

#001

Objectifs du carnet

ConfR@phael ▶

Réaction inflammatoire : biologie

- **VS** (vitesse de sédimentation érythrocytaire)
 - Valeur normale (mm/h) : chez l'homme : < 15 avant 50 ans, < 20 après 50 ans, < âge/20 ; < 20 avant 50 ans, < 30 après 50 ans, < (âge+10)/2
 - Performance diagnostique médiocre : Se 50%, Sp 97%
 - VS élevée n'est pas synonyme de syndrome inflammatoire !
- **CRP**
 - Plus spécifique de l'inflammation (cause infectieuse ou non)
 - Cinétique rapide (se positive en 6h, demi vie 12h)
- **PCT**
 - Plus spécifique de l'infection, surtout bactérienne (augmente peu dans les maladies inflammatoires moyennement dans les infections virales et beaucoup dans les infections bactériennes)
 - Facteur pronostique
 - Cinétique rapide (se positive en 3h)

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Maîtriser le raisonnement devant conférence introductive de médecine interne en contexte EDN et en garde.
- Pour Conférence Introductive de Médecine Interne, identifier les signes de gravité avant de détailler l'étiologie.
- Pour Conférence Introductive de Médecine Interne, choisir les examens utiles sans multiplier les explorations non contributives.
- Pour Conférence Introductive de Médecine Interne, connaître les traitements initiaux, la surveillance et les critères d'avis spécialisé.

Rôle de la médecine interne

ConfR@phael >

Corticothérapie : Effets secondaires

- Troubles métaboliques et hydro électrolytiques :
 - **Hypokaliémie** (→ supplémenter en potassium)
 - **Diabète**, se corrigeant généralement à l'arrêt de la corticothérapie (→ régime pauvre en s surveillance glycémique)
 - **Rétention hydrosodée** : prise de poids, **HTA** (souvent non réversible à l'arrêt du traitement cardiaque (→ régime désodé)
 - **Dyslipidémie** (→ régime pauvre en graisses saturées, pauvres en graisses animales, survei lipidique)
 - Majoration du **risque cardiovasculaire** : HTA, diabète, dyslipidémie
 - **Sensibilité aux infections** :
 - Parasitaires : **anguillulose** maligne (ivermectine systématique si antécédent de séjour en z d'endémie)
 - Bactériennes (BK)
 - Virales (VZV)
- Contre indication des vaccins vivants si corticothérapie > 0,5 mg/kg/j

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Relier symptômes généraux, biologie inflammatoire, atteintes multiviscérales et maladies systémiques.
- Construire une hypothèse unificatrice sans oublier les diagnostics fréquents.
- Hiérarchiser urgence, gravité d'organe, terrain immunitaire et iatrogénie.
- Savoir quand demander avis spécialisé, hospitaliser ou organiser une surveillance rapprochée.

#003

Méthode devant un tableau complexe

ConfR@phael ▶

Question 1

Devant un purpura récent, il faut éliminer les urgences vitales :

- - Purpura fulminans : fièvre, sepsis (frissons, marbrures), **syndrome méningé (5** (céphalées, raideur de nuque, troubles de la conscience)
- - Coagulation intravasculaire disséminée : **syndrome hémorragique (5 points)** , thrombose
- - Hémorragie sévère dans le cadre d'une thrombopénie : choc hémorragique, b hémorragiques buccales, saignement extériorisé abondant, signes d'hémorragie cér ou oculaire, ...

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Lister le tempo: aigu, subaigu, chronique, récidivant ou inexpliqué.
- Chercher signes d'alarme: fièvre, amaigrissement, purpura, déficit neurologique, insuffisance rénale.
- Comparer atteintes d'organes pour éviter une addition de diagnostics séparés.
- Revoir médicaments, voyages, expositions, antécédents familiaux et immunodépression.

#004

Examens pivots

- NFS, CRP, ionogramme, rein, foie, bandelette urinaire et électrophorèse orientent souvent le premier tri.
- Auto-immunité et sérologies doivent être ciblées par la clinique.
- Imagerie et biopsie se décident selon organe menacé ou diagnostic à prouver.
- La réévaluation clinique vaut autant qu'un bilan large initial.

#005

Pièges EDN

- Ne pas conclure à une maladie rare avant d'avoir cherché infection, cancer, iatrogénie et cause fréquente.
- Un bilan auto-immun large non ciblé expose aux faux positifs et aux errances.
- Toujours vérifier médicaments, immunodépression, grossesse, voyages, expositions et matériel implanté.
- La gravité d'organe prime sur l'étiquette diagnostique exacte dans les premières heures.

#006

Mini-cas à savoir résoudre

- Résumer le syndrome en une phrase et nommer les deux diagnostics dangereux à exclure.
- Choisir les examens qui confirment ou changent la conduite rapidement.
- Décider hospitalisation, avis spécialisé, traitement probabiliste ou surveillance rapprochée.
- Prévoir réévaluation clinique, résultats attendus et consignes de retour.

Sources: Référentiel du Collège National des Enseignants de Médecine Interne; Recommandations SNFMI et filières maladies rares selon les thèmes; Supports locaux SSD1/Alex/5- Medecine interne; Banque d'images recadrées SSD1/Carnets/phase1_collecte

Cahier de formation - 6 fiches - Médecine Interne