

10 pathos en 60' Chrono  
Vol.3

Sommaire :

1. Les troubles du rythme cardiaque.
2. L'herpès.
3. Le zona.
4. La cataracte.
5. La ménopause.
6. L'assistance médicale à la procréation.
7. La Tuberculose.
8. L'hépatite C.
9. L'hépatite B.
10. L'anxiété généralisée et le trouble panique.

# Les troubles du rythme cardiaque :

Ce sont des anomalies de la génération ou de la conduction de l'activité électrique dans le myocarde.

Les palpitations sont le signe clinique le plus évident.

## 1. Les troubles supraventriculaires :

### A. Les troubles supraventriculaires :

#### a. La tachycardie sinusale :

Accélération du rythme cardiaque au-dessus de 100 battements/minutes.

Elles sont permanentes ou intermittentes.

Le patient peut se plaindre de palpitations.

C'est une simple accélération du rythme cardiaque normale.

Il est bien toléré.

#### b. L'extrasystole auriculaire :

C'est une contraction supplémentaire du cœur.

Le patient peut ne ressentir aucun symptôme ou se plaindre de palpitations.

Leur fréquence peut aller jusqu'à 100/jour entre 40 et 60 ans et jusqu'à 1000/jour après 60 ans.

Risque important de passage en fibrillation auriculaire.

#### c. La fibrillation auriculaire :

Trouble le plus courant.

Caractérisé par une dépolarisation anarchique et désynchronisée du myocarde auriculaire.

Le rythme est rapide et complètement irrégulier.

La prévalence augmente avec l'âge.

##### - *Etiologies :*

Toutes les cardiopathies peuvent se compliquer de fibrillation auriculaire.

Si résultante d'aucune cardiopathie on parlera de fibrillation auriculaire idiopathique.

##### - *Symptômes :*

Très variables mais le plus fréquemment ce sont des palpitations.

##### - *Complications :*

Insuffisance cardiaque.

Accidents thromboemboliques.

#### d. La tachycardie jonctionnelle :

Rythme ectopique, rapide et actif.

La maladie de Bouveret en est un exemple.

Début brutal avec palpitations régulières et rapides, une fréquence cardiaque de 180 à 200 battements par minute.

On observera une polyurie postcritique.

Au bilan cardiaque on vérifie l'absence de syndrome de pré excitation ventriculaire (syndrome de Wolff-Parkinson-White).

## B. Les troubles ventriculaires :

### a. La tachycardie ventriculaire :

La tolérance hémodynamique est souvent médiocre avec fatigue intense, douleur angineuse, dyspnée, lipothymie voire syncope.

L'insuffisance coronarienne et les cardiopathies peuvent se compliquer de tachycardie ventriculaire.

Risque de transformation en fibrillation ventriculaire, constamment mortelle en l'absence de choc électrique externe immédiat.

### b. L'extrasystole ventriculaire :

Contractions cardiaques anormales et prématurées.

Susceptibles de déclencher une tachycardie ou une fibrillation ventriculaire mortelle.

### c. La fibrillation ventriculaire :

Cause la plus fréquente des morts subites.

Arrêt circulatoire avec des ventricules qui n'arrivent plus à chasser le sang dans le réseau artériel.

Le pouls carotidien est imperceptible.

## 2. Traitements des troubles du rythme cardiaque :

### A. Les anti arythmiques :

Il n'y a pas de médicament anti arythmique sans effet secondaire cardiaque ou extracardiaque potentiellement grave.

Ils peuvent favoriser la création d'arythmie d'un autre type : Lié à l'un effet arythmogène ou pro arythmique.

Ils sont contre-indiqués en cas d'altération de la contractilité ventriculaire et dans certains troubles de la conduction intracardiaque.

On identifie quatre classes selon la classification de Vaughan-Williams.

#### a. Classe 1 :

Ils sont qualifiés de stabilisants de membranes.

Sont subdivisés en 3 classes :

- *1a* : Avec les quinidiniques et le disopyramide.
- *1b* : Avec la lidocaïne par IV et la mexilétine.
- *1c* : Avec la flécaïnide, le propafénone, le cibenzoline, l'aprimidine et le nadoxol.

Ils altèrent la contractilité myocardique et sont (rarement) à l'origine d'arythmies ventriculaires graves.

#### b. Classe 2 :

Ce sont des bêtabloquants avec l'acébutolol, l'aténolol, le métoprolol, le nadolol, le pindolol et le propranolol.

#### c. Classe 3 :

On y retrouve l'amiodarone qui agit essentiellement sur le flux transmembranaire de potassium et réduit ou prévient les troubles du rythme aux niveaux auriculaire, jonctionnel ou ventriculaire.

Administré en 5 prises hebdomadaire.

Élimination très lente et accumulation dans l'organisme d'où toxicité extracardiaque réelle si traitement au long cours.

Le sotalol est un bêtabloquant qui a une activité antiarythmique de classe 3.

d. Classe 4 :

Ce sont les inhibiteurs calciques avec le diltiazem en IV et le vérapamil.

B. Les méthodes non pharmacologiques :

Sont employées en cas d'échec ou de mauvaise tolérance des anti arythmiques.

a. Le choc électrique externe :

Premier traitement non pharmacologique.

Consiste à faire passer à travers le thorax un courant électrique afin de rétablir le rythme cardiaque physiologique.

Moyen le plus rapide d'obtenir la réduction d'une tachycardie.

L'effet est pratiquement constant mais de courte durée.

b. Les défibrillateurs automatiques implantables :

Ils administrent directement un choc électrique en cas de fibrillation ou de tachycardie ventriculaire rapide.

Le coût élevé limite l'utilisation malgré une efficacité démontrée en particulier chez les patients rescapés de mort subite.

c. Les méthodes ablatives :

Par destruction du substrat arythmogène.

Méthodes complexes.

La radiofréquence est la technique la plus souvent utilisée. On va brûler une petite zone du myocarde impliquée dans la genèse du trouble rythmique.

C. Les stratégies thérapeutiques :

a. Les extrasystoles auriculaires :

On utilisera des antiarythmiques de classe 1 (1a/1c) ou l'amiodarone.

b. La fibrillation auriculaire :

Un traitement anticoagulant est prescrit si aucune contre-indication.

On pourra avoir recours à l'amiodarone ou à un choc électrique.

On ralentira le rythme cardiaque en utilisant de la digoxine.

Dans la prévention des récurrences on utilisera des médicaments de classe 1 (1a/1c)

c. La tachycardie jonctionnelle :

On utilisera des techniques mécaniques :

- *Manœuvre de Valsalva (expiration forcée à glotte fermée).*

- *Déglutition d'un verre d'eau glacé.*

- *déclenchement du réflexe nauséux.*

- *Compression des globes oculaires.*

- *Massage sinocarotidien.*

Si échec, on utilisera des anti arythmiques par voies intraveineuses.

Si existence d'une voie accessoire faisant communiquer électriquement les oreillettes et les ventricules on tentera de détruire celle-ci par radiofréquence. Sinon un traitement anti arythmique oral peut être indiqué pour prévenir les récives.

d. Les tachycardies ventriculaires :

Doit être réduite en urgence par choc électrique externe.

Le traitement préventif des récives fait appel aux médicaments anti arythmiques.

La destruction du point de départ de la tachycardie se fera par radiofréquence ou au défibrillateur automatique implantable.

e. Les extrasystoles ventriculaires :

Les moyens destinés à les prévenir peuvent être utilisés en dehors du vérapamil.

f. Les fibrillations ventriculaires :

Le traitement de l'accès de fibrillation ventriculaire est le choc électrique externe immédiat.

La récives est prévenue par des médicaments anti arythmiques (bêtabloquant et/ou amiodarone).

L'implantation d'un défibrillateur automatique est souvent indiquée.

3. Conseils aux patients :

a. Les règles hygiéno-diététiques :

Peuvent faire disparaître les symptômes :

- *Limitier ou supprimer les excitants.*
- *Eviter l'alcool.*

Activité physique modérée.

b. Si palpitations :

Il faut rassurer le patient.

Suggérer d'aller faire un ECG

c. Les examens complémentaires :

Ils sont souvent non invasifs.

Peuvent être pratiqués en ambulatoires.

Tenir à jour son carnet de suivi d'INR.

d. Attention aux effets indésirables :

Ne pas dramatiser car ils ont rares.

Si nouveaux symptômes, une consultation sera indispensable.

e. Se former aux gestes qui sauvent.

# L'herpès :

## 1. Description de l'herpès :

Lié à un virus à ADN qui se présente sous 2 types :

- HSV1, responsable de l'herpès labial (Bouton de fièvre).
- HSV2, responsable de l'herpès génital.

### A. Epidémiologie :

Touche 10 millions de personnes.

Transmission interhumaine par contacts directs.

Les symptômes cliniques n'apparaissent qu'en cas de forte virulence ou de diminution des défenses immunitaires du receveur.

70 à 95% de la population adulte est positive à l'HSV1.

Les sujets non-immunisés à l'âge des rapports sexuels présentent davantage de primo-infections à HSV1 au niveau génital.

La séroprévalence à l'HSV2 est variable selon les pays.

### B. Mécanisme :

#### a. La primo-infection herpétique :

Lorsque l'herpès entre en premier contact avec la peau ou la muqueuse, il pénètre à la faveur d'une petite brèche.

Il va ensuite se positionner en latence au sein du corps cellulaire.

- *Virulence importante et sera responsable d'une infection visible.*
- *Virulence moindre, donc peu ou pas de lésions. C'est le cas le plus fréquent.*

#### b. La phase de latence :

Le virus est à l'état de repos.

Il attend un signal extérieur déclenchant la réplication virale.

#### c. Herpès récurrent :

Les virus répliqués envahissent le territoire cutané.

Il y aura des périodes d'excrétion asymptomatique plus dangereuse sur le plan épidémiologique.

### C. Signes cliniques :

La lésion élémentaire est une vésicule évoluant vers un stade de pustule puis de croûte.

Plusieurs vésicules se regroupent en un bouquet polycyclique.

On aura des prodromes annonciateurs :

- *Brulures.*
- *Démangeaisons.*

#### a. Au niveau buccal :

- *La gingivostomatite aigue :*

Survient le plus souvent chez l'enfant (entre 6 mois et 5 ans).

Le contact se fait sur un sujet fatigué, fébrile.

Des douleurs au niveau buccal et pharyngé peuvent apparaître. La muqueuse sera rouge, hémorragique, avec de multiples lésions.

En l'absence de traitement la guérison demandera 15 Jours sans cicatrices.

- *L'herpès labial :*

Classique bouton de fièvre avec des vésicules qui deviennent croûtes disparaissant en 6 à 7 jours.

- *Les lésions discrètes :*

Avec picotements, aphtes ou simple fatigue.

b. Au niveau génital :

Souvent lié à l'HSV2.

- *La cervicovulvovaginite aigue :*

Commence après 2 à 10 jours d'incubation.

Gêne vulvaire avec œdème et douleurs importantes.

Présence de vésicules et de véritables ulcérations.

La guérison demande 15 à 20 jours.

- *La balanite :*

Touche les hommes et est moins pénible.

Présence d'un bouquet vésiculopustuleux sur le gland et/ou le fourreau de la verge.

- *Les formes discrètes :*

Simple gêne sans lésions visibles.

c. Autres localisations :

Par contamination directe ou secondaire.

On aura la kératoconjonctivite aigue due à l'HSV1, se révélant par une conjonctivite, un larmoiement, une photophobie.

Le passage à la chronicité nécessite un suivi médical, car cause de cécité.

D. Les complications de l'herpès :

a. La méningoencéphalite herpétique :

Due à l'HSV1.

Commence par des troubles psychiques et aphasiques.

Peuvent s'aggraver jusqu'au coma.

La prise en charge précoce permet d'éviter le décès ou des séquelles neurologiques.

b. L'impact psychologique de l'herpès :

Un sentiment de dévalorisation peut s'installer, risque de dépression.

c. Le syndrome de Kaposi-Juliusberg :

Touche le sujet souffrant d'eczéma.

La virose entraîne des lésions nécrotiques avec séquelles cicatricielles.

d. L'érythème polymorphe :

Eruption bulleuse ne cicatrisant qu'en quelques semaines.

2. Traitements de l'herpès :

A. Principes actifs :

a. Les inhibiteurs de l'ADN-polymérase virale :

On retrouve essentiellement l'aciclovir mais aussi le penciclovir.

Ils ont pour fonction de bloquer les fonctions de l'ADN-polymérase.

L'ACV existe en voie IV, orale et localement.

Le valaciclovir est une prodrogue de l'ACV avec une meilleure biodisponibilité.

Le ganciclovir est utilisé sous forme de collyre.

Ils sont parfaitement tolérés et ne présentent pas de contre-indications absolues.

Il n'y a que très rarement des effets secondaires.

Les limites du traitement sont qu'ils ne présentent pas d'effet sur le virus latent, des résistances apparaissent pour l'ACV sur un terrain immunodéprimé.

b. Le foscarnet :

Manipulation plus difficile à cause d'effets secondaires donc réservé sur les formes résistantes.

c. Les autres antiviraux :

Vidarabine, idoxuridine et trifuridine ne sont utilisés que sous forme de pommades ou de collyres.

B. Stratégie thérapeutique :

1. Devant une primo-infection :

a. La gingivostomatite :

Chez l'enfant, forme pédiatrique d'ACV pendant 10 jours associés des antalgiques.

Chez l'adulte, formes orales de l'ACV ou du VACV.

b. La vulvovaginite ou la balanite :

ACV et VACV pendant 10 jours avec des antiseptiques et des antalgiques.

Traitement des MST associées.

c. La méningoencéphalite :

Impose une hospitalisation avec mise en place d'un sous-traitement intraveineux.

d. Chez le nouveau-né :

Traitement par de l'ACV en intraveineuse.

Durée du traitement variable selon l'amélioration clinique de l'enfant.

e. Chez l'immunodéprimé :

Nécessitera une hospitalisation pour traitement sous IV si la voie orale n'est pas possible.

2. Devant des manifestations de récurrence :

a. Récurrence au niveau labial, nasal, jugal, sur le tronc ou la fesse :

Les traitements topiques sont normalement suffisants.

Les crèmes s'appliqueront au stade des prodromes.

On peut aussi proposer un traitement oral par ACV durant 5 jours.

b. Récurrence au niveau oculaire :

Risque d'évolution en cécité est possible.

On utilisera des pommades et des collyres.

Un traitement par voie générale avec de l'ACV peut être envisagé en curatif ou en préventif.

c. Récurrence au niveau génital :

Un traitement de 5 jours par voie orale avec de l'ACV ou du VACV.

3. Traitement préventif :

a. Récurrences génitales très fréquentes (plus de 6 poussées par an) :

La prévention dure 6 à 9 mois avec du VACV (1cp/jour) ou de l'ACV (2cps 2 fois par jour).

b. L'herpès labial déclenché par le soleil :

Application répétée de topiques antiviraux.

c. Chez l'immunodéprimé :

Traitement continu par voie orale.

Risque de résistance dans ce cas on fera appel au foscarnet.

4. Perspectives :

- Développement de nouvelles molécules, inhibiteurs de la réplication virale comme le cidofovir et le SP303.
- La stimulation aspécifique de l'immunité.
- L'imiquimod pourrait être un adjuvant au vaccin.
- L'interféron alpha-2a pourrait permettre de diminuer le nombre et l'intensité des récurrences.
- La vaccination qui présenterait un intérêt curatif et préventif.

3. Conseils aux patients :

A. Patients atteints d'herpès orofacial (bouche, nez, yeux...)

a. Eviter l'auto contamination :

Lavage des mains

Attention aux yeux (frottement et lentilles).

b. Lutter contre la contagion dès les prodromes :

Eviter d'embrasser.

Attention aux contacts chez les personnes fragiles (bébés et immunodéprimés).

Eviter les rapports sexuels buccogénitaux.

Attention aux sports de contact.

c. Faciliter la cicatrisation :

Utiliser rapidement de crèmes avec de l'ACV

Pas de maquillage

Jeter le maquillage ancien s'il y a eu une utilisation.

Pas de prise d'AINS.

Pas de grattage

Pas d'application de crème avec des corticoïdes car risque de flambée.

d. Prévenir les récurrences :

Reconnaitre les signes annonciateurs

Attention aux expositions au soleil

Réduire le stress et la fatigue.

B. Patients atteints d'herpès génital :

a. Observance au traitement :

Respect de la durée et de la posologie en le débutant le plus tôt possible.

Attention à l'automédication.

b. Minimiser les risques de contamination :

Si poussée pas de relation sexuelle.

Port du préservatif en dehors des crises.

Traitement débuté rapidement et poursuivi jusqu'à cicatrisation et cinq jours après.

Limiter le contact avec des personnes sensibles.

c. Respecter des règles d'hygiène strictes :

Lavage des parties atteintes, lavage des mains et pas d'échange de linge.

d. Activer la cicatrisation :

Pas de vêtements serrés ou synthétique.

Pas de grattage des lésions.

Pas de pansement.

e. Agir sur les facteurs déclenchants comme le stress, la fatigue et l'anxiété.

f. Proposer un soutien psychologique par un professionnel, car c'est une pathologie qui est souvent vécue comme honteuse.

# Le Zona :

## 1. Qu'est-ce que le zona :

Maladie due à un virus de la famille des herpesviridae, le virus varicelle-zona.

C'est une maladie bénigne.

Invalidante par les douleurs post zostérienne.

### A. Epidémiologie :

Touche le plus fréquemment l'adulte et la personne âgée.

200000 nouveaux cas sont diagnostiqués par an.

### B. Mécanisme de la maladie :

La primo-infection virale se traduit par la varicelle. Le virus gagne les ganglions rachidiens et y persistent à l'état latent.

Il est réactivé à la suite d'un stress, d'une fatigue ou d'une baisse des défenses immunitaires. Apparaît alors, après multiplication, une éruption vésiculeuse.

On aura des lésions au niveau de la gaine de myéline à l'origine de douleurs.

Le zona n'est pas une maladie contagieuse.

### C. Les différentes formes :

Le zona se localisera de manière unilatérale et radiculaire.

Il apparaît une macule qui devient vésicule puis dessiccation avec formation d'une croûte laissant une cicatrice.

#### a. Les deux principaux types :

- Les zones des nerfs rachidiens avec les cervicaux, les intercostaux et les lombaires.
- Les zones céphaliques (ophtalmiques).

#### b. Le zona intercostal :

Les phases prodromiques durent entre 8 et 20 jours.

Se traduit par de la fatigue, des céphalées, de l'irritabilité et des douleurs typées brûlures.

Les algies précèdent l'éruption de 24 à 48 heures.

On aura trois phases caractéristiques :

- *Zone érythémateuse avec des macules rouge vif.*
- *Apparition des vésicules.*
- *Phase de dessiccation après 4 à 5 jours.*

Le zona évolue par poussées successives.

#### c. Le zona ophtalmique :

Il est peu fréquent mais grave.

Apparaît au niveau de la paupière supérieure et du front.

On peut avoir des lésions cornéennes.

#### d. Les autres expressions du zona :

- *Les zones cervicaux, qui s'accompagnent parfois de parésies.*
- *Le zona otique avec éruption dans la conque de l'oreille.*
- *Le zona généralisé ou hémorragique.*

#### D. Diagnostic :

Il est clinique et ne nécessite pas d'examen complémentaires.

- Localisation et aspect de l'éruption.
- Signes d'accompagnement (douleurs type brûlures).
- Antécédent de varicelle dans l'enfance.

#### E. Les complications :

- Surinfection cutanée des vésicules.
- Complications oculaires.
- Douleurs post zostériennes qui peuvent persister plusieurs mois voire plusieurs années.

### 2. Comment traiter le zona :

Le traitement précoce du zona permet de diminuer les douleurs initiales et de prévenir l'évolution vers des douleurs post zostériennes.

#### A. Les antiviraux :

On utilisera des inhibiteurs de l'ADN-polymérase virale des Herpesviridae qui assure la réplication des chaînes d'ADN.

Ce sont des virostatiques.

L'aciclovir est indiqué par IV dans les formes graves du zona et de la varicelle, par voie orale dans la prévention des complications oculaires du zona ophtalmique.

Le VACV est indiqué dans la prévention des douleurs associées.

##### a. Chez le sujet immunocompétent :

Mis en route dès les premiers signes et avant la 72<sup>ème</sup> heure de la phase éruptive.

- Prévention des complications oculaires par ACV et VACV.
- Prévention des algies post zostériennes par VACV et famciclovir.

##### b. Chez le sujet immunodéprimé :

ACV en IV chez l'enfant et l'adulte, pendant 7 à 10 jours.

Si complications neurologiques, prolongation du traitement au-delà des 10 jours.

##### c. La seule contre-indication est l'hypersensibilité à une de ces molécules :

Elles nécessiteront une adaptation si insuffisance rénale.

Peuvent être à l'origine de céphalées et de nausées d'intensités variables.

#### B. Les soins locaux en phase aiguë :

Si zona localisé mais non compliqué on optera pour les soins locaux.

Douches et bains quotidiens ou biquotidiens de courte durée et à l'eau tiède.

Application de Chlorhexidine pour éviter les surinfections.

#### C. Prise en charge du zona ophtalmique :

Prescription d'un antiviral de manière systématique.

Dans les 48 heures si on utilise de l'ACV et 72 heures si c'est du VACV.

Possible utilisation d'une pommade ophtalmique en complément d'un antiviral systémique.

Les corticoïdes locaux ne sont utilisés qu'en cas de kératites immunologiques ou d'uvéïte.

D. Soulager les douleurs associées :

a. Les douleurs de la phase aiguë :

Les antalgiques de classe II (paracétamol/codéine).

Si inefficacité le recours à la morphine est envisageable, associé ou non aux antalgiques de classe II.

b. Les algies post zostériennes :

Utilisation de la radiothérapie anti-inflammatoire.

On utilisera les antidépresseurs tricycliques contre les algies.

On utilisera la carbamazépine dans le traitement des paroxysmes hyperalgiques.

E. Prophylaxie :

- Vaccin contre la varicelle.
- Injections intraveineuses d'immunoglobulines polyvalentes ou des immunoglobulines varicelle-zona.
- Aciclovir également utilisé en prophylaxie.

3. Conseils aux patients :

A. Reconnaitre les premiers signes :

- Douleurs radiculaires unilatérales.
- Fièvre modérée et céphalées.
- Eruption unilatérale.
- Lésions érythémateuses avec vésicules.

B. Réserver les mesures d'éviction à certains cas :

Doit être isolée des sujets immunodéprimés, d'une femme enceinte ou d'un enfant n'ayant pas encore contracté la varicelle.

C. Pratique des soins cutanés :

- Douche quotidienne courte et fraîche.
- Utilisation d'un savon antiseptique voir solution antiseptique type Cytéal ou Septivon.
- Moindre utilisation des antibiotiques topiques.
- Ne pas utiliser de talc.

D. Diminuer le prurit :

Par les soins cutanés ou par l'application d'un pansement.

Utilisation d'antihistaminiques ou des produits à base de plantes.

E. Contrôler l'hyperthermie :

Douches tièdes, paracétamol et des vêtements légers.

# La cataracte :

## 1. Qu'est-ce que la cataracte :

C'est la principale cause de cécité dans le monde.

### A. Définition :

Elle correspond à une opacification du cristallin et est responsable d'une baisse de l'acuité visuelle.

### B. La cataracte sénile :

C'est la forme la plus commune.

#### a. Epidémiologie :

Prévalence de 4,5% entre 52 et 64 ans, 18% entre 65 et 74 ans et 46% entre 75 et 85 ans. La prévalence féminine est plus élevée.

#### b. Mécanisme :

Correspond à une usure physiologique progressive du cristallin avec une perte d'élasticité à l'origine d'une presbytie.

Son mécanisme précis reste inconnu.

#### c. Topographie de l'opacité :

Elle est le plus souvent bilatérale mais avec une asymétrie dans la chronologie.

#### d. Signes :

On aura une baisse progressive de l'acuité visuelle, une diplopie monoculaire et une tendance anormale à l'éblouissement.

#### e. Attitude :

Quand le diagnostic est posé, la prise dépend du dialogue entre l'ophtalmologiste et le patient.

On fonctionnera selon une analyse du rapport bénéfice/risque, entre l'importance de la gêne fonctionnelle ressentie et le bénéfice espéré d'une intervention.

### C. La cataracte secondaire :

Résulte de l'opacification secondaire de sac capsulaire dans les semaines ou années qui suivent une implantation.

Elle est souvent sans cause précise.

### D. La cataracte congénitale :

C'est une opacification partielle ou totale du cristallin constatée à la naissance ou dans les premières années de la vie.

#### a. Etiologies :

- Celles succédant à des affections néonatales sont exceptionnelles.
- Les cataractes congénitales isolées ont un pronostic amélioré par les progrès de la chirurgie.

b. Dépistage :

Précoce si antécédents familiaux ou si anomalies oculaires.

L'existence d'un strabisme ou d'une anomalie du comportement visuel sont des motifs de consultation.

c. Attitude :

Elles ne nécessitent pas forcément d'intervention au regard des procédés correctifs modernes.

E. Les autres types de cataracte :

On retrouve les cataractes compliquées, pathologiques, traumatiques ou dues à des agents physiques.

Dans les cataractes traumatiques on différenciera :

- *Celles liées à une contusion.*
- *Celles liées à une plaie ouverte, qui, selon le contexte exigeront une chirurgie reconstructrice des structures du globe oculaire.*

2. Quelle chirurgie pour la cataracte :

Aucun traitement médical actuel ne permet de freiner l'évolution d'une cataracte.

L'opération de la cataracte est actuellement l'intervention chirurgicale la plus pratiquée dans les pays occidentaux.

L'œil opéré de la cataracte est indolore dans la plupart des cas.

A. Quels objectifs poursuit la chirurgie ?

C'est une classique restauration visuelle mais c'est aussi une chirurgie réfractive, c'est-à-dire que l'on va privilégier la vision de près en cherchant l'emmétropie sans astigmatisme.

B. Faut-il que la cataracte soit « mûre » pour opérer ?

C'est une notion devenue totalement anachronique.

Au contraire cela peut constituer un obstacle à l'intervention.

C. Faut-il opérer une cataracte unilatérale ?

OUI, il n'est plus indispensable d'attendre une atteinte bilatérale.

D. Quelles sont les modalités d'hospitalisation ?

C'est une chirurgie ambulatoire, nécessitant une bonne information du patient, un bon environnement familial et une disponibilité du chirurgien.

E. Quel type d'anesthésie est utilisé ?

L'anesthésie générale est devenue rare.

L'anesthésie locorégionale en général associée à une neuroleptanalgie douce est la plus fréquente.

L'anesthésie topique par instillation est de plus en plus utilisée.

Le bilan clinique et biologique général minimum seront accompagnés d'une visite pré anesthésique.

F. Quel est le protocole opératoire ?

L'opération se déroule sous microscope en milieu chirurgicale stérile.

G. Quels sont les procédés de correction ?

La puissance optique de l'implant correspond à une récupération de la vision de loin.  
Le choix de la correction optique est prévu lorsque la cornée a cicatrisé.

a. Appareillage par seuls verres correcteurs :

Ne se fait plus.

b. Appareillage par lentilles de contact :

En port permanent. Cette technique est envisageable en cas d'impossibilité d'implantation.

c. Appareillage par un implant synthétique :

Les implants sont positionnés dans la chambre postérieure en arrière de l'iris et dans l'enveloppe ou sac du cristallin.

Les implants en PMMA (polyméthylmétacrylate) sont les seuls utilisables chez l'enfant.

Les implants souples, pliables en silicone ou acrylique sont actuellement les implants de choix.

Les implants multifocaux ont des résultats sur la vision de loin moins bons qu'un implant mono focal qui nécessitera le port de verres progressifs.

H. Implante-t-on toutes les cataractes opérées ?

Les contre-indications sont devenues exceptionnelles.

I. Peut-on avoir une idée du pronostic avant l'intervention ?

Le pronostic d'une cataracte isolée est excellent.

J. Peut-on opérer la cataracte avec le laser ?

Des recherches sont faites mais actuellement le cristallin est fragmenté par des ultrasons.

K. Quelle est la chirurgie d'une cataracte secondaire ?

Elle est traitée par une ouverture de la capsule au laser YAG.

3. Quel est le traitement de la cataracte ?

Le traitement entoure la pose d'un cristallin artificiel qui constitue l'unique solution de correction.

A. Avant la chirurgie :

On utilisera souvent des collyres.

Ils peuvent avoir des propriétés légèrement vasodilatatrices et visent à apporter des ions ou des éléments censés ralentir l'évolution pathologique.

Peuvent apporter des substances favorisant les échanges métaboliques locaux.

Il ne s'agit que de traitements d'appoint des opacités cristalliniennes.

B. Pendant l'intervention :

L'anesthésie est assurée par un collyre anesthésiant, de la xylocaïne à 1%.

L'amélioration de la mydriase peropératoire limite le risque de contact irien avec les instruments chirurgicaux.

Il est indispensable d'associer au cours du protocole de dilatation pré et peropératoire un collyre mydriatique et un collyre AINS qui améliore le maintien de la mydriase.

C. Après la chirurgie :

a. Œdème maculaire cystoïde :

Survenant entre 3 semaines et 6 mois après l'intervention.

C'est une manifestation souvent asymptomatique et transitoire.

Survient chez 20 à 30% des patients opérés pour cataracte par extraction extra capsulaire.

b. Les Anti-inflammatoires :

Les AINS inhibent la synthèse des prostaglandines dans l'uvée antérieure limitant ainsi les réactions irritatives.

En traitement préventif, les AINS améliorent la mydriase peropératoire et accélèrent la réparation de la barrière hémato aqueuse.

Les corticoïdes ont quant à eux un intérêt en traitement curatif.

c. Antibiotiques :

Il est possible d'associer localement AINS, corticoïdes et antibiothérapie.

Cela permet de contrôler les deux conséquences les plus banales de la chirurgie :

- *L'inflammation.*
- *L'infection.*

5. Quels conseils donner au patient :

a. Expliquer la signature d'un formulaire de consentement éclairé :

Devenu obligatoire il apporte aux opérés l'information minimale indispensable à connaître, rappelant qu'il n'y a pas de chirurgie sans risque.

b. Effectuer correctement les soins de l'œil :

Respecter un intervalle de 5 à 10 minutes entre deux collyres différents.

Les gouttes sont instillées dans le cul de sac conjonctival.

Pas de contact de l'œil et de l'embout du flacon.

Attention à la péremption du flacon après ouverture.

Pas de port de lentilles de contact.

Nettoyage de l'œil à la compresse stérile de l'extérieur vers le nez.

Penser à modifier la position du sparadrap maintenant la coque pour éviter de léser la peau.

c. Insister sur les précautions postopératoires :

Pour éviter le risque infectieux et traumatique.

- *Risque infectieux combattu avec les soins locaux :* nettoyage oculaire au sérum physiologique, collyre antibiotique et collyre anti-inflammatoire.
- *Risque traumatique,* en évitant de se cogner ou de se frotter. Le port d'une protection nocturne est recommandé pendant quelques jours.

d. Respecter la surveillance postopératoire :

S'effectue le lendemain, à J5 et à J15. Ensuite à 2 ou 3 mois selon la technique chirurgicale.  
Conserver les références des implants sur soi afin que les secours en tiennent compte en cas d'accident.

# La ménopause :

## 1. Qu'est-ce que la ménopause ?

### A. Définition :

Elle se définit par l'arrêt définitif des menstruations.

- *La periménopause* est la période qui la précède avec des signes cliniques et biologiques qui l'annoncent.
- *La post ménopause* ou ménopause confirmée.

Il existe deux types de ménopauses : Naturelle spontanée ou artificielle.

### B. Age de survenue :

La moyenne d'âge de la ménopause est de 50 ans pour les femmes européennes.

Le tabagisme peut faire baisser significativement l'âge.

### C. Modifications physiologiques :

#### a. La péri ménopause :

Caractérisée par une période transitoire d'irrégularité des cycles.

Elle va durer en moyenne entre trois et quatre années.

#### b. La ménopause :

- *Les gonadotrophines :*

Après la ménopause les taux de FSH et LH augmentent.

- *Les œstrogènes :*

La sécrétion des œstrogènes est effondrée et l'œstrone devient l'œstrogène le plus abondant.

- *La progestérone :*

Son taux est quasi nul en post ménopause.

- *Les androgènes :*

Les taux des androgènes s'abaissent mais moins que ceux des œstrogènes.

Entraine une hyper androgénie relative.

### D. Manifestations cliniques :

#### a. Modifications des cycles menstruels :

Les cycles deviennent irréguliers, souvent plus longs.

#### b. Augmentation des symptômes prémenstruels :

- *Les signes physiques :*

Manifestations congestives, œdémateuses au niveau des seins, de l'abdomen et des extrémités.

- *Les signes psychologiques :*

Les modifications de l'humeur, fatigue et manque d'énergie.

#### c. Troubles cutanés :

Manifestations d'hyper androgénie (acné, séborrhée, alopécie) dès la péri ménopause.

La peau devient plus sèche.

La pilosité peut se raréfier.

d. Troubles vasomoteurs :

Avec des bouffées de chaleurs et des sueurs nocturnes.

e. Troubles de la sexualité :

Une sécheresse vaginale s'installe avec une diminution de la libido.

E. Complications de la carence en œstrogènes :

Elles ne surviennent pas chez toutes les femmes.

- Troubles urinaires (cystites, mictions impérieuses, troubles de la continence).
- Troubles trophiques vulvovaginaux, avec une atrophie de l'épithélium vaginal.
- Ostéoporose.
- Risque cardiovasculaire, avec une protection qui disparaît progressivement.
- Fonctions cérébrales et maladie d'Alzheimer subissent la chute du taux d'œstrogènes qui agissent sur la prolifération, la différenciation et la synaptogénèse des neurones.

2. Prise en charge de la ménopause :

- *Quand débiter le traitement ?*

Il ne faut pas instaurer le TSH trop tôt.

Eviter de prescrire des doses trop fortes au risque de surdosage.

A. Traitement de la péri ménopause :

Pour contrer l'hyperœstrogénie on utilisera des progestatifs.

a. Quand traiter ?

Lors des manifestations de l'hyperœstrogénie.

- Syndrome prémenstruel.
- Règles abondantes et prolongées.
- Irrégularités menstruelles.
- Fibromyomes utérins.
- Tension et nodules mammaires.

b. Comment ?

Habituellement un progestatif est prescrit 10 jours par mois du 16<sup>ème</sup> au 25<sup>ème</sup> jour.

B. Traitement de la ménopause :

Un traitement œstrogène sous couverture progestative aide à pallier la privation en œstrogènes.

a. Quand Traiter ?

Lorsque la ménopause est avérée.

b. Pourquoi ?

- Correction des troubles vasomoteurs.
- Maintien de l'équilibre psychique.
- Conservation de la trophicité cutanéomuqueuse, notamment urogénitale.
- Réduction du risque cardiovasculaire.

- Prévention de la déperdition osseuse et des fractures ostéoporotiques.

c. Qui traiter ?

Les femmes :

- *gênées par les troubles.*
- *ayant une ménopause précoce.*
- *à risque d'ostéoporose*

Le THS reste un choix.

d. Comment ?

Le traitement associe une substitution œstrogène à une couverture progestative.

Deux protocoles de traitement sont utilisés :

- Mode discontinu :

Ce schéma avec règles est obtenu en associant la prescription séparée des deux hormones. C'est le plus employé.

*Les œstrogènes :*

De 21 ou 25 jours sur 28/30 ou 31 jours.

Nécessite une adaptation posologique.

On utilisera différentes formes galéniques : Pilules contraceptives, les gels, les patches.

Deux attitudes possibles, soit une instauration du THS à une posologie classique, soit une posologie modérée.

*Les progestatifs :*

10 jours par mois si la prise est sur 21 jours.

12 à 14 jours si la prise est sur 25 jours à la fin de la prise.

*Les associations oestroprogestatives :*

Représentent la solution de facilité avec une seule prise quotidienne.

Ce protocole déclenche des menstruations dans la période d'arrêt de 5 à 10 jours.

- Mode continu :

Permet de supprimer les saignements menstruels.

Il n'y a plus de fenêtre thérapeutique.

Ce schéma associe un œstrogène et un progestatif tous les jours.

C. Traitement des manifestations cliniques :

a. Bouffées de chaleur :

Les œstrogènes suppriment les bouffées de chaleur.

Certains progestatifs aussi.

b. Ostéoporose :

Le traitement préventif repose sur l'oestrogénothérapie substitutive.

Nécessite sa mise en route le plus tôt possible à la ménopause et sa poursuite pendant au moins sept à dix années.

A côté du THS peuvent être employés le fluor, les diphosphonates, la calcitonine et le raloxifène.

c. Risques cardiovasculaires :

La prescription d'un THS doit rester associée au respect des règles d'hygiène de vie et alimentaires.

d. Maladie d'Alzheimer :

Plusieurs études de cohortes témoignent d'une association entre oestrogénothérapie et diminution du risque de démence.

3. Les conseils à donner à la patiente :

a. Suivre le traitement au long cours.

b. Dépister une mauvaise adaptation de la posologie.

- *Signes de surdosage* : Mastodynie, sensations de gonflement, œdèmes, nervosité, irritabilité.

- *Signes de sous-dosage* : Bouffées de chaleur, sécheresse vaginale, asthénie, déprime.

c. Changer d'habitudes alimentaires pour prévenir la prise de poids.

d. Proscrire le tabac.

e. Adapter les soins dermocosmétologiques, pour limiter la sécheresse.

f. Préciser la place des phyto-œstrogènes, à manier avec prudence notamment en cas d'antécédent de cancer du sein.

# L'assistance médicale à la procréation :

## 1. Qu'est-ce que l'infertilité ?

C'est lorsqu'un couple ne réussit pas à concevoir un enfant après deux ans de rapports sexuels réguliers et fréquents (2 à 3 par semaine en période d'ovulation), en l'absence de contraception.

### A. Epidémiologie :

15 à 20% des couples consultent au moins une fois pour une infertilité.

### B. Facteurs de risque :

- Tabac, alcool, drogues.
- Bains trop chaud ou sauna.
- L'obésité.
- Radiothérapie, chimiothérapie.
- En milieu professionnel, les radiations, les micro-ondes, la chaleur, les métaux...
- Un certain caractère génétique.

### C. Causes d'infertilité :

#### a. Infertilité féminine :

##### 1. Anomalies ovulatoires :

La dysovulation représente 3 cas sur 10, avec l'hyperprolactinémie et le syndrome des ovaires poly kystiques.

L'anovulation lié à un hypogonadisme constitutionnel ou acquis.

##### 2. Causes mécaniques :

Lésions des trompes.

Lésions de l'utérus.

##### 3. Anomalies cervicales :

Diminution de la sécrétion de mucus au niveau du col de l'utérus.

Présence dans le mucus d'anticorps anti spermatozoïdes.

L'exposition in utero au diéthylstilbestrol.

##### 4. Endométriose :

Localisation ectopique d'endomètre dans le péritoine.

Seules les formes graves sont responsables d'infertilité.

#### b. Infertilité masculine :

##### 1. Azoospermies sécrétoires :

Absence totale de spermatozoïdes peut être constitutionnelle, d'origine génétique ou secondaire à une infection des glandes annexes du testicule, un traitement stérilisant.

##### 2. Azoospermies excrétoires :

La production testiculaire de spermatozoïdes est normale mais les voies excrétrices sont interrompues.

Par lésions post infectieuses le plus souvent.

### 3. Les oligoasthénotértozoospermie (OAT) :

Situations de loin les plus courantes, l'oligospermie, l'asthénospermie et la tératospermie sont fréquemment associées.

Découlent d'infection génitale chronique ou une exposition à des produits toxiques.

### 4. Stérilité inexplicée :

Concerne 10 à 15% des couples.

Reflète des causes psychologiques et les limites des explorations diagnostiques actuelles.

#### D. Exploration du couple infertile :

##### 1. Bilan Féminin :

###### a. Courbes de température :

La température matinale se prend avant le lever.

La courbe permet de préciser l'existence de l'ovulation la veille de la montée thermique.

###### b. Test post coïtal, test de pénétration croisée :

Evalue la mobilité et la survie des spermatozoïdes dans le mucus cervical en période ovulatoire.

Si le test est négatif mais que le sperme et le mucus sont normaux, un test de pénétration croisée est proposé.

###### c. Dosages hormonaux sériques :

Dosage de FSH, de LH, de prolactine et d'estradiol en début de cycle et de progestérone en fin de cycle.

###### d. Echographie :

Permet de préciser la taille, la forme et l'épaisseur de l'utérus ainsi que celle de l'endomètre.

###### e. Hystérosalpingographie :

C'est une radiographie des trompes et de l'utérus après injection d'un produit radio-opaque.

Permet le diagnostic d'une malformation utérine, une pathologie de la cavité et une obturation tubaire.

###### f. Autres examens :

- *Cœlioscopie.*
- *Hystéroscopie.*
- *Biopsie d'endomètre.*
- *Caryotype.*

##### 2. Bilan masculin :

- *Spermogramme.*
- *Spermacytogramme.*
- *Spermoculture.*
- *Test de migration survie.*

##### 3. Sérologies :

On les fait pour le HIV, l'hépatite B, C, la syphilis, chlamydiae pour l'homme et la femme.

On réalise en plus pour la femme la rubéole et la toxoplasmose.

## 2. Qu'est-ce que l'assistance médicale à la procréation ?

### A. Principe de la stimulation ovarienne :

La stimulation ovarienne sauve de l'atrésie tout ou partie des follicules surnuméraires de la cohorte folliculaire.

Il faut empêcher l'ovulation spontanée induite par le pic de LH dû à la sécrétion ovarienne d'estradiol.

Cette désensibilisation des ovaires est provoquée par des analogues structuraux du GnRH.

- *Les agonistes provoquent dans les 48 premières heures une libération massive des stocks de LH et de FSH.*
- *Les antagonistes bloquent les récepteurs sans provoquer de flare-up.*

Lorsque plusieurs follicules arrivent à maturité, l'ovulation est déclenchée par une injection unique d'hormone chorionique gonadotrope humaine.

La fécondation doit avoir lieu 36 heures après.

### B. Principaux traitements :

#### a. Désensibilisation :

- *Agonistes de la GnRH :*

La triptoréline et la buséréline sont les plus fréquents.

Ils sont administrés en début de cycle en sous cutané ou en IM quotidiennement.

Les bouffées de chaleur, les céphalées et l'hyperstimulation ovarienne sont les principaux effets indésirables.

- *Antagoniste de la GnRH :*

La cetorelix est le seul indiqué pour prévenir l'ovulation prématurée.

S'injecte en sous cutané en dose unique le 7<sup>ème</sup> jour de la stimulation.

Ses principaux effets indésirables sont des réactions au point d'injection, des céphalées et des nausées.

- *Progestatifs :*

Hors AMM, ils peuvent être administrés per os avant un agoniste de la GnRH à la fin du cycle précédent.

#### b. Croissance folliculaire :

- *Gonadotrophines :*

La ménotropine reste le seul mélange de FSH et de LH d'origine urinaire disponible.

Les FSH recombinantes produites par génie génétique sont d'une extrême pureté, ce qui permet de raccourcir la durée de la stimulation.

La follitropine alfa et la follitropine bêta ont des propriétés équivalentes et sont utilisées lorsque l'on désire une réponse modérée en vue d'une induction de l'ovulation, suivie de rapports programmés, d'une insémination ou quand on attend un recrutement maximal pour ponction folliculaire.

Des réactions locales au point d'injection et une hyperstimulation ovarienne sont possibles.

- *Antiœstrogènes :*

Ils engendrent une stimulation ovarienne modérée.

Ils augmentent la sécrétion de FSH et de LH.

Le citrate de clomifène s'administre de J3 à J7 ou de J5 à J9. Il peut engendrer des troubles visuels, des nausées et des vomissements.

c. Déclenchement de l'ovulation :

Se fait par injection de gonadotrophine chorionique.

L'injection est généralement bien tolérée.

C. Insémination artificielle :

Se fait après stimulation hormonale pauci folliculaire.

- *L'insémination intra cervicale consiste à déposer le sperme sans préparation dans le col de l'utérus.*
- *L'insémination intra-utérine, les spermatozoïdes mobiles sont déposés au-delà du col et du mucus cervical.*
- *La fécondation de l'ovocyte se réalise in vivo de manière naturelle.*

Une réponse ovarienne trop importante peut être à l'origine de grossesses multiples.

D. Fécondation in vitro :

Elle reproduit au laboratoire la fécondation et les premières étapes du développement embryonnaire.

- Dans la FIV conventionnelle, les ovocytes entourés des cellules nourricières du follicule sont incubés avec une suspension de spermatozoïdes. Ses indications sont majoritairement féminines (altération des trompes, endométriose, dysovulation), ou si l'homme présente une OAT modérée.
- La FIV avec micro-injection intra cytoplasmique de spermatozoïdes se fait par choix du spermatozoïde fécondant (mobile avec morphologie typique au microscope). Les indications sont masculines (OAT sévère, azoospermie excrétoire) ou après échec de la FIV conventionnelle.

La culture prolongée jusqu'au stade blastocyste requiert des milieux séquentiels. Les embryons transférés sont prêts à éclore et à se nidifier dans la cavité utérine.

E. Complications :

L'hyperstimulation ovarienne se traduit par une augmentation du volume ovarien et une exsudation extravasculaire.

Le transfert de plusieurs embryons expose au risque de grossesse multiple.

F. Perspectives :

Développement de nouvelles spécialités.

Amélioration de la culture des embryons, évitant les transferts suivis d'échec et réduire le risque de grossesse multiple.

4. Conseils aux patients :

a. Hygiène de vie :

- Ne pas fumer.
- Maigrir si surpoids.
- Pas de drogue et peu d'alcool.

- Limiter les bains trop chauds pour l'homme, l'exposition aux sources de chaleurs et aux produits chimiques.

b. Tolérance du traitement :

- Toute pesanteur pelvienne, avec prise de poids, nausée, vomissement durant la stimulation ovarienne devra être signalée au gynécologue. C'est un signe d'hyperstimulation ovarienne.
- Comme administration en sous-cutané, on a un risque de douleurs au point d'injection, ecchymoses, gonflement et une rougeur.

c. Vivre au quotidien au cours d'un protocole d'AMP :

- Pas d'alimentation particulière.
- Vivre normalement et mener ses activités personnelles et professionnelles.
- Si auto-infection, être rigoureuse dans les horaires et penser à sortir du réfrigérateur une demi-heure avant l'injection les médicaments. Et masser pendant quelques second le point d'injection
- Garder confiance, parfois faire appel à un soutien psychologique ou à des associations.

# La tuberculose :

## 1. Qu'est-ce que la tuberculose :

La définition est à l'heure bactériologique, regroupant l'ensemble des lésions secondaires à une infection par *Mycobacterium tuberculosis* ou bacille de Koch.

### A. Epidémiologie :

C'est un fléau très meurtrier avec 3 millions de morts chaque année dans le monde aujourd'hui.

- En France, la classe d'âge la plus touchée est celle des plus de 75 ans chez les français d'origine et des 25-39 ans chez les immigrés.
- Dans le monde, la fréquence a tendance à baisser régulièrement dans les pays développés tandis que l'épidémie se propage rapidement dans les pays en voie de développement avec une croissance linéaire notamment en Afrique.

### B. Diagnostic :

#### 1. Lésions anatomopathologiques :

Le germe attaque principalement les poumons mais pourra contaminer tous les organes du corps.

La lésion fondamentale est un nodule (granulome tuberculoïde) caractérisé par la présence :

- *D'une nécrose caséuse centrale.*
- *De cellules mononuclées.*
- *De bacilles tuberculeux identifiés par leur coloration histologique.*

La tuberculose pulmonaire a une image radiologique typique avec opacification nodulaire apicale souvent bilatérale.

La certitude diagnostique est apportée par l'examen bactériologique.

#### 2. Recherche du bacille de Koch :

##### a. Prélèvements :

La découverte du germe dans un crachat signe la tuberculose pulmonaire car le bacille tuberculeux n'est pas un germe commensal des voies aériennes.

Si prélèvement de mauvaise qualité ou si recherches négatives on cherchera le bacille :

- *Sur un prélèvement effectué par tubage gastrique effectué à jeun.*
- *Dans le produit d'aspiration fibroscopie des bronches.*

##### b. Examens bactériologiques direct :

Se fait par coloration.

L'examen direct est positif dans environ la moitié des cas de tuberculose pulmonaire, en particulier si les bacilles tuberculeux sont nombreux.

##### c. Culture bactériologique et antibiogramme :

Se fait sur milieu solide à l'œuf de Löwenstein ou en milieu liquide par mesure de la production de CO<sub>2</sub> qui réduira le temps de culture à 5-10 jours.

L'antibiogramme est fait par repiquage des cultures positives ce qui nécessite un délai de 2 cultures soit 2 mois.

##### d. Réaction de polymérisation en chaîne :

La PCR permettra de mettre en évidence dans un laps de temps très court des quantités très faibles d'ADN du germe dans les prélèvements pathologiques.

C. Physiopathologie :

a. Transmission et contagiosité :

C'est une maladie contagieuse à transmission interhumaine.

L'homme est le principal réservoir du bacille de Koch.

La voie de contamination est avant tout respiratoire à l'occasion de la parole, de la toux, d'un éternuement d'un patient bacillifère.

b. Réaction immunitaire de l'hôte :

Une fois inhalées dans les poumons, les particules initient des réactions de défenses complexe :

- *Pénétration des bacilles dans les macrophages alvéolaires.*
- *Recrutement et activation des lymphocytes T-CD4 et T-CD8.*
- *Libération de nombreuses cytokines et interféron.*

Cela limite la prolifération et le nombre de bacilles tuberculeux mais favorise une réaction de fibrose locale avec nécrose.

c. Tuberculose-infection et tuberculose-maladie :

Les réactions de défense sont la plupart du temps suffisantes pour limiter complètement l'agression tuberculeuse.

La tuberculose reste alors au stade d'infection.

Dans 5% des cas, les réactions de défense sont insuffisantes, on aura donc des symptômes variés, on parle alors de tuberculose-maladie.

D. Facteurs favorisants :

Le risque relatif est augmenté par :

- Un facteur 50 en cas d'infection VIH.
- Un facteur 20 si silicose pulmonaire.
- Un facteur 15 si l'infection date de moins d'1 an.
- Un facteur 15 si séquelles radiologiques pulmonaires fibreuses.

E. Signes cliniques :

a. Tuberculose pulmonaire :

Les symptômes révélateurs sont rarement bruyants :

- Hémoptysies.
- Pneumothorax.
- Pleurésie.

Ils évoluent à bas bruit :

- Fièvre.
- Toux.
- Amaigrissement.
- Fatigue.

b. Tuberculoses extra pulmonaires :

On y retrouve les tuberculose ganglionnaire, pleurale et ostéoarticulaire.

Les symptômes sont peu évocateurs :

- Fébricule
- Perte de poids
- Malaise
- Fatigue
- Sueurs

Il sera nécessaire de pratiquer des biopsies avec culture bactériologique.

#### F. Evolution :

Actuellement la guérison définie par la disparition des bacilles tuberculeux devrait être constante dans 100% des cas.

##### a. Dans les pays industrialisés :

L'échec est lié à un dépistage tardif, une mauvaise observance ou une pathologie associée.

##### b. Dans les pays en voie de développement :

L'échec est lié à une insuffisance de crédit pour la lutte contre la tuberculose et des souches résistantes aux antibiotiques.

##### c. Emergence de souches résistantes :

Liée à une mauvaise prescription, une mauvaise observance.

Les tuberculoses multi résistantes nécessitent un traitement complexe et beaucoup plus coûteux.

## 2. Traitement de la tuberculose :

Le traitement doit comporter plusieurs médicaments afin d'éviter l'émergence de souches résistantes.

#### A. Avant le traitement :

Dès le diagnostic, les mesures suivantes doivent être entreprises :

- Prélèvements multiples et répétés.
- Dépistage et surveillance de l'entourage.
- Isolement en chambre individuelle.
- Déclaration obligatoire.

Le bilan pré thérapeutique comporte :

- Un bilan sanguin.
- Un bilan hépatique.
- Un bilan rénal
- Une exploration des réflexes ostéotendineux.
- Une exploration de la vision des couleurs.
- Une détermination éventuelle du phénotype d'acétylation.
- Une sérologie VIH.

#### B. Les médicaments disponibles :

Il existe quatre principes actifs utilisés dans le traitement de la tuberculose :

- La rifampicine (RMP).
- L'isoniazide (INH)
- Le pyrazinamide (PZA)

- L'éthambutol (EMB)

a. Propriétés :

La RMP, l'INH et le PZA sont bactéricides.

L'EMB est bactériostatique.

Les résistances primaires à la RMP et EMB sont rares, mais plus fréquente pour l'INH.

b. Administration :

L'observance au traitement est fondamentale en raison du risque important de sélection de mutants résistants.

S'administre le matin à jeun en une seule prise quotidienne, environ 30 minutes avant le petit déjeuner pendant au moins 6 mois.

C. Les autres antituberculeux :

L'amikacine, les fluoroquinolones et la rifabutine sont utilisés dans les formes multi résistantes ou en cas d'intolérance sévère aux antituberculeux majeurs.

D. Schémas thérapeutiques :

- *Schéma sur 6 mois* : Association d'INH, RMP, PZA et EMB pendant 2 mois puis INH et RMP pendant 4 mois.
- *Schéma sur 9 mois* : Association INH, RMP et EMB pendant 3 mois puis INH et RMP pendant 6 mois.
- *Schéma sur 9 à 12 mois* : INH et RMP pendant toute la durée.

E. Durée du traitement :

Dépend de la localisation de l'infection :

- *6 mois pour tuberculose pulmonaire*
- *6 à 9 mois pour atteinte ganglionnaire, urogénitale ou si immunodépression.*
- *12 mois pour atteinte neuroméningée.*
- *12 à 18 mois pour atteinte osseuse.*

F. Surveillance :

1. De l'efficacité du traitement :

- Amélioration des signes cliniques
- Radiologies
- Surveillance bactériologique.

2. De la tolérance :

- Champ visuel et vision des couleurs.
- Dosage des transaminases
- Carence en vitamine B6

3. De l'observance :

Par l'interrogatoire du patient et la coloration orange des urines.

Nécessaire de remotiver le patient.

Surveillance biologique possible.

## G. Cas Particuliers :

### 1. Sujet VIH :

Présentent souvent des éruptions cutanées.

Si traitement par inhibiteurs de protéases, la rifampicine est remplacée par la rifabutine.

Il faudra poursuivre le traitement 6 mois de plus après négativation de l'expectoration.

### 2. Femme enceinte :

Le PZA est contre-indiqué, donc schéma de traitement sur 9 mois.

## H. Perspectives :

La découverte de nouveaux vaccins est devenue un impératif car :

- *Traitement long.*
- *Emergence de souches multi résistantes*
- *Le vaccin actuel n'est pas pleinement efficace.*

Le nouveau vaccin pourrait servir à revacciner des adultes, mal protégé par le BCG reçu dans l'enfance.

### 3. Conseils aux patients :

- Favoriser l'observance.
- Surveiller les effets indésirables.

*Hépatique.*

*Visuel.*

- Respecter le calendrier des examens complémentaires.

- Précautions liées à la rifampicine :

*Coloration des urines.*

*Attention aux interactions car inducteur enzymatique.*

*Contraception mécanique pour la femme.*

*Eviter l'alcool.*

# L'hépatite C :

## 1. Qu'est-ce que l'hépatite C :

Le VHC est un virus à ARN infectant hépatocytes et lymphocytes.

En France, les génotypes 1a et 1b représentent environ 80% des souches retrouvées.

### A. Epidémiologie :

Responsable en France de 20% des cas d'hépatite aigue et 70% des hépatite chronique.

L'infection est caractérisée par une fréquente évolution vers la chronicité.

600000 personnes sont porteuses du VHC.

Ce portage chronique peut aboutir à la cirrhose et au carcinome hépatocellulaire.

La majorité des cas actuellement découverts sont asymptomatiques, touchent des sujets jeunes.

L'origine de la contamination est plus souvent une toxicomanie qu'une transfusion.

La cirrhose n'est constatée que dans 10% des cas dépistés actuellement avec une prédominance masculine.

Seuls 30000 patients environ sont traités.

### B. Mécanisme :

Les lésions hépatiques sont surtout liées à la réponse immunitaire de l'hôte vis-à-vis des cellules infectées.

La persistance du virus est lié à la grande variabilité du virus c'est-à-dire à sa capacité de mutation.

Comme le virus infecte aussi les lymphocytes, il échappera plus facilement à la réponse immunitaire.

### C. Diagnostic :

Repose actuellement sur le test ELISA de troisième génération avec une sensibilité et une spécificité supérieures à 95%.

Si positif, un test de confirmation sera réalisé par recherche de l'ARN du virus C dans le sérum par PCR qualitative.

### D. Signes :

#### 1. Infection aigue :

Débute par une hépatite aigue, inapparente dans 80% des cas.

L'incubation est de 6 semaines.

Les signes seront un ictère, une fatigue, des signes digestifs et généraux évoquant la grippe.

Le risque d'hépatite fulminante est nul.

L'hépatite est reconnue par une élévation des transaminases.

#### 2. Infection chronique :

Habituellement inapparente et mise en évidence par augmentation des transaminases.

### E. Evolution :

L'infection évolue sur des dizaines d'années.

85% des patients deviennent des porteurs chroniques du virus.

20% développent une cirrhose.

Les facteurs de gravité associés à une évolution rapide de la fibrose et une mauvaise réponse au traitement sont :

- *La nature du virus.*
- *La nature de l'hôte.*

L'alcool est un des cofacteurs les plus délétères.

#### F. Manifestations extra hépatiques :

Ce sont surtout des maladies auto-immunes (thyroïdite et diabète) et la cryoglobulinémie.

#### G. Examens complémentaires :

Dans un premier temps on évaluera le stade de la maladie.

Dans un deuxième temps, les examens avant la mise en route d'un éventuel traitement sont :

- *Le génotypage et la mesure de la charge virale.*
- *L'histologie hépatique.*
- *L'évaluation de la fonction thyroïdienne.*
- *Recherche d'autoanticorps.*
- *Une NFS de référence.*

### 2. Traitement de l'hépatite C :

L'association ribavirine-interféron alpha-2 est désormais le traitement de référence de l'hépatite C.

#### A. Principes actifs :

##### 1. Interféron alpha-2 :

Obtenu par génie génétique, à une activité immunomodulatrice et antivirale.

Il est administré à la dose 3 millions d'unités, 3 fois par semaine par voie sous cutanée.

Il se conserve au réfrigérateur entre 2 et 8°C.

##### 2. Ribavirine :

C'est un analogue nucléosidique dont le mode d'action demeure encore largement inconnu. Il développe une activité virustatique puissante sur diverses espèces de virus à ADN et à ARN.

Exerce également un effet immunomodulateur.

Les gélules sont administrées par voie orale avec une posologie adaptée selon le poids du patient.

#### B. Bithérapie :

La ribavirine exerce une activité synergique avec l'interféron alpha-2.

Au cours de l'hépatite aiguë, le traitement doit être proposé précocement pour réduire significativement l'évolution vers la chronicité.

Les sujets atteints d'une hépatite C chronique histologiquement prouvée devront également être traités.

##### 1. Patients naïfs :

La bithérapie permet d'obtenir l'éradication virale prolongée.

La durée totale du traitement est de 24 semaines en général, mais elle est portée à 48 semaines si le génotype viral est de type 1 et si la charge virale est élevée.

#### 2. Patients rechuteurs :

Chez ces patients après traitement par interféron alpha-2 en monothérapie avec réponse positive, l'administration de la bithérapie multiplie par 10 l'efficacité du traitement antiviral. Le traitement sera poursuivi pendant 24 semaines.

#### 3. Efficacité :

Deux tiers environ des patients présentent un échec thérapeutique sous forme de rechute ou de non réponse.

En l'absence de facteurs prédictifs, la bithérapie pendant un an semble la meilleure option.

#### 4. Cas particuliers :

- *L'enfants* : L'instauration du traitement doit prendre en compte le rapport bénéfice/Risque.
- *Patients alcooliques, toxicomanes ou mauvais observants* : Ne doivent pas être traités.
- *Patients atteints d'autres pathologies* : Les modalités du traitement doivent être discutées entre spécialistes.
- *Pathologies sans lésions hépatiques* : Mise en place malgré tout d'un traitement.

#### C. Précautions d'emploi :

L'interféron et la ribavirine ont des effets secondaires :

- Anémie hémolytique lié à l'accumulation de ribavirine dans les hématies. Elle est réversible.
- Nausées, dyspnée, prurit, rash cutanées, anorexie, insomnie, toux.
- Syndrome pseudogripal, leuco et thrombopénie, troubles de l'humeur.

La ribavirine nécessite une surveillance particulière en raison de son action mutagène et tératogène.

Il faut s'assurer de l'absence de grossesse lors de l'instauration du traitement et réaliser un test de grossesse mensuel pendant le traitement et jusqu'à quatre mois après son arrêt.

Il faut imposer une contraception dans les couples dont l'homme est malade pendant le traitement et les sept mois qui suivent.

La prescription initiale de la bithérapie est toujours hospitalière.

La validité de la prescription de ribavirine est de six mois, celle de la prescription d'interféron de un an.

Le renouvellement de la bithérapie peut être effectué par tout médecin.

#### D. Perspectives :

- *Interféron pégylé* : Présente une cinétique modifiée. L'interféron-2b dit « pégylé » est dispose d'une AMM et permet de réaliser un traitement par voie sous cutanée en une injection par mois.
- *Le vaccin* : Il fait l'objet de recherches intensives.

#### 3. Conseils aux patients :

- *Règles d'hygiène strictes* :

Trousse de toilette personnelle

Désinfection et pansement de toute plaies.

Le VHC ne se transmet pas par une quinte de toux ni par une poignée de main...pas de mesure disproportionnée.

- *Proscrire l'alcool.*
- *Eviter l'automédication.*
- *Informé sur la nécessité d'une contraception.*
- *Ne pas méconnaître les signes d'une dépression : troubles de l'humeur, insomnie, irritabilité.*
- *Conserver l'interféron au froid : Entre 2 et 8°C.*

# L'hépatite B :

## 1. Qu'est-ce que l'hépatite B :

L'infection au VHB revêt deux formes :

- *Forme aiguë, 90% des cas.*
- *Forme chronique, 10% des cas.*

### A. Epidémiologie :

-En France, comme en Europe occidentale et en Amérique du Nord, la fréquence des porteurs chroniques du VHB est inférieure à 0,5%.

Celle des sujets ayant déjà développé une hépatite B est de 5%.

La contamination sexuelle prédomine actuellement et le risque transfusionnel est exceptionnel.

-Dans les régions de forte endémie (Afrique, Asie, Pacifique), la proportion de porteurs chroniques est de 5 à 10% et plus de 50% de sujets contaminés par le VHB.

La transmission maternofoetale est la principale source de contamination.

-Dans les régions d'endémie intermédiaire (moyen orient, sous-continent indien), la contamination se fait le plus souvent pendant l'enfance.

### B. Etiologie :

Le virus de l'hépatite B est un virus à ADN.

Le VHB présente une variabilité génomique qui s'exprime par :

- *7 génotypes.*
- *Des mutations.*
- *La présence simultanée de virus sauvages et mutés chez un même malade.*

Le VHB n'est pas directement cytopathogène, les lésions provenant de l'attaque par les lymphocytes T cytotoxiques des hépatocytes infectés répliquant le VHB.

### C. Hépatite aiguë :

#### 1. Signes cliniques :

Après contamination, la durée d'incubation est de 6 semaines à 3 mois.

Elle est asymptomatique ou pauci symptomatique avec fièvre et asthénie.

La présence d'un ictère n'est constatée que dans moins de 30% des cas.

La guérison survient spontanément en moins de 6 mois chez 90% des patients. 10% des hépatites aiguës passent à la chronicité.

#### 2. Diagnostic :

Repose sur la sérologie.

Présence initiale de l'AgHBs et de l'IgM anti-HBc.

La détection de l'AC HBs et de l'Ac HBc signe la guérison.

Transaminases souvent élevées.

#### 3. Formes graves :

Représente 1% des hépatites aiguës.

Le taux de prothrombine est le marqueur principal.

Risque d'hépatite fulminante, qui est définie par l'apparition d'une encéphalopathie dans les 8 semaines suivant les premiers signes.

L'hépatite subfulminante survient au-delà de 8 semaines.  
Le risque de mortalité est élevé.  
La transplantation hépatique sera envisagée.

#### D. Hépatite chronique :

Se définit par la présence sérique d'AgHBs au-delà de 6 mois.

##### 1. Sérologie :

Elle évolue en deux phases :

- *Phase répllicative*, marquée par une réplication active, des transaminases élevées et des lésions histologiques évolutives.
- *Phase intégrative*, marquée par une réplication faible ou nulle, des transaminases peu élevées, des lésions histologiques séquellaires et une production de l'AgHBs.

A ce stade des réactivations restent possibles.

Plusieurs séroconversions se succèdent et sont responsables d'un pic de transaminases et d'un risque de décompensation en cas de cirrhose constituée.

Ces épisodes peuvent évoquer des hépatites médicamenteuses ou liées à un autre virus.

##### 2. Diagnostic d'une hépatite chronique active :

- *Bilan biologique hépatique :*

Présence de l'Ag HBs et transaminase normale ou peu élevées.

- *Etude des marqueurs de réplication virale via la détection de l'AgHBe et de l'ADN viral.*
- *Examen clinique.*
- *Evaluation histologique.*

#### E. Cas particuliers :

##### 1. Le porteur sain :

Il est AgHBs+, AgBHe-, ADN-, VHB-, les transaminases ainsi que l'histologie hépatique s'avèrent normales.

##### 2. La transmission maternofoetale :

Ces infections évoluent en trois phases :

- *Phase de tolérance immune.*
- *Phase d'élimination virale par le système immunitaire.*
- *Phase inactive.*

##### 3. La mutation pré-C :

L'immunité anti-HBe peut aboutir à la sélection de mutants pré-C qui échappent à la réponse immune.

Représente près de 50% des hépatites chroniques virales B en France.

Elle est suspectée si l'examen clinique suggère une hépatopathie.

##### 4. La coïnfection delta :

Le virus delta est un virus défectif.

Il se transmet par voie intraveineuse, par voie sexuelle et par des contacts intrafamiliaux.

## 5. Evolution :

La cirrhose post hépatique est l'évolution et l'aggravation de l'infection par le VHB. Risque d'insuffisance hépatique et de décompensation, risque élevé d'apparition d'un carcinome hépatocellulaire.

## 2. Traitement de l'hépatite B :

Prend en compte la différence entre une infection aiguë et chronique dont les mesures préventives ou curatives sont différentes.

### A. Prévention :

#### 1. Les immunoglobulines :

La prévention de la forme aiguë passe par l'administration d'immunoglobulines spécifiques à la posologie de 0,006ml/Kg par voie IM.

Les indications sont :

- *Prévention de l'hépatite B chez le nouveau-né.*
- *Immunoprophylaxie chez l'hémodialysé.*
- *Prévention en cas de contamination accidentelle.*

#### 2. La vaccination :

Ils sont produits par génie génétique.

La posologie par chaque injection est de 20ug pour l'adulte, 10ug pour les enfants et 5ug chez le nouveau-né.

La dose de 40ug est réservée aux adultes dialysés ou en attente de dialyse.

- *La vaccination associée aux immunoglobulines :* Le schéma de vaccination prévoit une première administration, suivie de trois injections 1 mois, 2 mois et 12 mois plus tard.
- *La vaccination « classique » :* Se fait par deux injections à un mois d'intervalle, puis un rappel 6 mois après la première injection. Le schéma vaccinal est renforcé avec un rappel supplémentaire 5 ans après la première injection.

### B. Hépatite aiguë :

Aucun traitement particulier n'est utile en phase aiguë.

### C. Hépatite chronique :

Traitement uniquement en cas d'une multiplication virale, l'objectif étant la suppression durable de la multiplication virale.

#### 1. Interféron alfa :

C'est une molécule à la fois antivirale et immunostimulante.

On retrouve le Roféron-A, le Viraféron et l'IntronA. Ils sont obtenus par génie génétique.

Leur prescription initiale est hospitalière et valable un an, le renouvellement peut être réalisé par tout médecin.

#### - *Posologie :*

La posologie recommandée est de 2,5 à 5MUI/m<sup>2</sup> en sous cutané 3 fois par semaine pendant 4 à 6 mois pour l'Ia2a.

L'Ia2b s'administre à la dose de 5 à 10 MUI 3 fois/semaine, pendant 4 à 6 mois.

#### - *Contre-indications :*

Contre indiqué chez les patients ayant une maladie hépatique sévère ou une cirrhose décompensée.

- *Limites du traitement :*

Liées aux effets indésirables à savoir, syndrome pseudo grippal, incidence hématologique, dysthyroïdies et dépression.

- *Grossesse :*

Possible selon le rapport bénéfice/risque.

- *Bilan Pré thérapeutique :*

- Bilan hépatique.
- Bilan de coagulation
- Bilan hématologique
- Bilan biologique
- Electroencéphalogramme.

## 2. La lamivudine :

C'est un inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse.

Soumis à une prescription initiale hospitalière annuelle et réservée aux spécialistes en gastroentérologie, hépatologie, maladie de l'appareil digestif, médecine interne et infectiologie.

Le renouvellement est réservé aux mêmes spécialistes de ville ou d'hôpital.

- *Posologie :*

Elle est de 100mg/jour et diminuée chez l'insuffisant rénal.

- *Limites du traitement :*

Les résultats sont bons si traitement long.

Mais à partir de 6 mois de traitement, des mutations (variants YMDD) apparaissent et sont responsables d'un échappement thérapeutique.

L'instauration d'un traitement en entretien limite la progression vers la cirrhose.

- *Grossesse :*

Non recommandée durant les 3 premiers mois et au cours de l'allaitement.

## 3. La transplantation :

Doit être envisagée si la cirrhose engendre des complications compromettant la qualité de vie, si survie inférieure à 1 an ou si survenu d'un hépato carcinome.

Il est nécessaire d'envisager un traitement visant à prévenir la récurrence sur le greffon.

### D. Perspectives :

Repose sur des analogues nucléosidiques :

- *La Vidarabine:* Permet un arrêt de la multiplication virale dans 30% des cas.
- *Le famciclovir :* transformé dans le foie en penciclovir est utilisé per os. La réplication du VHB est réprimée efficacement mais pas totalement.
- *L'adéfovir et l'entécavir* sont efficaces in vivo sur les mutants YMDD.

### 3. Conseils aux patients :

#### En cas d'hépatite B aiguë :

-Protéger l'entourage du malade, par la vaccination ou par le traitement préventif du conjoint.

- Eviter la contamination par l'utilisation de préservatif et l'utilisation d'une trousse de toilette personnelle.
- Ne pas s'imposer un régime avec de strictes restrictions.
- Un rythme de vie adapté aux symptômes avec du repos mais en préservant ses activités quotidiennes.

En cas d'hépatite B chronique :

- Limiter la contagion par la vaccination, l'utilisation de préservatif et avoir une trousse de toilette personnelle.
- Respecter le calendrier des contrôles biologiques, tous les 3 mois.
- Règles alimentaires en ne consommant pas d'alcool et en limitant l'excès de poids.
- Lors de la prise d'interféron alfa, prévenir les effets indésirables, les troubles de l'humeur et prendre du paracétamol ½ heure avant les injections pour éviter le syndrome pseudo-grippal.

# L'anxiété généralisée et le trouble panique :

## 1. Qu'est que l'anxiété généralisée et le trouble panique ?

Les troubles anxieux englobent le trouble anxieux généralisé correspondant à un état anxieux pathologique de fond et le trouble panique désignant des états anxieux aigus plus ou moins récidivants.

L'anxiété peut se définir comme une sensation de peur sans objet ou un sentiment pénible d'attente et d'appréhension plus ou moins flou d'un danger imprécis, accompagné d'un cortège de sensations physiques de constriction et d'oppression.

### A. Epidémiologie :

C'est un phénomène qui représente 20% des consultants en médecine générale.

### B. Signes cliniques :

Les troubles anxieux associent trois types de signes cliniques :

- *Des manifestations subjectives allant du simple sentiment d'agitation jusqu'à une véritable sensation de panique.*
- *Des manifestations comportementales allant de la sidération jusqu'à agitation avec auto ou hétéroagressivité.*
- *Des manifestations somatiques dont des cardiovasculaires, respiratoires ou digestives.*

#### 1. Trouble anxieux généralisé :

On décrit une tension psychique douloureuse.

Il est marqué par le ressenti de soucis ou d'inquiétudes excessifs dans la vie courante.

Le sujet présente des difficultés à contrôler son inquiétude.

S'y associent également, de l'agitation, de la fatigabilité, des difficultés de concentration, des trous de mémoire, de l'irritabilité, des troubles du sommeil.

On peut retrouver des troubles neurovégétatifs comme la tachycardie, la tachypnée ou la sécheresse buccale.

Le TAG est établi si l'anxiété perdure au moins 6 mois.

#### 2. Trouble panique :

C'est un état anxieux constitué d'accès d'angoisse.

Les attaques de panique commencent brutalement, durent de quelques minutes à quelques heures.

Quatre types de symptômes en forme le tableau clinique :

- *Manifestations psychiques* avec une sensation de mort, de catastrophe imminente, la peur de perdre la raison, une hyper vigilance et une tension intérieure majeure.
- *Manifestations somatiques* qui peuvent varier d'un individu à l'autre avec des signes qui touchent les systèmes cardiovasculaire, respiratoire, digestif ou neurologique.
- *Manifestations psychosensorielles* avec un sentiment de dépersonnalisation et de déréalisation.
- *Manifestations comportementales* allant de la stupeur à l'agitation, des tentatives de suicide au cours d'un raptus anxieux.

### C. Diagnostic :

Il repose uniquement sur la clinique.

Le diagnostic peut être posé si :

- Présence de plaintes somatiques multiples et polymorphe, formulées de façon répétitive.
- Des demandes d'examens complémentaires répétées dont la normalité n'arrive pas à rassurer le patient.
- Des demandes de traitement récurrentes ou des prescriptions que le patient refuse de voir modifiées.
- Des réactions excessives et dramatiques face à des événements banals.
- Des troubles psychologiques associés en particulier d'état dépressif ou de conduites addictives, notamment l'alcoolisme.

### D. Comorbidités :

L'association entre troubles anxieux et maladies somatiques est fréquente.

Il faut rompre le système autoentretenu « troubles anxieux= troubles somatiques ».

Les affections associées les plus fréquentes sont :

- *Endocriniennes.*
- *Cardiovasculaires.*
- *Respiratoires.*
- *Métaboliques.*
- *Neurologiques.*
- *Gastro-intestinales.*
- *Rhumatismales.*

## 2. Traitement de l'anxiété généralisée et du trouble panique :

### a. Médicaments :

Ils comprennent les anxiolytiques, les antidépresseurs.

L'effet placebo demeure efficace dans environ 60% des cas.

Les signes somatiques d'anxiété cèdent à une psychothérapie ou à la prescription d'anxiolytiques légers.

### a. Benzodiazépines :

Ils modulent les récepteurs cérébraux de type GABA-a en présence du GABA.

Ils sont au nombre d'une douzaine et exercent une activité anxiolytique, hypnotique, amnésiante, anticonvulsivante et myorelaxante.

Il faut surveiller que la prise n'entraîne ou ne potentialise pas une insuffisance respiratoire.

Ils ont un effet amnésiant antérograde.

La bonne tolérance somatique associée à leur capacité à induire une anxiolyse puissante et rapide explique l'engouement des patients et le risque d'abus.

- La tolérance se traduit par l'augmentation des doses pour conserver une action thérapeutique suffisante.
- La dépendance se traduit par des signes psychiques et physiques. Trois phénomènes sont distingués et peuvent s'intriquer :

*Le rebond* : Réurrence avec augmentation de l'intensité.

*La rechute* : Reprise de la pathologie si arrêt du traitement.

*Le sevrage* : Symptomatologie nouvelle induite par l'arrêt brutal du traitement. Se retrouve si le traitement dure entre 3 mois et 1 an.

Ces manifestations sont supprimées ou atténuées si arrêt du traitement très progressif.

La prescription des anxiolytiques fait l'objet d'un encadrement légal étroit.

Il est mené à dose minimale efficace et le traitement est régulièrement réévalué.

b. Autres anxiolytiques :

- *Le méprobamate* : Indiqué dans l'anxiété légère à sévère. Son administration expose à un risque de sevrage proche de celui des barbituriques.
- *L'hydroxyzine* : Utilisé dans le traitement à court terme de l'anxiété généralisée. Ne concerne que les formes mineures de l'anxiété.
- *La Buspirone* : N'expose que peu à des effets latéraux sédatifs et ne donne pas lieu à usage abusif.
- *L'étifoxine* : Indiquée dans les manifestations psychosomatiques de l'anxiété.

c. Antidépresseurs :

Seules certaines molécules ont une AMM dans l'anxiété : La clomipramine, le citalopram, la paroxétine et la venlafaxine.

Les effets indésirables liés à un tricyclique peuvent s'avérer handicapants et dangereux.

Le traitement par un inhibiteur de la recapture de la sérotonine ou un antidépresseur d'action duale est généralement bien toléré.

d. Bêtabloquants :

Le propranolol a une indication dans les manifestations fonctionnelles cardiaques à type de tachycardie et de palpitations au cours de situations émotionnelles transitoires.

b. Les stratégies :

a. Crise d'angoisse :

Impose l'isolement du patient.

Il faut rassurer le patient, favoriser sa relaxation musculaire et l'aider à contrôler sa respiration.

Une benzodiazépine ou un équivalent d'action rapide administré par voie orale est indiqué.

b. Trouble panique :

La chimiothérapie prophylactique fait appel aux antidépresseurs.

On utilisera les tricycliques et les IRS qui n'engendrent pas de risque de dépendance et une bonne tolérance.

Certaines benzodiazépines sont aussi utilisées hors AMM.

- *L'alprazolam*.
- *Le clonazepam*.

Il est fréquent d'associer un anxiolytique à faible posologie et un antidépresseur dans cette indication en début de traitement.

Le traitement doit être administré pendant au moins six mois d'affilée puis arrêté progressivement.

c. Anxiété généralisée :

Constitue une indication importante des anxiolytiques administrés par voie orale.

La posologie est déterminée de façon empirique suivant la sensibilité et le terrain du sujet.

Le choix de la molécule repose sur des critères cinétiques.

Le traitement est efficace en une à deux semaines.

On procède par cures courtes et éventuellement répétées.

Les antidépresseurs se révèlent aussi actifs que les benzodiazépines mais leur délai d'action est plus important, d'où une association temporaire est fréquente.

3. Conseils à donner au patient :

a. Un traitement à respecter à la lettre :

Le traitement est long.

Il faudra des consultations médicales régulières.

Ne pas interrompre le traitement sans avis médicale.

Les BZD au long cours entraîne un risque de pharmacodépendance.

Les traitements sont la source de somnolence et de pertes de mémoire.

b. Gérer une crise d'angoisse :

Contrôler sa respiration.

Dédramatiser la situation, rassurer.

Aider le patient à se détendre.

Isoler le patient des sources anxieuses.

Quand la crise est résolue, orienter vers une consultation spécialisée.

c. Respecter une hygiène de vie équilibrée :

Cela aide à lutter contre l'anxiété.

Avoir une alimentation équilibrée, avec du lithium, du magnésium et de la vitamine du groupe b.

Pratiquer une activité sportive.

Bien dormir.

d. De bonnes conditions pour un bon sommeil :

Connaitre ses besoins.

Se coucher et se lever à la même heure.

Apprendre à en faire moins.

Eviter la consommation d'excitants (café, coca, thé...)