et une pâleur péri-buccale (pharyngite streptococcique).
 - Pseudo-membrane grise : diphtérie et occasionnellement mononucléose.
 - Vésicules claires caractéristiques sur base érythémateuse : stomatite herpétique.
 - Conjonctivite : plus courante avec les des infections à adénovirus.
 - Hépatosplénomégalie : évoquant une mononucléose.
- Rechercher d'autres infections des voies respiratoires : otite moyenne ; rhinosinusite ; bronchite aiguë ; pneumonie et abcès péri-amygdalien.

**SIGNES ALARMANTS** ○○○●○

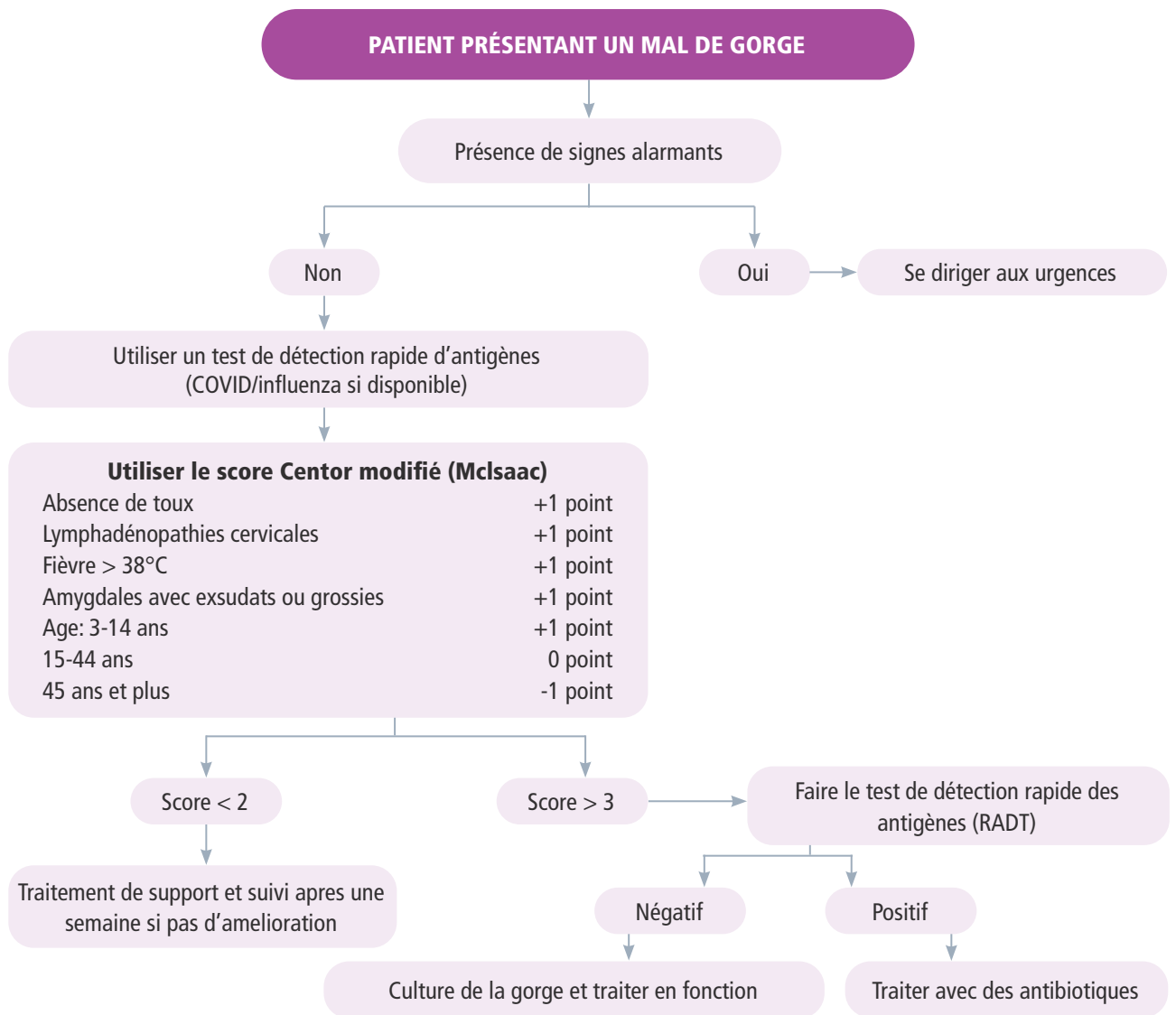
Signes et symptômes pouvant indiquer une infection des espaces profonds cervicaux et une obstruction des voies respiratoires supérieures :

- Voix étouffée
- Baver
- Stridor
- Détresse respiratoire
- Maux de gorge unilatéraux sévères
- Œdème de la paroi pharyngée, du voile du palais ou du plancher de l'oropharynx
- Douleur ou gonflement du cou
- Trismus (irritation et spasme réflexe du muscle ptérygoïdien interne)
- Raideur au cou



DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES ●●●●●

- Le diagnostic est généralement clinique. Un test de détection rapide de l'antigène (RADT) peut être effectué si une infection streptococcique est suspectée (fièvre > 38 °C, apparition soudaine d'un mal de gorge, œdème amygdalien ou uvulaire, exsudats amygdaliens épars, ganglions lymphatiques cervicaux antérieurs sensibles, pétéchies palatines, éruption cutanée scarlatiniforme et/ou langue fraise, exposition au streptocoque du groupe A).
- Une pharyngite virale est suspectée en présence des symptômes suivants : toux, congestion nasale, conjonctivite, coryza, ulcère buccal, exanthème viral.
- Les traitements de soutien pour soulager les symptômes englobent :
 - Traitements abaisseurs de la fièvre et analgésiques tels que l'acétaminophène avec ou sans anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (par exemple, l'ibuprofène) si nécessaire.
 - Anesthésiques locaux sous forme de pastilles ou de sprays.
 - La plupart des patients souffrant de mononucléose et recevant un antibiotique contenant de l'amoxicilline pour une pharyngite streptococcique suspectée développent une éruption maculopapuleuse prurigineuse prolongée.
- Les antibiotiques à utiliser englobent :
 - Préférés
 - » Pénicilline V 500 mg par voie orale 2 à 3 fois par jour pendant 10 jours (la pénicilline réduit les taux de rhumatisme articulaire aigu)
 - » Amoxicilline 500 mg par voie orale deux fois par jour pendant 10 jours ou 1000 mg par voie orale une fois par jour pendant 10 jours
 - Choix alternatifs, en cas d'allergie à la pénicilline
 - » Céphalexine 500 mg par voie orale deux fois par jour pendant 10 jours
 - » Céfadroxil 1 g par voie orale une fois par jour pendant 10 jours
 - » Céfuroxime 250 mg par voie orale deux fois par jour pendant 10 jours
 - » Céfixime 400 mg par voie orale une fois par jour pendant 10 jours
 - » Azithromycine 500 mg par voie orale une fois par jour le premier jour puis 250 mg une fois par jour pendant 4 jours
 - » Clarithromycine 250 mg par voie orale deux fois par jour pendant 10 jours
 - » Clindamycine 300 mg par voie orale trois fois par jour pendant 10 jours



- Il est conseillé de faire le RADT chez les patients ayant un score de 2 et à risque de complications (immunodéprimés ou fragiles), ou s'ils semblent cliniquement malades.
- En l'absence de RADT, un traitement antibiotique empirique est recommandé aux personnes ayant un score > 4 ainsi qu'une culture de la gorge; pour ceux ayant un score de 2 à 3, faire une culture de gorge et traiter en fonction ou utiliser des prescriptions différées d'antibiotiques avec instructions claires sur leur mode d'emploi si les symptômes ne s'améliorent pas dans les 3 à 5 jours.

Éducation du patient

- Informer les patients que les maux de gorge/pharyngite disparaissent généralement d'eux-mêmes, sans aucune complication.
- Le traitement du mal de gorge englobe le repos et la prise de médicaments qui diminuent la douleur et atténuent d'autres symptômes.
- Le lavage des mains est essentiel pour prévenir la propagation de l'infection.
- Les boissons chaudes comme le miel ou le thé au citron et la soupe peuvent alléger la douleur.
- Informer les patients de consulter immédiatement un médecin/les urgences en cas de difficultés respiratoires, salivation, gonflement du cou ou de la langue, raideur du cou, difficulté à ouvrir la bouche ou présence d'une affection sous-jacente qui altère l'immunité.



DÉFINITION ●●●●

Les étourdissements sont un terme non spécifique utilisé pour décrire un symptôme. Ils sont de quatre types principaux :

- Vertige : fausse sensation de mouvement avec sensation de rotation, sensation illusoire de mouvement ou d'orientation.
- Déséquilibre : déstabilisation, légère "instabilité" non spécifique de l'équilibre, notamment quand le patient bouge en tournant.
- Pré-syncope : sensation de perte de conscience ou d'évanouissement, sensation de quasi-évanouissement.
- Étourdissements (vertiges non spécifiques) : Symptômes vagues, patient peut se sentir déconnecté de son entourage.



ANTÉCÉDENTS ●●●●

- Caractéristiques des étourdissements/vertiges (description, durée, évolution dans le temps, déclenchés ou spontanés, facteurs déclenchants et facteurs aggravants). Tout vertige est aggravé par le fait de bouger la tête.
- Symptômes associés : nausées, vomissements ou perte auditive ; présence d'autres symptômes pouvant indiquer un diagnostic spécifique, tels que : Douleur thoracique, dyspnée, syncope d'effort (Cause cardio-vasculaire) ; aura, photophobie, phonophobie, troubles visuels avec ou sans maux de tête (Migraine vestibulaire) ; symptômes neurologiques tels que troubles de la marche, faiblesse des membres (pathologie neurologique).
- Prise de médicaments (les étourdissements peuvent être un effet indésirable de nombreux médicaments) et exposition à des toxines.
- Mode de vie, à savoir la consommation de caféine, de nicotine et d'alcool.
- Antécédents de traumatisme crânien ou traumatisme cervical.
- Conditions médicales actuelles.



EXAMEN CLINIQUE ●●●●

- Vérifier les signes vitaux, notamment la fréquence cardiaque et la pression artérielle (y compris la pression artérielle orthostatique).
- Effectuer un examen physique complet en mettant l'accent sur :
 - Examen de l'oreille (vérifier s'il y a une infection, examiner l'audition)
 - Examen de la vue (recherche de nystagmus) : nystagmus de vertige périphérique (combiné horizontal et torsionnel ; inhibé par la fixation des yeux sur un objet ; s'estompe après quelques jours ; ne change pas de direction avec le regard d'un côté ou de l'autre) ; Nystagmus de vertige central (purement vertical, horizontal ou torsionnel ; non inhibé par la fixation des yeux sur un objet ; peut durer des semaines, voire des mois ; peut changer de direction avec le regard vers une phase rapide du nystagmus)
 - Test d'équilibre (Tests Dix-Hallpike, Impulsion de tête)
 - Système Nerveux Central (Nerfs Crâniens, démarche, Test de Romberg)
 - Examen cardiovasculaire (examen cardiaque et vérification de la présence d'un souffle carotidien)



DIAGNOSTIQUE ET PERLES CLINIQUES ●●●●

- Caractéristiques typiques qui distinguent les vertiges des étourdissements : aggravation en bougeant la tête, présence de nystagmus et sa survenue dans certaines positions telles que s'allonger, se retourner dans le lit et pencher le cou en arrière pour lever les yeux.
- Le diagnostic des étourdissements repose généralement uniquement sur l'anamnèse et l'examen physique. Les investigations ne sont généralement pas nécessaires, sauf si l'anamnèse et l'examen physique l'indiquent. Ceux-ci pourraient inclure :
 - Audiogramme tonal standard
 - Tomodensitométrie/imagerie par résonance magnétique du cerveau : chez les patients présentant des signes et symptômes neurologiques, des facteurs de risque de maladie cérébrovasculaire ou une perte auditive unilatérale progressive.
 - Tests de la fonction vestibulaire (électronystagmographie)
 - Électrocardiogramme (ECG), échocardiographie
 - Test d'inclinaison
 - Tests sanguins : TSH, glycémie à jeun (FBS) et autres selon les besoins.
- Les médicaments vestibuloplégiques comprennent les suivants :
 - Antiémétiques : métoclopramide 5 à 10 mg par voie orale ou IV toutes les 6 heures ; Prochlorpérazine 5 à 10 mg par voie orale ou IM toutes les 6 à 8 heures.
 - Antihistaminiques : Dimenhydrinate 50 mg par voie orale toutes les 6 heures ; Méclizine 12,5 à 50 mg par voie orale toutes les 4 à 8 heures ; Prométhazine 25 mg toutes les 6 heures par voie orale, IM ou rectale toutes les 4 à 12 heures.
 - Benzodiazépines : Diazépam 2 à 10 mg par voie orale ou IV toutes les 4 à 8 heures ; Lorazépam 1 à 2 mg par voie orale toutes les 4 heures.

Éducation du patient

- Conseiller au patient de consulter immédiatement un médecin si des étourdissements/vertiges sont associés à des céphalées nouvelles ou sévères, de la fièvre ($> 38^{\circ}\text{C}$), une diplopie, des troubles visuels, des problèmes d'élocution ou d'audition, une faiblesse dans l'un des membres, une incapacité à marcher de manière autonome, perte de connaissance, engourdissement d'une extrémité, douleur thoracique, vomissements persistants .
- Informer le patient que le vertige positionnel paroxystique bénin disparaît généralement seul. La manœuvre d'Epley est un traitement efficace et consiste en des mouvements spécifiques pour le repositionnement des cristaux de l'oreille interne (ou otoconies ou otolithes). Les symptômes s'améliorent 1 à 2 jours après avoir effectué cette manœuvre.

LE PATIENT PRÉSENTE DES ÉTOURDISSEMENTS/VERTIGES

Catégoriser les types d'étourdissements/vertiges en fonction des antécédents et de l'examen physique en mettant l'accent sur l'évolution dans le temps, les facteurs déclenchants et les facteurs aggravants



RÉFÉRENCES

1. ANNE MOUNSEY, AMIR BARZIN, ASHLEY RIETZ. Functional Dyspepsia: Evaluation and Management. Am Fam Physician. 2020;101(2):84-88
2. Apovian CM, Aronne LJ, Bessesen DH, et al. Pharmacological management of obesity: an endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2015 Feb. 100(2):342-62.
3. British Geriatric Society: Improving Healthcare for older people: https://www.bgs.org.uk/sites/default/files/content/resources/files/2019-03-12/CGA%20Toolkit%20for%20Primary%20Care%20Practitioners_0.pdf.
4. CDC. <https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2024/preparing/travelers-diarrhea#table209>.
5. CDC. <https://www.cdc.gov/antibiotic-use/clinicians/adult-treatment-rec.html>.
6. CDC. <https://www.cdc.gov/flu/treatment/whatyoushould.htm#:~:text=To%20treat%20flu%2C%20oseltamivir%20or,for%20more%20than%20five%20days>.
7. CHARLIE MICHAUDET, JOHN MALATY. Chronic Cough: Evaluation and Management. Am Fam Physician. 2017;96(9):575-580
8. ERICA S. MEISENHEIMER, CARLY EPSTEIN, DERRICK THIEL. Acute Diarrhea in Adults. Am Fam Physician. 2022;106(1):72-8
9. Diagnosis and management of type 2 diabetes (HEARTS-D). Geneva: World Health Organization; 2020 (WHO/UCN/NCD/20.1). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
10. DOUGLAS M. MAURER, DO, MPH, TYLER J. RAYMOND, DO, MPH, AND BETHANY N. DAVIS, MD. Depression: Screening and Diagnosis. Am Fam Physician. 2018;98(8):508-515.
11. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2022. Available from: www.ginaasthma.org.
12. Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
13. HERBERT L. MUNCIE, SUSAN M. SIRMANS, ERNEST JAMES. Dizziness: Approach to Evaluation and Management. Am Fam Physician. 2017;95(3):154-162
14. Uptodate. <https://www.uptodate.com/contents/acute-bronchitis-in-adults/abstract/1>.
15. HEARTS technical package for cardiovascular disease management in primary health.
16. care: risk based CVD management. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
17. HEATHER L. PALADINE, HIMABINDU EKANADHAM, DANIELA C. DIAZ. (2021). Health Maintenance for Women of Reproductive Age. Am Fam Physician. 2021;103(4):209-217.
18. HOLLY CRONAU, RAMANA REDDY KANKANALA, THOMAS MAUGER. Diagnosis and Management of Red Eye in Primary Care. Am Fam Physician. 2010;81(2):137-144.
19. IGOR KRAVETS. Hyperthyroidism: Diagnosis and Treatment. Am Fam Physician. 2016;93(5):363-370.
20. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academies Press; 2001.
21. JASON WOMACK, JILL KROPA. Community-Acquired Pneumonia in Adults: Rapid Evidence Review. Am Fam Physician. 2022;105(6):625-630.
22. John L Brusch, MD, FACP; Chief Editor: Michael Stuart Bronze, MD. Urinary Tract Infection (UTI) and Cystitis (Bladder Infection) in Females Treatment & Management. <https://emedicine.medscape.com/article/233101-treatment>.
23. JONATHAN A. BECKER, JENNIFER P. DAILY, KATHERINE M. POHLGEERS. Acute Monoarthritis: Diagnosis in Adults. Am Fam Physician. 2016;94(10):810-816.

24. JOSHUA SCOTT WILL, DAVID C. BURY, JOHN A. MILLER. Mechanical Low Back Pain. *Am Fam Physician*. 2018;98(7):421-428.
25. KALYANAKRISHNAN RAMAKRISHNAN, MD, ROBERT C. SALINAS, MD, AND NELSON IVAN AGUDELO HIGUITA, MD. Skin and Soft Tissue Infections. *Am Fam Physician*. 2015;92(6):474-483.
26. KATHARINE C. DEGEORGE, DANIEL J. RING, SARAH N. DALRYMPLE. Treatment of the Common Cold. *Am Fam Physician*. 2019;100(5):281-289.
27. PAUL E. TATUM, III, MD, MSPH, SHAIDA TALEBREZA, MD, AND JEANETTE S. ROSS, MD. Geriatric Assessment: An Office-Based Approach (2018). *Am Fam Physician*. 2018;97(12):776-784.
28. Pocket book of primary health care for children and adolescents: guidelines for health promotion, disease prevention and management from the newborn period to adolescence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NCSA 3.0 IGO.
29. SARAH L. CARTWRIGHT, MARK P. KNUDSON. Evaluation of Acute Abdominal Pain in Adults. *Physician*. 2008;77(7):971-978.
30. US preventive services Taskforce (<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation-topics/uspstf-a-and-b-recommendations>).
31. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. (1992). Assessing for abuse during pregnancy: Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *Journal of the American Medical Association*, 267, 3176-78.
32. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP) – version 2.0.
33. MICHAEL M. BRAUN, WILLIAM A. STEVENS, CRAIG H. BARSTOW, (2018). Stable Coronary Artery Disease: Treatment. *Am Fam Physician*. 2018;97(6):376-384.
34. MICHAEL J. ARNOLD, PATRICK G. O'MALLEY, JOHN R. DOWNS. Key Recommendations on Managing Dyslipidemia for Cardiovascular Risk Reduction: Stopping Where the Evidence Does. *Am Fam Physician*. 2021;103(8):455-458.
35. Nuha A. ElSayed; Grazia Aleppo; Vanita R. Aroda; Raveendhara R. Bannuru; Florence M. Brown; Dennis Bruemmer; Billy S. Collins; Marisa E. Hilliard; Diana Isaacs; Eric L. Johnson; Scott Kahan; Kamlesh Khunti; Jose Leon; Sarah K. Lyons; Mary Lou Perry; Priya Prahalad; Richard E. Pratley; Jane Jeffrie Seley; Robert C. Stanton; Robert A. Gabbay; on behalf of the American Diabetes Association (2023) Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care* 2023;46(Supplement_1):S10–S18 <https://doi.org/10.2337/dc23-S001>.
36. RANDELL K. WEXLER, ADAM PLEISTER, SUBHA V. RAMAN. Palpitations: Evaluation in the Primary Care Setting. *Am Fam Physician*. 2017;96(12):784-789.
37. RAVI KANT, AMANDA DAVIS, VIPIN VERMA. Thyroid Nodules: Advances in Evaluation and Management. *Am Fam Physician*. 2020;102(5):298-304.
38. Robert T Means, Jr, Robert A Brodsky. Diagnostic approach to anemia in adults. <https://www.uptodate.com/contents/diagnostic-approach-to-anemia-in-adults>.
39. Smith D, Botz B, Lorente E, et al. ACR Thyroid Imaging Reporting and Data System (ACR TI-RADS). Reference article, Radiopaedia.org (Accessed on 26 May 2023) <https://doi.org/10.53347/rID-52374>.
40. STEPHEN A. WILSON, LEAH A. STEM, RICHARD D. BRUEHLMAN. Hypothyroidism: Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician*. 2021;103(10):605-613.
41. UpToDate. <https://www.uptodate.com/contents/acute-otitis-media-in-adults>.
42. WHO. https://www.who.int/health-topics/influenza-seasonal?gclid=CjwKCAjwsvujBhAXEiwA_UXnAMbMz4msodiFWeFkU2J6_ToXz5PnVdT_Cv1sy4tQK72FgOzeak9OcxoC_REQAvD_BwE#tab=tab_3.
43. WHO. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
44. WHO package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care. Geneva: World Health Organization; 2020.

Algorithmes cliniques de base

Pour les maladies les plus courantes chez les adultes, rencontrées au niveau des soins de santé primaires, pour les médecins dans le système de santé publique

© Ministère de la Santé Publique - Liban, 2023