

MINISTERE DE LA SANTE

=====

BURKINA FASO

Unité- Progrès- Justice



**PROCOLES DE PRISE EN CHARGE DES MALADIES
NON TRANSMISSIBLES POUR LES MEDECINS NON
SPECIALISTES DU NIVEAU PERIPHERIQUE (WHOPEN)**

Juillet 2020

Avant-propos

Le Burkina Faso, à l'instar des autres pays en développement paie un lourd tribut du fait de l'émergence des maladies non transmissibles (MNT). Face à cette situation et à la menace grandissante qu'elles induisent sur la santé des populations, il est urgent que des actions pertinentes soient menées pour inverser la tendance. C'est pourquoi l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a initié et recommandé la mise en oeuvre d'un ensemble de protocoles pour la prévention et la prise en charge des maladies non transmissibles au niveau périphérique (WHOPEN). Il s'agit d'un paquet d'outils essentiels de l'OMS pour la prévention, le dépiastage et la prise en charge des MNT.

Mon département, en s'inscrivant dans cette logique et en se basant sur les résultats de l'enquête nationale STEPs de 2013, a procédé à une adaptation de ces protocoles de prévention et de prise en charge des MNT dans les soins de santé primaires au Burkina Faso. Ce paquet d'outils destinés aux médecins non spécialistes comporte deux volets à savoir le préventif et le curatif.

Je reste convaincue que ces outils de prise en charge seront utiles aux agents de santé de la périphérie et garantiront aux populations des soins de qualité.

J'exhorte les différents acteurs de la santé à s'approprier les présents protocoles pour l'amélioration de la lutte contre les MNT et aussi pour l'atteinte de l'objectif de développement durable en rapport avec la réduction de la morbidité et de la mortalité dues à celles-ci.

Le Ministre de la santé

Professeur Léonie Claudine LOUGUE/SORGHO

Chevalier de l'ordre national

Table des matières

Avant-propos.....	0
Sigles et abréviations.....	3
Introduction.....	4
Contexte	5
Définitions opérationnelles	6
Présentation des objectifs de la formation.....	9
Module 1 : Les maladies cardiovasculaires	10
Chapitre 1 : L'hypertension artérielle	10
Protocole 1	15
Chapitre 2 : L'insuffisance cardiaque	18
Protocole 2	18
Chapitre 3 : Angine de poitrine et infarctus du myocarde.....	20
1. Angine de poitrine	20
Protocole 3	20
2. L'infarctus du myocarde.....	22
Protocole 4	22
Chapitre 4 : Accident vasculaire cérébral.....	24
Protocole 5	24
Module 2 : Diabète sucré	27
Protocole 6	27
Module 3 : Asthme et bronchopneumopathies chroniques obstructives	30
Protocole 7	31
Chapitre 2 : Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).....	34
Protocole 8	34
Module 4 : Le cancer	36
Chapitre 1 : le cancer du sein	36
Protocole 9	36
Chapitre 2 : Cancer du col de l'utérus	37
Protocole 10	37
Chapitre 3 : Le cancer de la prostate.....	38
Protocole : 11	38
Module 5 : Insuffisance rénale	39
Protocole : 12	39
Module 6 : Epilepsies	42

Protocole 13	42
Module 7 : Drépanocytose	44
Protocole 14	44
Module 9 : Education à la santé et conseils sur les comportements sains	47
Protocole 15	47

Sigles et abréviations

AIT : Accident ischémique transitoire :

ATCD : Antécédents

AVC : Accident vasculaire cérébral

CHR: Centre hospitalier régional

CM : Centre médical

CMA: Centre medical avec antenne chirurgicale

FA : Fibrillation auriculaire

HTA : Hypertension artérielle

HD : Hôpital de district

IDM : Infarctus du myocarde

IRC : Insuffisance rénale chronique

MDRD :

MNT : Maladies non transmissibles

MPOC :

OMS : Organisation mondiale de la santé :

PA : Pression artérielle

PAS : Pression artérielle systolique

PSA : Prostat specific antigen

STEPs :

TA : Tension artérielle

TR : Toucher rectal

TVP : Thrombose veineuse profonde

WHOPEN : WHO package of essential noncommunicable disease intervention

Introduction

La lutte contre les maladies non transmissibles constitue pour les pays en développement en général et pour le Burkina Faso en particulier un défi majeur à cause de l'ampleur de ces affections, de leurs conséquences sur la vie des populations et de leur impact sur le développement socio-économique. C'est pourquoi, depuis 2013, le Burkina Faso a procédé à une réorganisation de la stratégie de lutte contre les MNT par la création d'un programme national de lutte contre les MNT (PNMNT) dans une approche intégrée et ensuite l'érection de ce programme en Direction de la prévention et du contrôle des maladies non transmissibles (DPCM) en 2017.

La mise en place de ce programme a permis de réaliser en 2013, la première enquête nationale sur les facteurs de risque communs des maladies non transmissibles dénommée enquête STEPs.

Sur la base de cette enquête et selon les recommandations de l'OMS, le Ministère de la santé en entrepris l'élaboration et l'utilisation d'un paquet essentiel d'interventions pour la prévention et la prise en charge des principales MNT dans les soins de santé primaires au niveau des structures périphériques.

L'intégration de ce paquet essentiel aux soins de santé primaires s'inscrit dans les différentes stratégies mondiale et régionales de l'OMS pour la lutte contre les MNT. Elle vise la réduction significative de la double charge de morbidité et de mortalité causées par ces affections.

Contexte

Les maladies non transmissibles (MNT), représentent une charge de plus en plus lourde au niveau mondial. En effet, selon l’OMS, respectivement 63 et 68% des décès survenus dans le monde en 2008 et 2012, sont dus aux MNT, ces dernières étant responsables de plus de 40% des décès dits prématurés.

Au Burkina Faso, comme dans la plupart des pays en développement, les MNT, principalement, les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, les maladies respiratoires chroniques constituent un énorme défi pour le système de santé.

Pour faire face à ce défi, l’OMS recommande la mise en place d’un paquet essentiel d’interventions pour la prévention et la prise en charge des principales maladies non transmissibles. En effet, l’organisation de la prise en charge des MNT devra être renforcée à travers l’utilisation des directives et protocoles thérapeutiques dans une approche d’intégration de soins au niveau des structures de soins primaires.

Ce paquet essentiel d’interventions comprend **seize (16)** protocoles de prévention et de prise en charge des principales MNT destinés à l’usage des infirmiers et sages femmes dans les formations sanitaires périphériques

Définitions opérationnelles

- **Tabac fumé** : substance contenant le plus souvent du tabac dont la combustion produit de la fumée que le consommateur aspire par la bouche ou le nez. Exemples : la cigarette, le cigare, la pipe.
- **Tabac non fumé** : forme de tabac se consommant par mastication ou par inhalation tel que le tabac à priser, à chiquer ou la feuille de Bethel.
- **Cigarette industrielle** : petit cylindre de papier rempli de feuilles de tabac hachées et traitées, avec ou sans filtre à une de ses extrémités, fabriquée en série de manière industrielle.
- **Fumeur quotidien** : celui ou celle qui fume les produits du tabac chaque jour.
- **Fumeur actuel** : celui ou celle qui fume quotidiennement ou occasionnellement des produits du tabac.
- **Ancien fumeur** : celui ou celle qui a arrêté de fumer depuis au moins un an.
- **Exposition à la fumée de tabac** : une exposition à la fumée de tabac pendant au moins un jour au cours des sept jours ayant précédé l'entretien.
- **Consommation abusive d'alcool** : correspond à une consommation d'au moins 5 verres standards, en une seule occasion et ceci au moins 3 fois dans le mois chez les hommes, ou d'au moins 4 verres standards d'alcool en une seule occasion au moins deux fois dans le mois chez les femmes. Une consommation abusive d'alcool correspond à la prise d'une quantité moyenne d'alcool pur supérieure ou égale à 60 g par jour pour les hommes et supérieure ou égale à 40 g pour les femmes.
- **Consommation moyenne** : correspond à la prise d'une quantité moyenne d'alcool pur comprise entre 40 g et 59,9 g par jour soit 4 à 6 verres standards pour les hommes et entre 20 g et 39,9 g soit 2 à 4 verres standards pour les femmes.
- **Faible consommation d'alcool** correspond à la prise d'une quantité moyenne d'alcool pur inférieure à 40 g par jour pour les hommes et inférieure à 20 g pour les femmes.

NB : un verre standard contient 10 g d'Ethanol. Par exemple :

- un verre ou une coupe de vin correspond à un verre standard d'alcool,
- une bouteille de bière de 33 cl correspond à un verre standard d'alcool,
- un ballon (boule) d'alcool fort correspond à un verre standard d'alcool,
- une calebassée de bière de mil (dolo) correspond à un verre standard d'alcool,
- une calebassée de vin de palm ou de bandji correspond à un verre standard d'alcool.

- **Portion de fruits ou de légumes**

Pour les légumes, il s'agit de l'équivalent d'un bol de légumes verts frais et crus, en feuilles (épinards, salade, etc.), d'un demi-bol d'autres légumes, cuisisés ou crus, coupés en petits morceaux (tomates, courges, haricots verts, etc.), ou d'un demi-bol de jus de légumes. Pour les fruits, il s'agit d'un fruit de taille moyenne (orange, banane, pomme, etc.) ou d'un demi-bol de fruits en morceaux, cuisinés ou au sirop ou d'un demi-bol de jus de fruit (sans arômes artificiels).

- **Activité physique**

Trois niveaux d'activité physique (limité, moyen et élevé) ont été proposés pour classer les populations. On distingue les niveaux suivants :

activité physique élevée:

activité physique intense au moins 3 jours par semaine, entraînant une dépense énergétique d'au moins 1500 MET-minutes/semaine,

ou

- au moins 7 jours de marche à pied et d'activité physique modérée ou intense jusqu'à parvenir à un minimum de 3000 MET-minutes par semaine.

activité physique moyenne:

- au moins 20 minutes d'activité physique intense par jour pendant 3 jours ou plus par semaine

ou

au moins 30 minutes d'activité physique modérée ou de marche à pied par jour pendant 5 jours ou plus par semaine

ou

au moins 5 jours de marche à pied et d'activité physique modérée ou intense, jusqu'à parvenir à un minimum de 600 MET-minutes par semaine.

activité physique limitée » les participants qui ne répondent à aucun des critères ci-dessus mentionnés

sédentarité: une activité physique d'intensité modérée inférieure à 150 minutes par semaine ou son équivalent.

Une personne qui ne mène pas d'activité physique d'intensité modérée ou intense est considérée comme n'ayant **aucune activité physique**.

- **Surpoids et obésité**

□ Le **surpoids** a été défini pour un Indice de Masse Corporelle (IMC) compris entre 25 kg/m² et 29,9 kg/m²

□ L'**obésité** a été définie pour un IMC supérieur ou égale à 30 kg/m².

Les femmes enceintes ne sont pas prises en compte dans la classification de l'IMC.

- **Risque de survenue d'un évènement cardiovasculaire**

Le **risque cardio-vasculaire** fait référence à une probabilité de survenue d'un évènement cardio-vasculaire (exemple probabilité de survenue d'un infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral) qui peut s'exprimer par différents indicateurs. Les **cinq facteurs** ci-après ont été utilisés pour définir ce risque : **sexe, âge, tabac, cholestérol total et pression artérielle systolique**. Ils sont modulés par la présence ou non d'autres facteurs aggravants : antécédents familiaux, diabète sucré, HDL cholestérol bas³.

Ce risque calculé et exprimé en pourcentage, correspondant à une probabilité de survenue d'un évènement cardio-vasculaire dans les 5 à 10 ans à venir, est plus pertinent chez les personnes de 40 à 64 ans.

Le **risque absolu ou risque global** est la probabilité de survenue d'un évènement cardio-vasculaire sur une période de temps donnée (5 ans, 10 ans, etc.) chez un sujet ayant un ou plusieurs facteurs de risque.

- **Risque combiné**

Les cinq facteurs ci-après ont été utilisés pour définir le risque combiné :

- la consommation quotidienne de tabac fumé,
- la consommation de moins de 5 portions de fruits et légumes par jour,
- la pratique réduite d'activité physique (<600 MET-minutes),
- le surpoids ou l'obésité (IMC ≥ 25 kg/m²),
- l'hypertension artérielle (TA systolique ≥ 140mmHg et/ou TA diastolique ≥ 90 mmHg ou prise d'un traitement antihypertenseur).
- Le risque est considéré faible en l'absence de facteurs de risque combiné. Il est modéré en présence de 1 ou 2 facteurs de risque et élevé s'il y a 3 à 5 facteurs de risque.

Présentation des objectifs de la formation

L'encadreur présente aux participants le contexte et la justification de la formation, les objectifs, la méthode et le matériel dans le respect des normes et habitudes locales du lieu de formation.

- **Objectif**

Renforcer les capacités des agents de santé qualifiés pour la prévention et la prise en charge intégrées des principales MNT au niveau périphérique.

- **Objectifs spécifiques**

Etre capable :

- d'évaluer les facteurs communs de risques des principales MNT ;
- de diagnostiquer les principales MNT ;
- d'appliquer les protocoles simplifiés de prise en charge des patients souffrant des principales MNT ;
- de réaliser un suivi des patients évalués selon le niveau de risque des principales MNT ;
- d'éduquer les patients et leur entourage à l'auto-prise en charge ;
- de collecter les données sur les principales MNT ;
- de sensibiliser les patients et usagers des centres de santé sur la prévention des MNT.

Module 1 : Les maladies cardiovasculaires

Chapitre 1 : L'hypertension artérielle

1. Définition

L'hypertension artérielle (HTA) se définit par une pression artérielle systolique (PAS) ≥ 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique (PAD) ≥ 90 mmHg, de façon permanente, mesurée au cabinet médical et confirmée au minimum par 2 mesures par consultation au cours de 3 consultations successives, sur une période de 3 à 6 mois (OMS 2003, JNC 2014).

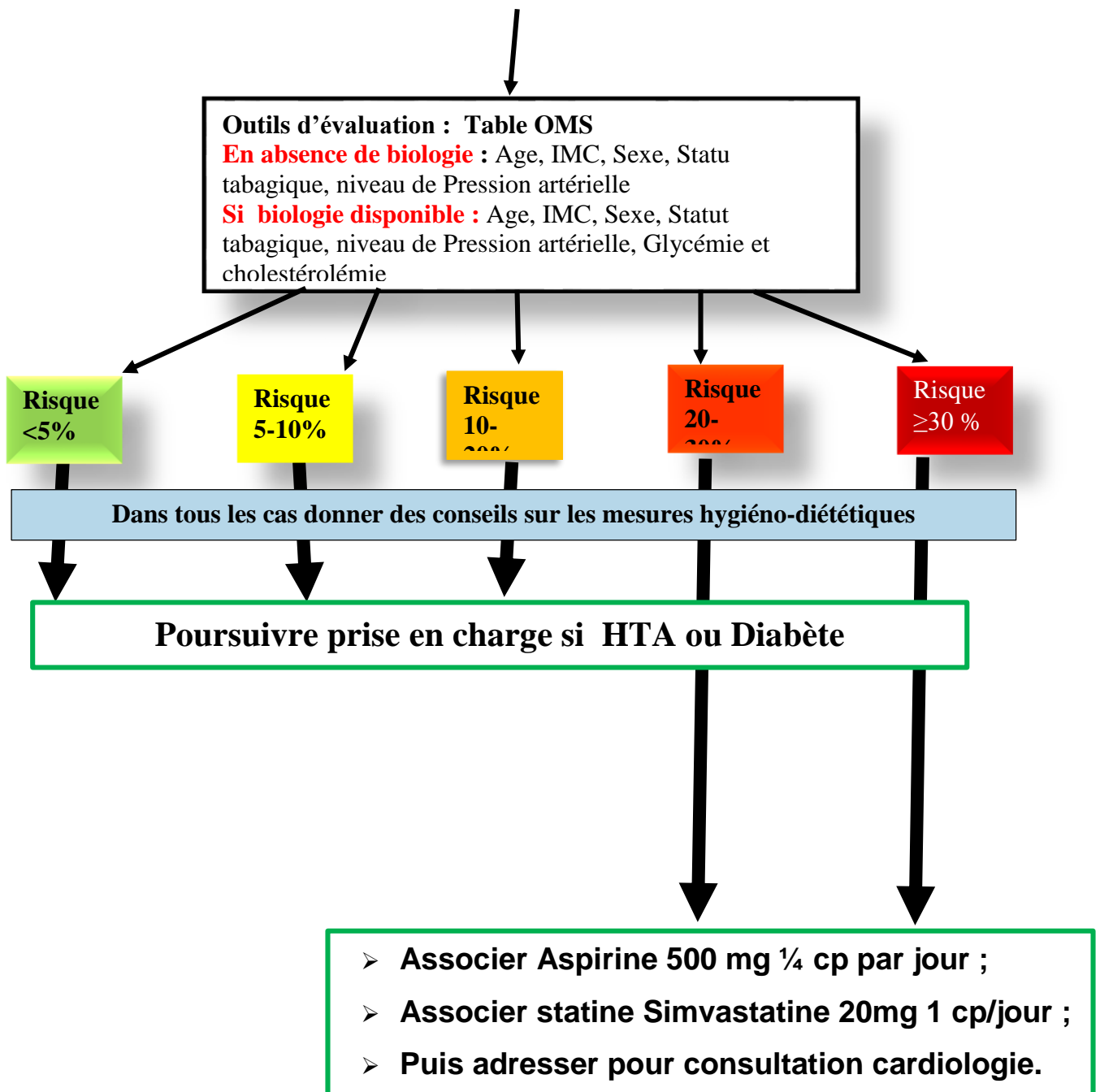
2. Signes et symptômes

La plupart des hypertendus ne présentent aucun symptôme ; c'est pourquoi on l'appelle le « tueur silencieux ». Néanmoins l'hypertension peut provoquer des symptômes tels que les maux de tête, l'essoufflement, des vertiges, des douleurs thoraciques des palpitations et des saignements de nez.

3. Evaluation du risque cardiovasculaire :

Évaluer et gérer le risque cardiovasculaire chez les personnes présentant des facteurs de risque qui n'ont pas encore développé de maladie cardiovasculaire cliniquement manifeste (prévention primaire).

Evaluation et prise en charge du risque cardiovasculaire au niveau CM/CMA



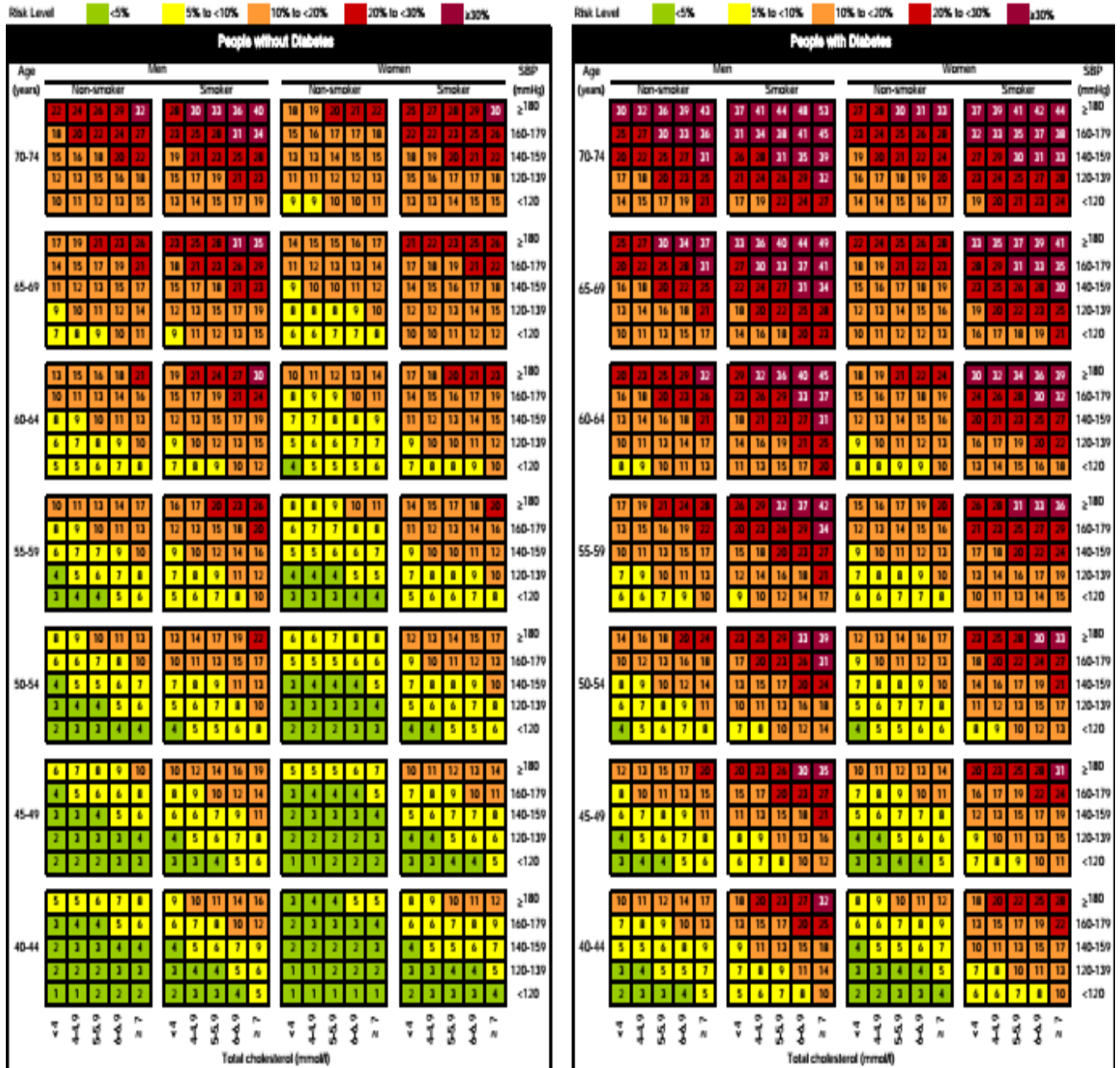
WHO/ISH risk prediction chart for AFR D. Risque cardiovasculaire fatal ou non fatal sur 10 ans selon le sexe, l'âge, la tension artérielle systolique, le cholestérol total, le tabagisme et la présence ou non de diabète sucré

Dosage du cholestérol disponible

WHO cardiovascular disease risk laboratory-based charts

Western Sub-Saharan Africa

Benin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Cameroon, Cabo Verde, Ghana, Guinea, Gambia, Guinea Bissau, Liberia, Mali, Mauritania, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Sao Tome and Principe, Chad, Togo

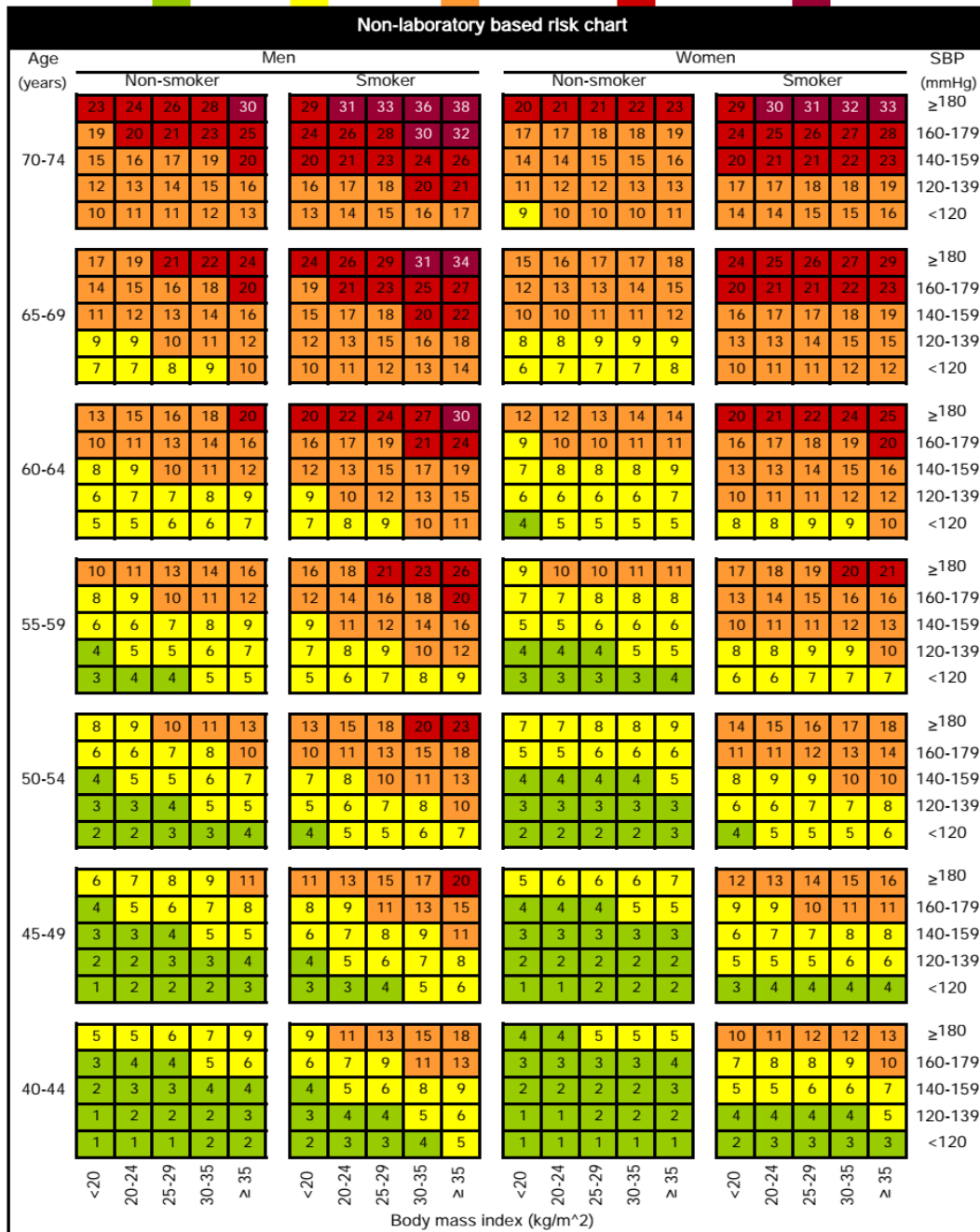


Dosage du cholestérol non disponible

Western Sub-Saharan Africa

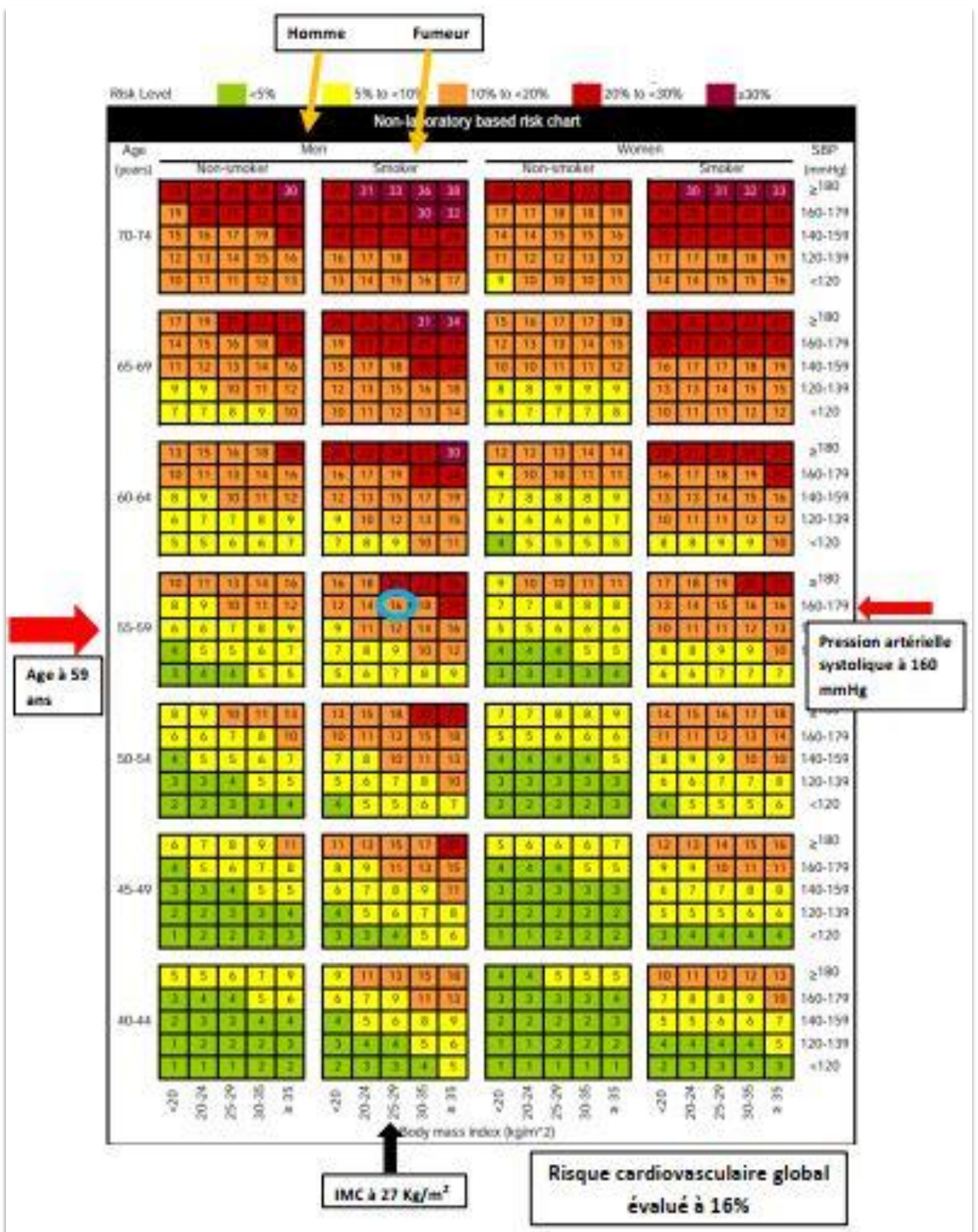
Benin, Burkina Faso, Cote d'Ivoire, Cameroon, Cabo Verde, Ghana, Guinea, Gambia, Guinea Bissau, Liberia, Mali, Mauritania, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Sao Tome and Principe, Chad, Togo

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



Western Sub-Sahar

Exemple : Homme fumeur de 59 ans avec une PAS à 160 mmHg et un IMC à 27 Kg/m²



Si âge 50-59 ans, sélectionner la tranche d'âge 50, si 60-69 ans, sélectionner la tranche d'âge 60 etc. Pour les personnes < 40 ans, sélectionner la tranche d'âge 40

Protocole 1

Plateau technique requis : Tensiomètre, stéthoscope, mètre ruban, pèse personne, glycomètre, Bandelettes pour la mesure de la cétonurie, Bandelettes pour la mesure de la protéinurie.

Action 1 : interrogatoire : Rechercher les facteurs de risque cardiovasculaires

- ❖ Maladie cardiaque connue, accidents vasculaires cérébraux constitués, accident ischémique transitoire (AIT), diabète, maladie rénale
- ❖ Angine de poitrine, essoufflement, claudication
- ❖ Traitement en cours
- ❖ Tabagisme (oui/non)
- ❖ Consommation d'alcool (oui/non)
- ❖ Profession (sédentaire ou active)
- ❖ Pratique pendant plus de 30 minutes d'une activité physique au moins trois jours par semaine (oui/non)
- ❖ Facteurs familiaux de maladies cardiovasculaires (infarctus du myocarde, AVC, insuffisance rénale...)

Action 2. Examen physique et analyse biologique (sang et urine)

- Prendre pression artérielle, périmètre abdominal ,poids et taille (IMC)
- Faire un examen clinique complet :
- Rechercher des œdèmes périphériques
- Chez le diabétique : examiner les pieds (sensibilité, ulcérations, palpation de pouls),
- Réaliser glycémie à jeun, créatininémie, NFS, ionogramme sanguin, cholestérol total,
- Albuminurie/protéinurie

Action 3. Critères de référence pour toutes les visites :

- ❖ Pression artérielle (PA) >200/ >120mmHg (référer en urgence)
- ❖ PAS \geq 140 ou \geq 90mmHg chez les personnes < 40 ans (exclure l'HTA secondaire)
- ❖ Maladie cardiaque connue,
- ❖ Angine de poitrine, claudication
- ❖ Souffle/murmure cardiaque
- ❖ Insuffisance cardiaque
- ❖ accidents vasculaires cérébraux,, Accidents ischémiques transitoires (AIT),

- ❖ Diabète,
- ❖ Maladie rénale (pour exploration si nécessaire)
- ❖ Elévation de la PA $\geq 140/90$ (ou supérieur à 130/80mmHg en cas de diabète malgré un traitement par bi- ou trithérapie)
- ❖ Albuminurie
- ❖ Cétonurie $\geq 2 ++$ en cas de diabète sucré nouvellement détecté et chez tout patient maigre (IMC inf 18) de moins de 30 ans
- ❖ Cholesterol total sup 8 mmol/l

Action 4. Evaluation du risque cardiovasculaire

Chez ceux qui n'ont pas été référés, procéder à l'évaluation du risque cardiovasculaire. La stratification du risque n'est pas nécessaire pour prendre des décisions de traitement pour des personnes présentant une maladie cardiovasculaire établie ou ayant au moins deux facteurs de risque. Elles appartiennent à la catégorie de risque élevé et ont besoin d'interventions intensives sur leur style de vie et d'une pharmacothérapie appropriée.

Action 5 : Conseiller et traiter comme indiqué ci-dessous

Visite initiale

Risque	Conduite à tenir
Risque < 10%	Suivi et évaluation à 12 mois Mesures hygiéno-diététiques : conseiller sur le régime alimentaire, l'activité physique, le sevrage tabagique et éviter l'usage nocif de l'alcool
10 < R < 20	Suivi tous les 3 mois jusqu'à ce que les objectifs soient atteints, puis tous les 6-9 mois après Mesures hygiéno-diététiques : conseiller sur le régime alimentaire, l'activité physique, le sevrage tabagique et éviter l'usage nocif de l'alcool
20 < R < 30	Conseiller sur le régime alimentaire, l'activité physique, le sevrage tabagique et éviter l'usage nocif de l'alcool HTA persistante $\geq 140/90$ mmHg (ou $\geq 130/80$ mmHg en cas de diabète): envisager l'un des médicaments suivants à faible

	dose : hydrochlorothiazide 12,5 -25 mg par jour, Enalapril 5-20 mg par jour, Aténolol 50-100mg par jour, Amlodipine 5-10mg/J Suivi tous les 3-6 mois
Risque > 30%	Conseiller sur le régime alimentaire, l'activité physique, le sevrage tabagique et éviter l'usage nocif de l'alcool HTA persistante \geq 140/90mmHg : prescription de l'un des médicaments suivants : thiazidique, inhibiteurs de l'enzyme de conversion, bêta - bloquant, inhibiteur calcique Donner de la statine Suivi tous les 3 mois, si pas d'amélioration au bout de 6 mois de suivi, référer au niveau supérieur.

- ❖ Toutes les personnes avec une PA persistante \geq 160/100 mmHg devraient bénéficier d'un traitement antihypertenseur
- ❖ Toutes les personnes qui ont une maladie cardiovasculaire confirmée (insuffisance coronarienne, infarctus du myocarde, accidents ischémiques transitoires, insuffisance vasculaire cérébrale ou périphérique), si stables, devraient continuer le traitement déjà prescrit et être considérées comme à risque > 30%.

❖ **Cas particulier de la femme enceinte**

Si PA \geq 160/100 mmHg : initier traitement par l'un des médicaments suivants : alpha méthyl dopa 250- 500 mg (2 à 3 fois/jour) ou Nifédipine retard 20 mg 1cp deux fois par jour

Surveillance tous les mois de concert avec l'équipe obstétricale.

Référer si HTA non contrôlée (c'est-à-dire PA toujours \geq 160/100 mmHg malgré le traitement médicamenteux) ou présence de comorbidité

Deuxième visite

Répéter actions 2, 3, 4 et 5

- ❖ Conseils aux patients et à la famille
- Faites contrôler régulièrement la glycémie, la PA et les urines
- Eviter le sel de table et diminuer les aliments salés tels que, le poisson salé, les « fast food » , les aliments transformés, en conserves, les bouillons en cubes et les boissons gazeuses

Chapitre 2 : L'insuffisance cardiaque

L'insuffisance cardiaque est une incapacité du cœur à assurer un débit sanguin suffisant pour satisfaire les besoins de l'organisme au repos et à l'effort. Des fluides peuvent alors s'accumuler dans les jambes, dans les poumons et dans d'autres tissus de l'organisme.

Protocole 2

Action 1 : rechercher :

- Dyspnée d'effort, antécédent de cardiopathie ;
- Facteurs de risque cardiovasculaire (HTA, diabète, tabac, dyslipidémie...)
- Traitement antérieur

Action 2: examiner

- PA, pouls, fréquence cardiaque
- Œdèmes (chevilles, dos du pieds, bourses, ascite)
- Fréquence respiratoire, râles pulmonaires, bruit de galop, hépatomégalie douloureuse...
- Examen physique complet

Action 3 : Mener des investigations initiales si possible, sinon référer :

- Sang : glycémie, NFS, créatininémie, ionogramme sanguin (kaliémie, natrémie...)
- Urines : albuminurie
- Radiographie thoracique, ECG,

Action 4: Traiter

- Prescription de Diurétiques si surcharge hydrique:
 - o Furosémide 20 mg inj, débiter à 40 mg toutes les 8 à 12 heures jusqu'à régression des signes congestifs puis prendre le relais par voie orale, 2 cp le matin et 1 cp le soir
 - o Associer Potassium cp 600 mg 1cp toutes les 8h ou 12h voire plus (fonction de la kaliémie)
- Captopril 25 mg cp : ¼ cp 3 fois/jour puis augmenter progressivement jusqu'à la dose maximale tolérée sans dépasser 100 mg par jour.
- Spironolactone 25-50 mg/ jour: 1 cp par jour en l'absence d'insuffisance rénale (clairance de la créatinine < 30 ml/mn).
- Régime peu salé

- MHD

Action 5: référer au niveau supérieur après le traitement initial

Chapitre 3 : Angine de poitrine et infarctus du myocarde

1. Angine de poitrine

L'angine de poitrine ou angor (en latin angor pectoris "constriction de la poitrine") est un syndrome douloureux thoracique assez caractéristique et symptomatique d'une ischémie myocardique (différent de nécrose myocardique).

Protocole 3

Action 1 : rechercher :

Douleur angineuse : **douleur thoracique** de siège rétrosternal en barre d'un pectoral à l'autre qui irradie dans les deux épaules, les avant-bras, les poignets et les mâchoires, parfois dans le dos, parfois unilatérale volontiers au membre supérieur gauche. Elle est constrictive et angoissante (angor). Son intensité est variable

Durée brève car l'intensité de la douleur oblige le patient à cesser l'effort déclenchant. C'est la claudication intermittente du cœur. Dans ces conditions elle dure rarement plus de 4 mn.

Cette douleur peut être abrégée si le patient croque de la trinitrine, c'est un véritable test diagnostique

Elle survient exclusivement à l'effort surtout à la marche ou équivalent (montée d'escaliers, toux, défécation, rapports sexuels...).

NB : Il n'y a pas de douleur dans l'intervalle des crises.

- Facteurs de risque cardiovasculaire (HTA, diabète, tabac, dyslipidémie...)
- Antécédents similaires ou d'infarctus du myocarde

Action 2 : examiner

- PA, pouls, fréquence cardiaque, poids, taille
- Examen physique complet

Action 3 : Mener des investigations initiales si possible, sinon référer :

- ECG sans retarder le traitement
- Glycémie, cholestérol, créatininémie

Action 4: traiter

- Trinitrine en sublinguale pour calmer immédiatement la douleur thoracique:
Test diagnostique
- Aspirine orale (75 à 150 mg par jour) ;
- Aténolol de première intention : 50 mg par jour
- MHD

Action 5: référer au niveau supérieur après le traitement initial

2. L'infarctus du myocarde

L'infarctus du myocarde ou crise cardiaque est la nécrose (mort) d'une zone plus ou moins étendue du muscle cardiaque (myocarde) par thrombose coronaire aiguë. **C'est une urgence médicale vitale**

Protocole 4

Action 1 : rechercher :

- **Douleur thoracique** constrictive spontanée étendue à tout le thorax d'intensité extrême, le patient ayant l'impression que sa poitrine est broyée dans un étau ; irradiant aux 2 membres supérieurs et aux mâchoires, d'une durée prolongée de plus de 30 min. **Elle est trinitro résistante et s'accompagne de sueurs et d'angoisse.**

Action 2 : examiner

- PA, pouls, fréquence cardiaque, poids, taille
- Examen physique complet sans retarder la prise en charge.

Action 3 : Mener des investigations initiales si possible et référer :

- Utiliser les bandelettes de Troponine pour confirmer l'IDM
- ECG : Onde de pardee

Action 4 : Initier le traitement d'urgence et évacuer

- Rassurer le patient
- Donner 2 à 4 l/min d'O₂ par lunettes nasales
- Mettre le patient en position demi-assise, si dyspnée avec orthopnée
- Administrer de l'aspirine (ASL) 250 mg en IVD
- Dinitrate d'isosorbide 5mg ou trinitrine 500 mcg, 1 cp en sublinguale à répéter si la douleur persiste (permet d'augmenter l'apport en O₂ au myocarde);
- Antalgiques de pallier 1 à 2 : paracétamol, acupan, tramadol
- si douleurs intenses, donner de la morphine injectable 5-10 mg IM ou IV ou en comprimé et prométhazine 25 mg IM
- Si TA > 160/100 mm Hg, considérer qu'il s'agit d'une poussée hypertensive et associer un antihypertenseur (captopril 25mg comp ¼ à un ½ comp)
- Enoxaparine: 0,10 ml/10 kg de poids en sc.

Action 5: Evacuer immédiatement

Une thrombolyse est possible dans les 12 premières heures de la douleur si le patient est évacué dans les délais.

NB : Les premiers gestes ne doivent en aucun cas retarder l'évacuation du patient vers les structures spécialisées. Il s'agit d'une URGENCE VITALE.

Chapitre 4 : Accident vasculaire cérébral

L'accident vasculaire cérébral (AVC *ou stroke en anglais*) est selon l'OMS, « un déficit brutal d'une fonction cérébrale focale sans autre cause apparente qu'une cause vasculaire ». L'AVC, également désigné par le nom d'« attaque cérébrale », survient lors de l'interruption brutale du flux sanguin cérébral, privant ainsi une ou différentes parties du cerveau en oxygène, causant leur dysfonctionnement puis leur mort en quelques minutes. C'est une urgence vitale ; le patient doit être hospitalisé sans délais.

Protocole 5

Action 1 : rechercher :

- un déficit neurologique d'installation brutale (paralysie hémicorporelle, troubles du langage, troubles visuels, céphalées intenses, coma ...) d'emblée maximale.
- un malaise ;
- de violentes céphalées ; des vomissements ;
- des facteurs de risque cardiovasculaire (HTA, tabagisme, diabète, dyslipidémie...)
- des antécédents personnels ou familiaux d'AIT ou d'AVC

Action 2 : examiner et rechercher :

- PA, pouls, fréquence cardiaque, poids, taille
- Examen neurologique à la recherche de :
 - o un déficit moteur ou sensitif d'un hémicorps ou d'un membre ;
 - o une difficulté brutale pour s'exprimer ou comprendre le langage parlé ;
 - o une perte brutale de la vision d'un œil ou d'un champ visuel, un flou visuel;
 - o troubles de la conscience voire coma
 - o des crises épileptiques (convulsions) ;
 - o des troubles de l'équilibre, de la marche ;
- Examen physique des autres appareils et systèmes.

Action 3 : Mener des investigations initiales si possible et référer :

- Glycémie capillaire +++
- ionogramme sanguin, créatininémie, Numération formule sanguine;
- ECG

Action 4: initier le traitement d'urgence et évacuer

- mesurer la glycémie capillaire +++. Si Glycémie > 11mmol / L débiter l'insuline), fluides par voie intraveineuse chez les patients déshydratés, incapables d'avaler
- assurer la surveillance horaire des constantes vitales pouls, TA, SpO2, T° et changement à 4 heures si patient stable ;
- **baisser progressivement les chiffres tensionnels si TAS > 220 mmHg sans descendre en dessous de 180mmHg;**
- prendre une voie veineuse périphérique (membre sain, sérum physiologique pas de glucosé !)
- prescrire une oxygénothérapie si nécessaire ;
- poser une SNG si vomissements ou troubles de la déglutition : Évaluer la déglutition après 24 heures ;
- faire avaler quelques gorgées d'eau au patient en position verticale, l'apparition d'une toux traduit la présence d'un trouble de la déglutition ;
- si la déglutition est altérée ne rien donner par voie orale, continuer les liquides iv pendant 48 heures, puis commencer l'alimentation par sonde nasogastrique si le patient est incapable d'avaler ;
- assurer une position proclive à 30° du patient ;
- mettre en place une sonde urinaire en cas d'incontinence ou de rétention ;
- prévenir la constipation par une bonne hydratation et l'utilisation des laxatifs ;
- prévenir les escarres en retournant au moins deux fois le patient par heure.
- diminuer le risque de thrombose veineuse profonde (TVP) en administrant une héparine de bas poids moléculaire (HBPM) à dose préventive (0,4 ml en sous-cutané) et en utilisant des bas de compression.

Action 5: évacuer immédiatement

Dans tous les cas jamais d'ASPIRINE, mais ANTICOAGULANT (HBPM) à dose préventive avant l'imagerie.

- ***Pas de corticoïdes !***
- ***Jamais de sérum glucosé!***

Dans tous les cas, évacuer le patient vers une structure hospitalière spécialisée dès que le patient est stable au plan hémodynamique pour la prise en charge adéquate après réalisation de l'imagerie cérébrale. Pour les patients comateux, Évacuer sans délai par transport médicalisé vers l'hôpital pour des soins de réanimation.

Module 2 : Diabète sucré

Groupe hétérogène de maladies métaboliques caractérisées par une hyperglycémie chronique, résultant d'un défaut de la sécrétion et/ou de l'action de l'insuline et pouvant entraîner à long terme des complications atteignant les petits et les gros vaisseaux.(OMS 1999)

Les critères en faveur d'un diabète sucré sont :

- ✓ Une glycémie à jeun $\geq 1,26$ g/L (7 mmol/L) à deux reprises après 8 heures de jeun (au moins 48 heures d'intervalle);
- ✓ Une glycémie aléatoire $\geq 2,00$ g/L (11,1 mmol/L) avec symptômes ;
- ✓ Une glycémie 2 h après une charge de 75 g de glucose lors d'une hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) $\geq 2,00$ g/L (11,1 mmol/L).

Nb : une glycémie à 1g/l équivaut à 5,5 mmol/l

Protocole 6

Plateau technique requis : glucomètre, bandelettes pour la mesure (glycémie, cétonurie, protéinurie), tensiomètre (électronique ou manuel), stéthoscope, mètre ruban, pèse personne.

Action 1 : Rechercher

- les signes cardinaux du diabète (polyurie, polydipsie, polyphagie, amaigrissement)
- ATCD familiaux de diabète et de maladies cardiovasculaires (HTA, IDM, AVC/AIT, Insuffisance Cardiaque etc.)
- des signes de décompensation aigue : troubles de la conscience, déshydratation, odeur acétonique de l'haleine, myalgie, douleur abdominale...
- autres signes : lésion cutanée, neuropathies, gingivite chronique, otorrhée chronique, plaie du pied, asthénie, dysfonction érectile...
- signes de complications cardiaques, oculaires ;
- facteurs de risque modifiables (tabagisme, alcoolisme, alimentation malsaine, sédentarité...)

Action 2 :

- réaliser un examen physique complet
- mesurer : Poids, Taille, PA, Tour de Taille
- Calculer : IMC (Indice de Masse Corporelle)

- rechercher : glycosurie / la cétonurie (BU)
- doser : la glycémie à jeun
- demander : créatininémie, protéinurie des 24 heures, ionogramme sanguin, bilan lipidique (cholestérol total, HDL cholestérol, LDL cholestérol)
- demander : fond d'œil, ECG

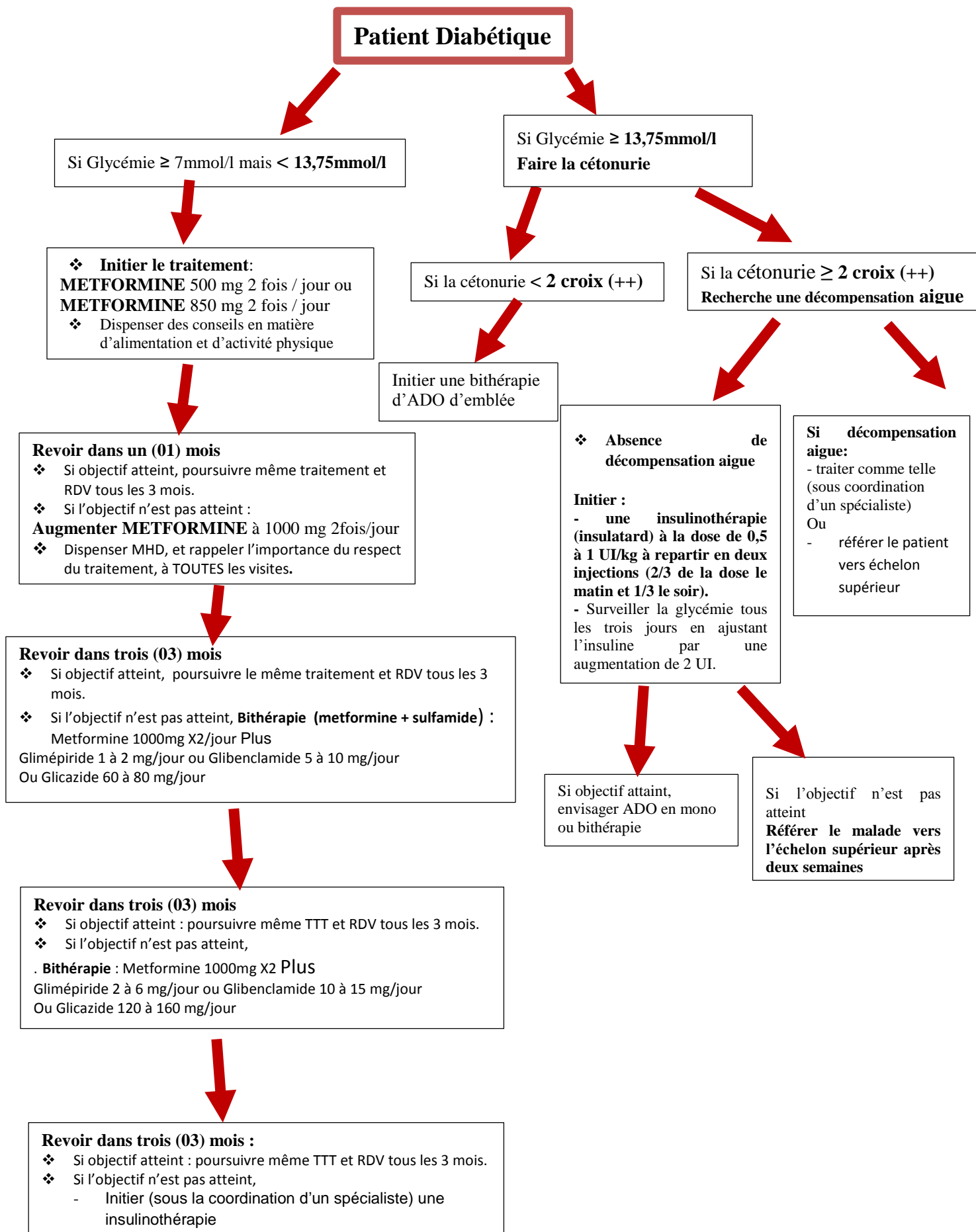
Action 3 : Traiter

- prodiguer des conseils hygiéno-diététiques
- éduquer sur les soins des pieds
- recommander la pratique d'une activité physique régulière (confère HTA)
- sensibiliser pour la prévention des facteurs de risque.
- Initier un traitement médicamenteux en se référant au protocole de traitement

Action 4 : Critères de référence

- Diabète compliqué : coma, neuropathies diabétiques invalidantes, pied diabétique, rétinopathie diabétique, insuffisance rénale ...
- Diabète gestationnel
- Diabète de type 1
- Diabète non équilibré après 6 mois de bithérapie ADO à pleine dose + MHD+ activités physiques.

Patient Diabétique



NB : Prévoir une consultation avec un médecin spécialiste pour faire un bilan des complications (rénal, ophtalmologique, cardiovasculaire) au moins chaque année.

Module 3 : Asthme et bronchopneumopathies chroniques obstructives

L'asthme est une affection chronique des voies de passage de l'air dans les poumons, qui provoque leur inflammation et un rétrécissement de leur calibre. Il se manifeste par une dyspnée expiratoire.

Les bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO) sont des affections pulmonaires caractérisées par une obstruction chronique de la circulation de l'air à l'intérieur des poumons.

Signes communs aux 2 affections : L'asthme et la BPCO peuvent tous deux présenter une toux, une respiration difficile, une constriction thoracique et /ou une respiration sifflante.

Les signes de comparaison

<p>Les caractéristiques suivantes font un diagnostic d'asthme plus probable:</p>	<p>Les caractéristiques suivantes font un diagnostic de la Maladie Pulmonaire Obstructive Chronique plus probable (MPOC):</p>
<ul style="list-style-type: none"> ■ diagnostic antérieur d'asthme; ■ symptômes depuis l'enfance ou le début de l'âge adulte; ■ antécédents de rhume des foins, d'eczéma et / ou d'allergies; ■ symptômes intermittents avec des périodes asymptomatiques entre les deux; ■ les symptômes s'aggravent la nuit ou tôt le matin; ■ une infection respiratoire, l'exercice, les changements climatiques ou le stress; ■ les symptômes répondent au salbutamol 	<ul style="list-style-type: none"> ■ diagnostic antérieur de BPCO; ■ antécédents de tabagisme important, c'est-à-dire plus de 20 cigarettes par jour pendant plus de 15 ans; ■ historique d'exposition lourde et prolongée à la combustion de combustibles fossiles dans un espace clos, ou forte exposition à la poussière en milieu de travail; ■ les symptômes ont commencé à l'âge moyen ou plus tard (généralement après 40 ans); ■ les symptômes se sont aggravés lentement sur une longue période; ■ longue histoire de production quotidienne ou fréquente de toux et d'expectorations souvent commençant avant l'essoufflement; ■ des symptômes persistants avec peu de variation au jour le jour

Test pour faire la différence entre l'asthme et la BPCO :

- Donner deux bouffées de salbutamol et vérifier si amélioration de la fréquence respiratoire, le diagnostic d'asthme est très probable.

- si pas d'amélioration ou amélioration insignifiante, le diagnostic de BPCO plus probable.

Traitement

Augmenter ou diminuer le traitement en fonction de la maîtrise de l'asthme par une approche progressive.

Étape 1. Salbutamol inhalé par nébulisation

Étape 2. Salbutamol inhalé par nébulisation plus béclométhasone inhalée à faible dose, en commençant par 100 µg deux fois par jour pour les adultes et 100 µg une ou deux fois par jour pour les enfants

Étape 3. Identique à l'étape 2, mais donnez des doses plus élevées de béclométhasone inhalée, 200ug ou 400ug deux fois par jour.

Étape 4. Ajoutez de la théophylline par voie orale à faible dose au traitement de l'étape 3 (en supposant que les bêta-agonistes à longue durée d'action et les antagonistes des leucotriènes ne sont pas disponibles).

Étape 5. Ajoutez de la prednisolone par voie orale, mais à la dose la plus faible possible pour contrôler les symptômes (presque toujours moins de 10 mg par jour).

Référer les cas d'asthme pour le spécialiste:

- quand l'asthme reste mal maîtrisé;
- quand le diagnostic d'asthme est incertain;
- quand la prednisolone par voie orale est nécessaire pour maintenir le contrôle

Prise en charge de l'exacerbation de l'asthme

Protocole 7

Plateau technique requis : Tensiomètre, stéthoscope, mètre ruban, pèse personne, glycomètre, champ d'inhalation, Bandelettes pour la mesure de la cétonurie Bandelettes pour la mesure de la protéinurie, spéculum, réactifs (acide acétique ou lugol).

- Administration du bronchodilatateur par nébulisation
- 5 mg** sur une durée de 10 à 15 min répétés toutes les 20 min durant la 1^{ère} heure
- le gaz vecteur pour la nébulisation est l'oxygène
 - Corticoïdes par voie systémique (orale)

- Prednisolone ou prednisone 1 mg/kg/jour chez l'adulte sans dépasser 50 mg/j

- pour une durée de 5 à 7 jours puis arrêt sans décroissance
- Oxygénothérapie si hypoxémie : objectif : SpO₂ = 93-95%
- Recherche et traitement d'un facteur favorisant (infection, allergène, médicament)
- Réévaluation clinique **très rapprochée**

En cas d'amélioration persistante (diminution de la fréquence respiratoire, TA normale, capacité à dire des phrases entières sans devoir reprendre sa respiration)
retour à domicile avec rendez-vous à 7 jour.

En cas d'aggravation ou de non amélioration après une heure, transfert en soins intensifs (si un transport est nécessaire, il devrait être médicalisé)

Exacerbation sévère

NIVEAU HOPITAL

- Transfert médicalisé dans une unité de soins intensifs
 - Oxygène au moins 6 litres/minute au masque facial si possible
 - Objectif : SpO₂ = 93-95%
 - Traitement bronchodilatateur : beta 2-mimétiques à courte durée d'action par voie nébulisée à forte dose
 - Salbutamol ou terbutaline : 5 mg sur une durée de 10 à 15 min répétés toutes les 20 min durant la 1ère heure
 - gaz vecteur pour la nébulisation est l'oxygène
 - anticholinergique (ipratropium) : administration par nébulisation 0.5 mg sur une durée de 10 à 15 min répétée toutes les 20 min
 - En cas d'échec** : beta 2-mimétiques par voie injectable
 - Salbutamol à la seringue électrique à posologie progressivement croissante, en débutant à 0,25-0,5 mg/h ; scope obligatoire (car effet adrénérgique, et car risque d'hypokaliémie)
 - A défaut de seringue électrique : SALBUTAMOL : 250 µg par injection intraveineuse lente diluée à 50 µg/ml au plus
 - SULFATE DE MAGNÉSIUM (1,2 à 2 g par voie intraveineuse sur 20 min) (option favorisée)
 - Corticoïdes par voie systémique
 - Prednisolone ou prednisone 1 mg/kg/jour chez l'adulte sans dépasser 50 mg/j
 - EVACUER au niveau supérieur si plateau technique insuffisant et/ou non amélioration
 - Ventilation mécanique en cas de signe de gravité extrême
 - Recherche et traitement d'un facteur favorisant (infection, allergène, médicament)
 - Réévaluation clinique **très rapprochée**
- Les autres traitements :**
- Antagoniste des récepteurs des leucotriènes ou anti leucotriènes (montélukast)
 - Les anti IgE
 - Les antibiotiques en cas de surinfection bronchiques
 - La kinésithérapie respiratoire surtout pour les bébés et enfants en bas âge

La chambre d'inhalation destinée aux enfants en bas âge

Le traitement de l'allergie

Mais les médicaments ne sont pas le seul moyen de lutte contre l'asthme. Il est également important d'éviter tout ce qui peut déclencher les crises, c'est-à-dire les stimulations provoquant des irritations ou des inflammations des voies respiratoires. Aussi, avec l'aide du médecin, chaque asthmatique doit apprendre à éviter ce qui déclenche ses crises.

Conclusion

Bien que l'asthme fasse moins de victimes que les pneumopathies obstructives chroniques ou d'autres maladies chroniques, des médicaments mal adaptés ou une mauvaise observation du traitement peuvent entraîner la mort.

Chapitre 2 : Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Protocole 8

- Salbutamol nébulisé (5 mg).
 - Beta-agonistes à action prolongée : formotérol 20 microgramme/2ml.
 - Le bromure d'ipratropium 0,5mg en association au salbutamol nébulisé
 - Les corticostéroïdes oraux : 30 à 40 mg pendant 7 à 10 jours.
Si pas d'amélioration, ajouter antagonistes muscariniques à action prolongée : tiotropium (2,5 5 mg/ml) et corticostéroïdes en inhalation (budésonide)
 - S'il y a changement de couleur ou d'augmentation des expectorations : antibiotiques : - amoxicilline 500 mg 3 fois/jour pendant 5 à 7 jours.
- En cas d'allergie à la pénicilline : érythromycine 500 mg 4 fois/jour pendant 7 jours (mais pas si le patient est sous théophylline) ou doxycycline (200 mg le premier jour puis 100 mg par jour pendant 6 jours).
Oxygène : à administrer avec précaution (approximativement 2 l/min par canule nasale)
- ✓ Faire le bilan complémentaire sans retarder le traitement. et éventuellement réadapter le traitement initial.

SI ABSENCE D'AMELIORATION ET/OU AGGRAVATION : EVACUER AU NIVEAU SUPERIEUR

SI AMELIORATION ET RETOUR A DOMICILE référer en consultation spécialisée

- Nutrition
 - repas riches en énergie
 - suppléments de vitamines.
- Exercice

Bouger et marcher autant qu'ils peuvent, cela aide à améliorer la condition physique et à réduire l'essoufflement.

Exacerbation légère

Salbutamol inhalé

Exacerbation modérée

Salbutamol inhalé
Prednisone orale
Erythromycine ou
Amoxicilline

Exacerbation sévère

Hospitalisation
Urgences

Conclusion

La réduction de l'exposition individuelle à la fumée du tabac, aux poussières et produits chimiques en milieu professionnel, et aux polluants domestiques et atmosphériques, est un objectif important pour éviter l'apparition et la progression de la BPCO. Le sevrage tabagique (arrêt du tabac) est le moyen le plus efficace et le plus économique pour réduire le risque de développer une BPCO et pour stopper sa progression. Pour cela, un traitement court de la dépendance tabagique peut être efficace, et tous les consommateurs de tabac devraient se voir proposer au moins ce type de traitement à chaque consultation auprès d'un prestataire de soins de santé.

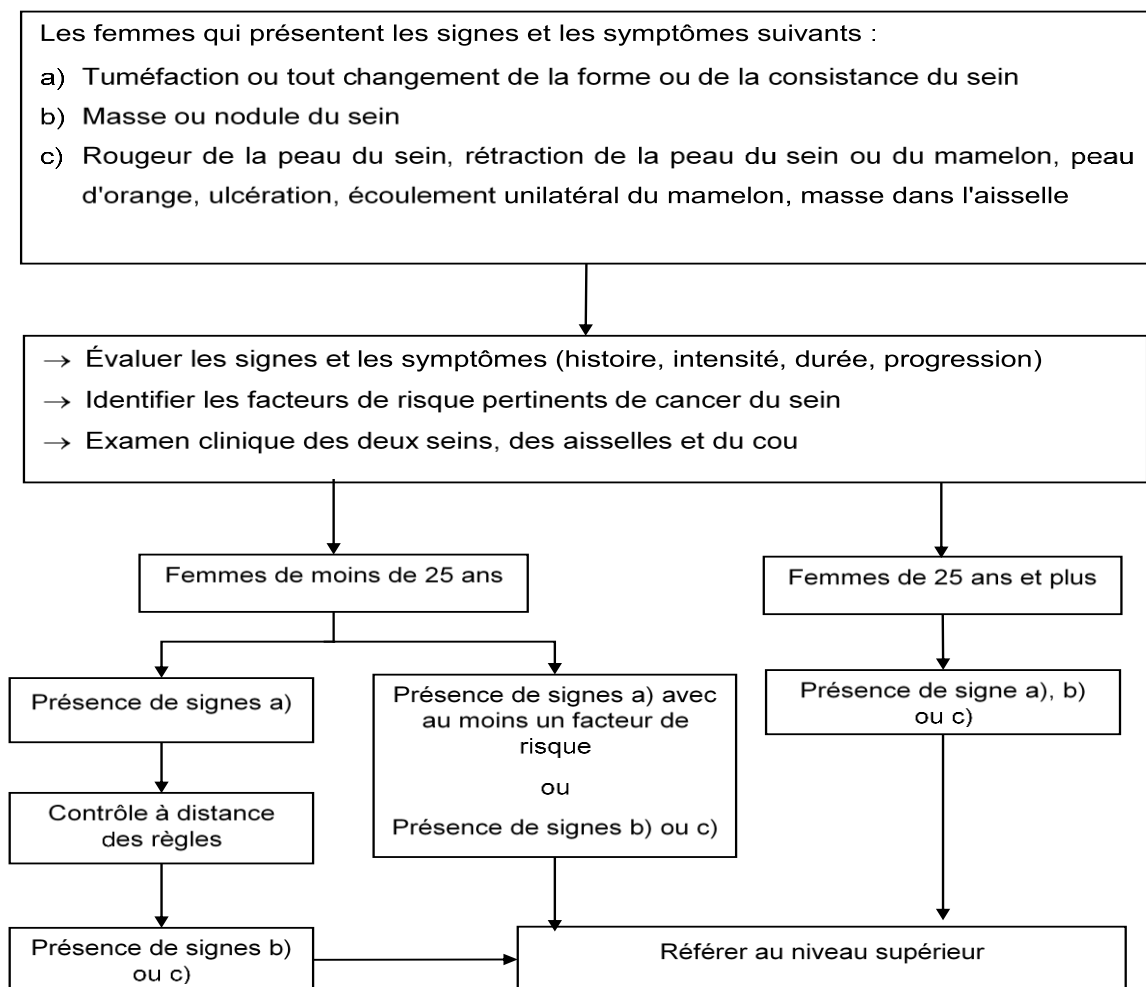
Module 4 : Le cancer

Plateau technique requis : Tensiomètre, stéthoscope, mètre ruban, pèse personne, spéculum, réactifs (acide acétique ou lugol).

Chapitre 1 : le cancer du sein

Le cancer du sein est une tumeur maligne de la glande mammaire. Il peut se développer à partir des cellules constituant la glande mammaire.

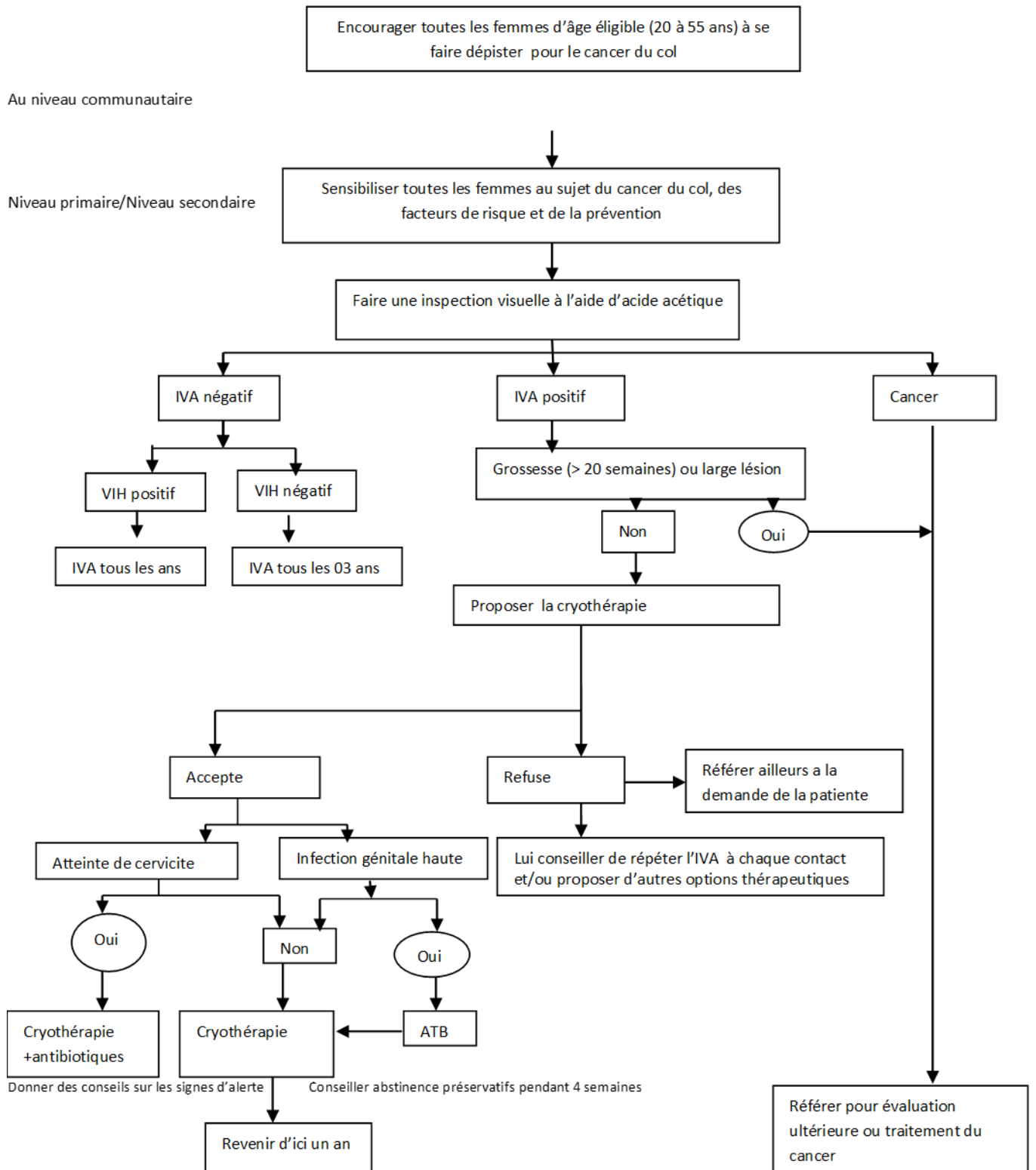
Protocole 9



Chapitre 2 : Cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus est une tumeur maligne qui prend naissance dans les cellules du col de l'utérus.

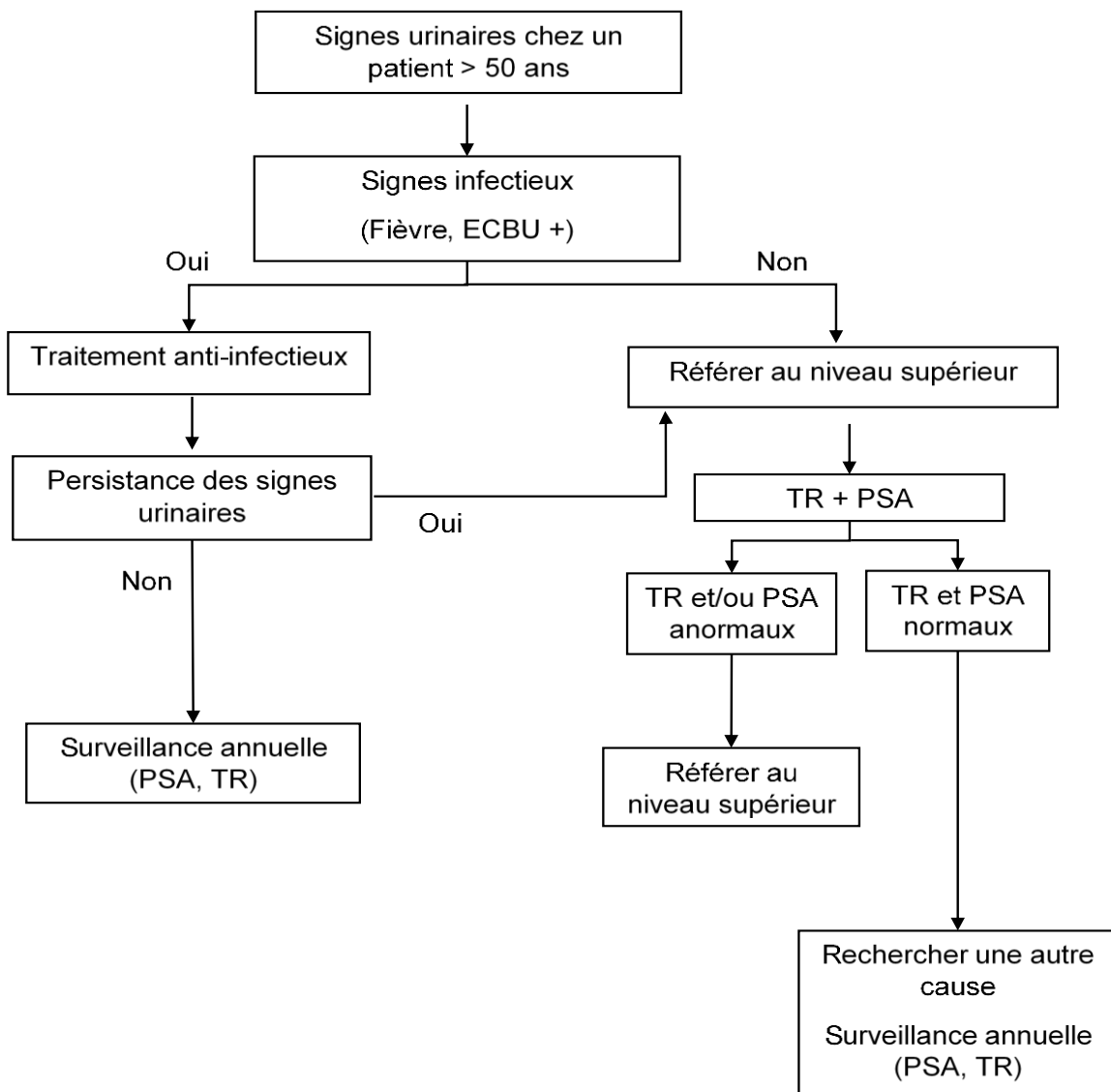
Protocole 10



Chapitre 3 : Le cancer de la prostate

La prostate est une glande qui fait partie du système reproducteur de l'homme. Le cancer de la prostate est une tumeur maligne développée aux dépens de la glande prostatique. La méthode habituelle pour détecter le cancer de la prostate à un stade précoce est de combiner le dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) dans le sang avec ensuite une palpation de la prostate au toucher rectal chez un patient âgé de plus de 50 ans présentant des signes urinaires.

Protocole : 11



Module 5 : Insuffisance rénale

L'insuffisance rénale (IR) est définie par l'altération des fonctions rénales, particulièrement la fonction d'épuration. L'insuffisance rénale implique l'atteinte des deux reins. Il s'agit d'un syndrome pouvant compliquer toute maladie rénale.

Protocole : 12

Action 1 : rechercher

- des signes digestifs à type de vomissements matinaux et/ou de baisse de l'appétit
- une fatigabilité pour des efforts minimes
- palpitations cardiaques

Action 2 : examiner

- une haleine particulière (proche de l'odeur des urines) dite urémique
- anémie (observer une pâleur conjonctivale)
- des œdèmes des membres inférieurs et/ou du visage
- une ascite
- une augmentation de la pression artérielle.

Action 3 : investiguer si possible et référer : urée plasmatique, créatininémie, ionogramme sanguin, glycémie, hémogramme, examen d'urine à la bandelette, protéinurie de 24 heures, examen cytologique et bactériologique des urines, radiographie standard, échographie abdomino-pelvienne, doppler vasculaire±

Action 4 : traiter et référer

- **Médicaments spécifiques :** antihypertenseurs (toutes les classes), furosémide, sels de fer, bicarbonate de sodium, carbonate de calcium, chélateurs de potassium
- **Conduite-à-tenir devant une créatininémie élevée (= insuffisance rénale)**
 - Si apparition récente des signes cliniques et reins de taille normale ou augmentée à l'échographie = **probablement IRA**
 - Identifier le mécanisme :
 - IRA fonctionnelle (hypoperfusion rénale),
 - IRA organique (atteinte des structures rénales),
 - ou IRA obstructive (obstacle sur les voies urinaires, diagnostiqué à l'imagerie médicale) ;

- Si IRA fonctionnelle :
 - prise en charge possible au CM si déshydratation ou hémorragie de grande abondance (s'assurer de la disponibilité de sang)
 - Réhydratation, transfusion de culot de globules rouges ;
 - En cas d'échec, référer.
- Si IRA obstructive : référer
- Si IRA organique, ou association protéinurie supérieure à 2 g/24 heures, hématurie, leucocyturie aseptique, HTA sévère ou IR rapidement progressive :
 - débiter le traitement symptomatique (furosémide en cas d'œdème/ascite en sachant qu'il est contreindiqué si pression artérielle inférieure ou égale à 110/50 mmHg ; antihypertenseur si HTA ; chélateur de potassium si hyperkaliémie ; traitement des autres troubles ioniques ; oxygénothérapie) ;
 - référer à un service de néphrologie
- **Maladie semblant évoluer depuis au moins trois mois** (créatininémie antérieure élevée, œdèmes récidivants, antécédents d'hématurie, HTA ancienne, diabète ancien ou tout autre facteur de risque d'IRC), surtout si reins de taille réduite à l'échographie : **probablement IRC**

➤ Déterminer le stade évolutif

Stade	Description	DFG mL/min/1,73m ² (clairance de la créatinine)
1	Rein lésé + DFG normal	≥ 90
2	IRC légère	60 – 89
3	IRC modérée	30 – 59
4	IRC sévère	15 – 29
5	IRCT	< 15

American Journal of Kidney Diseases, Vol 39, No 2, Suppl 1 (February), 2002: pp S46-S75

- Rechercher les complications associées (œdèmes, HTA, anémie, troubles ioniques, etc) et débiter leur traitement

- Prise en charge
 - possible sur place aux stades 1 et 2 ;
 - ou pour les stades 5 pour lesquels le traitement de suppléance a été refusé.
- Référence systématique au néphrologue
 - à partir du stade 3
 - ou si mauvais contrôle de la pression artérielle ou de la protéinurie, hématurie abondante (supérieure à 50 000 globules rouges/min) aux stades 1 ou 2 ;
 - Les patients avec une MRC aux stades 3 à 5 peuvent être pris en charge conjointement par le néphrologue et le médecin généraliste de l'aire sanitaire où réside le patient.
- Dépistage de l'IRC : sur tous les patients ou situations à risque
- Conseils hygiéno-diététiques
- Préservation du capital veineux (voir niveau CSPA).

Module 6 : Epilepsies

C'est une pathologie cérébrale caractérisée par une prédisposition durable à générer des crises d'épilepsie et par les conséquences neurobiologiques, cognitives, psychologiques et sociales y relatives.

Une crise épileptique, est une manifestation d'une décharge hypersynchrone, anormale de neurones corticaux hyperexcitables.

Protocole 13

Devant une crise tonico-clonique généralisée type « grand Mal » :

Le diagnostic repose sur l'interrogatoire du patient et/ou de son entourage.

Action 1 : Rechercher

- contraction musculaire soudaine (la personne se raidit)
- perte de connaissance,
- chute,
- mouvements convulsifs
- amnésie post critique.

Action 2 : examiner et rechercher

- morsure de la langue,
- rigidité musculaires avec ou sans perte du contrôle des sphincters.

Action 3 : Investiguer si possible et référer

- l'électroencéphalogramme (EEG) peut montrer des anomalies paroxystiques (pointes ou pointe-ondes) cohérentes avec la présentation clinique des crises.

Action 4 : traiter

a. Mesures d'urgence:

- Éviter les manœuvres de contention lors du déroulement de la crise, souvent nuisibles pour le patient (éloigner les objets contondant)
- Mettre en position latérale de sécurité pendant la période d'obnubilation post-critique, complétée par une évaluation de l'état hémodynamique, respiratoire et neurologique
- Il est indispensable d'observer la crise et de noter sa durée. La majorité des crises épileptiques durent moins de trois minutes.
- Au-delà, il peut être utile d'administrer une benzodiazépine : par voie rectale ou par voie buccale à la face interne de la joue (diazépam, 0,5 mg/kg et sans dépasser 10 mg, avec une seringue en plastique à insuline sans aiguille).

- Chez le sujet âgé, insuffisant respiratoire ou insuffisant hépatique, il est prudent de s'abstenir d'utiliser les benzodiazépines.
- Si état de mal épileptique marqué par une répétition subintrante des crises évacuer en unité de réanimation.

b. Traitement

Dans notre contexte le phénobarbital occupe une place de choix du fait de son spectre d'action et de son coût :

Phénobarbital 100 mg/j chez l'adulte et 3-4 mg/kg/j chez l'enfant le soir au coucher.

A défaut carbamazépine comprimé : 2 à 25mg/kg/jr chez l'enfant en 2 ou 3 prises et 10 à 12 mg/kg/jr chez l'adulte en 2 ou 3 prises.

Un bilan biologique préthérapeutique évaluera la fonction rénale (urée-créatininémie), hépatique (transaminases sériques), NFS, ionogramme sanguin (natrémie)

Après un délai de 2 à 5 ans sans crises, l'on est autorisé à entreprendre un arrêt progressif du traitement de concert avec le patient.

c. Place de la psychothérapie

Elle fait partie intégrante du traitement de l'épilepsie. Elle aura pour but de :

- Lutter contre la stigmatisation
- Traiter la symptomatologie réactionnelle
- Redonner confiance au patient et à sa famille

Action 5 : critères de référence

Le traitement antiépileptique doit être périodiquement réévalué, pour vérifier le contrôle des crises, la tolérance du patient, la survenue d'effets secondaires, discuter avec le patient de certaines questions pratiques (grossesse, ..)

Les facteurs d'aggravation à surveiller: la consommation d'alcool, le manque de sommeil, les jeux de lumière.

N B : Les autres formes de crises épileptiques en l'occurrence les crises focales et les syndromes épileptiques nécessitent une prise en charge par le spécialiste et les patients devront être référés chez le neurologue.

Module 7 : Drépanocytose

La drépanocytose est une maladie génétique liée à une anomalie de structure de l'hémoglobine normale A (HbA) qui aboutit à la formation de l'hémoglobine S (HbS). Egalement appelée hémoglobinose S, sicklémie ou anémie à cellules falciformes, la drépanocytose se caractérise par la modification de la forme des globules rouges (hématies) qui, normalement biconcaves, prennent une forme de croissant ou de faucille. Ces globules rouges en forme de faucille sont plus rigides et plus fragiles que les globules rouges normaux.

Protocole 14

Action 1 : rechercher :

- ATCD familiaux de drépanocytose ;
- ATCD d'anémie, de douleur osseuse ou de douleur abdominale.

Action 2 : examiner et rechercher :

- Ictère plus ou moins franc ;
- Pâleur conjonctivale ;
- Splénomégalie surtout chez les moins de 5 ans ;
- Syndrome pieds mains chez les nourrissons (6 à 18 mois) ;

Action 3 : Mener des investigations initiales si possible et référer :

- un hémogramme qui montre une anémie constante avec un taux d'hémoglobine de base qui varie d'un patient à un autre. Il est en moyenne de 7 à 8 g/dL. L'anémie est typiquement normochrome, normocytaire, régénérative, associée à une hyperleucocytose et une thrombocytose.
- Le frottis sanguin met en évidence les drépanocytes et des corps de Jolly témoins de l'hyposplénie.
- Les tests de dépistage sont :
 - le test d'Emmel (test de falciformation) :
 - le test d'Itano (test de solubilité) :
 - Le test de diagnostic rapide de la drépanocytose (ex : Sickle Scan)

- Les tests de confirmation :
 - l'électrophorèse de l'hémoglobine.

Action 4 : Traiter et référer

a- Traitement des crises vaso-occlusives

Ce traitement est symptomatique et utilise des moyens dont le choix est fonction de la gravité de la crise.

- les antalgiques : utilisés de façon graduelle en fonction de l'intensité de la douleur ; allant du paracétamol à la dose de 15 mg/kg toutes les 6 heures, aux dérivés morphiniques, à la morphine et aux AINS ;
- l'hydratation : par voie orale ou intraveineuse à raison de 2,5 à 3litres par mètre carré de surface corporelle ;
- la transfusion de culot globulaire (3 x poids en kg x (Hb souhaité-Hb patient)) ou du sang total (6 x poids en kg x (Hb souhaité-Hb patient)) : réservée aux crises vaso-occlusives graves et aux anémies sévères avec hémoglobine inférieure à 5g/dl.
- l'hydroxyurée : indiquée dans les formes avec crises fréquentes et sévères ou compliquées d'AVC, de priapisme et/ou de STA. Posologie usuelle : 15 à 30 mg/kg/j, pour une durée indéfinie, en l'absence de contre-indications.

b- Traitement des complications aiguës

- Les accidents vaso-occlusifs graves (AVC, syndrome thoracique aigu) : hydratation, une oxygénation et référer
- Le priapisme aigu : drainage du corps caverneux puis injection d'étiléfrine (10 mg chez grand enfant/adolescent, adulte ; 5 mg chez le petit enfant) et prescription effortil cp : 30 mg/kg chez l'adulte, dose unique le soir au coucher. 0,5mg si priapisme de plus de 6 heures. Si moins de 6 heures, injection d'étiléfrine sans drainage.
- Les infections : antibiothérapie rigoureuse à larges spectres plus transfusion
- Anémie : une transfusion simple de culot globulaire.

c- Traitement des complications chroniques

- Si ulcère de jambe : pansements humides au dakin et un repos.
- Si rétinopathie drépanocytaire : référer
- La lithiase biliaire : référer

- L'ostéonécrose : référer

NB : La prise en charge d'un patient drépanocytaire ne peut être envisagée sans un suivi médical régulier. Ainsi, un dossier de suivi médical doit être ouvert pour tout patient porteur d'un syndrome drépanocytaire majeur, aussi bien au niveau du centre de santé qu'au niveau de l'hôpital. Y seront consignés : l'état civil, l'histoire de la maladie, les signes cliniques, biologiques, l'évolution et les traitements : hospitalisations, transfusions, interventions chirurgicales, traitements particuliers...

Module 9 : Education à la santé et conseils sur les comportements sains

Protocole 15

Ces recommandations doivent être appliquées avec tous les protocoles pour la prévention primaire des MNT.

1. Faire de l'activité physique régulièrement :

Augmentez progressivement l'activité physique à un niveau modérés (tels que la marche rapide) et pour une durée d'au moins 150 minutes par semaine
Contrôlez votre poids et évitez le surpoids en réduisant les aliments riches en calories et en pratiquant une activité physique adaptée régulière

2. Adoptez un régime alimentaire sain et équilibrer

- consommer les fruits et légumes)
- manger moins d'aliments gras, sucré, salé

3. Arrêter/éviter le tabac et la consommation nocive d'alcool

4. Faire un suivi médical régulier