



Fiche récapitulative Pouce CCC : rédaction d'ordonnance

Liste des questions pour l'oral (4-5 décembre 2019):

1. Prescrire une transfusion	Item 325
2. Prescrire une corticothérapie et mesures associées	Item 326
3. Prescrire et surveiller un diurétique	Item 264
4. Prescrire une insulinothérapie	Item 245
5. Attitude thérapeutique (traitement) devant une toux chez l'enfant	Items 200 et 159
6. Traitement d'un érysipèle	Item 173
7. Traiter une gale	Item 167
8. Traiter une cystite aiguë chez l'adulte	Item 157
9. Traiter une cystite aiguë chez l'enfant	Item 157
10. Traiter une pyélonéphrite aiguë	Item 157
11. Traiter une prostatite aiguë	Item 157
12. Traiter une gonococcie	Item 158
13. Traiter une chlamydie	Item 158
14. Prescrire la masso-kinésithérapie : lombosciatique	Item 118
15. Prescrire kinésithérapie : séquelles AVC	Item 118
16. Prescrire aides techniques, kiné : entorse	Items 324 et 118
17. Traitement de 1 ^{ère} intention, à un enfant présentant une OMA purulente	Item 147
18. Traitement d'une sinusite maxillaire chez l'adulte	Item 145
19. Traitement d'une sinusite maxillaire chez l'enfant	Item 145
20. Traitement de la pneumonie à pneumocoque chez l'enfant	Item 151
21. Traitement de la pneumonie à pneumocoque chez l'adulte	Item 151
22. Traitement d'une angine chez l'adulte	Item 146
23. Traitement d'une angine chez l'enfant	Item 146
24. Prescrire une thérapeutique antalgique morphinique	Item 132
25. Prescrire une thérapeutique antalgique médicamenteuse ou non	Item 132
26. Prescrire un antidépresseur	Item 72
27. Prescrire un antipsychotique	Item 72
28. Prescrire une contraception	item 35
29. Traitement d'une méningite communautaire présumée bactérienne	Item 148
30. Connaître le traitement d'un accès palustre	Item 166
31. Prescrire un traitement contre la ménopause	Items 120 et 326
32. Prescrire et surveiller un traitement anticoagulant	Item 224
33. Connaître le traitement d'une exacerbation de BPCO	Items 151 et 173



1. Prescrire une transfusion – item 325

A) Remplir la feuille de transfusion :

Nom & Prénom du patient
Date de naissance du patient
Sexe du patient (H/F)

Établissement demandeur : Hôpital X
Service de soins : Service Y

Date et heure de la prescription

Fournir la **carte de groupe et les RAI** du patient si on les a, sinon prélever

Renseignements cliniques : taux Hb, poids et dernier taux Plq si demande plaquettes

Indication de la transfusion

→ **Modalité** de la transfusion

Transfusion programmée :

- Date et heure de la transfusion
- Transfusion compatible ABO et compatible Rh Kell

Urgence Vitale immédiate :

- Urgence médicale, analyse IH disponible ou non
- Transfusion compatible ABO/Rh Kell si disponible *ou* CGR O et PFC AB

Urgence Vitale :

- Délai disponible avant la transfusion de 30 minutes
- Urgence médicale, délai permettant groupage Rh Kell
- Transfusion CGR O + compatible Rh Kell

Urgence Relative :

- Délai disponible avant la transfusion de 2 à 3 heures
- Urgence médicale, état clinique permettant l'ensemble des analyses IH
- Transfusion compatible ABO et compatible Rh Kell

→ **Nombre et quantité** de PSL à délivrer

→ **Qualité** des PSL à délivrer

Identifier le médecin prescripteur : Nom + signature

B) Les différents Produits Sanguins Labiles :

PFC	Petits rappels : -> Conservation : 1 an à -25°C -> Pour sécuriser le don, avant la transfusion il sera mis en quarantaine pendant 2 mois ou devra subir un traitement viroatténuant
	Quantité : toujours faire 1 PFC pour 1 CGR
	Indication : -> Hémorragie massive -> CIVD -> Déficit rare et complexe en certains facteurs de coagulation lorsque les fractions coagulantes correspondantes ne sont pas disponibles -> Échanges plasmatiques

Remarques :

- RAI valable 21 jours si négative et si aucun épisode immunisant (grossesse, transfusion, greffe) survenu dans les 6 mois
- Carte de groupe nécessite 2 déterminations du groupe ABO, RH et Kell sur 2 prélèvements sanguins différents
- Déplasmatisé : déficit en IgA, réaction anaphylactique majeure, purpura post-transfusionnel



CGR	Petits rappels : -> 1 CGR = 40g d'Hb : volume de 250mL -> Conservation : 42 jours entre +2 et +6° C
	Qualité : -> Phénotype : femme jeune, polytransfusé, groupe sanguin rare ; hémoglobinopathie, RAI+ -> Phénotype étendu : si présence d'allo anticorps autres que ceux pris en compte dans le CGR phénotypé -> Compatibilisé : RAI+, atcd RAI+, drépanocytose -> Irradié : greffé de moelle hématopoïétique, ceux en aplasie médullaire, ttmt immuno-suppresseur, -> CMV négatif -> Déplasmatisé pour les déficitaires en IgA, les patients ayant fait une réaction d'allergie HS -> Cryoconservé pour les groupes sanguins rares, les patients immunisées contre
	Quantité : 1CGR = 1point d'Hb (c'est à peu près ça, plus simple et ça donne idée du nombre de culots à prescrire)
	Délais de transfusion : -> Non urgent : attendre les résultats de groupe-rhésus + RAI -> Urgence relative (2-3h) : attendre les résultats de groupe-rhésus + RAI -> Urgence vitale (30minutes) : attendre les résultats de groupe-rhésus seulement -> Urgence vitale immédiate : transfuser 0+ ou 0-
	NB : RAI doit dater de moins de 72h !! (ou 21 jours dans certains cas particuliers)

Indication : -> Patient non coronarien : Hb < 7g/dL -* Patient coronarien : Hb < 10g/dL -> Signes d'intolérance : pas de seuil

Plaquettes (CP)	Petits rappels : -> Les CP sont issus soit du mélange de plusieurs dons de plaquettes standards (MPCs), soit d'un seul don unique réalisé par aphérèse (CPA) -> Conservation : 5jours entre +20 et +24°C
	Qualité : -> Irradié -> CMV négatif -> HLA compatible (CPA seulement) -> Déplasmatisé (CPA seulement)
	Quantité : à adapter aux besoins du patient : Plaquettes : 1 unité /10kg de poids corporel
	Indication : -> Plaquettes < 100G/L : neurochirurgie, chirurgie ophtalmo -> Plaquettes < 80G/L : rachianesthésie, chirurgie majeure -> Plaquettes < 50 G/L : <ul style="list-style-type: none">- Avant un geste invasif : chirurgie mineure, PL, nécessité de traitements anticoagulants et antiagrégants, activité sportive ou professionnelle à haut risque de traumatisme, ponction et biopsie cutanée- CIVD
	-> Plaquettes < 30G/L : anesthésie dentaire, extraction dentaire -> Plaquettes <20G/L : <ul style="list-style-type: none">- Fièvre > 38,5°C- Infection- Lésion à potentiel hémorragique- Chute rapide des plaquettes en 72h- Détartrage dentaire Plaquettes < 10G/L : patient sans facteur de risque

Remarque :

- 1 CP pour 7-10kg de poids chez l'adulte
- 1 CP pour 5kg de poids chez l'enfant



C) Acte transfusionnel

- Informer le patient
- Réception des produits sanguins, vérification de leur conformité
- Transfuser les PSL dans les 6 heures suivant leur réception
- L'infirmière peut réaliser la transfusion :
 - Vérification de l'identité du patient
 - Vérification ultime des documents transfusionnels
 - Vérification ultime du PSL (péremption...)
 - Test de Beth Vincent pour apprécier la compatibilité du sang du donneur et du receveur (compatibilité ABO, uniquement pour les CGR)
 - Poser la transfusion
 - Surveiller, TA, FC, t°C
 - Rester de façon permanente avec le patient les 15 premières minutes
 - Moindre doute : arrêt de la transfusion en conservant la voie veineuse
- Retourner à l'EFS la confirmation de la transfusion, alerter si effet indésirable
- SUIVI : RAI de contrôle entre 1 et 3 mois après la transfusion

D) Principaux événements indésirables

Immunologique	-> Incompatibilité ABO -> TRALI -> Réaction anaphylactique
Infectieux	Rarement viral plus souvent bactérien (plus souvent avec les concentrés plaquettaires++)
Surcharge	Être vigilant chez le sujet âgé
Métabolique	Surcharge en citrate, surcharge en fer

CAT si EI :

- Arrêt de la transfusion et maintien de la voie d'abord
- Appel du médecin du proximité
- Examen clinique
- Mise en place de mesures thérapeutiques immédiates (si besoin)
- Envoi des poches pour bilan d'EI
- Prévenir l'hémovigilance



2. Prescrire une corticothérapie et mesures associées – item 326

A) Indications

- **Pathologies inflammatoires** : Horton, PPR, LED, PR, sarcoïdose, vascularite, PTAI, AHAI, MICI, NG, SEP, pemphigoïde, dermatites.
- **Pathologies infectieuses** : pneumocystose, méningite à pneumocoque, tuberculose extra-pulmonaire, choc septique.
- **Hémopathie** : LNH, Hodgkin, myélome.
- **Allergie** : asthme, urticaire, choc anaphylactique

Remarque : Ttt de l'**asthme** :

- **Prednisolone** si exacerbation, 5-7 jours
- **Fluticasone / Budésonide** ttt de fond si palier 2, ± association fixe formétérol, salmétérol

B) Prescription

Dr X
Cabinet (adresse) / Urgences (hôpital) N° RPPS/AM

Ordonnance du : (date)

Patient : Mr/Mme,
Nom et prénom

Date de naissance

Cure courte < 15j : affection aiguë avec œdème, laryngite, épiglottite, AAG

- **Prednisone** 1-5-20 mg, prise unique le matin, 5-15 jours
- Arrêt brutal sans risque

Cure prolongée > 3mois :

- **Prednisone** 1-5-20 mg, unique le matin ou 2 prises
- **Sevrage** :
 - Décroissance progressive
 - Substitution par **hydrocortisone 20mg/j** dès que dose < 5mg/j
 - Test au **synacthène immédiat à S2-S4** → arrêt de la substitution si positif, renouveler 1x/6mois tant que neg

Remarques :

- **Posologie** : faible (0,1mg/kg/j) / moyenne (0,5mg/kg/j) / forte (1mg/kg/j)
- **Schéma de décroissance lors d'une corticothérapie au long cours** :
 - -10mg toutes les 1-2 (7-15j) semaines (une fois les manifestations inflammatoires contrôlées)
 - -5mg toutes les 2 semaines (15j) à partir de 30mg
 - -2,5mg toutes les 2 semaines (15j) à partir de 15mg
 - Palier à 10mg puis -1mg toutes les 2-3 semaines

Mesures associées :

- Prise en charge des **FdRCV**.
- Régime **hyposodé** (< 6/j), **pauvre en sucre, hypocalorique, hypolipidique, hyperprotidique**.
- **Ne pass'automédiquer avec des AINS** (ibuprofène...)
- Supplémentation en **calcium**, 1g/j.
- Supplémentation en **vit D**
- Vaccins **anti-VHB, anti-grippal, anti-pneumococcique**.
- ± **Biphosphonates** si > 7,5mg/j pdt > 3M + FdR.
- ± **Supplémentation potassique** (si IEC ++).
- ± **IPP** si antécédents d'UGD récidivants, à discuter.
- ± **Ivermectine** si originaire d'une zone d'endémie (Antilles)



C) Complément à connaître

Effets indésirables :

- **Métaboliques** : hypokaliémie, dyslipidémie, rétention hydrosodée
- **Endocriniens** : diabète, hypercorticisme (Sd de Cushing iatrogène)
- **Cardiovasculaires** : HTA, athérosclérose
- **Ostéo-musculaires** : ostéoporose, ostéonécrose, amyotrophie (proximale +++), retard de croissance (E)
- **Infectieux** : réactivation d'infections latentes, surinfection
- **Ophthalmologiques** : cataracte postérieure, glaucome chronique
- **Psychiques** : hyperoxie-euphorie (« ON »), EDC (« OFF »)
- **Cutanés** : vergetures, atrophie, ecchymose, retard à la cicatrisation
- **Digestifs** : dyspepsie, perforation sur diverticulite, UGD
- **Sevrage** : insuffisance surrénale, rebond de la pathologie
- **Interactions** : AINS/aspirine (→UGD), hypokaliémiant, inducteurs enzymatiques (rifampicine, phénytoïne, phénobarbital, carbamazépine, millepertuis, griséofulvine, méprobamate)

Surveillance :

- **Clinique** : taille, poids, PA, T°, foyer infectieux, courbe de croissance (E)
- **Paradiniques** : NFS-CRP, GaJ, EAL, IUC, ECG, ± TO (1x/6M)

Contre-indications:

- Absolues : aucune
- Relatives : **infection** non contrôlée, **troubles psychiatriques**, **UGD** non traité, **diabète** non équilibré

Bilan pré-thérapeutique :

- Clinique : **terrain**, (atcd, FdRCV), **constantes** (poids, taille, T°), recherche d'un **foyer infectieux**
- Paraclinique :
 - **NFS-CRP, ECBU, IDR, RP, ± séro VHB, ± EPS** si séjour en zone tropicale (→ anguillulose maligne) ± autres selon orientation
 - **GaJ, EAL, IUC, ECG**
 - **Bilan phospho-calcique, ± ostéodensitométrie** si >7,5mg/j pdt >3mois
 - **±β-HCG** si femme en âge de procréer
 - **± Tonus oculaire** si FdR de glaucome (myopie, diabète, pathologie ophtalmo)

D) Exemples de posologies

- Polyarthrite rhumatoïde** : 0,1mg/kg/j
- Lupus, connectivités, Horton** : 1-2 mg/kg/j en phase d'attaque



3. Prescrire et surveiller un diurétique – item 264

A) Indications et prescription

4 indications principales :

- HTA
- Œdèmes de l'insuffisance cardiaque décompensée
- Œdèmes de l'insuffisance rénale chronique avec ou sans syndrome néphrotique
- Décompensation œdémato-ascitique des cirrhoses

Indications des diurétiques en urgence :

- Œdème aigu du poumon : diurétiques de l'anse
- Crise aiguë de glaucome par fermeture de l'angle et mal des montagnes : inhibiteurs de l'anhydrase carbonique

Dr X
Cabinet (adresse) / Urgences (hôpital) N° RPPS/AM

Ordonnance du : (date)

Patient : Mr/Mme,
Nom et prénom
Date de naissance

HTA essentielle :

- Mesures hygiéno-diététiques + régime modérément désodé < 6g de sel/jour
- Hydrochlorothiazide : 12,5 à 25mg/j (d'autant plus que HTA résistante IEC/IC/ARA.2)
- Alternative : Indopamide : 1,5mg LP par jour
- Insuffisance rénale : Furosémide 20 à 40mg/jour
- Quadrithérapie : Spironolactone 12,5 à 25mg/jour

Insuffisance cardiaque :

- Aigue : Furosémide IV, 1 à 2 ampoules de 20mg en complément des dérivés nitrés,
- Chronique :
- Furosémide PO faible 20 à 40mg/jour en complément des IEC/ARA.2 et B-bloquant
- ± Spironolactone 12,5 à 25mg/jour

Insuffisance rénale :

- Légère ou modérée : Hydrochlorothiazide 12,5 à 25mg/jour ± associations
- Sévère : Furosémide 20 à 40mg/jour

Cirrhose œdémato-ascitique :

- Hyperaldostéronisme secondaire : Spironolactone + régime désodé,
- Insuffisance hépatocellulaire : CI du Spironolactone

Hypercalcémie majeure :

- Réhydratation majeure + Biphosphonates
- Furosémide : 1 à 2 ampoules de 20mg sous surveillance réanimatoire

Lithiase urinaire récidivante avec hypercalciurie OU diabète insipide néphrogénique

- Hydrochlorothiazide : 12,5 à 25mg/jour

Glaucome chronique ou mal des montagnes :

- Traitement en urgence : inhibiteurs de l'anhydrase carbonique
- Acétazolamide

Surveillance :

- Reconsulter à J15/M1 puis tous les 6mois/1 an
- Réévaluation clinique et de l'efficacité thérapeutique
- Bilan de contrôle : urée, créatinine, ionogramme sanguin, uricémie, glycémie sanguine
- Ne pas pratiquer d'automédication
- Contre-indication ++ pendant la grossesse



Remarques :

- Régime hyposodé toujours associé
- Débuter le traitement par la **posologie minimale efficace**
- Effectuer un **bilan pré-thérapeutique**: rechercher les contre-indications des maladies associées pouvant favoriser les troubles hydro-électrolytiques (diarrhées, vomissements), faire un bilan biologique (créatininémie, kaliémie, uricémie, glycémie à jeun)
- **Interrompre le traitement 24 à 48h** avant une **injection de produit de contraste iodé**

B) Principaux effets indésirables

Déshydratation	<ul style="list-style-type: none"> • Fréquente ++ chez les personnes âgées • Favorisée par diarrhée, vomissements, fortes chaleurs • Peut entraîner une insuffisance rénale aigüe d'origine fonctionnelle
Hyponatrémie	<ul style="list-style-type: none"> • Hyponatrémie par déplétion favorisée en cas de régime désodé strict chez les sujets âgés • Hyponatrémie par dilution favorisée par des pathologies associées : insuffisance cardiaque, cirrhose
Hypokaliémie (diurétiques de l'anse et thiazidiques)	<ul style="list-style-type: none"> • Fréquente • Souvent modérée • Surveillance de l'ionogramme sanguin 15 jours et 1 mois après introduction du ttt, puis tous les 6 mois à 1 an • TTT : augmentation des apports alimentaires, administration de gélules de potassium ou adjonction d'un diurétique épargneur de potassium
Hyperkaliémie (diurétiques épargnant le potassium)	<ul style="list-style-type: none"> • Peut entraîner des bradycardies sévères et troubles du rythme ventriculaire (→ plus menaçante que l'hypokaliémie) • Favorisée par l'administration conjointe d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion ou d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II et par l'insuffisance rénale • Surveillance régulière de l'ionogramme sanguin
Hypovolémie	<ul style="list-style-type: none"> • Parfois associée à une hypotension artérielle orthostatique (+++) elle-même responsable de lipothymies, malaises/pertes de connaissance (sujet âgé ++)

C) Rappels sur les classes de diurétiques

Diurétiques proximaux	<ul style="list-style-type: none"> • Physiopathologie : ↓ réabsorption H₂O/Na⁺/K⁺ dans le TUBULE CONTOURNÉ PROXIMAL • Molécules : acétazolamide (inhibiteur de l'anhydrase carbonique), mannitol. • Indications : HTIC ± glaucome chronique et aigu, alcalose métabolique de reventilation, hypercapnie (acétazolamide). • CI : IR sévère, acidose métabolique, hypoK. • EI : DEC, hypergly, hypoK, acidose métabolique.
Diurétiques de l'anse	<ul style="list-style-type: none"> • Physiopathologie : ↓ réabsorption Na/K/Cl dans la BRANCHE ASCENDANTE DE L'ANSE DE HENLÉ. • Molécules : furosémide, bumétanide, pirétanide. • Indications : IC, OAP, HTA (si IR), œdèmes, cirrhose, SN, hyperCa majeure. • CI : hypoK, DEC, IHC sévère, grossesse, allaitement. • EI : DEC, hypoCa, hypoNa, hypoK, alcalose, hyperuricémie, ototoxicité.
Diurétiques thiazidiques	<ul style="list-style-type: none"> • Physiopathologie : ↓ réabsorption Na/Cl dans la PARTIE PROXIMALE DU TUBULE DISTAL. • Molécules : hydrochlorothiazide, chlortalidone, indapamide. • Indications : HTA, IC (en association aux diurétiques de l'anse), cirrhose, SN, diabète insipide néphrogénique, lithiases urinaires avec hypercalciurie idiopathique. • CI : IR sévère, IHC sévère. • EI : DEC, hyperCa, hypoNa, hypoK, alcalose, hyperuricémie
Diurétiques épargneurs de potassium / du tube collecteur	<ul style="list-style-type: none"> • Physiopathologie : ↓ échange Na⁺-K⁺ dans le TUBE COLLECTEUR. • Molécules : amiloride, spironolactone, éplérénone. • Indications : HTA, cirrhose, SN ± hyperaldostéronisme I (spironolactone). • CI : hypoNa, hyperK, IR sévère, IHC sévère, trouble de conduction AV, grossesse, allaitement. • EI : DEC, hyperK, acidose métabolique, gynécomastie (spironolactone).



4. Prescrire une insulinothérapie – item 245

A) Prescription

Dr X
Cabinet (adresse) / Urgences (hôpital) N° RPPS/AM

Ordonnance du : (date)

Patient : Mr/Mme,
Nom et prénom
Date de naissance

- **Insuline**
 - NPH ou Glargine Lantus® 0,35 U/kg le soir
 - Lispro Humalog®, Aspart Novorapid®, Glulisine Apidra® 1UI / 10g de glucides avant repas
- **Lancettes**
- **Bandelettes glycémiques**
- **Lecteur glycémique**
 - Mesure de la glycémie capillaire 4x / jour, avant chaque repas et au coucher
- **Bandelettes urinaires** : faire une mesure de la cétonurie si glycémie > 2g/L
- **HbA1c** tous les 3 mois au laboratoire

Prescripteur + Signature

B) Objectifs

	Glycémie matin à jeun	Glycémie post prandial à 2H	HbA1c
Enfant DT1			<ul style="list-style-type: none"> - < 6 ans : 7,5% à 8,5% - 6ans à prépubères : <8% - Adolescent (13 - 19ans) < 7,5%
Adulte DT1/2 bonne santé hors grossesse			< 7%
Avant/pendant Grossesse DT1	< 0,90g/L	< 1,2g/L	< 6,5%
DT1/2 compliqué d'hypoglycémie sévères, espérance de vie réduite, sujet âgé, complication vasculaires avancé, comorbidités grave			< 8%
Diabète gestationnel	< 0,95g/L	< 1,2g/L	Pas d'objectif
DT2 nouvellement diagnostiqué sans ATCD cardiovasculaire et espérance de vie >15 ans			≤6,5%
DT2 âgé, poly pathologique chronique évolué, handicapé + isolement social			< 9%



C) Rappels

Différents types d'insuline :

- **Insulines humaines recombinantes :**
 - Rapides : Actrapid, Umaline rapide
 - Intermédiaires : NPH (Insulatard, Umaline NPH)
 - Combinées ou prémix : Mixtard 30 (correspondant à 10% d'Actrapid + 70% de NPH)
- **Analogues de l'insuline :**
 - Analogues rapides : Humalog, Novorapid, Apidra, FIASP
 - Prémix associant un analogue rapide et un analogue de durée intermédiaires : Humalog mix 25 ou 50 ; Novomix 30, 50 et 70
 - Analogues lents : Glargine (Lantus et son biosimilaire Abasaglar, Toujeo), Détenir (Lévémir en 1 ou 2 injections), Degludec (Tresiba)

Schémas d'insulinothérapie possibles :

- **Schéma basal-bolus** : insuline ou analogue d'action lente et insuline et analogue d'action rapide ou ultrarapide avant un ou plusieurs repas de la journée
- **Schéma de 1 à 3 injections/jour d'insuline biphasique** : mélange d'insuline à action rapide ou ultrarapide et d'insuline à action intermédiaire ou lente
- **Schéma insulinaire intensifié** : en cas de **diabète très déséquilibré** avec des **glycémies supérieures à 3g/L** répétées et/ou une **HbA1c <10%**, instauré après **avis d'un endocrinologue**

	DT1	DT2
Insulinothérapie exclusive	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Schéma basal bolus</u> : Insuline lente le soir (pour réguler les glycémies à jeun) et insuline rapide au moment des repas. Nécessite une mesure de la glycémie en pré et post prandial pour adapter les doses. 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>2 schémas</u> : basal - bolus ou mélange rapide intermédiaire • <u>Schéma basal bolus</u> : Insuline lente le soir (pour réguler les glycémies à jeun) et insuline rapide au moment des repas. Nécessite une mesure de la glycémie en pré et post prandial pour adapter les doses.
Insulinothérapie combiné		<ul style="list-style-type: none"> • Indication : insulinorequérance partielle, pas de CI aux ADO • Procédure : <ul style="list-style-type: none"> - Insuline intermédiaire au couché (NPH) ou analogue lent (Lantus/ Lévémir). NPH en première intention - Si utilisation Lantus possibilité de faire d'autres injections - Débuter à 0,2U/Kg de poids par jour à adapter aux glycémies à jeun.

D) L'insulinothérapie

Elle nécessite :

- Définition d'**objectifs glycémiques clairs**
- **Adaptation des doses d'insulines** afin d'atteindre ces objectifs
- **Réalisation adéquate de l'injection** d'insuline
- **Connaissance** des moyens de **prévenir et corriger les hypoglycémies**



- **Éducation du patient pour l'auto-surveillance** glycémique et du poids, faire **attention aux hypoglycémies** (à partir de **0,60g/L chez le diabétique**) et lui expliquer le resucrage avec contrôle glycémique, de ne pas prendre l'insuline rapide si jeûne

Le **choix d'un schéma** d'insulinothérapie dépend de plusieurs paramètres, tels que :

- le **choix du patient** : le patient accepte-t-il le traitement ? Le nombre d'injections ?
- les **objectifs glycémiques** et la capacité du patient à les atteindre ;
- l'**autonomie** du patient : peut-il gérer son traitement ? En cas d'impossibilité, son entourage peut-il y suppléer ou le passage d'un(e) infirmier(ère) est-il obligatoire ?
- les **profils glycémiques** : y a-t-il une hyperglycémie à jeun isolée ou associée à une ou plusieurs hyperglycémies postprandiales ?
- le **mode de vie du patient** : le type d'alimentation (horaires des repas et teneur glucidique) et l'activité physique sont-ils réguliers ou erratiques ?

De ce fait le choix d'un traitement insulinique repose sur une **expertise des soignants à transmettre au patient** ou à la personne qui prendra en charge ce traitement.

Le **recours à un endocrinologue** sera envisagé pour instaurer ou optimiser le schéma insulinique en cas de difficulté à atteindre les objectifs glycémiques fixes.

Lors de la **mise en place de l'insulinothérapie**, il est recommandé, en adjonction à une monothérapie ou à une bithérapie, de débiter :

→ de préférence par une **insuline intermédiaire** (NPH) au coucher

→ ou par une **insuline analogue lente** si le **risque d'hypoglycémie nocturne** est préoccupant.

L'instauration d'une **insuline intermédiaire ou analogue lente** pourra se faire avec les règles de pratiques suivantes :

- Prescription d'une **dose initiale faible**, de **6 à 10 UI par 24 heures**
- Mise en place **d'une auto-surveillance glycémique** pour la **prévention des hypoglycémies** et l'adaptation des doses d'insuline (au moins 2 mesures glycémiques capillaires par jour à l'initiation de l'insulinothérapie : au **coucher** pour prévenir les hypoglycémies et au **réveil** pour suivre l'objectif)
- Définition d'un **objectif pour la glycémie à jeun** au réveil selon l'objectif d'HbA1c du patient (cf. annexe 5 de l'argumentaire scientifique)
- **Adaptation des doses d'insuline** tous les **3 jours** en fonction des **glycémies au réveil** et de l'objectif fixé ; la dose peut être augmentée ou réduite de 1 ou 2 UI
- **Réévaluation du traitement** (ADO et/ou insuline) en cas d'**hypoglycémies fréquentes** ou d'une hypoglycémie **sévère**
- Recours éventuel à un(e) infirmier(ère) pour réaliser l'insulinothérapie (adaptation des doses selon la prescription...).

L'intérêt de maintenir les **antidiabétiques non insuliniques** doit être évalué en fonction des bénéfices attendus pour chacune des molécules :

- La **metformine** sera **poursuivie**
- La posologie du **sulfamide hypoglycémiant** ou du **répaglinide** sera **adaptée** si besoin en fonction du schéma insulinique
- Les **inhibiteurs de la DPP-4** et les **inhibiteurs des alphaglucohydrolases** seront **arrêtés**
- L'association **insuline + analogues du GLP-1** relève d'un **avis spécialisé**
- La **quadrithérapie** ne se justifie pas en général.

Si l'objectif glycémique n'est pas atteint malgré la mise en place de l'insulinothérapie, celle-ci sera intensifiée.



5. Attitude thérapeutique (traitement) devant une toux chez l'enfant

- items 200 et 159

- **Hydratation** suffisante de l'enfant : stimulation à boire
 - **Sérum physiologique** : pratiquer une Désobstruction Rhinopharyngée 4 à 6 fois/jour
 - **Kinésithérapie respiratoire** en cas d'encombrement bronchique
- PAS d'antitussif chez les nourrissons, déconseillés chez les enfants
- **Critère d'hospitalisation** : nourrisson < 3 mois

Coqueluche :

- **ATB** uniquement prescrits dans les **3 premières semaines symptomatiques** pour réduire la contagiosité et écourter la symptomatologie si prescription précoce à la phase catarrhale 7-15j)
 - **Clarithromycine** : 15mg/kg/jour en 2 prises pendant **7 jours** (500-1000mg/j)
 - **Azithromycine** : 20mg/kg/jour pendant **3 jours** (500mg/j)
 - **Cotrimoxazole** : 30mg/kg/jour en 2 prises pendant **14 jours** (en cas d'allergie aux macrolides)
- + **éviction des collectivités 3 jours** (azithromycine) ou **5 jours** (clarithromycine ou bactrim)
- Antibioprophylaxie des sujets contacts (<21j de contagie) : macrolides selon même schéma.

Bronchiolite :

- **DRP** avant chaque repas + **Fractionnement** des repas
- **Paracétamol** 15mg/kg/jour si fièvre > 38,5°
- Aération des pièces avec température < 19° et éviction du tabagisme passif.

Asthme :

- **Salbutamol**, bêta-2-mimétique de courte durée d'action
 - o **Chambre** : 1 bouffée (100µg) pour 2kg de poids = 2 bouffées x4/jour jusqu'à disparition des symptômes
 - o **Nébulisation** : 150 µg/kg/nébulisation dans 6-8L d'O2
 - **Béthamétasone / prednisone / prednisolone** : 1 à 2mg/kg/jour pendant 3-5j, max 40 mg/j en cas de crise modérée ou sévère
- ± Chambre d'inhalation pour la prise des traitements.

Absence de signe d'orientation clinique :

1) Traitement d'épreuve de la rhinorrhée postérieur :

- Bompéniramine + Pseudoéphédrine pendant 3 semaines
- Si efficace : Consolidation par corticoïde locaux pendant 3 semaines

2) En cas d'échec du 1er traitement d'épreuve :

EFR : Recherche d'un TVO +/- réversible

→ Si TVO réversible : ttt de fond de l'asthme (corticoïde inhalé faible dose)

→ Si pas de TVO : test à la métacholine

- Si hyperréactivité bronchique sans TVO : ttt d'épreuve par corticoïdes inhalés et/ou bronchodilatateurs inhalés pendant un mois

3) En cas d'EFR normal ou d'échec du 2e traitement :

- Mise en route d'un traitement d'épreuve anti reflux : IPP simple dose pendant 28 jours

4) En cas d'échec des trois premières étapes :

- Avis pneumologique
- Avis ORL +/- Gastroentérologue

5) Si aucune étiologie n'est retrouvée (y compris comportemental) : Traitement antitussif possible

→ **Toux sèche : Antitussif**

On utilise des médicaments qui bloquent l'arc reflexe de toux

Attention : Médicament avec SMR allant de modéré à insuffisant

- o Opiacés
- o Antihistaminique – Anticholinergique



- Les non histaminiques non opiacés

→ **Toux productive : Mucomodificateur**

On utilise des médicaments qui agissent sur les sécrétions bronchiques en augmentant leur capacité d'élimination, en augmentant l'expectoration et en diminuant leur quantité.

Attention : SMR jugé insuffisant -> ttt "de confort"

+ Kiné Respi

En plus : Arrêt Tabac (Actif et passif)

[SOMMAIRE](#)



6. Traitement d'un érysipèle – item 173

A) Prescription

Dr X

Cabinet (adresse) / Urgences (hôpital)

N° RPPS /AM

Patient : Mr/Mme Nom et prénom

Date de naissance

Ordonnance du : (date),

- **Amoxicilline** : 1 à 1,5g, 3 fois par jour par voie orale pendant 7 à 10 jours (50-100 mg/kg/j)
- **Ou Pénicilline G** : 12 à 24 MU/j en 4 injections ou IVSE (ttt de ref, si hospit probablement)

Allergie : - Pristinamycine, 1g 2-3x/j pendant 4 jours

- Clindamycine 600mg à 1200mg/j en 3-4 prises

- **Paracétamol** : 1g toutes les 4 ou 6h, maximum 4g/24h, en cas de douleurs ou de fièvres, pdt 14 jours

± anticoagulation préventive si facteurs de risques de thrombose (cf fiche anticoagulation)

± prévention antitétanique : désinfection, parage, VAT (suivant validité vaccin 20 ans si <65ans et 10 ans si >65ans), immunoglobulines si risque important

- **Repos** au lit non strict
- **Élévation du membre atteint** jusqu'à régression des signes inflammatoires locaux

- Reconsulter en cas de persistance de la fièvre ou des symptômes après 48h-72h de traitement,
- Reconsulter immédiatement en cas d'aggravation des symptômes, perte de la sensibilité ou de la motricité du membre ou en cas de douleurs non soulagées par les antalgiques.

Prescripteur + Signature

Traitement forme récidivante (>4 épisodes/an et échec mesures précédentes) :

→ Benzathine-benzylpénicilline = **Extencilline IM** toutes les 2 à 3 semaines pdt 6 mois

B) Compléments

Évolution :

- Disparition fièvre et amélioration de la douleur sous ttt antibiotique : **48-72h**
- Disparition placard inflammatoire et œdème plus lentement : **1-2 semaines**
- Pas d'amélioration : suspicion d'abcès sous cutané, forme nécrosante évoluant à bas bruit, étiologie non streptococcique

Prévention primaire :

Traitement porte d'entrée, amélioration trouble circulatoire (bas de contention, drainage lymphatique manuel, perte de poids), facteurs favorisants (hygiène, macération)

Conditions d'hospitalisation :

- Doute diagnostique
- Signes généraux importants ou mal supportés
- Risques de décompensations (diabète, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale...)
- Contexte social difficile ou doute sur l'observance du traitement
- Ø d'amélioration à 72h après le traitement ou extension des lésions malgré le traitement

⚠ **CI aux AINS** : risque de transformation en **dermo-hypodermite nécrosante**

[SOMMAIRE](#)



7. Traiter une gale – item 167

Dr X Ordonnance du : (date)
Cabinet (adresse) / Urgences (hôpital) N° RPPS/AM

Patient : Mr/Mme Nom et prénom
Date de naissance

Ivermectine : une dose poids (adulte et enfant > 15kg) = **200µm/kg**

- Une **prise orale immédiatement**
- Une **prise orale à J.7** (date)

En cas de Gale profuse, traitement associé :

- **Benzoate de Benzyle** : **1 application sur tout le corps hormis le visage** à la sortie de la douche,
 - Laisser appliquer l'application pendant 24h, ne pas se laver avant
 - A renouveler au bout de 24h (Pilly) / à 8 jours (Dermato, HAS)
- Contre indiqué chez le nourrisson de <1mois, si entre 1 mois et 2 ans laisser le badigeon seulement 12h

Mesures associées :

- **Éviction des collectivités** : jusqu'à J.3 (date) du traitement
- **Traitement du linge** : lavage à 60° en marche ou sac plastique fermé hermétiquement > 72h
- **Précaution contact** (++) si hospitalisation ou vit en communauté)

Prescripteur + Signature

Remarque : Traitement du patient + des cas contacts + membres de la communauté.

SOMMAIRE



8. Traiter une cystite aigüe chez l'adulte – item 157

Remarque : PAS de cystites chez l'homme (on parle d'IU masculine)

A) Cystite aigüe simple

1. *Diagnostic = clinique*

- SFU (brûlures mictionnelles, pollakiurie, impériosités)
 - +/- Hématurie macroscopique dans 30% des cas (n'est PAS un SdG)
- BU+ (= leucocyturie > 10.4/mL ou > 10/mm³)
- Signes négatifs : apyrexie, pas de douleur fosse lombaire
- PAS d'ECBU

2. *Traitement : prescription*

- **TTT Curatif = ATB probabiliste**

Fosfomycine-Trométamol : une **dose unique** (dose 3g) par **voie orale** (MonurilR)

→ 2^e intention : Pivmécillam 400mg x2/j pendant 5 jours

→ 3^e intention : FQ = Ofloxatine ou Ciprofloxacine 500mg dose unique (!! NPO B-HCG en pré-thérapeutique si FQ) / Cifloxacine 400mg : prise unique PO / Cotrimoxazole 3cp PO unique

→ 4^e intention : Nitrofurantoïne pendant 5 jours

- **TTT Symptomatique :**

○ **Mesures recommandées :**

- Apport hydrique suffisant (>1,5L/j)
- Mictions non retenues, encourager les mictions fréquentes (toutes les 4-6h)
- Réguler le transit
- Miction post-coïtale

○ **Autres mesures habituelles :**

- Hygiène général (lavage des mains aprèstoilette)
- Hygiène péritonéale régulière mais sans excès
- Éviter vêtements moulants et synthétiques
- Toilette dans le sens antéro-postérieur après popo
- Traiter les infections génitales éventuelles

3. *Surveillance*

- Auto-surveillance clinique par la patiente (pas de Cs de contrôle)
- Reconsulter (ECBU) en cas :
 - D'évolution défavorable (persistance des signes cliniques urinaires après 72h d'ATB)
 - de récurrence précoce (< 2 semaines)
- puis ATB adapté à l'ECBU

B) Cystite à risque de complication

Rappel des critères de fragilité de FRIED :

- Perte de poids involontaire >4,5kg et/ou >5%/an
- Vitesse de marche lente
- Force de préhension faible
- Sentiment de fatigue et d'épuisement
- Sédentarité

1. *Définition*

- Terrain : Femme **enceinte/** âge >75 ans ou >65 ans avec >3 critères de fragilité de FRIED
- Co-morbidités: ID/IRC sévère (DFG <30mL/min)



- Uropathie : Obstructive : lithiase /sténose urétrale ou urétérale /HBP / corps étranger / tumeur Résidu post-mictionnel / vessie neurologique / reflux vésico-urétéral latrogène : sonde urinaire / geste endoscopique ou chirurgical

2. Diagnostic

Comme celui de la cystite aigüe simple

MAIS **ECBU systématique** en plus (*rappel des seuils de significativité de bactériurie*):

- E.Coli et Staph Saphrophyticus : >103 UFC/mL
- Entérobactéries autres que E.Coli : > 104 UFC/mL

3. Traitement

- **Curatif** = antibiothérapie

→ SI POSSIBLE, différer le traitement pour adapter ABT à ATB Gramme de l'ECBU, puis :

- 1^e intention : Amox pendant 7 jours
- 2^e intention : Pivmecillinam 7 jours
- 3^e intention : Nitrofurantoïne 7 jours
- 4^e intention : Triméthoprim 5 jours
- 5^e intention : Cotrimoxazole 5 jours /
FQ 5 jours (Ofloxacin ou Ciprofloxacine) /
Augmentin 5 jours /
Céfixime 7 jours
- 6^e intention : Fosfomycine-Trométamol 1 à 3 doses (J1/J3/J5)

→ Si impossible de différer le tt : patiente très symptomatique, Atcd de cystite ayant évolué vers une PNA sur uropathie sous-jacente, comorbidités, raisons logistiques...

- ATB probabiliste par : Nitrofurantoïne (1^e intention) ou Céfixime/FQ (2^e intention)
- Puis ATB adapté à l'ABT (idem tt différé)

- **Symptomatique** : idem cystite aigüe

4. Surveillance

Idem cystite aigüe

C) Cystite chez la femme enceinte

ECBU systématique devant toute BU positive

Traitement : antibiothérapie

- **ATB probabiliste** :
 - 1^e intention : Fosfomycine-Trométamol
 - 2^e intention : Pivmecillinam
 - 3^e intention : Nitrofurantoïne
 - 4^e intention : Céfixime
- Puis **ATB adaptée à 48h**
 - 1^e intention : Amox 7 jours
 - 2^e intention Fosfomycine-Trométamol dose unique PO (MonurilR) ou Pivmecillinam PO 7 jours
 - 3^e intention : Triméthoprim 7 jours (à éviter avant M3 de grossesse)
 - 4^e intention : Nitrofurantoïne 7 jours / Cotrimoxazole 7 jours (à éviter avant M3 de grossesse) / Augmentin 7 jours / Céfixime 7 jours



9. Traiter une cystite aigüe chez l'enfant – item 157

Remarque : Faire un **ECBU systématique** en cas de BU (+) chez un enfant.

A) Prescription

Dr X
Cabinet (adresse) / Urgences (hôpital)
N° RPPS/AM

Patient : Enfant, *Nom et prénom*
Date de naissance
Poids, taille, IMC

Ordonnance du : (date),

Antibiothérapie :

- **Amoxicilline-acide clavulanique** (Augmentin) : **80mg/kg/j soit (calcul) en 3 prises.**
- Ou **Cotrimoxazole** : 30mg/kg/j sulfaméthazole + 6mg/kg/j Triméthoprime soit (calcul) en 2 prises
- Ou **Céfixime** : 4mg/kg/j soit (calcul) toutes les 12h (**CI <3ans**)
 - PO pendant **3 à 5 jours**
 - Adaptation du traitement aux données de l'antibiogramme.

TTT symptomatique :

Paracétamol : **15mg/kg/jour**, maximum 4g/24h, toutes les 6h ou en 4 prises selon le confort de l'enfant (en cas de fièvre ou de douleurs)

Prescripteur + Signature

B) Autres mesures (physiques)

- Hydratation suffisante PO, +/- SRO (1 sachet dans 200mL)
- Découvrir l'enfant
- Pièce à 19°C
- Hygiène périnéale

SOMMAIRE



10. Traiter une pyélonéphrite aiguë – item 157

A) Prescription : antibiothérapie

Probabiliste PUIS adaptée pour PNA simple, à risque de complications ou grave

PNA simple

Probabiliste :

- FQ (ciprofloxacine 500mg x2, ofloxacine 200mg x2, lévofloxacine 500mg x1) PO pendant 7j (sauf si ttt par FQ < 6 mois)
- C3G parentérale : Cefotaxime 1-2g 3x/j ou Ceftriaxone 1g/j pendant 7j (à privilégier si hospit)
- Si allergie : aminoside ou aztréonam (hospit).

Adaptée :

- Ø BLSE : Amoxicilline > Augmentin, FQ, Céfixime, Cotrimoxazole pdt 10-14j
 - 7j si FQ ou β-lactamine IV
 - Cas particulier : 5-7 jours si aminosides durant tout le ttt
- BLSE : FQ > Cotrimoxazole > Augmentin, Tazocilline, céphalosporines > aminosides > ertapénème.

PNA à risque de complications

Probabiliste :

- 1^{ère} intention : C3G IV.
- 2^{ème} intention : FQ (sauf si FQ < 6M).
- Si allergie : aminoside ou aztréonam.

Adaptée : idem PNA simple pdt 10-14j.

PNA grave

Probabiliste :

- 1^{ère} intention : C3G IV + amikacine.
- 2^{ème} intention : aztréonam + amikacine.
- Si risque de BLSE : carbapénème (ou aztréonam) + amikacine.

Adaptée : idem PNA simple (PO si disparition des SdG) pdt 10-14j.

Risque de BLSE :

- [drainage ou sepsis] + EBLSE < 6M
- Choc + [EBLSE < 6M ou Augmentin/C2G/C3G/FQ < 6M ou voyage en zone d'endémie ou hospit < 3M ou vie en établissement de long séjour]

+ Traitement symptomatique

- Hydratation : boire >1,5L/jour
- Antalgiques : paracétamol 1g toutes les 6h, max 4g/j en cas de fièvre ou de douleurs
 - Ne PAS s'automédiquer avec des AINS type ibuprofène
- Antiémétiques

B) Surveillance

- Reconsulter en cas d'aggravation des symptômes malgré le ttt
- Cs à J3 indispensable : ± ECBU et uroscanner si Ø amélioration à 72h
- ± Cs urologie, écho des voies urinaires, BUD à distance si récurrence ou suspicion d'uropathie sous-jacente



11. Traiter une prostatite aiguë – item 157

A) Prescription

Imagerie initiale

Écho sous pubienne recommandée en **urgence** (<24h) si :

- Douleurs lombaires
- Suspicion de rétention aiguë d'urine
- Contextes particuliers (atcd de calculs urinaires, sepsis grave)

Écho endorectale contre indiquée en phase aiguë en raison de son caractère très douloureux

Antibiothérapie

Formes pauci-symptomatiques, apyrétiques : ambulatoire

→ Attendre les **résultats de l'ECBU** (documentation) puis ABT adaptée

Fièvre ou mauvaise tolérance des SFU : ambulatoire

- **FQ** : Ciprofloxacine 500mg x2 / Ofloxacine 200mg x2 / Lévofloxacine 500mg x1 (à privilégier sauf si ttt par fluoroquinolones < 6 mois)
- **C3G parentérale** : Cefotaxime ou Ceftriaxone 1g x3/j

Si allergie : aminosides ou aztréonam

Rétention d'urine ou immunodépression profonde : Hospitalisation

- **C3G parentérale** : Cefotaxime ou Ceftriaxone (à privilégier si hospit)
- **FQ** (sauf si ttt par fluoroquinolones < 6 mois)

Si allergie : aminosides ou aztréonam

Sepsis grave/Choc septique/Indication au drainage chirurgical/Prostatite iatrogène : Hospitalisat°

- **C3G IV + Amikacine** (en dose journalière 1 à 3 jours)

Si allergie : aztréonam + amikacine

RELAIS : privilégier les **FQ** ou le **Cotrimoxazole (800mg SMX + 160mg TMP pendant 3 jours)** per os

→ Durée totale : **14 jours** (discuter 21 jours si uropathie/immunodépression/autre ttt miction difficile/molécule autre que FQ ou Cotrimoxazole)

Traitement symptomatique

- Antalgiques : Paracétamol 1g toutes les 6h, max 4g/24h en cas de fièvre ou de douleurs
△□ AINS type ibuprofène sont proscrits : ne PAS s'automédiquer
- Hydratation : apports hydriques abondants >1,5L/j

B) Surveillance

- **Réévaluation à J3** (reconsulter le MT systématiquement) : examen clinique + **adaptation de l'antibiothérapie** aux résultats de l'antibiogramme (pas d'ECBU de contrôle systématique)
- **Reconsulter** en cas d'**évolution défavorable** (aggravation des symptômes) après 72h d'antibiothérapie adaptée : **ECBU sous ATB + Imagerie** (complication)

C) Prise en charge urologique

Phase initiale :

- **Drainage des urines** si rétention aiguë (KT sous-pubien classiquement)
- Si **abcès prostatique**, ATB souvent efficaces, sinon **discuter drainage chirurgical**

Recherche uropathie sous-jacente :

- 1^{er} épisode : **interrogatoire** et **examen physique détaillé** pour rechercher une **anomalie anatomique et/ou fonctionnelle** des voies urinaires
- 2^{ème} épisode ou si une **anomalie des voies urinaires est suspectée** : **consultation d'urologie + échographie des voies urinaires** avec quantification du **résidu post-mictionnel**
+/- débitmétrie urinaire (selon les cas)



12. Traiter une gonococcie – item 158

A) Prescription

Dr X
Cabinet (adresse) / Urgences (hôpital)
N° RPPS/AM

Patient : Mr/Mme, *Nom et prénom*
Date de naissance

Ordonnance du : (date),

- **Ceftriaxone : 1 injection IM en dose unique (500mg IM)**
 - Allergie C3G : **Spectinomycine** 2g en IM en dose unique (ø diffusion à l'oropharynx si lésions)
 - Allergie aux beta-lactamines : **Azithromycine** 2g PO en une prise / **Gentamycine** IM 240 mg en une injection / **Ciprofloxacine** 500 mg PO en une prise
 - Refus traitement injectable : **Céfépime** 500mg x2 PO en dose unique

Associé à un traitement pour Chlamydia :

- **Doxycycline** per os : 100 mg x 2/jour pendant 7 jours
- ou **azithromycine** : 1 g par voie orale en dose unique

+ **Contrôle bactériologique** avec de nouveau **PCR chlamydia/gonocoque** + **culture** sur écouvillon vaginal/1^{er} jet urinaire (homme) à J7 si le **ttt initial** n'est **pas de la Ceftriaxone**
(+**Paracétamol 1g** toutes les 6h max 4g/24h en cas de fièvres ou douleurs, **AINS proscrits**)

B) Mesures associées

- Recommandations **d'abstinence sexuelle ou rapports protégés** (préservatif) jusqu'à la disparition de la contagiosité (7jours)
- **Proposition de vaccinations** :
 - Anti-papillomavirus
 - Anti-VHB ± anti-VHA si homosexuel masculin
- Dépistages des autres IST : **TPHA/VDRL, VIH ± VHB (Ag Hbs, Ac anti-Hbs, Ac anti-Hbc)**
 - Déclaration anonyme non obligatoire mais importante
- **Traitement systématique des partenaires** (dépistage éventuel) par Ceftriaxone 500 mg en IM + Azithromycine 1g PO

C) Surveillance

- J.3 de traitement (date) : si persistance des symptômes → adaptation ttt à l'antibiogramme
- **Obligatoire = J.7 (date) : vérification de la guérison clinique + résultats des sérologies**
 - Recueil du 1^{er} jet urinaire : examen direct et culture
 - PCR gonocoque et PCR Chlamydia trachomatis



13. Traiter une chlamydie – item 158

A) Prescription

Dr X
Cabinet (adresse) / Urgences (hôpital)
N° RPPS/AM

Patient : Mr/Mme, *Nom et prénom*
Date de naissance

Ordonnance du : (date),

- **Azithromycine : 1g en prise unique** par voie orale
- **Doxycycline 100mg x2/j PO pendant 7 jours.**

Deuxième intention :

- **Érythromycine 500mg x4/j** pendant 7 jours
- **Ofloxacin 200mg x2/j** pendant 7 jours

(+**Paracétamol 1g** toutes les 6h max 4g/24h en cas de fièvres ou douleurs, **AINS proscrits**)

B) Mesures associées

- **Abstinence sexuelle** pendant 7 jours (jusqu'à la disparition des symptômes)
- **Contrôle de la PCR chlamydia à 1-6 mois** pour les femmes jeunes

Pour les partenaires :

- **Traitement systématique** des partenaires : Ceftriaxone 500mg en IM + Azithromycine 1g PO
- **Dépistage éventuel** des partenaires

D) Surveillance

- J.3 de traitement (date) : si persistance des symptômes → adaptation ttt à l'antibiogramme
- **Obligatoire = J.7 (date) : vérification de la guérison clinique + résultats des sérologies**
 - Recueil du 1^{er} jet urinaire : examen direct et culture

PCR gonocoque et PCR Chlamydia trachomatis



14-15. Prescrire la masso-kinésithérapie/ Prescrire la kinésithérapie – item 118

A) Prescription

Dr X
Cabinet (adresse) / Urgences (hôpital)
N° RPPS/AM

Patient : Mr/Mme, *Nom et prénom*
Date de naissance

Ordonnance du : (date),

Faire de la Masso-kinésithérapie

Indiquer :

- **Segment anatomique** ou **symptômes principaux** à rééduquer
- **Objectifs principaux** attendus de la rééducation
- « Kinébalnéothérapie » ou « rééducation en piscine » si cette technique est indiquée
- « **À domicile** » ou « **avec transport sanitaire assis/couché** » le cas échéant
- « **En urgence** » si on souhaite démarrer la rééducation **sans attendre le délai de 10 jours** de réponse de la caisse primaire (autorisant le remboursement de la kinésithérapie)
- Préciser si cela rentre dans le cadre d'un **accident de travail : contexte et atcd**
- **Éventuelle contre-indication** à certaines méthodes (ex : électrostimulation CI pdt la grossesse)
- Préciser si dimanche et jours fériés compris

Recommandé :

- **Nombre de séances** (2/3 séances/semaine, pendant 2 à 3 mois) + *fréquence des séances*
→ Si non précisé, négocié entre le professionnel et la caisse d'assurance maladie

Remarque : **NE DOIT PAS comporter le diagnostic** (présent dans un courrier que le prescripteur est grandement encouragé à joindre à son ordonnance)

B) Objectifs de la rééducation

Ils peuvent prendre la forme de :

→ **Déficiences** : douleurs, déficit moteur, ankylose de la cheville...

→ **Réduire les conséquences d'une déficience** (limitation d'activité) : rééduquer la marche avec appareillage chez un amputé

Exemples :

- Massage : œdème de stase, prévention des adhérences, assouplissement des cicatrices
- Lutte contre la douleur
- Lutte contre l'œdème : drainage veineux, drainage lymphatique
- Entretien de la mobilité articulaire : mobilisation actives et passives aidées, auto-postures préventives, économie articulaire,
- Récupération de la mobilité articulaire : étirement musculaire, technique de facilitation, postures
- Techniques de renforcement musculaire : contraction statique/isométrique, travail dynamique isotonique, travail dynamique isocinétique, électrostimulation, technique de Kabat,
- Récupération de la commande motrice
- Lutte contre l'instabilité
- Rééducation des troubles respiratoires : expansion thoracique, entraînement des muscles respiratoires
- Kinésithérapie et incontinence urinaire
- Lutte contre la désadaptation à l'effort

Prescripteur + Signature
(éventuellement) Accident du travail du : (date)

SOMMAIRE



16. Prescrire aides techniques, kiné : entorse – item 324 et 118

Mesures médicamenteuses :

- Antalgiques type Paracétamol PO ;
- AINS sauf contre-indication
- HBPM à dose préventive si immobilisation stricte ou mise en décharge complète

A) Aide technique :

Le traitement fonctionnel est privilégié.

Prescription suivant le **protocole RICE** :

- **Rest** : mise au repos de l'articulation lésée, décharge partielle ou totale en fonction des douleurs (en moyenne 7 jours) avec déambulation sous couverts de canne anglaise et d'une prévention anti-thrombotique si nécessaire.
- **Ice** : Glaçage local le plus précoce possible 4 fois par jours tant qu'il existe des signes cliniques ;
- **Compression** : par des bandes élastiques (strapping ou tapin) ou attelles avec compartiments gonflables contre l'œdème
- **Elevation** : surélévation du membre inférieur aussi longtemps que possible

PRESCRIPTION :

- Achat d'une paire de cannes anglaises réglables en hauteur avec appui anté-brachial.
- Achat d'une chevillière élastique/bandage/strapping/orthèse stabilisatrice à porter 3 à 6 semaines (selon la douleur et l'impotence)

B) Kinésithérapie :

Rééducation aussi précoce que possible dès que la douleur l'autorise, avec prévision de 10 à 20 séances. Elle associe :

- **Lutte contre la douleur et l'œdème** : orthèse à porter 3-6 semaines, glaçage, massage, pressothérapie
- **Gain de mobilité** : mobilisation active et passive, mobilisations spécifiques, postures, techniques de contracté-relâché et de stretching dès que la douleur le permet et jusqu'à l'obtention d'une flexion dorsale identique au côté sain.
- **Amélioration de la stabilité par rééducation proprioceptive** : travail dans des positions de déséquilibre dès que possible
- **Renforcement des muscles stabilisateurs** : fibulaires, tibial antérieur.

PRESCRIPTION :

Identité du prescripteur,

Nom/Prénom du patient

N° RPPS

Date

• 20 séances de masso-kinésithérapie

• Pour rééducation de la cheville gauche/droite:

- **Lutte contre la douleur et l'œdème** : orthèse à porter 3-6 semaines, glaçage, massage, pressothérapie
- **Gain de mobilité** : mobilisation active et passive, mobilisations spécifiques, postures, techniques de contracté-relâché et de stretching dès que la douleur le permet et jusqu'à l'obtention d'une flexion dorsale identique au côté sain.
- **Amélioration de la stabilité par rééducation proprioceptive** : travail dans des positions de déséquilibre dès que possible
- **Renforcement des muscles stabilisateurs** : fibulaires, tibial antérieur.



16. Complément

A) Règles de prescription d'une orthèse ou chaussure orthopédique :

- **Trois circonstances amenant à prescrire une orthèse :**
 - Douleur
 - Instabilité d'une structure anatomique
 - Limitation d'amplitude articulaire
- **La prescription doit exprimer :**
 - Effets mécaniques recherchés,
 - Sites d'application
 - Condition d'utilisation de l'orthèse
 - Précision des indications
 - Définition des buts thérapeutiques
 - Etablir une description de l'orthèse suffisamment précise.
- **Objectifs des orthèses :**
 - Immobiliser / stabiliser une articulation ou un segment anatomique douloureux ou instable ou en cours de cicatrisation.
 - Corriger un déficit d'amplitude articulaire ou une déformation d'une structure anatomique
 - Suppléer un déficit moteur (rare)
- **Trois éléments caractérisent une orthèse :**
 - Son mode d'action mécanique : stabilisation, limitation d'amplitude, posture statique/dynamique
 - Emplacement anatomique et position articulaire
 - Adjonctions spécifiques facultatives

B) Prescription des aides techniques :

- **Déambulateur :**
 - **Avantage :** ne tombe pas quand on les lâche
 - **Cadre de marche :** nécessité d'un appui solide et stable
 - Léger mais à besoin d'être soulevé,
 - Rend la marche saccadée et plutôt encombrant.
 - **Rollator :** plus mobile, permet un appui vers l'avant plus constant,
 - Toujours plus lourd que le cadre de marche
 - Préconiser pour les personnes avec tendance à la rétropulsion
 - Il présente souvent une assise
- **Cannes de marche :** Peuvent être utilisées seules ou par paires.
 - **Canne tripode :** souvent utilisée par les hémiplegiques
 - Appui fort et stable, elle ne tombe pas
 - Empatement rend difficile son utilisation dans les escaliers
 - *Quadripode* (polygone de sustentation réduit), appui moins assuré en terrain irrégulier.
 - **Cannes anglaises :** Appui franc mais nécessite des bras forts et un bon équilibre
 - L'utilisation d'une seule canne favorise la marche plus rapide mais ↘ qualité
 - *Canne de randonnée :* permet de gérer l'équilibre mais ∅ d'appui franc.
 - *Canne simple :* soit en bois, soit en aluminium (réglable). En « T » meilleure prise en main.
 - **Réglages :**
 - Hauteur : garder le coude à 30° de flexion → poignée de la canne sur le pli du poignet
 - Déambulateur : plus bas si patient tendance à la rétropulsion et plus haut si on veut redresser le patient.
 - Utilisation d'une seule canne → se porte du côté sain.

Surveillance de l'usure des embouts ++



17. Traitement de 1^{ère} intention à un enfant présentant une OMA purulente – item 147

A) Prescription

Dr X
Cabinet (adresse) / Urgences (hôpital)
N° RPPS/AM

Patient : Enfant, *Nom et prénom*
Date de naissance
Poids, taille, IMC

Ordonnance du : (date),

Enfant < 2 ans : ATBthérapie systématique

→ Durée **de 8 à 10 jours**

Enfant > 2 ans : durée **5 jours**

- **Traitement symptomatique** seul si symptomatologie **peu bruyante**, à réévaluer à **48-72h**
 - Poursuite du ttt symptomatique en cas d'évolution favorable
 - ATBthérapie en cas d'évolution défavorable (persistance des douleurs, fièvre)
- **ATB d'emblée** en cas de **symptomatologie bruyante d'emblée** (fièvre ++, hyperalgie)

Antibiothérapie :

- **Amoxicilline : 80 à 90 mg/kg/j soit (calcul) en 2 ou 3 prises.**
 - Si syndrome otite-conjonctivite : Amoxicilline-Ac. Clavulanique 80mg/kg/j soit (calcul) en 2 ou 3 prises
 - Allergie pénicilline sans C3G : Cefpodoxime-proxétil 8mg/kg/j en 2 prises pendant 5 jours
 - Allergie bêta-lactamine : Erythromycine-sulfafurazole ou Cotrimoxazole

Traitement symptomatique (dans tous les cas)

- **Paracétamol :**
 - < 10 kg : 7,5 mg/kg, 4 fois par jour (maximum 30mg/kg/24h)
 - > 10kg : 15 mg/kg, 4 fois par jour (maximum 60mg/kg/24h)
- **Sérum physiologique** : si rhinopharyngite associée
 - DRP par lavage des fosses nasales au sérum physiologique 4 à 6 fois / jour
 - Mouchage approprié

Reconsulter en cas de persistance des symptômes après 48-72h de traitements (soit fièvre élevée mal tolérée, otalgie intense, majoration des symptômes malgré le traitement).

Prescripteur + Signature



18. Traitement d'une sinusite maxillaire chez l'adulte – item 145

A) Conditions

Remarque : sinusite = suites d'évolution d'une rhinite ou à partir de foyer dentaire

- **PAS de ttt antibiotique d'emblée si sinusite maxillaire incertaine** : ttt symptomatique puis réévaluer à 48h
- **Traitement de la sinusite si au moins 2 arguments parmi :**
 - **Persistance/augmentation des douleurs sinusiennes sous-orbitaires** malgré traitement symptomatique (antalgiques, antipyrétiques...) pendant 48h au moins
 - **Douleur unilatérale et pulsatile**, majorée la tête penchée en avant, acmé en fin d'après-midi ou la nuit
 - **Augmentation de la rhinorrhée et augmentation de la purulence de la rhinorrhée** (d'autant plus si unilatéral)
- **Traitement ATB d'emblée si foyer infectieux dentaire homolatéral de l'arc sup**

B) Prescription

Dr X
Cabinet (adresse) / Urgences (hôpital)
N° RPPS/AM

Patient : Mr/Mme, *Nom et prénom*
Date de naissance

Ordonnance du : (date),

Antibiothérapie

- **Amoxicilline** : 1g, 2 à 3 fois par jour PO pendant 7 jours (3g/j)
- **Origine dentaire** : **Amoxicilline-acide clavulanique** PO 3g-375mg/j en 3 prises pendant 7j
- **Échec du traitement initial bien conduit** : **Amoxicilline-Ac. clavulanique**
 - *Allergie pénicilline sans C3G* : Cefuroxime-axétil 250mg x2 pendant 5 jours,
 - *Allergie bêta-lactamine* : Pristinamycine 1g x2 pendant 4 jours

Traitement symptomatique

- **Paracétamol** : 1g toutes les 6 heures, maximum 4g/24h en cas de fièvre ou de douleurs.
- **Sérum physiologique** :
 - Lavage des fosses nasales au sérum physiologique 4 à 6 fois / jour
 - Mouchage approprié

Prescripteur + Signature

Prévention de la transmission :

- **Hygiène des mains** : lavage après chaque mouchage
- **Port d'un masque anti-projection** pour les personnes infectées dans des zones à risque.

C) Surveillance

Reconsulter en cas de **persistance de la fièvre ou des symptômes à 48-72h** ou en cas d'**aggravation des symptômes ou douleurs non soulagées** malgré un traitement bien conduit.



19. Traitement d'une sinusite maxillaire chez l'enfant – item 145

Remarque :

Enfant < 3 ans : pas de diagnostic de rhino-sinusite maxillaire car sinus non apparus.

Enfant > 3 ans :

Forme aiguë sévère ou compliquée : toujours **traitement antibiotique**

Formes subaiguës : prescription **ATB si FdR** type asthme, drépanocytose, cardiopathie.

A) Prescription

Dr X

Cabinet (adresse) / Urgences (hôpital)

N° RPPS/AM

Patient : Enfant, *Nom et prénom*

Date de naissance

Poids, taille, IMC

Ordonnance du : (date),

Antibiothérapie

- **Amoxicilline** : 80 à 90 mg/kg/j soit (*calcul*) en 3 prises PO, pendant 8 à 10 jours.
- Ou **Amoxicilline-acide clavulanique** : 80-90 mg/kg/j si origine dentaire
- Échec du traitement initial : **Amoxicilline-Ac. Clavulanique 80mg/kg/j** soit (*calcul*) en 3 prises
 - *Allergie pénicilline sans Cl C3G* : Cefpodoxime-proxétil 8mg/kg/j en 2 prises pendant 8-10j
 - *Allergie bêta-lactamine* :
 - < 6 ans : Cotrimoxazole (SMX 30mg/kg/j + TMP 6mg/kg/j) en 2 prises, 8-10 jours
 - ≥ 6 ans : Pristinamycine 50 mg/kg/j pendant 8-10 jours

Traitement symptomatique

Associer dans tous les cas le ttt symptomatique de rhinopharyngite aiguë simple

- **Paracétamol** : en cas de fièvre ou de douleurs.
 - < 10 kg : 7,5 mg/kg, 4 fois par jour (maximum 30mg/kg/24h)
 - > 10kg : 15 mg/kg, 4 fois par jour (maximum 60mg/kg/24h)
- **Sérum physiologique** : si rhinopharyngite associée
 - DRP par lavage des fosses nasales au sérum physiologique 4 à 6 fois / jour
 - Mouchage approprié

Prescripteur+ Signature

Remarque : pas de vasoconstricteurs nasaux avant 12 ans !

B) Surveillance

Reconsulter si :

- **Fièvre persistant** plus de 3-5 jours, ou apparition secondaire
- **Pas d'amélioration des symptômes** (toux, obstruction nasale, rhinorrhée) après **10 jours**



20. Traitement de la pneumonie à pneumocoque chez l'enfant – item 151

A) Prescription

Dr X

Cabinet (adresse) / Urgences (hôpital)

N° RPPS/AM

Patient : Enfant, *Nom et prénom*

Date de naissance

Poids, taille, IMC

Ordonnance du : (date),

Antibiothérapie

Pneumonies non graves :

- **Amoxicilline 80-100 mg/kg/j** soit (*dose*) en 3 prises pendant **7-10 jours**.
- Syndrome otite-conjonctivite ou \emptyset vaccination Haemophilus : **Amoxicilline-Ac. clavulanique**
 - Allergie pénicilline : C3G injectable
 - Allergie bêta-lactamine : hospitalisation (avant 6 ans) ou Pristinamycine (après 6ans)
 - Mycoplasme : Azithromycine pendant 3 jours.

Pneumonie graves :

- **Amoxicilline 80-100 mg/kg/j** soit (*dose*) en 3 prises pendant **7-10 jours**.
 - Si vomissements ou AEG : voie IV
 - Si forme sévère : l'Amox peut être modifiée par C3G injectable
- ou **Azithromycine 20mg/kg/jour pendant 3 jours**

Traitement symptomatique

- **Paracétamol** : en cas de fièvre ou de douleurs.
 - < 10 kg : 7,5 mg/kg, 4 fois par jour (maximum 30mg/kg/24h)
 - > 10kg : 15 mg/kg, 4 fois par jour (maximum 60mg/kg/24h)
- **Sérum physiologique** : si rhinopharyngite associée
 - DRP par lavage des fosses nasales au sérum physiologique 4 à 6 fois / jour
 - Mouchage approprié
- PAS d'indication habituelle de kiné respi chez l'enfant

Prescripteur + Signature

B) Mesures associées :

- **Réévaluation systématique à 48-72h**
- **Radiographie thoracique à +1 mois** : pas obligé chez l'enfant si 1^{er} épisode facilement résolutif sans FDR, mais souvent faite en pratique
- Libération des voies aériennes supérieures
- Mise en position proclive ou demi-assise,
- Oxygénation adaptée à la saturation artérielle.
- Reconsulter en cas de majoration des symptômes sous traitement ou en cas de persistance des symptômes dans les 72h.

Remarque :

Critères d'hospitalisation :

- Terrain à risque
- Sévérité symptomatique : détresse respiratoire, difficultés alimentaires,
- Capacités de surveillance limitées de l'entourage

SOMMAIRE



21. Traitement de la pneumonie à pneumocoque chez l'adulte – item 151

A) Prescription

Dr X
Cabinet (adresse) / Urgences (hôpital)
N° RPPS/AM

Patient : Mr/Mme, *Nom et prénom*
Date de naissance

Ordonnance du : (date),

Antibiothérapie

- **Amoxicilline** : 1g, 3 fois par jour PO pendant 7 jours.
 - Allergie : Pristinamycine : 1g x2 pendant 4 jours
 - Sujet âgé > 65 ans ou comorbidités : Amoxicilline + Ac. clavulanique // Ceftriaxone ou Cefotaxime IV
 - Échec à 48-72h : Azithromycine pendant 7 jours
 - CRB 65 :
 - ≥ 2 hospitalisation en pneumologie
 - ≥ 3 hospitalisation en réanimation, ttt C3G IV + Macrolide

Traitement symptomatique

- **Paracétamol** : 1g toutes les 6 heures, maximum 4g/24h en cas de fièvre ou de douleurs.
- **Kinésithérapie respiratoire**

Prescripteur + Signature

B) Mesures associées

- **Reconsulter à 48-72h** après le début du ttt quelle que soit l'évolution
- Reconsulter en cas de persistance de la fièvre ou des symptômes ou en cas d'aggravation des symptômes ou douleurs non soulagées malgré un traitement bien conduit.
- Arrêt du tabac : patchs de Nicotine ?
- Radiographie thoracique à +1 mois de la disparition des signes
- Vaccination anti-pneumococcique : 1 dose VPC13 puis 1 dose Pneumovax® à +2 mois
- Vaccination antigrippale

SOMMAIRE



22. Traitement d'une angine chez l'adulte – item 146

A) Stratégie de PEC

- >15 ans : **score de Mac Isaac**
- **Pratiquer un TDR** devant une **angine érythémateuse/érythémato-pultacée** si score de Mac Isaac ≥ 2
 - Fièvre > 38 °C
 - Absence de toux
 - Adénopathies cervicales sensibles
 - Atteinte amygdalienne
- Si TDR (+) = **angine à Streptocoque A** → **Antibiothérapie**

B) Prescription

Dr X Ordonnance du : (date)

Cabinet (adresse) / Urgences (hôpital) N° RPPS/AM

Patient : Mr/Mme,

Nom et prénom

Date de naissance

Angine érythémateuse/érythémato-pultacée/à SGA et Score de Mac Isaac ≥ 2 (TATA45)

Antibiothérapie :

- **Amoxicilline : 1g, 2 fois par jour pendant 6 jours**
 - Allergie pénicilline (sans C3G) :
 - Cefuroxime-axétil 250mg x2 pendant 4 jours
 - Cefpodoxime-proxétil 5 jours
 - Céfoliam-héxétil 5 jours
 - Allergie bêta-lactamine :
 - Josamycine 1g x2 pendant 5 (prélèvement gorge préalable)
 - Azithromycine 3 jours
 - Clarithromycine 5 jours

Traitement non antibiotique :

- **Paracétamol** : 1g toutes les 6 heures, maximum 4g/24h en cas de fièvre ou de douleurs
- **Sérum physiologique** :
 - Lavage des fosses nasales au sérum physiologique 4 à 6 fois / jour
 - Mouchage approprié

→ Éviction des collectivités pendant 48h soit jusqu'au (date) inclus

→ Reconsulter si persistance de la fièvre ou des symptômes à 48-72h ou si aggravation des symptômes ou douleurs non soulagées malgré un traitement bien conduit.

Angine pseudo-membraneuse :

- **Mononucléose infectieuse** : MNI test \pm sérologie → traitement symptomatique
- **Diphthérie** : prélèvement gorge en urgence + PCR → Hospitalisation :
 - Amoxicilline
 - Sérothérapie + Vaccination : sérum antitoxine diphthérie 30-50 milles UI
 - **DO**, éviction collectivité jusqu'à 2 prélèvements (-) (1 mois)
- **Angine vésiculeuse** : toujours virale, réhydratation + soins de bouche + antalgiques

Angine ulcéreuse ou ulcéro-nécrotiques :

- **Angine de Vincent** : prélèvement gorge (fusospillaire) →
 - Amoxicilline (Métronidazole si allergie)
 - Cs dentaire
- **Chancre syphilitique** : prélèvement gorge (tréponème) \pm sérologie →
 - Pénicilline retard = Extencilline 2,4M UI, J0 et J8
- **Agranulocytose / hémopathie maligne / cancer ORL** : NFS en urgence.

Prescripteur+ Signature

SOMMAIRE



23. Traitement d'une angine chez l'enfant – item 146

A) Stratégie de PEC

- Enfant < 3 ans : angine virale = ø antibiothérapie
- Enfant > 3 ans : indication à pratiquer un test rapide TDR systématique
 - TDR (-) : angine virale = ø antibiothérapie
 - TDR (+) : angine bactérienne = antibiothérapie
- >15 ans : score de Mac Isaac
 - TDR si score >2

B) Prescription

Dr X

Cabinet (adresse) / Urgences (hôpital)

N° RPPS/AM

Patient : Enfant, *Nom et prénom*

Date de naissance

Poids, taille, IMC

Ordonnance du : (date),

Traitement d'une angine à SGA :

Antibiotique :

- **Amoxicilline** : 50 mg/kg/j soit (*calcul*) en 2 prises PO, pendant 6 jours.
 - Allergie pénicilline sans C3G :
 - Cefpodoxime-proxétil 8mg/kg/j en 2 prises pendant 5j
 - Cefuroxime-axétil 4 jours
 - Allergie bêta-lactamine :
 - Azithromycine 20mg/kg/j, 1 prise PO pdt 3 jours
 - Clarithromycine 15mg/kg/j en 2 prises PO pdt 5 jours
 - Josamycine 50mg/kg/j en 2 prises 5 jours

Traitement non antibiotique :

- **Paracétamol** : en cas de fièvre ou de douleurs.
 - < 10 kg : 7,5 mg/kg, 4 fois par jour (maximum 30mg/kg/24h)
 - > 10kg : 15 mg/kg, 4 fois par jour (maximum 60mg/kg/24h)
- **Sérum physiologique** : si rhinopharyngite associée
 - DRP par lavage des fosses nasales au sérum physiologique 4 à 6 fois / jour
 - Mouchage approprié

→ Reconsulter en cas de persistance de la fièvre ou des symptômes après 72h de traitement

→ Éviction scolaire pendant 48h après le début de l'antibiothérapie en cas d'angine à SGA ou scarlatine

Prescripteur + Signature



24. Prescrire une thérapeutique antalgique morphinique – item 132

Palier II	Codéine Tramadol	EVA>4/10
Palier III (morphiniques)	Morphine Oxycodone Fentanyl Hydromorphone Buprénorphine Nalbuphine	EVA>6/10 Douleur non soulagée par des paliers II

1) Palier II

Codéine :

Agoniste opioïde naturel de faible puissance

→ Attention, pas d'activité analgésique intrinsèque, la codéine est transformée en morphine par le cytochrome CYP2D6 : **grande variabilité interindividuelle**

Tramadol :

Opioïde synthétique d'action centrale mixte : agoniste partiel des récepteurs opioïdes

→ **inhibe la recapture** de la **noradrénaline** et de la **sérotonine** (voie descendante de la modulation de la douleur)

A) Posologies

	Formes	Posologies usuelles	Dose maximale autorisée
Codéine	Associée au paracétamol (Codoliprane)	Paracétamol = 3g/j Codéine=150-180mg/j 1 à 2 cp toutes les 6h	
	Dihydrocodéine (Libération prolongée)	60 mg toutes les 12h	
Tramadol	Libération prolongée	50mg ou 100mg 2 formes de LP : - Toutes les 12h - Toutes les 24h	400mg.j
	Libération immédiate	50 mg toutes les 6h	
	Associées au paracétamol	1 cp toutes les 4 à 6h (équivalent à 37.5mg de Tramadol et 300 mg de Paracétamol)	

B) Contre-indications

- Insuffisance respiratoire, asthme grave
- Insuffisance hépatique sévère
- <12 ans
- Allaitement
- Association aux agonistes-antagoniques morphiniques (Nalbuphine, Buprénorphine, pantazocine)
- Celles du paracétamol si associé dans la galénique

Codéine :

- <18 ans après amygdalectomie ou adénoïdectomie

Tramadol :

- Épilepsie non contrôlée
- Association aux inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO)



2) Morphiniques

A) Prescription : ordonnance sécurisée

- **Identité du prescripteur** : nom, adresse, n° de tel, qualité, n° RPPS
- **Identité du malade**
- **DCI, posologie et durée** en TOUTES LETTRES
- **Voie d'administration** clairement précisée
- **Signature de médecin** immédiatement après la dernière ligne
- **Nombre de lignes de traitement** sur l'ordo indiqué en bas

Règles de délivrance :

- Morphine orale délivrée pour 28j
- Morphine IV délivrée pour 7 jours (sauf pompe portable : 28j)
- Fentanyl transdermique : fractionné de 14 jours pour 28j
- Fentanyl transmuqueux : fractionné de 7 jours pour 28j

Exemple d'ordo type :

Dr X

Cabinet (adresse) / Urgences (hôpital)

N° RPPS/AM

Patient : Mr/Mme, Nom et prénom

Date de naissance

Ordonnance du : (date),

- **Morphine sulfate Libération Prolongée (Skénan® LP) : 30 mg**
- Une gélule matin et soir de trente milligramme
- Prise par voie orale,
- Pendant vingt-huit jours,
- Dose cumulée : soit cinquante-six gélules

- **Morphine sulfate Libération Immédiate (Actiskénan®) : 10mg**
- A prendre en cas d'à coup douloureux,
- Une gélule de dix milligrammes toutes les six heures,
- Pendant vingt-huit jours,
- Dose cumulée : soit cent-douze gélules.

- **Lactulose (Duphalac®) // Macrogol (Forlax®)**
- A prendre systématiquement, trois sachets par jour
- Consulter en cas de constipation >3 jours malgré ce traitement.

- **Dompéridone (Motilium®)**
- A prendre en cas de nausées,
- Un comprimé de quarante-cinq milligramme avant la prise de Skénan®

Prescripteur + Signature

Nombre de spécialités prescrites

4

⚠️ Toujours associer un morphinique avec du paracétamol (effet synergique) ⚠️

Équivalences morphiniques

Morphine PO	1/2 morphine SC	1/3 morphine IV	
Morphine PO	1/100 FENTANYL	1/7.5 HYDROMORPHONE PO	1/2 OXYCODONE PO
Morphine IV	OXYCODONE SC ou IV		
1 OXYCODONE PO	1/2 OXYCODONE SC ou IV		

Autre forme :



Codéine	360 mg
Tramadol	300 mg
Morphine	PO: 60mg SC: 30mg IV: 20mg
Fentanyl	25 µg/h
Oxycodone	30 mg
Hydromorphine	8 mg

Correspondance des 2 tableaux :

Fentanyl est 100 fois plus puissant que la morphine donc il faut 100 fois moins de fentanyl pour avoir une dose équivalente à la morphine. Soit $60/100 = 0,6$ mg. À multiplier par 1000 pour passer en µg : 600 µg. Et à diviser par 24 pour passer en dose/h soit $600/24 = 25\mu\text{g/h}$.

<u>Schéma de titration IV : Chlorhydrate de morphine</u>	<p>Dose de charge de 0,1mg/kg puis 3mg toutes les 5 minutes jusqu'à obtenir une ENS<3.</p> <p>- Quand ENS<3, calculer la dose totale administrée pour obtenir l'antalgie (dose de charge+ chaque dose de 3mg) et la donner toutes les 4h.</p>
<u>Schéma de titration orale : Sulfate de Morphine (SKENAN)</u>	<p>- 1ère dose de 10mg de morphine à libération immédiate.</p> <p>- Réévaluer EVA à 1H :</p> <p>- EVA<3 : analgésie efficace. Garder la dose de 10mg/4h.</p> <p>- EVA>3 : redonner 10mg et réévaluer 1h après. Si à 1h de la deuxième dose l'EVA<3, calculer la dose totale (ici 20mg) et la donner toutes les 4h.</p> <p>Au bout de 24h, calculer la dose totale administrée (ici 120mg) et la répartir en 2 doses à libération prolongée (ici 60mg LP toutes les 12h). Possibilité de mettre des interdoses (1/6 à 1/10 de la dose de fond: ici 10mg) en cas d'accès douloureux paroxystique. Si le patient nécessite plus de 4 interdoses en 24h, le traitement de fond nécessite d'être augmenté.</p>
<u>PCA</u>	<p>La dilution de la morphine se fait toujours en 1ml=1mg.</p> <p>- Débit de base = 0,5 à 2mg/h</p> <p>- Bolus = 1 mg</p> <p>- Période réfractaire = 5 min</p> <p>- Dose maximum sur 4h : 24mg</p> <p>Surveillance horaire au début puis toutes les 4h</p> <p><u>Attention</u> : si le patient ne présente pas de fond douloureux mais uniquement des douleurs paroxystiques, pas de débit de base et pas de limite au nombre de bolus horaire (période réfractaire identique).</p>

B) Contre-indications

- Insuffisance respiratoire décompensée
- Insuffisance hépatocellulaire sévère
- Insuffisance rénale sévère (clairance <15ml/min)
- Épilepsie non contrôlée
- Traumatisme crânien et hypertension intracrânienne
- Intoxication alcoolique aiguë et delirium tremens
- Association aux inhibiteurs de la monoamine (IMAO)



C) Surdosage

Signes de surdosage de la morphine

Somnolence voire coma : Fréquence respi < 10 cycles/min, respiration irrégulière

CAT en cas de surdosage

Antidote = NALOXONE

- Diluer une ampoule de 0,4mg dans 10mL de sérum physiologique
- Administrer 0,04mg (1ml) toutes les 2 minutes jusqu'à récupérer une respiration normale (régulière, FR > 10) ou une respiration avec ronflement et FR > 10.
- Puis perfusion de NALOXONE sur 4h de la dose titrée en mg diluée dans 250ml de sérum physiologique.
- Surveillance horaire pendant le temps correspondant à l'élimination de l'opioïdes à l'origine du surdosage.

D) Effets indésirables

- **Constipation** : ttt préventif par laxatifs osmotiques (MACROGOL 10g 1 à 2 sachets/j) et règles hygiéno-diététiques
- **Nausées et vomissements** : ttt préventif par antiémétique (DOMPERIDONE 10mg 1 à 6 cp/j)
- **Somnolence**
- **Dépression respiratoire** (FR < 10)
- **Troubles confusionnels et troubles cognitifs**
- **Dysurie et rétention d'urine**
- **Prurit**

[SOMMAIRE](#)



25. Prescrire une thérapeutique antalgique médicamenteuse ou non - item 132

Introduction

Les antalgiques sont **hiérarchisés** par l'OMS en **palier 1, 2 et 3**.

- Palier 1 (non-opioïdes) : paracétamol et AINS
- Palier 2 : opioïdes faibles
- Palier 3 : opioïdes forts

Cf fiche 24

Il existe des **thérapeutiques non médicamenteuses**.

Le **choix de l'antalgie** dépend de l'**intensité** de la douleur évaluée par l'EVA, le caractère **chronique** de la douleur, le **type** de douleur et la **localisation** de la douleur.

I. Antalgiques classiques

A) Palier 1

1. Paracétamol

Généralités :

- Voies : **PO, IV, rectale...**
- Posologies :
 - **Adulte** : **3-4g/24h** en 4 prises avec 4-6h entre 2 prises
 - **Enfant** : **60mg/kg/24h** en 4 prises avec 4-6h entre 2 prises
- Pharmacodynamie : délai d'1h, durée d'action de 4-6h

Indications :

- **1^{ère} intention** pour **douleurs aiguës et chroniques**
- **Monothérapie** si **douleurs légères** à modérées
- **Association** si **douleurs intenses**

Contre-indications et précautions :

- CI : **IHC sévère**.
- Précautions : IR sévère (posologies/2 et 8h entre 2 prises), sujet âgé (max 3g/24h).

Effets indésirables :

- **Hépatiques** (surdosage) : nausées/vomissements, cytolyse, troubles de la coagulation, acidose métabolique, coma, décès.
- Rénaux (surdosage) : IRA, nécrose tubulaire.
- Cardio-vasculaires : HTA.
- Hématologiques (surdosage) : thrombopénie.
- Allergiques : rashes, urticaire, choc anaphylactique (exceptionnels)

2. AINS

Généralités :

- Mécanisme d'action : inhibition de **COX-1** et **COX-2** → ↓ **prostaglandines**.
- Voies : **PO, IM** ou **IV** (pas > aux formes PO), **locale**.

Indications :

- Douleurs aiguës (privilégier des durées courtes).
- Origine **rhumatologique**, traumatique, post-opératoire, néoplasique, colique néphrétique, dysménorrhée essentielle, migraines.

Contre-indications et précautions :

- CI :
 - **UGD** évolutif, antécédents d'UGD récurrent.
 - Antécédent de **saignement sous AINS**.
 - **IHC sévère, IC sévère, IR sévère**.
 - **T3 grossesse** (à éviter à T1-T2).
- Interactions médicamenteuses : aspirine, anticoagulants, Ticlopidine, diurétiques, IEC, ARA2, lithium, corticoïdes, méthotrexate.

Effets indésirables :

- **Digestifs** (inhibition COX-1) : nausées, vomissements, gastralgies, douleurs abdo, ulcère, perforation, hémorragie, diverticulite, anorectite, brûlures anales.



- **Rénaux** : IR fonctionnelle, rétention hydrosodée, hyperK, néphropathie interstitielle, nécrose papillaire.
- Cardio-vasculaire (inhibition de COX-2) : HTA, IC, œdèmes, complications thromboemboliques artérielles.
- Cutanéomuqueux : éruptions maculo-papuleuses ou purpuriques, prurit, urticaire, Sd de Lyell, sd de Stevens-Johnson.
- Hépatiques : hépatite silencieuse.
- Neuro-psy : Sd confusionnel chez sujet âgé, céphalées + vertiges pour l'indométacine.
- Allergiques : rhinite, conjonctivite, asthme, œdème de Quincke, toux, fièvre, hyperéosinophilie.

3. Néfopam (Acupan)

Généralités :

- Mécanisme d'action : action centrale, Ø anti-inflammatoire, Ø antipyrétique.
- Voies : **IM** ou **IV** / utilisation **PO** fréquente en pratique.
- Posologies : **20mg/4-6h** (max 120mg/24h).

Indications :

- Douleurs **aigues** modérées à sévères.
- Origine traumatique (++).

Contre-indications et précautions :

- CI : **grossesse**, < **15 ans**, adénome prostatique, GAFA, antécédents de convulsions.
- Précautions : sujet âgé, TdR, IRC, IHC.

Effets indésirables :

- **Atropiniques** : hypersudation, nausées/vomissements, RAU, tachycardie, confusion, convulsions, vertige, mydriase (→ administration lente ++).
- Neurologiques : céphalées, somnolence, irritabilité.
- **Surdosage** : convulsions, hallucinations, tachycardie.

B) Palier 2 : opioïdes faibles

Généralités :

- Mécanismes d'action : opioïdes faibles (+ sérotoninergique pour tramadol).
- Molécules et posologies :
 - **Codéine** : **150-180mg/j** en 3-4 prises.
 - **Tramadol** : jusqu'à **400mg/j** en 2(LP) à 6(LI) prises.
 - **Opium** (uniquement en association au paracétamol) : **10** ou **25mg**.
- Voies : **PO** (± **IVSE** uniquement pour le Tramadol en usage hospitalier).

Indications :

- **1^{ère} intention** pour douleurs **modérées à intenses** (EVA 4-6) / **2^{ème} intention** pour douleurs ne répondant pas aux paliers I ± **association** avec palier I (JAMAIS avec palier III).
- **2^{ème} intention** pour douleurs neuropathiques (tramadol).

Contre-indications et précautions

- **CI** :
 - **IResp**, asthme grave.
 - **IHC** sévère.
 - < **12 ans**.
 - **Allaitement**.
 - ± **Épilepsie** non contrôlée (tramadol).
- Précautions : **grossesse**, sujet âgé.

Effets indésirables

- **Neurologiques** : sédation, vertiges, RAU.
- **Digestifs** : constipation, nausées, vomissements.
- **Respiratoires** : bronchospasme, dépression respiratoire.
- Addictologiques : **dépendance**.
- ± Tramadol : bouche sèche, douleurs abdo, tb visuel, convulsions, sd sérotoninergique.

C) Palier 3 : Morphiniques et opioïdes forts

→ cf fiche 24



II. Antidépresseurs à action antalgique

- Mécanisme d'action : **renforcement des voies inhibitrices descendantes** ± action périphérique (tricycliques)
- Profil d'efficacité : **tricycliques** \approx IRSNa > ISRS

Tricycliques

- Molécules : **Amitriptyline**.
- Indications :
 - **1^{ère} intention** pour douleurs **neuropathiques**, migraine, céphalée de tension.
 - Co-analgésie pour lombalgies chroniques et fibromyalgie.
- **CI** : GAFA, HBP, IDM récent, **coronaropathie** non stabilisée, IC décompensée, TdR.
- **EI** : **anticholinergiques**, sédation, hTA orthostatique, TdR...

IRSNa

- Molécules : **Venlafaxine**, **Duloxétine**, **Milnacipran**.
- Indications : **1^{ère} intention** pour douleurs **neuropathiques** et **fibromyalgie**.
- **EI** : **nausées/vomissements**.

ISRS

- Indications : ssi comorbidité psychiatrique associée.
- **EI** : **digestifs**, Sd sérotoninergique.

III. Antiépileptique à action antalgique

Généralités

- Mécanisme d'action : modulation des canaux calciques membranaires
- Molécules/spécialités :
 - **Gabapentinoïdes** (+++) : **Gabapentine**, **Prégabaline**.
 - ± **Antiépileptiques classiques** (plus utilisés) : Carbamazépine, Clonazépine, Phénytoïne, Valproate de sodium.
 - ± Autres (\emptyset AMM) : Lamotrigine, Oxcarbazépine, Topiramate.
- Voies : **PO**.

Indications

- **Gabapentinoïdes** : **1^{ère} intention** pour douleurs **neuropathiques** centrales (uniquement Prégabaline) et périphériques.
- Autres : dernière intention.

Effets indésirables

- **Neuro** : sédation, ataxie, vertige
- Prise de poids

IV. Neurostimulation

A) Neurostimulations non-invasives

Neurostimulation transcutanée (TENS)

- Mécanisme d'action :
 - Mode **HAUTE FRÉQUENCE** (TENS conventionnelle) : électrodes sur la peau → stimulation des voies somesthésiques non nociceptives → gate control.
 - Mode **DISCONTINU**, acupuncture-like (AL TENS ou morphinomimétique) : électrodes sur la peau → faibles secousses musculaires → relargage d'endorphines.
- Indications : **1^{ère} intention** pour douleurs **neuropathiques** et **rhumatologiques** chroniques / **2^{ème} intention** pour certaines douleurs aiguës.
- **CI** : grossesse, thrombose, pacemaker.



Stimulation magnétique transcrânienne (rTMS)

- Mécanisme d'action : électrodes extra-crâniennes → impulsion magnétique pour stimulation cortex moteur (douleurs localisées) ou préfrontal (douleurs diffuses, dépression).
- Indications : **dépression** résistante, **fibromyalgie**, **glossodynie**, **céphalées** chroniques ± test prédictif avant stimulation corticale.
- **CI** : épilepsie, matériel intracrânien.
- **EI** : céphalées transitoires.

B) Stimulations invasives ou implantées

Stimulation médullaire

- Mécanisme d'action : électrodes et neurostimulateur implantés en T9-T10 → stimulation des voies sensitives de la moelle.
- Indications : douleur **neuropathique** des MI, **SDRC** > 6 mois, douleur de **désafférentation** traumatique ou chirurgicale, **AOMI**.
- **CI** : **coagulopathie**, **immunodéficience**, pronostic vital < 6M, comorbidités psy, lésions médullaires, rachis instable.
- *Complications rares : infection, déplacement de l'électrode, saignement épidual.*

Stimulation du cortex moteur

- Mécanisme d'action : électrodes extradurales par craniotomie → stimulation des contrôles inhibiteurs supra-segmentaires.
- Indications : douleurs **neuropathiques** centrales rebelles, douleurs **post-AVC**, blessés médullaires, **algies vasculaires de la face**.
- **CI** : **coagulopathie**, **immunodéficience**, pronostic vital < 6M, comorbidités psy.
- **EI** : infections

Stimulation cérébrale profonde ou thalamique

- Stimulation des noyaux sensitifs du thalamus controlatéraux à la région douloureuse.
- Indications : échec des autres techniques, douleur **centrale**, **algies de la face**.
- Complications : infection, risque d'hémorragie intracrânienne.

Stimulation nerveuse périphérique

- Mécanisme d'action : électrodes au contact du nerf.
- Indications : **algies de la face** sévères, **céphalées** cervico-géniques, **migraines**.

V. Autres thérapeutiques médicamenteuses

Anesthésiques locaux

- Mécanisme d'action : blocage des canaux sodium voltage-dépendants.
- Indications :
 - Douleurs aiguës : **EMLA** (lidocaïne et prilocaïne), **blocs**.
 - Prévention douleurs neuropathiques chroniques : **infiltration anesthésique locale** avant ± après opération.
 - Douleurs **neuropathiques** chroniques : **emplâtre de lidocaïne** (1^{ère} intention), **blocs** sensitifs répétés ou continus.

Capsaïcine

- Mécanisme d'action : effet neurotoxique sur fibres C.
- Posologies : concentration de **0,025% à 8%**.
- Indications : 2^{ème} intention pour **douleurs neuropathiques chroniques** limitées.

Corticoïdes

- Mécanisme d'action : anti-inflammatoire, peu antalgique.
- Voies : **systémique**, **intra-articulaire**, **péridurale**.
- Indications : douleurs **chroniques** (envahissement nerveux cancéreux, tendinites, ténosynovites, syndromes canaux, radiculalgies irritatives aiguës, douleurs articulaires).



Kétamine

- Mécanisme d'action : antihyperalgésiant (blocage des récepteurs NMDA).
- Voies : **PO, IV, IM, spray nasal, rectal**.
- Indications (Ø AMM) : douleurs **aiguës** péri et post-op, douleurs **chroniques**.

Biphosphonates

- Mécanismes d'action : ↓ cytokines pro-inflammatoires et prostaglandines.
- Voies : **IV, intrapéritonéale, péridurale**.
- Indications : douleurs **cancéreuses** (myélome, méta os), **algodystrophie** (hors AMM).

Immunomodulateurs

- Mécanismes d'action : inhibition cytokinique.
- Molécules :
 - Inhibiteurs de l'activation gliale : **minocycline, ceftriaxone**.
 - Anti-TNF α : **étanercept, adalimumab**.
- Indications (Ø AMM) : douleurs **neuropathiques**, \pm **cancéreuses**.

Cannabinoïdes

- Mécanisme d'action : activation récepteurs CB1 (périphériques) et CB2 (centraux).
- Indications (ATU en France) : douleurs chroniques **neuropathiques, cancéreuses**.

Anti-NGF

- Mécanisme d'action : en développement, inhibition NGF
- Molécules : **tanézumab, fulranumab**

VI. Autres thérapeutiques non médicamenteuses

On pourra citer notamment :

- La kinésithérapie
 - Massages
 - Chaud/Froid
 - Balnéothérapie/piscine
- Les cures thermales dans certaines douleur chroniques
- Hypnose
- Acuponcture
- Méditation/Tai-chi/Sophrologie...

[SOMMAIRE](#)



26. Prescrire un antidépresseur – item 72

A) Indications

- Troubles de l'humeur +++
 - Episode dépressif caractérisé (EDC) : initiation et consolidation
 - Trouble dépressif récurrent : maintenance pour prévention des récurrences
- Troubles anxieux
- Troubles obsessionnel compulsif
- Deuxième intention dans le trouble bipolaire et toujours sous couvert d'un t h y m o r é g u l a t e u r
- Autres : douleurs neuropathiques, (ISRSNA et tricycliques seulement) ; céphalées rebelles et migraines (tricycliques et IMAO), certains troubles du sommeil...

B) Prescription

- **ISRS** : Paroxétine 20mg // Sertraline 50mg // Escitalopram 10mg
- Ou **ISRSNA** : Venlafaxine // Duloxétine
 - Un comprimé par jour PO, posologie initiale diminuée de moitié chez le sujet âgé
 - Posologie d'emblée efficace chez l'adulte, lentement progressive chez le sujet âgé
 - Posologie plus élevée dans le TOC
 - Délai d'action long, arrêt progressif : posologies lentement décroissantes
- **Benzodiazépine** : Oxazépam 10mg – 2 à 6 comprimés/jour en cas d'anxiété importante.

Durée de traitement :

- 1^{er} EDC : **au moins 6 mois** après rémission des symptômes
- >2 EDC : **durée prolongée**, souvent >2 ans
- EDC : ttt jugé inefficace si absence d'amélioration à **4 semaines** de posologie efficace
- TOC : inefficace à **12 semaines** de posologie efficace
- **Troubles anxieux** : inefficace à **8 semaines**
- ATTENTION : réponse trop rapide → EDC dans un trouble bipolaire → virage maniaque ++

Remarque : pas de bilan pré thérapeutique en systématique !

- Selon les situations : surveillance de la **natrémie** chez le **sujet âgé**
- **Bilan hépatique** si prescription de **Duloxétine**

C) Suivi

- Rapproché en début de tt
 - 1 à 2 semaines : *évaluation clinique et tolérance du médicament.*
 - M1 : *évaluation clinique et renouvellement de la prescription.*
- Cs rapprochées pour l'arrêt de tt : rechute...
- Information sur les EI fréquents : digestifs et tremblements (transitoires et bénins)
- Recherche d'une prise de poids (*EI antihistaminiques*)
- Recherche d'aggravation des idées suicidaires, d'une majoration de l'anxiété en début de tt (dissociation de l'effet psychomoteur et de l'effet sur l'humeur qui est retardé)
- ATTENTION au Sd sérotoninergique, SIADH chez le sujet âgé, inhibiteurs enzymatiques ++

D) Tricycliques et IMAO

- Troisième ou quatrième intention !!
- IMAO : monothérapie (risque de sd sérotoninergique +++)
- Tricyclique : nombreuses CI dû à ses effets anticholinergiques et cardiaques
- Bilan pré thérapeutique systématique : ECG bilan ophtalmo, rénal lipidique et EEG si atcd épilepsie



27. Prescrire un antipsychotique – item 72

A) Indications

- Troubles psychotiques +++ : épisode psychotique bref, trouble schizo-affectif, trouble schizophrénique, trouble délirant persistant
- Troubles de l'humeur pour Quetiapine Risperidone, Aripiprazole et Olanzapine
 - Épisode maniaque sévère
 - EDC avec caractéristiques psychotiques
 - Épisode mixte avec excitation psychomotrice ou anxiété
- Traitement préventif des rechutes dans le trouble bipolaire (2^e intention)
- Anxiété de l'adulte en 2^e intention
- TOC résistant, trouble dépressif résistant, tb du comportement insomnies résistantes, Gilles de la Tourette

B) Bilan pré thérapeutique = SYSTÉMATIQUE

- ATCD notamment cardiovasculaires ++
- Périmètre abdominal, IMC, PA
- Recherche d'une grossesse
- Recherche des CI notamment anticholinergique (GAFA HBP ...)
- Biologie : recherche de CI ++
 - NFS pq, iono urémie créat, bilan hépatique, prolactinémie
 - Cardiovasculaire/métabolique : glycémie à jeun, bilan lipidique
 - BHCG chez les femmes en âge de procréer
- ECG avant tt (allongement du QT, tb du rythme) puis suivi pour vérifier absence de modifications
- EEG pour les patients aux ATCD de comitialité, notamment avant mise sous clozapine ++

Les CI à absolument retenir :

- Hypersensibilité à la molécule
- Allongement du QT
- Sd malin des neuroleptiques : CI aux formes prolongées et à la molécule responsable évidemment

C) Prescription

1^{ère} intention :

Antipsychotique atypique (ou 2^e génération)

- les -pine (Olanzapine clozapine Quetiapine)
- les -done (Risperidone, paliperidone)
- PO+++ , IM sinon (pas de forme IV)
- Posologie : rapidement progressive jusqu'à dose efficace et tolérée
- Monothérapie +++

+ Benzodiazépine : Oxazéпам 10mg – 2 à 6 comprimés/jour en cas d'anxiété importante.

Durée de traitement :

- Épisode psychotique bref : au moins 2 ans après la rémission des symptômes
- 2^{ème} épisode/rechute : poursuite au moins 5 ans
- Diminution de manière progressive (délai d'action long) : jamais >10% de diminution/mois (rapprocher le suivi)

D) Effets indésirables et traitement

- **Psychiatriques :**
 - Indifférence psychomotrice : baisser la posologie, chgt de tt
 - EDC post-psychotique
 - Sédation
 - Confusion : sujet âgé ++



- **Neurologiques :**
 - Dyskinésies aiguës : anticholinergique type tropatépine + ajustement du tt
 - Sd parkinsonien : modification posologie ou tropatépine per os
 - Sd hyperkinétique : BBloqueur non cardiosélectif ou BZD
 - Dyskinésie tardive : pas de tt curatif, adapter le tt antipsychotique
 - Crise épileptique
- **Métaboliques :**
 - Prise de poids ++++
 - Diabète +++
 - Hyperprolactinémie
- **Cardiovasculaire et végétatifs**
 - Atropiniques : sécheresse buccale accommodation ...
 - Adrénolytiques
 - Augmentation du QT
- **Allergie**
- **Photosensibilisation**

+ Clozapine **ATTENTION** risque d'agranulocytose, **surveillance hebdomadaire** pdt **18 semaines** puis **mensuelle** pdt tt le traitement de la NFS

+ Et bien sûr **toute confusion fébrile** chez un **patient sous neuroleptique** doit faire évoquer un **sd malin** des neuroleptiques !!! => enjoy réanimation

	Avant le traitement	1 mois après le début du traitement	3 mois après le début du traitement	Tous les trimestres	Tous les ans	Tous les 5 ans
Poids et IMC	X	X	X	X		
Périmètre ombilical	X					
Glycémie à jeun	X		X		X	
Bilan lipidique	X		X			X
Pression artérielle	X		X		X	

[SOMMAIRE](#)



28. Prescrire une contraception – item 35

A) Pilules oestro-progestatives de 2^e génération en première intention

Recherche de CI

Absolues	Relatives
<ul style="list-style-type: none">• Atcd perso ou familial au 1^e degré < 60 ans de thrombose veineuse ou artérielle• Atcd perso ou familial de tb vasculaires cérébraux• Présence de FdR de thrombose artérielle : diabète avec symptômes vasculaires / HTA sévère / dyslipoprotéïnémie sévère (LDL > 2,2 ou TG > 2)• Prédisposition génétique ou acquise aux thromboses veineuses ou artérielles : résistance prot C activée, déficit en AT3 ou prot C ou prot S, hyperhomocystéïnémie, SaPL, mutation FII ou FV leiden• Présence ou atcd de pancréatite avec hyper-TG sévère• Migraine avec aura• Tabac > 35 ans• IMC > 30 + autres FdR• Atcd KC sein ou endomètre• IHC, CBP	<ul style="list-style-type: none">• > 40 ans• Tabac• Diabète non équilibré• Obésité sans autre FdR• Dyslipidémie modérée• Varice importantes, intervention chirurgicale, alitement prolongé, drépanocytose• Inducteurs enzymatiques

Remarque : NE PAS OUBLIER

→ **Poids, IMC, tension artérielle, peau** (acné), **état veineux**,

→ Examen soigneux des **seins**

→ Examen du **col, frottis** cervico-utérin (FCU) après 25 ans et tous les 3 ans.

+ vérifier le statut du vaccin HPV

Ordonnance

- **Leeloo® ou Lovalu®** : pilule monophasique combinant 20µg EE et 100µg lévonorgestrel
 - QSP pour 12 mois.
 - 1 comprimé le premier jour des règles,
 - Puis 1 comprimé par jour, au même moment de la journée, pendant 21 jours,
 - Arrêt pendant 7 jours avant de recommencer une nouvelle plaquette.
 - Alternance : prise de 21 jours / arrêt de 7 jours sans tenir compte de la survenue des règles
 - **Oubli < 12h** : prendre le comprimé oublié + prendre le prochain à l'heure habituelle
 - **Oubli > 12h** : prendre le comprimé oublié + prendre le prochain à l'heure habituelle + rapports protégés jusqu'à la fin de la plaquette + contraception d'urgence en cas de rapports protégés.
- **EllaOne® Ulipristal d'acétate // Norlevo® Lévonorgestrel 1,5mg**
En cas d'oubli d'un comprimé de pilule > 12 heures, prendre un comprimé de EllaOne®/ Norlevo® le plus tôt possible en cas de rapport non protégé.
- **Bilan sanguin** dans les **3 à 6 mois** si 1^{ère} prescription, puis 1 an, puis tous les 5 ans :
 - Glycémie à jeun
 - Cholestérolémie (total et HDL)
 - Triglycéridémie

Proposition d'un bilan de dépistage des IST :

- Sérologie VIH,
- Dépistage PCR Chlamydia sur le 1^{er} jet urinaire / auto-prélèvement vulvo vaginal / cervico-vaginal
- Sérologie hépatite B : Ag VHB, Ac anti-Hbs, Ac anti-Hbc
- Sérologie syphilis : TPHA / VDRL



B) Alternatives

- Autre méthode en 1^e intention : **DIU au cuivre**
- DIU en 2^e intention :
 - MIRENA ®, au Lévonorgestrel
 - JAYDESS ®, idem mais pour nullipares
- EVRA ®, patch contraceptif, 1 fois par semaine pendant 3 semaines
- NUVARING ®, anneau vaginal à laisser en place pendant 3 semaines
- Pilule/implant progestatif si CI aux oestro :
 - **CERAZETTE ®, DESORGESTREL 0,075 mg**
 - **NEXPLANON ®**, implant sous-cutané
 - **CI** : KC sein, endomètre ou méningiome, pathologie hépatique sévère, accident thromboembolique en cours, traitement inducteur enzymatique en cours)
 - CAT en cas d'oubli idem que pilule œstro-progestative

[SOMMAIRE](#)



29. Traitement d'une méningite communautaire présumée bactérienne – item 148

Mise en conditions :

- Hospitalisation en urgence
- Précaution complémentaire gouttelette le temps d'écarter une méningite à méningocoque
- Injection IV ou IM immédiate au domicile de C3G en cas de purpura fulminant

A) Prescription

Antibiothérapie

Suspicion de Pneumocoque : Cocci Gram (+) ou Direct (-), pendant **10-14 jours**

- **Cefotaxime 300mg/kg/j en IV**
 - soit 4 perfusions
 - soit perfusion continue avec dose de charge de 50mg/kg
- **Ceftriaxone 100mg/kg/j en IV** en 1 ou 2 perfusions
- Mesures associées :
 - Absence de nécessité d'isolement ni d'antibioprophylaxie
 - Recherche et traitement des facteurs favorisants : **bilan ORL, EPP, VIH**, brèche ostéodurale.

Suspicion de Méningocoque : Cocci Gram (-) pendant **4-7 jours**

- **Cefotaxime 200mg/kg/j en IV**
 - soit 4 perfusions
 - soit perfusion continue avec dose de charge de 50mg/kg
- **Ceftriaxone 75mg/kg/j en IV** en 1 ou 2 perfusions
- Mesures associées :
 - **Déclaration obligatoire ARS** (infection invasive à méningocoque)
 - **Isolement type Gouttelettes** : arrêt après 24h d'antibiothérapie
 - **Antibioprophylaxie des sujets contacts** (<1m, pdt >1h) : Rifampicine PO pendant 2 jours.
 - **Vaccin des contacts** en plus de la prophylaxie si séro groupe A, C, Y ou W135

Suspicion de Listériose : Bacille Gram (+), **3 semaines**

- **Amoxicilline 200mg/kg/j en IV** 4 perfusions ou continue
+ **Gentamicine 3 à 5 mg/kg/j en IV** en 1 perfusion unique journalière
- Allergie : Cotrimoxazole
- **Adaptation secondaire** à l'antibiogramme et aux résultats définitif (Amoxicilline ++)
- **Durée totale 10 – 14 jours**

Traitements associés :

- **Déxaméthasone IV 10mg/6h pendant 4j** ; avant ou concomitant à la 1^{ère} injection Atb
(*Déxaméthasone si diagnostic présumé de méningite bactérienne sans certitude microbiologique mais décision de traitement probabiliste par antibiothérapie, si après identification le germe n'est ni un pneumocoque ni un méningocoque, la Déxaméthasone sera arrêtée.*)
- **Paracétamol 1gx4/j** si douleurs ou fièvre associée.

B) Surveillance

- **Imagerie** indiquée si **évolution défavorable à 48-72h** de traitement (recherche abcès, empyème, thrombophlébite, infarctus, hydrocéphalie)
- **PL de contrôle** si aucune anomalie à l'imagerie expliquant l'évolution défavorable
- **Suivi prolongé** (jusqu'à 1 an) **neuropsychologique** (séquelles cognitives, sd dépressif) et **audiométrique**.



30. Connaître le traitement d'un accès palustre – item 166

A) Accès palustre simple de l'adulte sans vomissements

1^e intention :

- **ARTEMETHER-LUMEFANTRINE (RIAMET) 20 mg/120 mg** comprimé par **voie orale** :
→ 4 comprimés dès le diagnostic puis à H8, H24, H36, H48 et H60 après la première prise
→ À prendre au cours des repas ou avec une boisson lactée
- ou **ARTENIMOL-PIPERAQUINE (EURARTESIM) 320 mg/40 mg** comprimé par **voie orale**,
→ de 1/2 comprimé à 4 comprimés par prise selon le poids, 1 fois par jour pendant 3 jours
→ A prendre avec de l'eau, au moins 3h après le dîner à heure fixe

2^e intention si indisponibilité, intolérance, CI :

- **ATOVAQUONE PROGUANIL (MALARONE) 250 mg/100 mg**
→ 4 comprimés en 1 prise/jour par voie orale pendant 3 jours

B) Accès palustre simple de l'adulte avec vomissements

- **QUININE IV**
→ **Perfusion lente** (> 4h) dans G5 % à 8 mg/kg/8h de quinine
→ ou **IVSE** à 24 mg/kg/jour.

Dès l'arrêt des vomissements :

- Relais per os avec **ARTEMETHER-LUMEFANTRINE** ou **ARTENIMOL-PIPERAQUINE**

C) Accès palustre grave : hospitalisation en réanimation

- **ARTESUNATE IV 2,4 mg/kg** à H0, H12, H24 puis tous les jours pendant 3 jours
→ puis **relais par un traitement oral** de première ligne à pleine dose, de préférence par **ARTEMETHER-LUMEFANTRINE** ou **ARTENIMOL-PIPERAQUINE**

Si artésunate non immédiatement disponible :

- **QUININE IVSE** ou **IV** sur **perfusion de 4h** dans G5 % ou G10 % avec **dose de charge de 16 mg/kg chez l'adulte** sur 4h puis **4h après** la fin de dose de charge, **8 mg/kg/8h**.
→ Surveillance ECG et glycémique jusqu'à disparition des signes de gravité et de la parasitémie (quininémie optimale : 10-12 mg/L).
→ Relais **ARTESUNATE IV** au plus tôt
→ Pas de dose de charge chez enfant ou en cas de ttt antérieur par quinine (< 2 jours précédents) par halofantrine ou méfloquine (< 12h précédentes) ou si allongement QTc
→ Si état clinique/ECG le permettent + alimentation orale : relais par antipaludiques de première ligne (pour un traitement complet de 3 jours) ou **QUININE PO** (225 mg ou 500 mg selon le poids en 3 prises/j espacées de 8h pour un ttt total de 7 jours)

Ttt associés possibles :

- G 30 % IV 1mL/kg si hypoglycémie majeure (risque quinine),
- Apports hydroélectriques modérés (risque d'OAP lésionnel),
- Transfusion si Hb < 7 et selon terrain,
- Antibiotique si sepsis sévère ou choc,
- O2 ± ventilation, EER

Si suspicion de multirésistance (Thaïlande, Myanmar, Laos, Cambodge, Amazonie) :

- **DOXYCYCLINE 200mg/j** par **voie orale**
- ou **QUININE 225 mg** ou **500 mg** par **voie orale**
→ selon le poids en 3 prises/j espacées de 8h pendant 7 jours

D) Accès palustre chez la femme enceinte : hospitalisation

1^{er} trimestre :

- **QUININE**
- ou **ATOVAQUONE - PROGUANIL**

A partir du 2nd trimestre :

- **ARTEMETHER-LUMEFANTRINE**



E) Accès palustre chez l'enfant (5-35 kg)

1^e intention :

- **ARTEMETHER-LUMEFANTRINE**
→ 6 prises de 1 à 3 cp suivant le poids
- ou **ARTENIMOL-PIPERAQUINE** (selon poids)

2nde intention :

- **MEFLOQUINE** (LARIAM)
- ou **ATOVAQUONE-PROGUANIL**

F) Suivi

- **Clinique** : T°C, troubles digestifs...
- **Hématologique**
- **Biochimique**
- **Parasitologique** : frottis sanguin, goutte épaisse à J3, J7 J28

Remarque : Artésunate IV = surveillance hémato (hémolyse) pendant 1 mois

DÉCLARATION OBLIGATOIRE DES CAS DE PALUDISME AUTOCHTONES EN MÉTROPOLE, À LA RÉUNION ET AUX ANTILLES

SOMMAIRE



31. Prescrire un traitement contre la ménopause – items 120 et 326

1) Confirmer le diagnostic : interrogatoire seul en principe

- Diag+ : clinique seulement : délai aménorrhée ? doit être > 12 mois
- Sauf si :
 - < 12 mois mais invalidant (justifiant mise en route traitement) : proposer test aux progestatifs (sera négatif) : permet confirmer carence ostrogénique
 - Symptômes compatibles + hystérectomie OU contraception oestroprogestative en cours OU < 45 ans : bilan bio (± 7j après arrêt contraception) pour confirmer le déficit hormonal (FSH augmentée, E2 diminué)
- En pratique : on espère constater que notre patiente aura plus de 45 ans ET pas de règles depuis 1A : comme ça on pourra prescrire d'emblée

2) Confirmer l'indication du THM :

SI ET SEULEMENT SI SYMPTÔMES INVALIDANTS (interrogatoire) :

→ bouffées de chaleur, sueurs nocturnes, baisse de libido, dyspareunie, irritabilité, dépression

3) Éliminer les CI : interrogatoire + examen clinique

- Cancer du sein : examen séno à faire pendant la « consult »
- Cancer endomètre : un petit TV pour la route (écho non indispensable)
- ATCD MTEV et thrombose artérielle (AVC IDM) : interrogatoire
- Et aussi : pathologie hépatique, lupus, porphyrie. (Interrogatoire)
- Et prudence si FdR CV (à chercher) : prendre la TA, peser (obésité), demander : tabac dyslip?
- Bilan paraclinique avant de démarrer le ttt :
 - Glycémie à jeun, Cholestérol total et HDL, Triglycérides
 - Ostéodensitométrie et dosage de la vitamine D en fonction des FDR
 - Mammographie bilatérale et comparative

4) Rappeler la balance bénéfice/risque : EI

- KC sein (sur-risque qui disparaît 5 A après l'arrêt)
- MTEV
- AVC

5) Discuter du traitement avec la patiente

- Est-ce qu'elle veut avoir des « règles » ou non
- Œstrogènes en gel/patch lui vont ou est-ce qu'elle préfère en PO (galénique ± combinée ± plus simple ? mais dire augmentation R MTEV)

6) Faire l'ordo du THM

- **17β-œstradiol** : voie en fonction des FDR cv
 - **Oestrodose** : 1 flacon de gel, appliquer sur une large surface mais pas les seins,
 - 25 jours/mois (*schéma avec règles*)
 - ou tous les jours (*schéma sans règles*)
 - **Oesclim** : patch, renouveler 1-2 fois/semaine, 25 jours/mois ou toutes les semaines
 - **Estrofem** : comprimé, 1-2 mg/jour, 25 jours/mois ou tous les jours
- **Progestérone naturelle micronisée** :
 - 200 mg/ jour, voie orale, au coucher // existe en patch déjà associée à l'œstrogène
 - du 14e jour au 25e jour du mois (*schéma avec règles*)
 - prise orale continue, absence d'interruption (*schéma sans règles*)
- **Estradiol + progestérone** en cp combiné : E2 + dydrogesterone 1cp/j (Climaston®)
 - du 1^{er} au 25 de chaque mois

Ordonnance renouvelable 6 mois.

7) Ne pas oublier l'ordo du bilan bio : EAL + Glycémie à jeun

Ce jour → 3-6 mois → 1x tous les 3 ans



8) Programmer une nouvelle cs à 3-6M (avec bilan bio)

- Réévaluer le ttt 1x/an, et max 5 ans
- Reconsulter avant si :
 - Bilan bio anormal
 - Signes de
 1. Surdosage : mastodynie, nervosité, gonflement abdo
 2. Sous dosage : persistance des symptômes, frilosité

[SOMMAIRE](#)



32. Prescrire et surveiller un traitement anticoagulant – item 326

I. Prescription

Dr X
Cabinet (adresse) / Urgences (hôpital)
N° RPPS/AM

Patient : Mr/Mme, *Nom et prénom*
Date de naissance

Ordonnance du : (date),

Traitement des thromboses – alitement :

- **Enoxaparine sodique SC** : 1 injection /12h
 - Préventif, risque faible : 2.000 UI/jour
 - Préventif, risque fort : 4.000 UI/jour
 - Curatif : 200 UI/kg/jour en 2 injections
- **Tinzaparine sodique SC** : 1 injection/24h
 - Curatif : 175 UI/kg/jour en 1 injection
- **Héparine calcique SC** :
 - Préventif : 5000 UI x 2 / jour
 - Curatif : bolus 50-100 UI/kg puis 500 UI/kg x 2 / jour
- **Fondaparinux SC** : 1 injection /24h
 - Préventif : 2,5mg/j
 - Curatif : 5mg/j si < 50kg, 7,5mg/j si < 100kg, 10mg/j si > 100kg.
- **Surveillance** :
 - Activité anti-Xa : si insuffisance rénale
 - NFS – plaquettes : contrôle pré-ttt puis 2 fois/semaine (sauf Fondaparinux)

Traitement par AVK :

- **Acénocoumarol // Fluindione // Warfarine**
 - Dose d'introduction : **20 mg (1cp)** à prendre le soir
 - **Contrôle INR à 48h**
 - Modification des doses par $\frac{1}{4}$ de cp (5mg) → INR/24-48h
 - Renouvellement jusqu'à **cible : INR 2 - 3**
 - **INR \geq 1/mois** une fois stabilisé.
- **Mesures associées** :
 - Carte AVK et carnet de surveillance des IRN
 - Consultation en urgence en cas de signes hémorragiques
 - Pas d'injection IM
 - Interdiction à l'automédication

Relais Héparine – AVK :

- Introduction simultanée : Héparine à dose curative + AVK → contrôle INR à H.48
- Modification de la posologie d'AVK quand INR non atteint.
- Arrêt de l'héparine après 2 INR de suite dans la zone cible

Prescripteur + Signature



II. Informations supplémentaires

A) Héparines

	HNF	HBPM	Fondaparinux
Spécialités	Héparinate de sodium Héparinate de calcium	Enoxaparine Nadroparine	Fondaparinux
Physiopath	Anti Xa \approx Anti IIa Demi-vie = 1h (IV) à 2h (SC)	Anti Xa > Anti-IIa Demi-vie = 4-16h	Anti Xa pure Demi-vie = 16-20h
Indications	MTEV avec IR sévère Risque hémorragique aigu EP grave	MTEV Cardiopathie ischémique (SCA en aigu, angor stable) Occlusion artérielle périphérique aiguë	
CI	Saignement, endocardite (hors valve mécanique), HTA non contrôlée Antécédent de TIH		
		IR sévère	
Bilan pré-thérapeutique	NFS, TCA		
Voie	IV (Na) ou SC (Ca)	SC	
EI	Hémorragie (\rightarrow sulfate de protamine IVL si HNF ou HBPM) Allergie		
	TIH Nécrose cutanée au point d'injection Ostéoporose Hypoaldostéronisme, hyperK		
Surveillance	TCA OU activité anti-Xa : - 4-6h après début si IV / entre 2 inj si SC jusqu'à l'équilibre - Puis 1x/j à l'équilibre Plaq 2x/S pdt 3S puis 1x/S \pm Héparinémie (\rightarrow 0,3-0,6U/mL) Antidote si hémorragie grave : sulfate de protamine	\pm Activité anti-Xa à J2, 4h après inj (si IR, poids extrêmes, grossesse, > 80 ans, risque hémorragique) \pm Plaq 2x/S pdt 4S puis 1x/S si contexte de chir/trauma ou héparine < 6M ou comorbidités Pas d'antidote	\pm Activité anti-Xa (si IR) Pas d'antidote

B) AVK

- Spécialités : Acénocoumarol, Fluindione, Warfarine
- Physiopathologie :
 - \rightarrow Mécanisme : analogues de la Vit.K \rightarrow empêche la réduction de la Vit.K \rightarrow bloque la synthèse des facteurs de la coagulation (II, VII, IX et X).
 - \rightarrow Diminuent la synthèse des anticoagulants physiologiques : Protéines C et S.
 - \rightarrow Demi-vie : longue \approx 30h (Warfarine>Fluindione), courte \approx 8h (Acénocoumarol).
- Indications :
 - \rightarrow Prévention et traitement MTEV, FA, valvulopathies \rightarrow INR cible = 2-3.
 - \rightarrow Prothèses mécaniques, EP récidivante \rightarrow INR cible = 3-4,5.
- CI absolues : saignement, endocardite (hors valve mécanique), HTA non contrôlée, grossesse T1 (téatogénicité) et T3 (risque hémorragique), IHC sévère.
- Prescription :
 - \rightarrow PO, 1 prise le soir, dose à adapter selon patient.
 - \rightarrow Relai héparine : dès J1, arrêt héparine après 4-5j et 2 INR \geq 2.
- Effets indésirables : hémorragie (\rightarrow vit K), allergie, nécrose cutanée.
- Surveillance : INR à J3 puis 1x/2-3j jusqu'à l'équilibre puis 1x/M.



C) AOD (anciennement NACO)

- Spécialités : Dabigatran, Rivaroxaban, Apixaban.
- Physiopathologie :
 - Mécanisme : inhibition directe d'un facteur de coagulation (IIa / Xa « xaban »).
 - Demi-vie : courte \approx 10h.
- Indications : prévention MTEV (PTH, PTG), traitement MTEV, FA non valvulaire.
- CI absolues : **saignement, endocardite** (hors valve mécanique), **HTA** non contrôlée, **IR sévère, IHC sévère**.
- Prescription : 1-2 prises par jour, dose fixe.
- Effets indésirables : hémorragie, allergie.

III. Accidents des anticoagulants

A) Accident hémorragique sous AVK

- **FdR** : > 65 ans, INR élevé et/ou instable, intensité du traitement, traitement récent < 3M, diabète, HTA, IR, AVC, hémorragie digestive, Tb des fonctions supérieures.
- **PEC** :

		INR cible = 2-3	INR cible \geq 3
Surdosage asymptomatique	INR < 4	Ø saut de prise, Ø Vit.K, ↓ dose	≡
	4 \leq INR < 6	Saut 1 prise , Ø Vit.K	Ø saut de prise, Ø Vit.K, ↓ dose
	6 \leq INR < 10	Stop traitement, Vit.K, 1-2mg PO	Avis spécialisé
	INR \geq 10	Stop traitement, Vit.K, 5mg PO	
Hémorragie grave		Hospitalisation, arrêt du traitement Vit.K, 10mg PO + PPSB adapté à l'INR si dispo ou 25U/kg	

B) Thrombopénie induite par l'héparine

- Epidémiologie : I = 3% (HNF) ou 0,1% (HBPM)
- Classification :
 - **TIH de type I** : précoce (< 5j), modérée, asymptomatique, transitoire.
 - **TIH de type 2** : retardé (5-10j), importante, risque d'accident thrombotique, persistante, grave, origine immunologique (auto-Ac).
- Diagnostic de TIH-2 :
 - Score des 4T :

	2 pts	1 pt	0 pt
Thrombopénie	↓ > 50% Plaq = 20-100G/L	↓ 30-50% Plaq = 10-19G/L	↓ < 30% Plaq < 10G/L
Délai	J5-J10 (ou \leq 1j si héparine < 1M)	> J10 ou incertain	< J5
Clinique	Nouvelle thrombose Nécrose cutanée Réaction aigue après bolus	Thrombose progressive ou suspectée (non prouvée) Récidive de lésions cutanées	Ø
Autre cause	Non	Possible	Certaine

→ Confirmation biologique : AC anti-FP4 par ELISA et test d'activation plaquettaire en présence d'héparine

- Prise en charge (si TIH2 confirmée = score \geq 6 ou Ac anti-FP4 positifs) :
 - **Arrêt immédiat** de l'héparine et traitement alternatif par **Danparoïde sodique** ou **Argatroban** → réascension rapide après arrêt
 - JAMAIS de transfusion de plaquettes.



C) Autres EI

- Allergie
- Nécrose cutanée sous AVK (le plus souvent en cas de déficit en protéine C ou S)
- Embolies de cholestérol
- Ostéoporose sous traitement prolongé par HNF ou HBPM
- Nécrose cutanée aux points d'injection sous HNF ou HBPM
- Hypoaldostéronisme avec hypokaliémie sous HNF ou HBPM

[SOMMAIRE](#)



33. Connaître le traitement d'une exacerbation de BPCO – items 151 et 173

Rappel : exacerbation de BPCO

- aggravation des signes respiratoires au-delà des variations quotidiennes
- majoration des thérapeutiques (durée > 24h nécessaire si augmentation des BDCA uniquement)
-

Hospitalisation nécessaire si :

- **Terrain** : absence de soutien à domicile / comorbidités : cardiovasculaire, neurologique, psychiatrique, alcoolisme, âge avancé / O₂ au long cours / ATCD séjour en réanimation pour exacerbation BPCO / dyspnée à l'état basal
- **Clinique** : incertitude dg / échec ttt à domicile / aggravation rapide des symptômes / signe de gravité respiratoire avec hospitalisation en soins intensifs

A) Traitement

Traitement symptomatique

○ Bronchodilatateurs

Bêta-2-mimétiques +/- anticholinergiques courte durée d'action par voie inhalée :

- Aérosols doseurs +/- chambre d'inhalation si domicile (dispositifs à poudre si obstruction !)
- Nébulisation si hospitalisation

○ Corticothérapie

CTC orale (< 0,5mg/kg/j) pendant 5-7j UNIQUEMENT si hospitalisation

○ Kinésithérapie

Désencombrement bronchique manuelle +/- instrumentale (relaxateurs de pression)

○ Mesures non spécifiques

- O₂ avec objectif SpO₂ entre 88 et 92%

Débit titré progressivement avec surveillance GDS devant le risque d'hypercapnie

- Ventilation mécanique par VNI (masque facial) ssi pH < 7,35

(NB : pas d'indication en fonction du seuil d'hypercapnie)

Traitement étiologique

○ Correction facteurs favorisants identifiés

○ Antibiothérapie pendant 5-7j ssi :

- Expectoration purulente
- Signes cliniques de gravité
- BPCO stade 4 (VEMS < 30%) ou autres comorbidités sévères

→ Amox (3g/j) ou Augmentin (3g/j) ou Pristinamycine (3g/j) ou macrolides en l'absence de FDR

→ Augmentin (3g/j) ou C3G ou FQAP (lévofloxacine/moxifloxacine) si présence de FDR

+ Réévaluation à 48-72h documentation par ECBC + hospitalisation si échec

Remarque : FdR

- VEMS < 50%
- Exacerbations > 2/an
- O₂ à domicile
- CTC orale chronique
- Cardiopathie ischémique



B) Exemple d'ordo

Dr X Ordonnance du : (date)
Cabinet (adresse) / Urgences (hôpital) N° RPPS/AM

Patient : Mr/Mme,
Nom et prénom
Date de naissance

Antibiothérapie : expectoration purulente, VEMS < 30 %, comorbidités, signes de gravité

- **Amoxicilline-Ac. clavulanique 1g x3/j - 5 jours**
- **Pristinamycine 3g/ jour pendant 5 jours**
- **Macrolide pendant 5 jours**

Aérosols bronchodilatateurs :

- **Salbutamol, BDCA : 2 bouffées x4 / jour** si gêne respiratoire
- **Terbutaline 5mg x 4-6 / jour**
- Kinésithérapie respiratoire : désencombrement en cas de sécrétions bronchiques abondantes

Paracétamol : 1g toutes les 6 heures, maximum 4g/24h en cas de fièvre ou de douleurs.

- Reconsultation indispensable à J.3 : réévaluation clinique et de l'antibiothérapie instaurée.
- Reconsulter immédiatement si modification importante des symptômes, apparition d'une cyanose ou des œdèmes périphériques ou d'aggravation des signes respiratoires malgré le traitement

Nb : La corticothérapie n'est pas utile en ambulatoire. Prescription en hospitalier, en dose faible et courte durée : Prednisolone 0,5mg/kg/j pendant 7 jours.

Prescripteur + Signature

SOMMAIRE