

MAJBOOK

Toute la spécialité, par le Major

**HÉPATO-GASTRO-
ENTÉROLOGIE
ENDOCRINOLOGIE
DIABÉTOLOGIE
NUTRITION**

Alexis Maillard
Lina Jeantin

Préface du Pr Claire Le Jeune
Professeur à l'Université Paris Descartes

MED-LINE
Editions

Éditions MED-LINE
74 Boulevard de l'Hôpital
75013 Paris
Tél. : 09 70 77 11 48
www.med-line.fr

*MAJBOOK HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE, ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE, NUTRITION (N°. 07) -
MAJBOOK - TOUTE LA SPÉCIALITÉ, PAR LE MAJOR - 2^E ÉDITION*
ISBN : 978-2-84678-291-3
© 2020 ÉDITIONS MED-LINE

Toute représentation ou reproduction, intégrale ou partielle, faite sans le consentement des auteurs, ou de leurs ayants droit ou ayants cause, est illicite (loi du 11 mars 1957, alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du Code Pénal.



Préface du Pr Claire Le Jeunne

Publier les notes du major à l'Examen Classant National de médecine 2018, voilà une idée originale qui mérite tout notre intérêt.

Les notes qui deviennent fiches sont des documents uniques. Élaborées avec beaucoup de soin et de sens pratique, elles permettent de faire une révision d'un item en quelques dizaines de minutes.

Tout compte dans une fiche : la présentation, le jeu des couleurs, le choix des abréviations. C'est un énorme travail original fait à partir de sources différentes, des photocopiés, des manuels, le cours de l'enseignant, un article. Tout document jugé informatif peut contribuer à la touche finale de la fiche qui s'élabore et se complète petit à petit pour devenir définitive en général la dernière année.

En l'occurrence une fiche concerne un item du programme du 2^e cycle des études médicales sachant qu'il y en a 362 au total.

Cette méthodologie des fiches a traversé les temps, j'ai moi-même travaillé avec cette technique pour préparer le concours de 1977 et ce n'est que récemment que j'ai accepté l'idée de m'en séparer, tant l'énergie mise pour les préparer et le travail que cela symbolise sont considérables.

La taille de cet ouvrage de 1900 pages nous montre bien la somme des connaissances que nous demandons à nos étudiants de métaboliser. Chaque année davantage, car la médecine – et les connaissances scientifiques qui s'y rattachent – progresse à pas de géant et doit se spécialiser.

Il faut donc trouver des moyens pour pouvoir assimiler un programme aussi important sachant qu'en médecine, il n'y a pas d'impasse possible. C'est bien ce que nous montrent Alexis Maillard, Major aux iECN 2018, et Lina Jeantin, 71^e aux iECN 2018, dans ce recueil.

Ils abordent toutes les questions du programme sous forme de fiches présentées selon l'ordre du programme. Ils ont traité tous les items. Ils ont fait des fiches synthétiques brillantes qui leur ont permis d'avoir un classement exceptionnel.

Cet ouvrage permettra à ceux qui n'ont pas commencé le travail minutieux dès le début de DFASM de pouvoir rattraper le temps et de s'approprier les fiches ainsi élaborées.

Elles sont complémentaires de l'enseignement à la faculté qui se veut éminemment pratique et qui ne revendique pas l'exhaustivité surtout dans la dernière année des études.

Merci aux Éditions Med-Line d'avoir voulu valoriser ce travail et ainsi reconnaître son importance.

Nous lui souhaitons tout le succès qu'il mérite.

Pr Claire LE JEUNNE
Professeur de Thérapeutique à l'Université Paris Descartes
Ex vice doyen à la pédagogie

Remerciements

Nos remerciements tous particuliers aux auteurs et aux éditeurs des livres suivants, qui nous ont autorisés à reproduire certaines iconographies de leurs ouvrages, au sein de notre livre, dans un souci d'aider le lecteur et de rendre l'ouvrage plus pédagogique.

- *Cancérologie*, Livre du Collège, Collège National des Enseignants en Cancérologie (CNEC), Ouvrage coordonné par le Pr Philippe Giraud et le Pr Jean Trédaniel, Editions Med-line
- *Dermatologie*, UE ECN en dossiers progressifs, Félix Pham, Guillaume Rougier, Editions VG
- *Dermatologie, vénérologie*, iKB, Pr Philippe Bahadoran, Alexandra Picard, Frédéric Mantoux, Emeline Castela, Editions VG
- *Chirurgie générale, viscérale et digestive*, Livre du Collège, Collège Français de Chirurgie générale, viscérale et digestive, Editions Med-line
- *Douleur, Soins palliatifs et accompagnement*, 3^e édition, Livres des Collèges : Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur (SFETD), la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) et la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR)
- *Guide pratique d'Ophthalmologie*, Dr Patrice Vo Tan - Dr Yves Lachkar, Editions VG
- *Guide pratique de Pédiatrie*, Daniel Berdah, Marc Bellaïche, Editions VG
- *Gynécologie Obstétrique*, iKB, Pr Blandine Courbière, Pr Xavier Carcopino, Editions VG
- *Hépatologie, Gastrologie-entérologie, chirurgie viscérale*, iKB, Jean-David Zeitoun, Ariane Chryssostalis, Pr Jérémie Lefevre
- *Imagerie médicale*, KB, Mickaël Soussan, Editions VG
- *iECN+ Imagerie*, Pr Ivan Bricault, Raphaël Girard, Julien Frandon, Mehmet Sahin, Editions VG
- *Neurologie*, 12^e édition, Nicolas Danziger, Sonia Alamowitch, Editions Med-line
- *Orthopédie-Traumatologie*, 7^e édition, Guillaume Wavreille, Editions Med-Line
- *Ophthalmologie*, iKB, Allan Benarous, Tich Ludovic Le, Editions VG
- *Orthopédie-Traumatologie*, iKB, Sylvain Bodard, Grégory Edgard-Rosa, Arié Azuelos, Claude Aharoni, Editions VG
- *Parasitoses et mycoses*, L'entraînement IECN, Pr Patrice Bourée, Editions Med-Line
- *Parasitoses et mycologie en poche*, Pr Patrice Bourée, Editions Med-Line
- *Pédiatrie*, iKB, Marc Bellaïche, Editions VG
- *Radiologie-Imagerie*, 2^e édition, sous la direction du Pr Nathalie Boutry, Editions Med-Line
- *Radiodiagnostic, Imagerie médicale et médecine nucléaire*, 116 dossiers à interpréter, Michaël Soussan, Ingrid Faouzzi, Editions Med-Line
- *Rhumatologie*, iKB, Pierre Khalifa, Editions VG



Introduction par les auteurs

Majbook Hépatogastro-entérologie, Endocrinologie, Diabétologie, Nutrition

La préparation de l'iECN est une épreuve complexe et de longue haleine par la masse considérable des connaissances nécessaires et par la ténacité dont il faut faire preuve. Et cette épreuve est rendue d'autant plus ardue que les supports de connaissances sont disparates, souvent peu synthétiques et de qualité inégale.

Avec cet ouvrage, constitué de la somme revue et actualisée de nos fiches pour la préparation au concours, nous proposons un support homogène, synthétique et complet pour la préparation des iECN. Le Majbook paru en un seul volume (avec tous les items de l'iECN) est désormais également décliné par spécialités pour ceux d'entre vous qui préfèrent réviser de cette façon. Au total 10 volumes qui traitent de la Pédiatrie (volume 1), de la Cardiologie-Pneumologie (volume 2), de la Neurologie, Psychiatrie et addictologie (volume 3), de la Santé publique, médecine légale, médecine du travail, pharmacologie (Volume 4), de la Gynécologie, obstétrique, urologie, néphrologie (Volume 5), de la Dermatologie, maladies infectieuses (Volume 6), de l'Hépatogastro-entérologie, Endocrinologie, diabétologie, nutrition (Volume 7), de la Cancérologie, hématologie, Douleur, Soins palliatifs, Gériatrie, MPR (Volume 8), de la Médecine interne, immunologie, Rhumatologie, Orthopédie (Volume 9), de Urgences Réanimation, anesthésie, Ophtalmologie, ORL et Chirurgie maxillo-faciale (Volume 10).

Ces fiches nous ont accompagnés tout au long de notre externat. Elles ont été créées et enrichies à partir de nos cours, de nos stages, de nos conférences, et de toute la bibliographie utile tout au long de notre préparation. Elles donnent, pour chaque item, un contenu organisé et adapté à la réponse aux questions à choix multiples. Elles ne font pas l'impasse sur la compréhension qui est, de notre point de vue, le ciment de la mémorisation.

La présentation utilise des couleurs pour faciliter la lisibilité. Les points essentiels sont mis en valeur afin de hiérarchiser les connaissances et rendre l'apprentissage à la fois plus agréable et plus efficace. Des schémas et tableaux de synthèses viennent encore consolider les points importants du texte.

Enfin, nous avons souhaité intégrer à cet ouvrage une iconographie en couleurs (photographies, imagerie radiologique, schémas explicatifs, etc.) afin de fixer les concepts et image-clés qu'il est nécessaire d'avoir en tête le jour J.

Nous espérons que ces fiches vous aideront autant qu'elles nous ont aidés pour la préparation des iECN et vous permettront d'atteindre la spécialité dont vous rêvez.

Bon courage à tous !

Alexis Maillard, Major aux iECN 2018

Lina Jeantin, 71^e aux iECN 2018



Les auteurs

Alexis Maillard est arrivé Major à l'iECN 2018. Il a débuté ses études de médecine à la faculté de médecine de Grenoble. Après un master 2 en neurosciences intégratives à l'École Normale Supérieure, il a poursuivi son externat à Paris Descartes. Il choisit la spécialité de Maladies infectieuses et tropicales en Ile de France.

Lina Jeantin est classée 71^e à l'iECN 2018. Elle intègre la promotion 2013 de l'école de l'Inserm, où elle poursuit un double cursus médecine-sciences. Elle est également interne en Maladies infectieuses et tropicales en Ile de France et souhaite allier une activité de recherche fondamentale à sa pratique clinique.

Ouvrage coordonné par le **Dr Sylvain Bodard**, classé 7^e à l'ECN 2013, Conférencier d'Internat.

Sommaire

PARTIE 1 : HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

UE 3 : Maturation - Vulnérabilité - Santé mentale - Conduites addictives	
Item 74	Addiction à l'alcool 17
UE 6 : Maladies transmissibles - Risques sanitaires - Santé au travail	
Item 163-1	Hépatites virales 27
Item 163-2	Conduite à tenir devant des anomalies isolées du bilan hépato-cellulaire..... 35
Item 168	Parasitoses digestives : giardiose, amoebiose, téniasis, ascaridiose, oxyurose..... 37
UE 7 : Inflammation - Immunopathologie - Poumon - Sang	
Item 197-1	Transplantation d'organes : aspects généraux..... 47
Item 215	Pathologies du fer chez l'adulte et l'enfant..... 52
UE 8 : Circulation - Métabolismes	
Item 267	Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'enfant et chez l'adulte..... 61
Item 268	Reflux gastro-oesophagien chez le nourrisson, chez l'enfant et chez l'adulte. Hernie hiatale..... 67
Item 269	Ulcère gastrique et duodéal. Gastrite 71
Item 270	Dysphagie 77
Item 271	Vomissements du nourrisson, de l'enfant et de l'adulte..... 82
Item 273	Hépatomégalie et masse abdominale..... 88
Item 274	Lithiase biliaire et complications..... 92
Item 275	Ictère 97
Item 276	Cirrhose et complications..... 104
Item 277	Ascite 110
Item 278	Pancréatite chronique..... 113
Item 279	Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin (MICI) chez l'adulte et l'enfant..... 116
Item 280	Constipation chez l'enfant et l'adulte (avec le traitement)..... 122
Item 281	Colopathie fonctionnelle..... 127
Item 282	Diarrhée chronique chez l'adulte et l'enfant..... 130
Item 283	Diarrhée aiguë et déshydratation chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte..... 137
Item 284	Diverticulose colique et diverticulite aiguë du sigmoïde..... 143
Item 285	Pathologies hémorroïdaires..... 148
Item 286	Hernie pariétale chez l'enfant et l'adulte..... 152
UE 9 : Cancérologie - Onco-hématologie	
Item 298	Tumeurs du colon et du rectum 157
Item 300	Tumeurs de l'estomac 164
Item 301	Tumeurs du foie, primitives et secondaires..... 168
Item 302	Tumeurs de l'oesophage..... 176
Item 305	Tumeurs du pancréas..... 180
UE 11 : Urgences et défaillances viscérales aiguës	
Item 349	Syndrome occlusif de l'enfant et de l'adulte 189
Item 350	Hémorragie Digestive 194
Item 351	Appendicite de l'enfant et de l'adulte 197
Item 352	Péritonite aiguë chez l'enfant et chez l'adulte..... 200
Item 353	Pancréatite aiguë 203

PARTIE 2 : ENDOCRINOLOGIE - DIABÉTOLOGIE

➡ UE 8 : Circulation - Métabolismes

Item 220	Dyslipidémies	211
Item 221	Hypertension artérielle de l'adulte.....	219
Item 238	Hypoglycémie chez l'adulte et l'enfant.....	230
Item 239	Goitre, nodules thyroïdiens et cancers thyroïdiens.....	236
Item 240	Hyperthyroïdie	243
Item 241	Hypothyroïdie	251
Item 242	Adénome hypophysaire	256
Item 243	Insuffisance surrénale chez l'adulte et l'enfant	264
Item 244	Gynécomastie	271
Item 245-1	Diabète sucré de types 1 et 2 de l'enfant et de l'adulte. Complications.....	273
Item 245-2	Ceil et diabète	284
Item 245-3	Néphropathie diabétique.....	288
Item 245-4	Complications du diabète.....	291
Item 245-5	Diabète durant la grossesse.....	300
Item 266	Hypercalcémie et hypocalcémie - Hypocalcémie (voir item 265).....	305

PARTIE 3 : NUTRITION

➡ UE 3 : Maturation - Vulnérabilité - Santé mentale - Conduites addictives

Item 69	Troubles du comportement alimentaire de l'enfant e de l'adulte	317
---------	--	-----

➡ UE 8 : Circulation - Métabolismes

Item 246	Prévention primaire par la nutrition chez l'adulte et l'enfant.....	327
Item 247	Modifications thérapeutiques du mode de vie (alimentation et activité physique) chez l'adulte et l'enfant..	329
Item 248	Dénutrition chez l'adulte et l'enfant.....	331
Item 249	Amaigrissement	336
Item 251	Obésité de l'enfant et de l'adulte.....	339
Item 253	Aptitude au sport chez l'adulte et l'enfant : besoins nutritionnels chez le sportif.....	346

Les items suivants sont traités dans d'autres volumes de la Collection :

- Item 35 : Contraception dans le volume de Gynécologie et également dans celui de santé publique
- Item 37 : Stérilité dans le volume de Gynécologie - Urologie
- Item 40 : Aménorrhée dans le volume de Gynécologie
- Item 47 : Puberté dans le volume de Gynécologie et également dans celui de Pédiatrie
- Item 51 : Retard de croissance dans le volume de Pédiatrie
- Item 120 : Ménopause, andropause dans le volume de Gynécologie- Urologie
- Item 122 : Troubles de l'érection dans le volume d'Urologie

Abréviations

AA	Air ambiant	CIM	Classification internationale des maladies
AAH	Allocation adulte handicapé	CIVD	Coagulation intravasculaire disséminée
AAN	Anticorps anti-nucléaires (= FAN)	CI	Chlore
AAP	Anti-agrégant plaquettaire	CMUc	Couverture universelle maladie complémentaire
Ac	Anticorps	CMV	Cytomégalovirus
ACH	Acétyl-Choline	CPDPN	Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal
ACR	Arrêt cardiorespiratoire	CPK	Créatine phospho-kinase
AD	Antidépresseur	CRIP	Cellule de recueil des informations préoccupantes
ADH	Anti-diurétique hormone (hormone anti-diurétique)	CTCG	Crise tonico-clonique généralisée
ADK	Adénocarcinome	CV	Cordes vocales, cardiovasculaire, champ visuel
ADP	Adénopathies	D	Droit, droite
ADT	Antidépresseur tricyclique	DA	Dopamine
AEEH	Allocation d'éducation enfant handicapé	DALA	Déficit androgénique lié à l'âge
AG	Anesthésie générale	DDB	Dilatation des bronches
AIT	Accident ischémique transitoire	DLCO	Diffusion Libre du CO
AL	Anesthésie locale	DMLA	Dégénérescence maculaire liée à l'âge
ALR	Anesthésie loco-régionale	DR	Décollement de rétine
AMM	Autorisation de mise sur le marché	DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders
AMS	Atrophie multi-systématisée	DT	Douleur thoracique, Delirium tremens
AOMI	Artérite oblitérante des membres inférieurs	DT1, DT2	Diabète de type 1, 2
APA	Allocation personnalisée d'autonomie	EAL	Examen d'une anomalie lipidique
ARM	Angiographie par résonance magnétique	EBV	Epstein-Barr virus
ARS	Agence régionale de santé	EDC	Épisode dépressif caractérisé
ASE	Aide sociale à l'enfance	EDTSA	Écho-doppler des troncs supra-aortiques
ATB	Antibiotique, antibiothérapie	EEG	Électro-encéphalogramme
ATCD	Antécédents	EER	Épuration extra-rénale
ATIII	Antithrombine III	EG	État général
AV	Acuité visuelle	EI	Effet indésirable
AVC	Accident vasculaire cérébral	EMG	Électromyogramme
AVF	Algie vasculaire de la face	ENMG	Électro-neuromyogramme
AVK	Anti-vitamine K	EP	Embolie pulmonaire
AVP	Accident de la voie publique	EPP	Électrophorèse des protéines plasmatiques
AVS	Auxiliaire de vie scolaire	ES	Effet secondaire
BAT	Biopsie de l'artère temporale	ETO	Échographie trans-oesophagienne
BAV	Bloc atrio-ventriculaire ou Baisse de l'acuité visuelle	ETT	Échographie trans-thoracique
BB-	Bêta bloquants	F	Fille, femme
BGN	Bacille Gram Négatif	FAN	Facteur anti-nucléaire (= AAN)
BK	Bacille de Koch, par extension tuberculose	FCS	Fausse couche spontanée
BPCO	Bronchopneumopathie chronique obstructive	FdR	Facteur de risque
BU	Bandelette urinaire	FN	Faux négatifs
BZD	Benzodiazépines	FO	Fond d'oeil
C2G, C3G	Céphalosporine de 2 ^e , de 3 ^e génération	FP	Faux positifs
Ca	Calcium	G	Gauche, Garçon
CAE	Conduit auditif externe	GDS	Gaz du sang
CAI	Conduit auditif interne	GDS en AA	Gaz du sang en air ambiant
CAT	Conduite à tenir	GEM	Glomérulonéphrite extra-membraneuse
CBH	Claude-Bernard-Horner	GEPA	Granulomatose éosinophile et polyangéite
CBP	Cancer broncho-pulmonaire	GEU	Grossesse extra-utérine
CCR	Cancer colorectal	GGT ou γGT	Gamma-glutamyl-transférase
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées	GNMP	Glomérulonéphrite membrano-proliférative
CE	Corps étranger	GNRP	Glomérulonéphrite rapidement progressive
CHC	Carcinome hépato-cellulaire	GPA	Granulomatose avec poly-angéite
CI	Contre-indication	GPAO	Glaucome primitif à angle ouvert

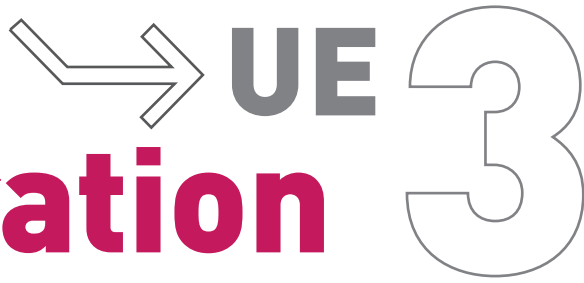
GR	Globule rouge	LP	Libération prolongée
H	Homme	M	Mois (3M = 3 mois)
H1	Récepteurs histaminergiques de type 1	MAF	Mouvements actifs foetaux
HBP	Hypertrophie bénigne de prostate	MAP	Menace d'accouchement prématurée
HBPM	Héparine de bas poids moléculaire	MAV	Malformation artério-veineuse
HDJ	Hôpital de jour	MCV	Maladie cardio-vasculaire
HED	Hématome extra-dural	MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
HELLP	Hemolysis, Elevated liver enzymes, Low platelets	MG	Médecin généraliste
HIA	Hémorragie intra-alvéolaire	MHD	Mesures hygiéno-diététiques
HIV	Hémorragie intra-vitréenne	MI	Membre inférieur
HMG	Hépatomégalie	MID	Membre inférieur droit
HNF	Héparine non fractionnée	MIG	Membre inférieur gauche
HPN	Hydrocéphalie à pression normale	MIN	Mort inattendue du nourrisson
HPN	Hémoglobinurie paroxystique nocturne	MPP	Mal perforant plantaire
HPV	Human papilloma virus	MS	Membre supérieur
HRP	Hématome rétro-placentaire	MSD	Membre supérieur droit
HSA	Hémorragie sous arachnoïdienne (= hémorragie méningée)	MSG	Membre supérieur gauche
HSD	Hématome sous dural	MT	Médecin traitant
HSM, HSMG	Hépatosplénomégalie	MTX	Méthotrexate
HSV	Herpes Simplex virus	N	Normal
HTA	Hypertension artérielle	NA	Noradrénaline
HTAP	Hypertension artérielle pulmonaire, par définition HTP de type 1	Na	Sodium
HTIC	Hypertension intracrânienne	NFS-P	Numération Formule sanguine - Plaquettes
HTP	Hypertension pulmonaire	NGC	Noyaux gris centraux
HTS	hormonothérapie substitutive	NL	Neuroleptiques
HU	Hauteur utérine	NN	Nouveau-né
HyperTG	Hypertriglycémie	NOIA (ou NOIAA)	Neuropathie optique ischémique antérieure (aigue)
HypoTA	Hypotension artérielle	NORB	Neuropathie optique rétrobulbaire
IC	Insuffisance cardiaque	NRS	Nourrisson
ICG	Insuffisance cardiaque gauche	OACR	Occlusion de l'artère centrale de la rétine
ICoro	Insuffisance coronarienne	OAP	Œdème aigu du poumon
ID	Immunodépression	OATF	Ostéonécrose aseptique de la tête fémorale
IDM	Infarctus du myocarde	OBACR	Occlusion d'une branche de l'artère centrale de la rétine
IDR	Intra-dermo réaction	OBVCR	Occlusion d'une branche de la veine centrale de la rétine
IHC	Insuffisance hépato-cellulaire	OCT	Tomographie par cohérence optique
IMG	Interruption médicale de grossesse	OEAP	Oto-émissions acoustiques provoquées
INF	Interféron	OG / OD	Oreille gauche / droite
IOA	Infection ostéo-articulaire	OGE	Organes génitaux externes
IOT	Intubation oro-trachéale	OH	Alcool, alcoolisme
IR	Insuffisance rénale (IRC = chronique, IRA = aigue)	OM	Oreille moyenne
IRA	Insuffisance rénale aiguë	OMA	Otite moyenne aigue
IRespC	Insuffisance respiratoire chronique	OMC	Oedème maculaire cystoïde
IRSNA	Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline	OMC	Otite moyenne chronique
ISRS	Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine	OMI	Oedèmes des membres inférieurs
IST	Infection sexuellement transmissible	OMS	Organisation Mondiale de la Santé
IU	Infection urinaire	OPP	Ordonnance de placement provisoire
IV	Intraveineux	OSM	Otite séro-muqueuse
IVG	Interruption volontaire de grossesse	OVCR	Occlusion de la veine centrale de la rétine
JPDC	Jusqu'à preuve du contraire	PA	Pression artérielle
K ou K+	Potassium	PAN	Péri-artérite noueuse
KT	Cathéter, cathéterisme	PAP	Pression artérielle pulmonaire
LAF	Lampe à fente	PC	Perte de connaissance, Périmètre crânien
LBA	Liquide broncho-alvéolaire	PCR	Polymerase Chain Reaction
LCR	Liquide céphalo-rachidien	PdC	Produit de contraste
LCS	Liquide cérébro-spinal	PEA	Potentiels évoqués auditifs
LED	Lupus érythémateux disséminé	PEC	Prise en charge
LGM	Lésions glomérulaires minimes		

PIO	Pression intra oculaire	TDM TAP	Tomodensitométrie Toraco-Abdomino-Pelvienne
PMI	Protection maternelle et infantile	TDM Tx	Tomodensitométrie du thorax
PNA	Pyélonéphrite aiguë	TdR	Trouble du rythme
PO	Per os	TED	Troubles envahissant du développement
POM	Paralysie oculomotrice	TFI	Troubles fonctionnels intestinaux
POP	Pillule oestro-progestative	THM	Traitement hormonal substitutif
PP	Post-partum	THM	Traitement hormonal de la ménopause
PPR	Photocoagulation pan-rétinienne	TJ	Turgescence jugulaire
PPS	Projet personnalisé de soins	TO	Tonus oculaire
PR	Polyarthrite rhumatoïde	TP	Taux de prothrombine
PSP	Paralysie supra-nucléaire progressive	TR	Toucher rectal
PTx	Pneumothorax	TS	Tentative de suicide
PUMA	Protection universelle maladie	TSA	Troncs supra aortiques
QI	Quotient intellectuel	TV	Tachycardie ventriculaire
RAA	Rhumatisme articulaire aigu	TVC	Thrombose veineuse cérébrale
RCIU	Retard de croissance intra-utérin	TVO	Trouble ventilatoire obstructif
RCV	Risque cardio-vasculaire	TVR	Trouble ventilatoire restrictif
RD	Rétinopathie diabétique	Tx	Thorax
RGO	Reflux gastro-oesophagien	TXA2	Thromboxane A2
RHJ	Reflux hépato-jugulaire	UGD	Ulcère gastro-duodéal
RM	Rétrécissement mitral	VADS	Voies aérodigestives supérieures
RPCA	Résistance à la protéine C activée (= déficit en facteur V)	VB	Voies biliaires
RPM	Réflexe photomoteur	VHA (VHB, C, D, E)	Virus de l'hépatite A (B, C, D, E)
RPM	Rupture prématurée des membranes	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
RSA	Revenu de solidarité active	VitD	Vitamine D
RTx	Radio de thorax		
S	Semaine (3S = 3 semaines)		
SA	Semaines d'aménorrhée (36SA = 36 semaines d'aménorrhée)		
SAOS	Syndrome d'apnée obstructive du sommeil		
SAPL	Syndrome des antiphospholipides		
SAT-VAT	Sérologie antitétanique - Vaccination antitétanique		
SAU	Service d'accueil des urgences		
SB	Substance blanche (cérébrale)		
SC	Sous-cutané		
Sd	Syndrome		
SdG	Signe de gravité		
SEP	Sclérose en plaques		
SG	Substance grise (cérébrale)		
SGS	Syndrome de Goujerot-Sjögren		
SMG	Splénomégalie		
SN	Syndrome néphrotique		
SNG	Sonde naso-gastrique		
SpA	Spondylarthrite		
SpO2	Saturation en oxygène de l'hémoglobine		
SRAA	Système rénine angiotensine aldostérone		
ssi	Si et seulement si		
SSR	Soins de suite et de réadaptation		
Staph	Staphylocoque		
TA	Tension artérielle		
TA	Troubles de d'adaptation		
TAG	Trouble anxieux généralisé		
TC	Tronc cérébral, Trauma crânien		
TCA	Trouble du comportement alimentaire		
TCA	Temps de Céphaline activée (équivalent du TCK)		
TCC	Thérapie Cognitivo-comportementale		
TCK	Temps de Céphaline Kaolin (équivalent du TCA)		
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité		
TDM AP	TDM abdomino-pelvien		



Partie 

**HÉPATO-GASTRO-
ENTÉROLOGIE**



Maturation

Vulnérabilité - Santé mentale
Conduites addictives

Addiction à l'alcool

OBJECTIFS CNCI :

- Repérer, diagnostiquer, évaluer le retentissement d'une addiction à l'alcool.
- Indications et principes du sevrage thérapeutique.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

I. Généralités sur les addictions

- **Usage = abstinence + usage simple**
 - **Usage simple : 1 verre = 10g OH pur** (1 demi de bière à 5%, 1 ballon de vin rouge, 1 shooter)
 - **Maximum (recommandations OMS) :**
 - **21 (H) ou 14 (F)** verres, semaines OU **4 verres par occasion** de boire
 - ET **≥ 1 jour sans OH** par semaine
 - **!! Seuil maximum encore abaissé dans les recommandations françaises (INCa et Santé Publique France, 2017) :** recommandation pour limiter les risques liés à l'alcool
 - **Maximum 10 verres par semaine et pas plus de 2 verres par jours**
 - Avec des jours de la semaine **sans consommation**
 - **À parfois abaisser :**
 - **Situation à risque** : conduite de véhicule, machine dangereuse, post de sécurité...
 - **Risque individuel** : ± autres substances, maladies, âge, poids, sexe, fatigue...
 - **!! Pas d'OH pour certaines circonstances : grossesse, conduite, métiers ou sports dangereux...**
- **Mésusage :** Tous recouverts par **consommation excessive**
 - = **Usage à risque** : Consommation > seuils usage simple → risque dommages physiques, psychiques, sociaux
 - ⇒ Peut s'éteindre spontanément ou évoluer vers usage nocif et/ou dépendance
 - = **Usage nocif (critères CIM 10) : Conséquences sur la santé mais sans critères de dépendance**
- **Dépendance : Incapacité à ↓ sa consommation** et obligation comportementale
 - **Signes psychologiques :**
 - Quantité et durée prise plus importantes que prévu, Incapacité à contrôler la prise de la substance
 - **Temps important** passé à essayer d'obtenir la substance, ou à se remettre de ses effets
 - ↓ ou abandon d'importantes activités sociales, professionnelles ou loisir
 - Poursuite consommation malgré perception ↑ difficultés sociales, physiques
 - **Peuvent ± s'associer à :**
 - **Tolérance** : ↑ des doses pour retrouver le même effet
 - **Sevrage = dépendance physique** : Sd clinique apparaissant si ↓ concentration tissulaire, sanguine
 - **Sd de dépendance (Critères CIM10) : ≥ 3 en même temps ou sur la dernière année**
 - **Désir puissant et compulsif** d'utiliser une substance psychoactive
 - **Difficultés à contrôler l'utilisation de la substance** : délais, niveau, interruption de consommation
 - **Sevrage psychologique si ↓ ou arrêt** : reprise substance ou apparenté pour ↓ symptômes
 - **Tolérance** : quantités ↑ pour effet identique (atteint parfois des doses létales pour un sujet normal !)
 - **Abandon d'autres sources de plaisir** et ↑ temps passé à utiliser, se procurer, récupérer des effets
 - **Poursuite de la consommation malgré conséquences, sujet au courant** de la gravité des conséquences
 - **Sd de dépendance alcoolique** = addiction à l'alcool (anciennement « alcoolisme »)
 - **7 critères de dépendance à l'alcool de Edwards et Gross (1976)**
 - Fixation progressive des modalités de consommation d'OH
 - Prééminence des comportements de recherche d'OH
 - ↑ de la tolérance
 - Évitement du sevrage
 - Sentiment subjectif d'une **compulsion à boire**
 - **Symptômes de sevrage** récurrents
 - Réinstallation au décours de l'abstinence
 - **Épidémiologie clinique (Radouco-Thomas et Schuckit) :**
 - **Alcoolisme primaire** (70%) : alcool = 1^{er} trouble installé → PEC axée sur **conduite alcoolique**
 - **Alcoolisme secondaire** (30%) : conduite alcoolique secondaire à trouble psy ou de la personnalité

- **Critères DSM V**
 - « **Troubles liés à l'usage de substances** » :
 - OH, caféine, cannabis, hallucinogènes, inhalant, opioïdes, sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques
 - Stimulants, tabac, autres (ou inconnue)...
 - **Critères** : **≥ 2 critères pendant 12 mois** parmi les 11 suivants
 - **Déficiência du contrôle vis à vis de la substance**
 1. Prise en quantité plus importante ou sur période plus longue que prévue
 2. Efforts infructueux pour ↓ ou contrôler prises
 3. Temps important passé à essayer d'obtenir la substance, se remettre de ses effets
 4. **Craving** (désir intense de la substance, sujet incapable de penser à autre chose)
 - **Dysfonctionnement social**:
 5. incapacité à remplir obligations majeures (travail, école, responsabilités parentales)
 6. Poursuite consommation malgré difficultés sociales, problèmes interpersonnels récurrents
 7. ↓ ou abandon activités : sociales, professionnelles, loisir
 - **Prise de risque** :
 8. Récurrence consommation dans contexte à risque (ex: conduite automobile)
 9. Poursuite malgré connaissance d'un problème physique/psy causé/pouvant être aggravé par substance
 - **Critères pharmacologiques**:
 10. **Tolérance** : ↓ effet à dose constante, nécessité ↑ doses pour même effet
 11. **Sevrage** : quand ↓ concentration de substance, pousse à reconsommer pour l'éviter (SdG clinique)

II. Dépendance à l'alcool

1. Généralités

- **Epidémiologie**
 - Substance psychoactive la plus consommée adulte ≥ 17 ans, 1^{ère} ivresse ≈ 15 ans en moyenne
 - **Consommation (2003)** : **9L/an OH pur** par personne en France
 - **Majorité** : **vin**, mais consommation vin ↓ et ↑ de boissons peu ou très alcoolisées
 - 5M consommation à risque, **1.5M dépendants (3% population)** → **espérance de vie ↓ 20%**
 - **3^{ème} cause mortalité (49 000/an** dont 22 000 directement) : **2^{nde} cause de décès évitable** (après tabac), H > F
 - **Causes de décès** : **cancers VADS** > mortalité **CV** > causes digestives > accidents et empoisonnements
 - **!! 2/3** des consommations à risque ne sont pas dépendants
 - **!! ½** des décès prématurés dus à OH : chez consommateurs à risque **sans dépendance**
 - **25% des maladies** (tout genre) = dues directement ou indirectement au **mésusage de l'OH**
 - **Mésusage OH** = 20% consultations médecine générale et 15-25% hospitalisations
 - **Polyaddictions +++** : addiction **tabac 75-95%**, **BZD +++**, 40% OH-dépendant ont autre trouble psychiatrique
- **Consommation**
 - **Quantité** (en g) = **volume (L) x degré (%) x 8** (densité)
 - **Alcoolémie (g/L) = quantité absorbée (g), eau totale (L)** (= poids en kg x 0.6)
- **Facteurs de risque et étiologies**
 - **Facteurs génétiques** (40-60% du risque) : Polymorphismes génétiques influençant
 - **Métabolisme OH**
 - **Effets positifs** (euphorie) **ou négatifs** (anxiété)
 - **Risque de complications somatiques** : cirrhose
 - **Facteurs socio-culturels** :
 - **Milieu défavorisé** ou poussant à la consommation, accessibilité du produit
 - **Stress**, profession à risque, tolérance de l'opinion, intérêt économique, publicités
 - **Facteurs psychologiques** : impulsivité, immaturité, dépendance, recherche de sensations
 - **Facteurs liés au produits** : toxicomanogène, quantité consommée, durée et mode de consommation
 - **Dépendance** : **Perte de contrôle** de l'usage d'alcool +++
 - ⇒ **!!** Non définie par un seuil ou une fréquence / **!!** Ni par l'existence de dommages induits

2. Diagnostic

• Dépistage

- **Cible** : personnes consommant < **6-8 verres/j** (!! déni de l'OH-dépendance fréquent)
- **Entretien clinique et questionnaire** :
 - **Test AUDIT-C** (Alcohol Used Disorders Identification Test)
 - Combien de consommation d'OH par mois ou semaine ?
 - Combien de verres standards pendant journée ordinaire
 - Combien de fois vous arrive-t-il de boire > 6 verres en 1 occasion ?
 - **Ou questionnaire DETA-CAGE** : Diminuer – Entourage – Trop – Alcool → Alcoolisation excessive si $\geq 2/4$
 - Déjà ressenti le besoin de **DIMINUER** la consommation d'OH ?
 - L'**ENTOURAGE** a-t-il déjà critiqué votre consommation ?
 - Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez **TROP** ?
 - Avez-vous déjà eu besoin d'**ALCOOL** le matin pour vous sentir en forme ?
- **Pas d'examens bio recommandés pour dépistage**
 - **VGM** : marqueur **tardif** consommation OH, \uparrow **γ -GT** : plus sensible mais peu spécifique
 - **Transferrine désialylée** (très **Sp et Se**) : Dosable si déni ou pour suivi post-sevrage
 - \uparrow si consommation à risque sans OH-dépendance → repère **usage > 6 verres/j**
 - Bon marqueur de rechute (normalisation en **2-5S**)
- **!! Examens biologiques normaux n'éliminent PAS un mésusage**

• Signes cliniques : Intoxication alcoolique aiguë = Ivresse

- **!!** Devant toute **IAA** : rechercher une **hypoglycémie** \pm lésion si signes focaux
- **Ivresses compliquées** : si association à des TC, polytraumatismes, autres intoxications
- **Ivresse simple** : par une action sur cervelet et ganglion de la base
 - **Phase d'excitation** (1-2g/L) : désinhibition, logorrhée et dysarthrie, euphorie, agressivité
 - **Phase d'incoordination** (≥ 2 g/L) : incohérence, Sd cérébelleux, dysmétrie, temps réaction \uparrow ...
- **Ivresse pathologique** : Tableau prolongé avec **dangerosité potentielle** pour patient ou entourage ++
 - **Excito-motrice** : hétéro ou auto-agressivité importante, crises clastiques
 - **Déirante** : délire interprétatif ou hallucinatoire, délire persécution, jalousie, grandeur
 - **Dépressive ou hypomaniaque** : Suivi d'un sommeil profond et d'une amnésie lacunaire de l'épisode
- **Ivresse convulsive** (\downarrow seuil épileptogène) : Le plus souvent **CTCG** et unique sur une intoxication occasionnelle
 - ⇒ Pas de traitement nécessaire le plus souvent
- **Coma éthylique** (> 3g/L) = **toxidrome de myorelaxation** : par une **encéphalopathie éthylique**
 - Coma calme, hypotonique, sans signe de localisation, **hypothermie**, Mydriase bilatérale
 - **Signes circulatoires** : bradycardie, hypotension, \pm collapsus, **Dépression respiratoire** et risque d'anoxie
 - **!! Risques majeurs à rechercher** : **hypoglycémie, acidocétose, hyponatrémie**

• Intoxication OH chronique

- **Signes d'imprégnation alcoolique** (!! non spécifiques)
 - **Haleine alcoolique**, irritabilité, hypersudation, hépatomégalie
 - **Neurologique** : Tremblements et trémulations des extrémités, polynévrite
 - **Visage** : Bouffissure, **érythro**se faciale, varicosités faciales et conjonctivales, **parotidomégalie**
 - **CV** : Tachycardie, **HTA systolique**
- **Complications liées à l'alcool** : Cirrhose, Polyneuropathie, mauvais état bucco-dentaire, ICC, Cancer...

• Syndrome de sevrage : Dans **12 heures** suivant l'arrêt ou \downarrow consommation / parfois **retardé** (1 mois !!)

- **!!** l'alcool est **la seule** substance addictive dont le sevrage peut être mortel
- **FdR** : Consommation ancienne, massive, co-addictions, **!! ATCD de Sd de sevrage compliqué** +++
- **Sevrage non compliqué** : Typiquement « sevrage matinal » de l'alcoolique, **30% des OH-dépendant**
 - **Signes neuromusculaires** : tremblements mains et **langue, crampes**, myalgies, paresthésies
 - **Signes neurovégétatifs** : tachycardie, sueurs, HypoTA orthostatique, HTA
 - **Signes psychiques** : anxiété, irritabilité, cauchemars, insomnie, humeur dépressive
 - **Signes digestifs** : nausées, vomissements
 - Troubles **calmés par ingestion d'OH** et réapparaissent matin suivant
- **Critères diagnostiques du syndrome de sevrage (DSM-IV-TR)**
 - **A. Arrêt ou \downarrow d'utilisation d'OH** ayant été massive et prolongée
 - **B. ≥ 2 de critères quelques heures à quelques jours après arrêt** :
 - Hyperactivité neurovégétative, \uparrow tremblement, Insomnie
 - Nausées-vomissements, **Hallucinations** ou illusions **transitoires** visuelles, tactiles ou auditives
 - Agitation psychomotrice, Anxiété, Crise convulsive de type **grand mal**

- **C. Les symptômes du critère B causent souffrance** : cliniquement significative
- **D. Symptômes non dus à affection médicale générale, pas d'explication par autre trouble mental**
- **Accident du sevrage = crises convulsives**
 - Dans les 12-24h après ↓ ou arrêt OH (!! Possible même sans autres symptômes)
 - **Crise généralisée tonico-clonique** : unique le plus souvent (parfois répété), 5% d'état de mal épileptique
 - **Rechercher autres causes de crises convulsives +++**
 - **Hypoglycémie**, Hyponatrémie, Infection (cérébrale, méningée), Intoxication médicamenteuse
 - AVC ischémique ou hémorragique
 - **EEG** : normal le plus souvent, !! Toute première prise nécessite **TDM cérébrale**
 - **Traitement** : BZD ponctuelles pour Sd de sevrage, Pas d'indication à un traitement anti-épileptique
- **Accident du sevrage = Délirium tremens (DT) = syndrome confuso-onirique (URGENCE)**
 - !! Spécifique du sevrage d'alcool (12-48h post sevrage), Favorisé par infections, stress, chirurgie...
 - **1. Pré Délirium-Tremens** : à dépister +++
 - Tremblement d'attitude, sueurs, hypertonie oppositionnelle
 - Cauchemars, insomnies, irritabilité et anxiété, **Inversion du rythme nyctéméral**
 - **Traitement : en urgence**
 - **Hydratation PO** avec vitaminothérapie **B1-B6-PP**
 - **BZD** : PO (diazépam ou clonazépam) ou parentérale (diazépam)
 - **2. Délirium-Tremens** :
 - **Sd confusionnel et délirant** :
 - **Inversion nyctémérale**, désorientation, ↓ vigilance, Agitation, propos incohérents
 - **Délire onirique** : avec vécu délirant intense ± cénesthésique
 - **Hallucinations** : visuelles ++ avec **zoopsies**
 - **Scènes d'agression** : agressivité, réactions de frayeur du patient
 - **Signes végétatifs** : fièvre, sueurs, tachycardie, TdR, hypertension
 - **Déshydratation intracellulaire** (hypernatrémie) **et extracellulaire**
 - **Signes neurologiques** : tremblements intenses, généralisés ± convulsions
 - **2 grands risques** : choc vasoplégique (collapsus), risque hétéro ou auto-agressif
- **Diagnostic différentiel** : !! **Confusion chez un alcoolique** = rechercher
 - **Hypoglycémie**
 - **Gayet-Wernicke** (carence B1) :
 - POM et nystagmus / Confusion / Sd cérébelleux statique / Hypertonie oppositionnelle
 - **Diagnostic** : **VitB1 effondrée, hypersignal corps mamillaire** en **FLAIR-T2** à l'IRM
 - **Encéphalopathie hépatique** (cirrhose), **TC, Crise épileptique, infection** (méningite, pneumopathie)

- **Comorbidités médicales psychiatriques** :

- **Troubles anxio-dépressifs +++** : Primaires (avant installation du comportement à risque) ou secondaires
- **Trouble bipolaire (4x), Schizophrénie** (20-50% schizophrènes = abus OH)
- **Abus d'autres substances** : **20x** > chez OH-dépendants (5% dépendance cannabis, cocaïne, héroïne)

3. Complications

- **Complications d'une intoxication alcoolique aiguë**

- **Métaboliques** : hypoglycémie et déshydratation +++
- **Traumatiques** : fractures, traumatismes crâniens, AVP...
- **Digestives** : **hépatite aiguë** / **Neurologiques** : crise épileptique ++

- **Complications intoxication alcoolique chronique +++** : !! pas uniquement pour dépendance

- **Digestives** : **Hépatite alcoolique aiguë**, stéatose, cirrhose, pancréatite aiguë et chronique, diarrhée
- **Néoplasiques** : **CHC**, cancers des VADS, cancer de l'œsophage, du pancréas, sein
- **Ortho-rhumatologique** : **OATF, ostéomalacie** (carence en VitD)
- **Traumatiques** : TC, hématomes cérébraux, hémorragies méningées
- **Psychiatriques** : dépression, troubles anxieux, du sommeil, troubles cognitifs, suicide
- **CV** : **IC** sur cardiomyopathies, TdR, **HTA**
- **Hématologiques** : **macrocytose** et anémie, **thrombopénie**, troubles de la coagulation, leucopénie
 - ⇒ toxicité directe, hépatopathie alcoolique ou carences nutritionnelles
- **Métaboliques** : troubles lipidiques et glucidiques (**HyperTG +++**), obésité ou dénutrition (!)

4. Complications neurologiques de l'intoxication chronique

- **Encéphalopathies :**
 - **Encéphalopathie Gayet-Wernicke (ou Wernicke-Korsakoff)** = par **carence B1**, ± induite par apport glucidique
 - **Clinique** : diagnostic initial à poser devant un seul des signes suivants
 - **Confusion**, Signes **oculomoteurs** (POM, paralysie fonction, nystagmus), Sd **cérébelleux statique**
 - Hypertonie oppositionnelle
 - **Paraclinique** (confirme diagnostic) : **VitB1** effondré, **IRM** : **hypersignal FLAIR du corps mamillaire**
 - **Traitement** : EN URGENCE → **VitB1 IV ++**
 - **Prévention ++** : Supplémentation systématique B1 de tout alcoolique ou dénutri
 - **Encéphalopathie pellagreuse** : = encéphalopathie par **carence en VitPP** (Pellagra Preventive) = **VitB3**
 - **Confusion** et **hypertonie extra-pyramidale**
 - ± Troubles digestifs, ± signes cutanéomuqueux inconstants (glossite, desquamation...)
 - **Traitement** : **Vit PP IV** (500mg/j), Supplémentation systématique en PP de tout alcoolique dénutri
 - **Encéphalopathie hépatique** : secondaire à **IHC** (cirrhose)
 - **Facteurs déclenchants** : Saignement, apport protidique important, **BZD**, infection, trouble métabolique
 - **Clinique** :
 - **Confusion mentale**, **Astérisis** (flapping tremor), ± **crises d'épilepsie**
 - ± **signes extrapyramidaux** : par dépôts manganèse dans ganglions de la base (IRM encéphalique ++)
 - **Coma** : agité avec possibles myoclonies, signes focaux, mouvements de décérébration
 - **EEG** (signes non spécifiques) : Ralentissement et diffusion rythme de base, ondes triphasiques
 - **Traitement** : **Lactulose** et **néomycine** (par SNG ou lavement)
- **Troubles cognitifs**
 - **Démence alcoolique** : Non liée maladie de Marchiafava-Bignami ou Sd de Korsakoff
 - **Entité controversée** : nombreux facteurs peuvent interagir
 - **Clinique** : signes les plus fréquents = **frontaux** → apathie et bradypsychie
 - **Imagerie cérébrale** : **atrophie corticale** diffuse sans corrélation avec les signes cliniques
 - **Maladie de Marchiafava-Bignami** = **démyélinisation du corps calleux** ± plus étendue latéralement
 - **Clinique** : présentation souvent **aspécifique**
 - Démence avec mutisme akinétique, troubles marche (astasié-abasie), Dysarthrie, hypertonie
 - Rarement tableau d'encéphalopathie avec confusion puis coma
 - Signes de **dysconnexion calleuse** (souvent mis en évidence *a posteriori*)
 - **Examens complémentaires** : diagnostic = **aspect du corps calleux**
 - **TDM** : aspect **hypodense**, **IRM T1** : en **hyposignal** (coupe sagittale médiane)
 - **Pronostic** : Souvent sombre à moyen terme mais régression partielle possible
 - **Sd de Korsakoff** : Le plus souvent encéphalopathie **Gayet-Wernicke mal traitée**, plus rarement **de novo**
 - **Physiopathologie** : Lésion du circuit hippocampo-mamillo-thalamique, Atteinte frontale associée
 - **Clinique** :
 - **Amnésie** : **Antérograde** («oubli à mesure»), Associée fausses reconnaissances et **fabulations**
 - **Syndrome frontal associé**
 - **Pronostic** : très péjoratif (patient souvent jeune)
 - **Traitement** : **Vitaminique** (B1 ++) en parentérale parfois partiellement efficace
- **Épilepsie** : Une des causes les plus fréquentes d'épilepsie tardive
 - **Cliniques** :
 - **Crises** : Survenue **aléatoire indépendamment du rythme d'ingestion**
 - **Type** : tous (mais le plus souvent généralisée)
 - **Evolution** : **!!** Peut continuer après le sevrage si lésions cérébrales **irréversibles** dues à l'alcool
 - **Traitement** :
 - **Traitement antiépileptique au long cours** : ssi un **risque de crises avéré** en dehors de toute alcoolisation
 - **!! Précautions d'emplois** : Préférer **demi-vie longue**, **!!** Risque de dépendance, risque hépatotoxique
- **Atrophie cérébelleuse** : Ataxie **statique** et locomotrice d'évolution subaiguë ou chronique
 - **Imagerie** : **atrophie vermienne** (TDM ou IRM)
 - **Evolution** : Stable le plus souvent, ± amélioré après traitement vitaminique
- **Neuropathies**
 - **Neuropathie optique alcoolo-tabagique** : surtout si associé au **tabac**
 - BAV bilatérale avec dyschromatopsie, scotome centrale, pâleur papillaire tardive
 - **Traitement** : **vitaminothérapie B**, **!!** Arrêt alcoolo-tabagisme

- Polyneuropathie longueur-dépendante
 - **Forme chronique** : Par **toxicité directe** OH, ± associée à carence en **VitB1 et folates**
 - **Physiopathologie** :
 - **Neuropathie toxique OH** : touche surtout petites fibres sensibles (sensibilité thermoalgique)
 - **Neuropathie carencielle VitB1** : a préférentiellement **conséquences motrices**
 - **Signes initiaux** : **Crampes nocturnes**, fatigue marche, hypoesthésie douloureuse, Aréflexie achilléen
 - **Stade évolué** :
 - **Douleurs** (brûlure, étai, hyperesthésie au contact), **Anesthésie symétrique** « en chaussettes »
 - **Steppage, Signes trophiques** (Dépilation, troubles sudation, dysfonction érectile, parfois MPP)
 - **Traitement** : **Arrêt intoxication OH ++**
 - **Vitaminothérapie** : ssi carence associée (!! risque d'hématomes si IM)
 - **Recherche causes intriquées** : diabète, neurotoxique, gammopathie monoclonale, IR...
 - **Au stade évolué** : Antalgiques, Soins locaux, rééducation, orthèses
 - **Forme aiguë (rare)** : Surtout par **carence VitB1** favorisée par dénutrition
 - **Clinique** : évoque parfois un Guillain-Barré
 - **Paraparésie douloureuse amyotrophiante**, flasque et aréflexique, s'installant en 24h
 - Souvent associée à une encéphalopathie de Gayet-Wernicke
 - **Traitement** : recharge en **VitB1 parentérale**
 - **Neuropathies focales** : Favorisées par l'amaigrissement source de compressions nerveuses
- **Myopathies**
 - **Myopathie aiguë (rare)** : pour ingestion massive
 - Myalgies et œdème avec déficit proximal, rhabdomyolyse, myoglobulinurie, ↑ **CPK**
 - **Risque évolutif** : IR (nécrose tubulaire)
 - **Myopathie chronique** (fréquente) : Par modification du calibre des fibres de type II
 - Asymptomatique ou simple faiblesse proximale, **ENMG** : tracés **myogènes**
- **Complications neurologiques indirectes de l'alcoolisme**
 - **Myélinolyse centropontine (rare)** : = démyélinisation centre protubérance ± substance blanche hémisphérique
 - Associée à la dénutrition et favorisée par **correction trop rapide d'une hyponatrémie**
 - **Clinique** : Trouble de la vigilance avec **tétraplégie** et **signes pseudo-bulbaires**
 - **IRM** : hypersignal T2 et FLAIR de SB centropontine
 - **AVC** :
 - **Intoxication aiguë** : AVC ischémique par thromboembolie d'origine cardiaque (cf TdR)
 - **Intoxication chronique** : FdR d'hémorragie cérébrale et/ou méningée (troubles coagulation)
 - **TC : chutes ++** (ivresse aiguë, crises d'épilepsie)
 - **Neuro-infections** : Dénutrition et précarité immunitaire → susceptibilité ++
 - **Neuropathie au disulfirame** : Effet antabuse (effet de flush, céphalées, nausées, vomissement)
 - **!! toxicité neurologique, hépatique et dermatologique** à dose élevé
 - **Effets neurologiques** : **Neuropathie axonale** distale sensitive ± toxicité centrale (sommolence, céphalées)
 - **Syndrome alcoolique fœtal** : dysmorphie et retard mental

5. Traitement

- **Traitement d'une intoxication alcoolique aiguë**
 - **Recherche autres étiologies** : hématome intracrânien, **hypoglycémie**, autres intoxications...
 - **Si ivresse simple** : Ambulatoire, **glycémie capillaire systématique**, repos et calme, **Hydratation PO +++**
 - **Si ivresse pathologique** : **Hospitalisation systématique** en urgence
 - **Traitement symptomatique** : **BZD ± NL sédatif** (cf cyamémazine) PO ou IM
 - **Hydratation parentérale** par **NaCl** isotonique 9‰ en IVL
 - **Si coma éthylique** : Hospitalisation en **urgence** en réa, monitoring avec scope
 - **Rééquilibrage hydro-électrolytique** : hydratation IV
 - **Vitaminothérapie** (B1-B6-PP) en parentéral
- **Traitement d'un syndrome de sevrage**
 - **Prévention du delirium tremens**
 - Hydratation parentérale **NaCl isotonique**, **Vitaminothérapie** : **B1-B6-PP** (PO ou IV)
 - **Benzodiazépine** : **diazépam** PO ou IM si impossible (préférer oxazépam si patient avec IHC)
 - **Traitement Sd de sevrage non compliqué** : Hospitalisation en urgence en médecine
 - **Agitation** : sédation par **BZD ± NL sédatif** (!! éviter contention)
 - **idem Prévention du DT** : hydratation IV, vitaminothérapie

- Traitement d'une crise convulsive = celui du sevrage, si unique → pas de traitement anti-comitial
- Traitement d'un delirium tremens : Hospitalisation en urgence, en **réa**, chambre éclairée et calme
 - Traitement général :
 - **Hydratation IV** avec correction des THE (hypokaliémie ++), **Vitaminothérapie B1-B6-PP**
 - **BZD IV** : avec dose de charge pour sédation (diazépam ou oxazépam)
 - Traitement du délire : NL anti-productif (cf halopéridol), **!!** Utilisation NL ssi délire persistant après BZD
 - Surveillance : conscience, adaptation selon **score de Cushman**, constantes

- **Traitement d'un intoxication alcoolique chronique :**

- Usage à risque ou usage nocif → objectif = **consommation sans risque**
- Prise en charge : Consultation spécialisée en alcoologie
 - Sevrage en **CSAPA** (Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) ou **CMP** (centres médico psychologique) ou en milieu hospitalier
 - **SSR addictologie ou établissement psychiatrique** si patients sévères, comorbidités, situations précaires
 - **Ambulatoire** : ssi pas d'ATCD de DT ou de convulsions, motivation suffisante
 - **Structures de soins de suite ou post-cures** (HDJ) : pour maintien sevrage + bonne qualité de vie
- Modalités :
 - **Intervention brève** : 5-20 min, 1 ou plusieurs sessions → **efficace ++** (30% modifient consommation)
 - **Pour patients hospitalisés** : équipes de liaison et de soins en addictologie (**ELSA**)
 - **Autres** : entretien motivationnel, TCC, médicaments
- **Evaluation pré-sevrage** : consommation, dépendance (DETA...), Motivation, Terrain, complications
- **Contrat thérapeutique +++ : fixer une date**
 - Abstinence totale, pas de visite, pas de sortie au début
 - Si manquement au contrat = arrêt du sevrage thérapeutique
 - Sevrage suivi du maintien de l'abstinence, ou sevrage suivi du retour à une consommation maîtrisée
- **Sevrage initial** : **Abstinence totale** dès début cure de désintoxication → **Arrêt définitif, total et brutal ++**
- **Traitement symptomatique du Sd de sevrage +++**
 - **Hydratation** : hydratation PO (2-3L/j), correction THE, **Vitaminothérapie** : B1-B6-PP (PO en ambulatoire)
 - **BZD** : diazépam 10 mg/j puis ↓ posologique sur 3-4 jours
 - **± BB non cardiosélectifs** : type propranolol si signes adrénergiques francs
- **Traitement médicamenteux** : Pour aide au maintien de l'abstinence après sevrage (↓ appétence)
 - **Acamprosate** (agoniste GABA) : normalise la dérégulation NMDA
 - ⇒ 3x2cp/j pendant 1 an dès J1 du sevrage, ↓ **craving négatif** lié au stress
 - **Naltrexone** (antagoniste des opiacés) : 1cp/j pendant 3M
 - CI si ATCD prise d'opiacés
 - ↓ **effets de récompense** de l'OH
 - **Nalméfène** : pour ↓ **des consommations**
 - **Disulfiram** : inhibe acétaldéhyde-déshydrogénase
 - ↑ concentration acétaldéhyde si consommation OH → **effet antabuse**
 - → bouffées de chaleur, nausées, vomissements, tachycardie, malaise
 - **Après échec des ces thérapies = Baclofène** (Baclocur®) : Agoniste GABA-B (utilisé pour spasmes) **A connaître ++**
 - **AMM** (depuis octobre 2018) : pour la **réduction consommation** d'alcool chez l'adulte
 - En complément d'un suivi psychosocial
 - **ET après échec des autres traitements**
 - **Effets** : ↓ consommation, maintien abstinence, ↓ **taux de rechute**
 - Permet le maintien de l'abstinence ou réduction consommation
- **Psychothérapie** : TCC, entretiens motivationnels, renforcement
 - **Thérapie de groupe** : **groupes** de parole, **PEC de la famille ++**
 - Orientation vers associations d'anciens buveurs (Alcooliques anonymes, Vie libre)
- **Surveillance et suivi** : **1/3 = abstinents, 1/3 rechute, 1/3 rémission partielle**
 - Tolérance physique et psychique du sevrage
 - Relais du sevrage par post-cure de consolidation
 - Suivi au long cours et recherche de rechute (± GGT)

2^e ÉDITION ACTUALISÉE

iECN : Toute la spécialité, par le Major

⇒ Travailler efficacement l'iECN avec les fiches du Major

- Les fiches actualisées du Major
- Tous les Items de la spécialité

⇒ Votre nouvel outil pour mettre toutes les chances de votre côté

- Un contenu organisé, synthétique et adapté à la réponse aux QCM
- Les explications utiles pour comprendre et mémoriser
- Des couleurs pour hiérarchiser les connaissances et faciliter la lecture
- Les points essentiels, schémas, tableaux, pour mieux comprendre
- Un texte et une iconographie en couleurs

⇒ Un livre pour avoir toute la spécialité en tête le jour J.

Les auteurs :

Alexis Maillard, Major aux iECN 2018

Lina Jeantin, 71^e aux iECN 2018

Coordination : Dr Sylvain Bodard, 7^e aux ECN 2013, conférencier d'Internat

Préface du Pr Claire Le Jeune, Professeur de Thérapeutique à l'Université Paris Descartes,
Ex vice doyen à la pédagogie

21 € TTC

ISBN : 9782846782913



9 782846 782913

MED-LINE
Editions

www.med-line.fr