

Grille d'évaluation ECOS - AMBOSS-36 - Fatigue - Homme 54 ans

 Cabinet médical

 Nick Booker, homme de 54 ans, consultant pour fatigue

T°
36.9°C

TA
130/80 mmHg

FC
70 bpm

FR
17/min

Anamnèse (25%)

Score : 0/45

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Motif principal [Je me sens vraiment fatigué ces derniers temps]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
2. Caractérisation de la fatigue				0
Début [Il y a environ 4 semaines]	<input type="checkbox"/>			
Constante/intermittente [Pratiquement tout le temps]	<input type="checkbox"/>			
Événements précipitants [Je pense que j'ai eu la grippe intestinale environ une semaine avant que la fatigue commence. J'avais de la fièvre et j'ai beaucoup vomi ; je ne pouvais rien manger pendant presque toute une semaine]	<input type="checkbox"/>			
Progression [Je pense que la grippe intestinale est pratiquement partie. Mais la fatigue semble juste empirer]	<input type="checkbox"/>			
Épisodes antérieurs [Pas comme ça]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs améliorants [Eh bien, je suppose que le sommeil aide un peu]	<input type="checkbox"/>			
Facteurs aggravants [Je pense que boire de l'alcool n'aide probablement pas vraiment]	<input type="checkbox"/>			
Symptômes associés [Mes muscles ont aussi commencé à faire mal à peu près au même moment. Vous savez, un peu comme quand vous avez un rhume ?]	<input type="checkbox"/>			
3. Recherche de symptômes spécifiques pour fatigue après fièvre et vomissements				0
Voyage récent [Non]	<input type="checkbox"/>			
Nausées/vomissements [Je suis encore un peu nauséux, particulièrement le matin]	<input type="checkbox"/>			
Fièvre/frissons [Non]	<input type="checkbox"/>			
Sueurs nocturnes [Non]	<input type="checkbox"/>			
Éruption cutanée/changements cutanés [Non]	<input type="checkbox"/>			
Douleurs articulaires [Non, juste dans mes muscles]	<input type="checkbox"/>			
Problèmes urinaires/changements de couleur de l'urine [Non]	<input type="checkbox"/>			
Problèmes intestinaux/changements de couleur des selles [Oui, mes selles ont l'air assez claires ces derniers temps]	<input type="checkbox"/>			
Douleur abdominale [Oui, du côté droit, juste sous mes côtes]	<input type="checkbox"/>			
Appétit [Je n'ai pas eu beaucoup d'appétit ces deux derniers mois]	<input type="checkbox"/>			
Changements de poids [Oui, j'ai perdu environ 10 livres (4,5 kg) au cours des 2 derniers mois. Mais je pense que ça a commencé avant que j'aie les symptômes que j'ai maintenant]	<input type="checkbox"/>			
Prurit [Oui, depuis quelques jours]	<input type="checkbox"/>			
Gonflement des seins [Non]	<input type="checkbox"/>			
Diminution de la pilosité corporelle [Non]	<input type="checkbox"/>			
Diminution de la libido [Ce n'est pas que je ne veux pas, c'est juste que je n'ai pas eu de relation depuis mon divorce il y a 7 ans]	<input type="checkbox"/>			
4. Antécédents médicaux [J'ai eu deux épisodes de pancréatite. Un il y a environ 5 ans et l'autre l'année dernière]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
5. Allergies [Aucune]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0
6. Médicaments [Aucun]	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	0

7. Hospitalisations et antécédents chirurgicaux

0

Hospitalisations [J'ai dû aller à l'hôpital la dernière fois que j'ai eu une pancréatite]

☐

Antécédents chirurgicaux [Aucun]

☐

8. Contacts malades et antécédents familiaux

0

Contacts malades [Non]

☐

Antécédents familiaux [Je ne sais pas - j'ai été adopté]

☐

9. Habitudes et mode de vie

0

Travail [Je travaillais dans un restaurant, mais j'ai perdu mon emploi l'année dernière]

☐

Domicile [Je vis seul]

☐

Alcool [Je bois environ 10 bières par jour]

☐

Ressenti besoin de réduire votre consommation ? [Oui, c'est pratiquement ce qui a ruiné mon mariage. Mais je pense qu'il est juste trop tard pour arrêter maintenant]

☐

Agacé par les critiques sur votre consommation ? [Bien sûr, arrêter est plus facile à dire qu'à faire]

☐

Culpabilité à propos de la consommation ? [Oui]

☐

Besoin de boire dès le matin ? [Presque tous les jours]

☐

Drogues récréatives [J'ai utilisé de la cocaïne par intermittence pendant les 10 dernières années, et j'ai essayé l'héroïne pour la première fois il y a environ 3 mois et j'en utilise pratiquement tous les jours depuis]

☐

Usage de drogues intraveineuses [J'avais l'habitude de sniffer la cocaïne, mais il y a 3 mois j'ai commencé à m'injecter de la cocaïne et de l'héroïne]

☐

Tabac [Je fume environ un paquet par jour depuis 35 ans]

☐

Examen clinique (25%)

Score : 0/15

Critères

Oui

±

Non

Points

1. Mesures d'hygiène

0

Lavage des mains

☐

Respect de la pudeur avec drap

☐

2. Examen de la tête, yeux, oreilles, nez et gorge

Inspection des sclères [Montrer l'image d'ictère au patient]

☐☐

0

3. Examen thoracique

Inspection du thorax

☐☐

0

4. Examen abdominal

0

Inspection de l'abdomen

☐

Auscultation de l'abdomen

☐

Percussion de l'abdomen

☐

Palpation de l'abdomen

☐

Palpation du foie [Sensibilité légère à la palpation]

☐

Palpation de la rate

☐

Matité déclive

☐

5. Examen des extrémités

0

Inspection des mains

☐

Inspection des membres inférieurs

☐

Critères	Oui	±	Non	Points
1. Hypothèses diagnostiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
2 points si au moins 2 diagnostics pertinents mentionnés, 1 point si 1 diagnostic				
Diagnostics différentiels à considérer				
Causes infectieuses prioritaires				
• Hépatite B et/ou C aiguë → Sérologies virales hépatites (HAV, HBV, HCV)				
Arguments POUR:				
<input type="checkbox"/> Usage de drogues intraveineuses (risque majeur hépatite B et C)				
<input type="checkbox"/> Syndrome pseudo-grippal initial avec symptômes GI (nausées, vomissements)				
<input type="checkbox"/> Phase prolongée avec perte d'appétit, douleur HCD, fatigue persistante				
<input type="checkbox"/> Cholestase intrahépatique avec hyperbilirubinémie (ictère scléral)				
<input type="checkbox"/> Selles décolorées (cholestase)				
<input type="checkbox"/> Prurit récent (accumulation sels biliaires)				
Causes toxiques				
• Hépatite alcoolique → ASAT, ALAT (ratio ASAT/ALAT > 1 dans hépatite alcoolique)				
Arguments POUR:				
<input type="checkbox"/> Trouble d'usage d'alcool sévère (10 bières/jour, questionnaire CAGE positif 4/4)				
<input type="checkbox"/> Symptômes non spécifiques : nausées légères, perte appétit, perte poids				
<input type="checkbox"/> Douleur HCD par sensibilité hépatique				
<input type="checkbox"/> Ictère scléral et cholestase intrahépatique (selles pâles)				
Contre : N'explique pas syndrome grippal initial ; pas d'hépto-splénomégalie, ascite ou signes cutanés hépatiques				
Causes néoplasiques				
• Cancer du pancréas → US abdominal (masse pancréatique et cholestase)				
Arguments POUR:				
<input type="checkbox"/> Perte appétit et poids débutée il y a 2 mois (avant syndrome grippal)				
<input type="checkbox"/> Ictère scléral, prurit, selles pâles (cholestase extrahépatique)				
<input type="checkbox"/> Facteurs de risque : pancréatite chronique, alcool, tabagisme				
Contre : Douleur HCD (foie) plutôt qu'épigastrique irradiant au dos ; absence signe de Courvoisier suggère processus inflammatoire/infectieux plutôt que néoplasique				
Autres causes à considérer				
• Cirrhose → Albumine, TP/TCA (fonction hépatique)				
Alcool chronique + hépatites virales possibles				
• Pancréatite chronique → Lipase, imagerie pancréatique				
ATCD pancréatites récurrentes, alcool				
• Cholédolithiase → US abdominal				
Cholestase, douleur HCD				
• Cholangiocarcinome → CT abdominal avec contraste				
Cholestase, ictère, prurit				
2. Examens complémentaires urgents				0
US abdominal [Le tissu hépatique peut apparaître anormal dans hépatites A, B, C et alcoolique. Une masse pancréatique et cholestase résultante peuvent être visualisées dans cancer pancréas]	<input type="checkbox"/>			
NFS [Anémie macrocytaire, thrombocytose ou thrombocytopénie, leucocytose neutrophile absolue peuvent être présentes dans hépatite alcoolique et cirrhose]	<input type="checkbox"/>			
TP, TCA [pour évaluer synthèse hépatique altérée (ex: cirrhose)]	<input type="checkbox"/>			
ASAT, ALAT, bilirubine, phosphatases alcalines, Gamma-GT, lipase [Ratio ASAT/ALAT > 1 indique lésion cellulaire hépatique, comme dans hépatite alcoolique. Dans hépatites A, B et C aiguës, transaminases très élevées mais ALAT > ASAT (ratio < 1). Bilirubine, PAL et GGT élevées indiquent cholestase]	<input type="checkbox"/>			
Albumine [pour évaluer synthèse hépatique altérée (ex: cirrhose)]	<input type="checkbox"/>			
Sérologies virales hépatites (HAV, HBV, HCV) [Anti-HAV IgM élevés confirment hépatite A aiguë. HBsAg et anti-HCV pour dépister hépatites B et C]	<input type="checkbox"/>			
Test VIH [Le patient n'a jamais eu de test VIH et fait partie d'un groupe à haut risque]	<input type="checkbox"/>			
3. Examens complémentaires différés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	0
CT abdominal avec contraste [Si cancer pancréas suspecté et masse visualisée à l'US. Signes suggestifs : masse mal définie, hypodense/hypoéchogène, hypovasculaire avec signe du double canal (obstruction et dilatation canal cholédoque et canal pancréatique)]				

4. Communication avec le patient

0

Explications au patient des impressions diagnostiques
préliminaires

☐

Explication du plan de prise en charge

☐

Utilisation d'un langage non médical et clarification des termes
médicaux

☐

Évaluation de l'accord du patient avec le plan diagnostique

☐

Recherche des préoccupations et questions du patient

☐

5. Conseil et soutien

0

Conseil sur les drogues illicites

☐

Conseil sur l'abus d'alcool

☐

Conseil sur l'arrêt du tabac

☐

Réaction appropriée au défi concernant le test VIH

☐

Prise en charge selon diagnostic

- Mesures immédiates :
 - Hospitalisation pour bilan étiologique urgent
 - Voie veineuse périphérique
 - Hydratation IV prudente (risque cirrhose)
 - Surveillance signes vitaux et conscience
 - Arrêt alcool avec prévention sevrage
 - Précautions universelles (risque hépatites virales)
 - Si hépatite virale aiguë confirmée :
 - Hépatite B aiguë :
 - Surveillance fonction hépatique (risque hépatite fulminante < 1%)
 - Repos, hydratation, nutrition
 - Pas d'antiviraux sauf forme sévère
 - Vaccination contacts non immunisés
 - Déclaration obligatoire
 - Hépatite C aiguë :
 - Attendre 12-16 semaines pour traitement
 - Si pas de clairance spontanée : AAD 8-12 semaines
 - Taux guérison > 95% avec antiviraux action directe
 - Dépistage VIH, HBV (co-infections fréquentes)
 - Si hépatite alcoolique :
 - Score de Maddrey : si ≥ 32 = forme sévère
 - Corticoides si Maddrey ≥ 32 sans infection
 - Prednisolone 40 mg/j \times 28j puis décroissance
 - Nutrition entérale si dénutrition
 - Thiamine IV 100 mg/j (prévention Wernicke)
 - Abstinence alcool totale et définitive
 - Si cancer pancréas :
 - Stadification par CT thoraco-abdomino-pelvien
 - CA 19-9 (marqueur tumoral)
 - Évaluation résécabilité par chirurgie
 - Si résécable : Whipple ou pancréatectomie distale
 - Si non résécable : chimiothérapie palliative
 - Drainage biliaire si ictère obstructif
 - Prise en charge des addictions :
 - Programme substitution opiacés (méthadone/buprénorphine)
 - Échange seringues, kit injection stérile
 - Thérapie cognitivo-comportementale
 - Groupes de soutien (AA, NA)
 - Traitement comorbidités psychiatriques
 - Réinsertion sociale et professionnelle
 - Prévention des complications :
 - Vaccination hépatite A et B si non immunisé
 - Dépistage régulier VIH, VHC si poursuite UDIV
 - Surveillance carcinome hépatocellulaire si cirrhose
 - Prophylaxie encéphalopathie hépatique
 - Bêta-bloquants si varices œsophagiennes

⚠ Signes d'alarme et complications

1. Hépatite fulminante

Encéphalopathie + INR > 1.5 → transfert USI, greffe hépatique

2. Syndrome hépatorénal

Créatinine ascendante + oligurie → albumine IV, terlipressine

3. Péritonite bactérienne spontanée

Si ascite : fièvre, douleur, confusion → ponction, ATB urgente

4. Hémorragie digestive haute

Varices œsophagiennes si cirrhose → endoscopie urgente

5. Syndrome de sevrage alcoolique

Tremblements, hallucinations → benzodiazépines, thiamine

Clôture de consultation

Défi : Test VIH

[Pensez-vous que je devrais faire un test VIH ?]

Réponse type du candidat

M. Booker, je comprends votre préoccupation d'avoir peut-être le VIH. Bien que vos symptômes actuels puissent être dus à diverses causes, votre histoire d'usage de drogues intraveineuses est un facteur de risque pour l'infection VIH, et je recommanderais de faire un test VIH maintenant si vous êtes d'accord. Si vous êtes intéressé, j'aimerais aussi vous mettre en contact avec notre travailleur social, qui peut vous aider à trouver des programmes de réhabilitation. J'aimerais aussi vous conseiller fortement de ne pas partager d'aiguilles ou de seringues avec d'autres personnes, car cela vous expose au risque d'infection par le VIH, l'hépatite C et d'autres maladies potentiellement mortelles.

Communication (25%)

Score : 0/20

Critères	A	B	C	D	E
1. Réponse aux sentiments et besoins du patient <i>Empathie, écoute active, validation des émotions Explique le déroulement de la consultation et vérifie les préoccupations du patient, commence l'anamnèse par une question ouverte ; reconnaît, verbalise et légitime les émotions, fournit du soutien</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Structure de l'entretien <i>Organisation logique, transitions fluides, gestion du temps Se présente par son nom et sa fonction, les étapes de l'entretien sont identifiables et s'enchaînent de manière logique, gestion du temps, adaptation à la situation</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Expression verbale <i>Clarté, vocabulaire adapté, vérification de la compréhension Langage adapté au niveau du patient, pas de jargon, explications compréhensibles, reformulations quand nécessaire, répétitions des points clés, fait une synthèse de la consultation, bonne articulation, ton et volume adéquats</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Expression non verbale <i>Contact visuel, posture, gestuelle appropriée Distance interpersonnelle adéquate, posture adéquate, gestes adéquats, contact visuel et expression faciale adéquats, pauses quand nécessaire</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Évaluation générale de la communication <i>Qualité globale de l'interaction médecin-patient</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Score Global

0%

% par Section

Anamnèse

0%

Examen clinique

0%

Management

0%

Communication

0%

Note Globale

A-E

Échelle de notation

A

≥90%

B

80-89%

C

70-79%

D

60-69%

E

<60%

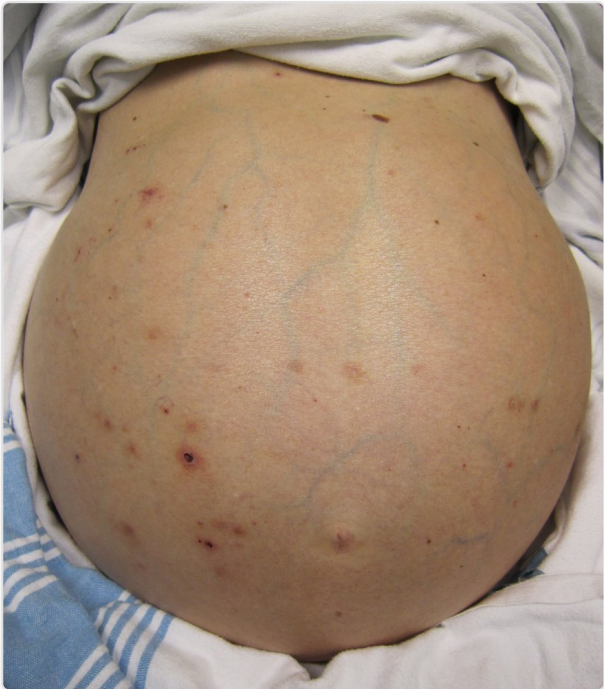
Ictère (jaunisse)

Ictère (jaunisse)



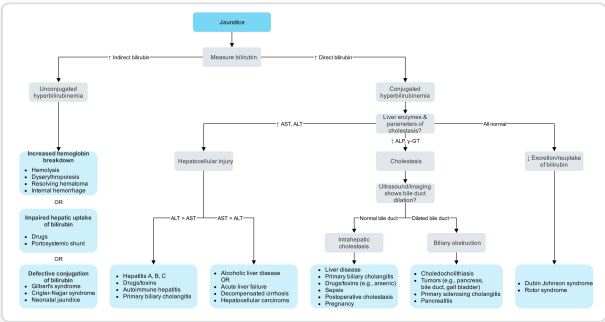
Ascite

L'abdomen est considérablement élargi en raison de l'ascite. Des maculo-papules érythémateuses partiellement érosives sont visibles, compatibles avec un prurigo simple.



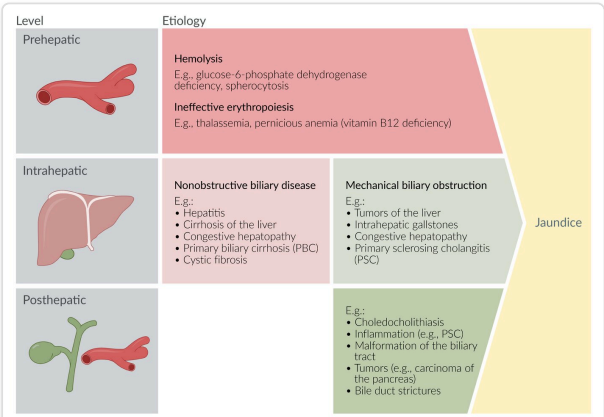
Diagnostic différentiel de l'ictère

Diagnostic différentiel de l'ictère



Classification de l'ictère selon la maladie sous-jacente et la localisation

Classification de l'ictère selon la maladie sous-jacente et la localisation



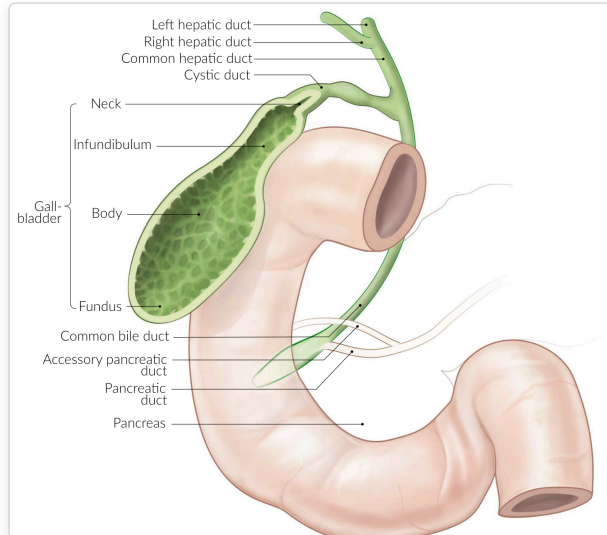
Arbre biliaire extrahépatique

Les canaux hépatiques droit et gauche se rejoignent pour former le canal hépatique commun.

Le canal cystique rejoint le canal hépatique commun pour former le canal cholédoque.

Le canal pancréatique principal se draine dans le canal cholédoque.

Le canal cholédoque s'ouvre dans la partie descendante du duodénum.



Métabolisme de la bilirubine

(1) L'hémoglobine est décomposée en hème et globine dans la rate et, dans une moindre mesure, dans la moelle osseuse.

(2) Les macrophages décomposent l'hème en bilirubine non conjuguée.

Liée à l'albumine, la bilirubine non conjuguée est transportée dans la circulation sanguine et captée par le foie.

(3) La bilirubine est conjuguée dans le foie et sécrétée dans la bile.

(4) Pour être sécrétée, la bilirubine conjuguée entre dans le sang pour atteindre les hépatocytes avec une connexion directe aux canalicules biliaires. À ce stade, la bilirubine conjuguée est détectable dans le sang.

(5) La bilirubine atteint l'intestin via la bile.

Les bactéries intestinales convertissent la bilirubine en urobilinogène.

(6) La majeure partie de l'urobilinogène est convertie en stercobilinogène puis en stercobiline.

La stercobiline est excrétée dans les selles, leur donnant leur couleur brune caractéristique.

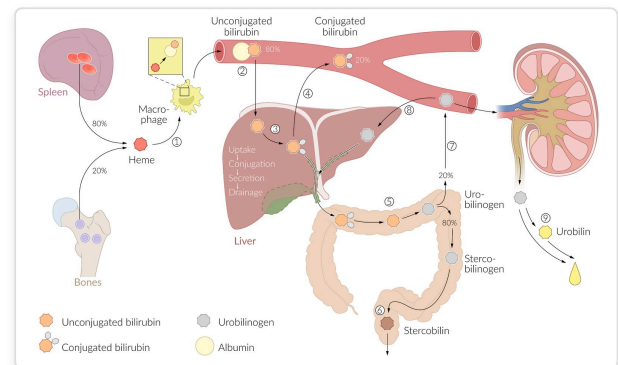
(7) Une plus petite portion d'urobilinogène est réabsorbée et suit deux voies différentes :

(8) La majeure partie subit une recirculation hépatobiliaire, tandis que le reste est filtré dans le rein.

Ou :

(9) Le reste est filtré dans les reins.

Dans l'urine, l'urobilinogène est oxydé en urobiline, qui est responsable de la couleur jaune caractéristique.



Dilatation des canaux biliaires

Échographie du foie (vue intercostale ; plan transversal).

Le canal cholédoque dilaté mesure 12,8 mm de diamètre et est de plus gros calibre que la veine porte (PV).

Le diamètre normal du canal cholédoque est généralement rapporté comme ≤ 7 mm, ou ≤ 11 mm après cholécystectomie.

L : foie.



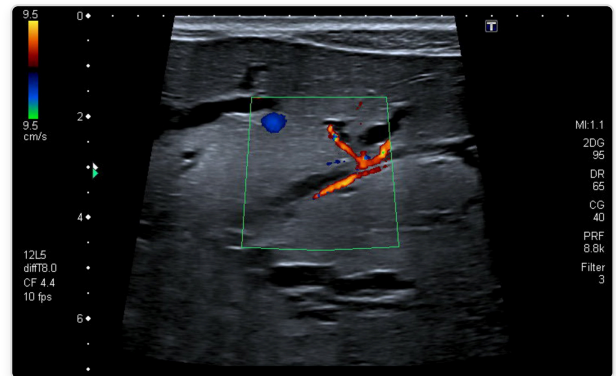
Dilatation des canaux biliaires intrahépatiques

Échographie du foie (lobe gauche ; plan transversal ; Doppler couleur).

De multiples canaux biliaires intrahépatiques dilatés sont visibles (exemples indiqués par la superposition verte).

Le Doppler couleur (dans la boîte verte) aide à différencier les branches de la veine porte (signal Doppler rouge) des canaux biliaires.

Les canaux biliaires intrahépatiques normaux mesurent environ 2 mm de diamètre et ne dépassent pas 40 % du diamètre de la veine porte qui les accompagne.



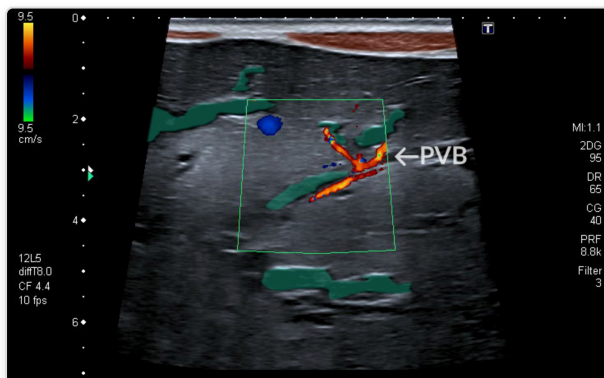
Dilatation des canaux biliaires intrahépatiques (2)

Échographie du foie (lobe gauche ; plan transversal ; Doppler couleur).

De multiples canaux biliaires intrahépatiques dilatés sont visibles (exemples indiqués par la superposition verte).

Le Doppler couleur (dans la boîte verte) aide à différencier les branches de la veine porte (signal Doppler rouge) des canaux biliaires.

Les canaux biliaires intrahépatiques normaux mesurent environ 2 mm de diamètre et ne dépassent pas 40 % du diamètre de la veine porte qui les accompagne.



Scénario pour le patient standardisé

Nom : Nick Booker | **Âge :** 54 ans

Contexte : Homme avec fatigue, ictère et multiples facteurs de risque hépatiques

Motif de consultation

Plainte principale : «Je me sens vraiment fatigué ces derniers temps.»

Si on demande s'il y a autre chose : «J'ai aussi des douleurs musculaires et j'ai perdu du poids.»

Consignes

- Quand l'examineur inspecte vos yeux, montrez l'image d'ictère fournie.
- Quand l'examineur palpe la partie supérieure droite de votre abdomen, dites que vous avez une douleur légère là.
- Vous n'êtes pas au courant de la signification des termes médicaux (par ex., échographie) et demandez des clarifications si l'examineur les utilise.
- Défi : Demandez 'Pensez-vous que je devrais faire un test VIH ?'

Histoire actuelle

Symptôme principal :

- Fatigue depuis 4 semaines, constante
- Précédée d'un syndrome grippal intestinal
- Fièvre et vomissements importants 1 semaine
- Incapacité à s'alimenter pendant cette période
- Fatigue qui s'aggrave progressivement
- Myalgies diffuses concomitantes

Symptômes associés :

- Nausées persistantes, surtout matinales
- Selles décolorées récentes
- Douleur hypochondre droit
- Perte appétit depuis 2 mois
- Perte poids 10 livres en 2 mois
- Prurit depuis quelques jours
- Ictère scléral visible

Simulation

Durant l'entretien :

- Paraître fatigué et épuisé
- Mentionner consommation alcool importante
- Avouer usage drogues IV récent
- Exprimer ambivalence sur arrêt substances
- Questionnaire CAGE positif 4/4
- Inquiétude sur risque VIH (défi)

Durant le status :

- Montrer image ictère scléral
- Douleur légère hypochondre droit
- Pas d'ascite clinique
- Pas de signes cutanés hépatiques
- Coopération pour examen
- Demander clarification termes médicaux

Informations de l'expert

Dossier médical de l'entretien

Homme 54 ans avec ictère + facteurs risque multiples = hépatite virale jusqu'à preuve contraire. Usage drogues IV récent (3 mois) = fenêtre parfaite pour hépatite C aiguë. Syndrome grippal initial typique hépatite virale aiguë. Alcoolisme sévère + pancréatites = cofacteurs aggravants. Perte poids 2 mois AVANT syndrome actuel = red flag cancer pancréas à ne pas manquer. Cholestase mixte probable : virale + alcoolique + ? néoplasique. Bilan hépatique complet urgent + imagerie + sérologies virales + VIH.

Rôles et interventions de l'expert·e

L'expert·e intervient si l'étudiant·e demande :

- Inspection abdomen : pas d'ascite visible, pas de circulation collatérale
- Palpation foie : bord inférieur palpable 2 cm sous rebord costal
- Matité déclive : négative (pas d'ascite)
- Astérix : absent
- Angiomes stellaires : absents
- Érythème palmaire : absent

Points clés

- UDIV = toujours penser hépatites B et C + VIH
- Hépatite C aiguë : 75% asymptomatique, 25% ictère
- Window period : 4-10 semaines pour séroconversion
- Alcool + virus = synergie pour progression cirrhose
- Perte poids antérieure = toujours chercher néoplasie
- Réduction risques : urgent même si patient ambivalent

Pièges

- Attribuer tout à l'alcool (manquer hépatite virale)
- Ignorer perte poids antérieure (cancer pancréas)
- Oublier co-infections VIH/VHB chez UDIV
- Ne pas proposer test VIH immédiat
- Juger patient sur ses addictions
- Omettre conseil réduction des risques

Diagnostic le plus probable

Hépatite C aiguë sur terrain d'hépatopathie alcoolique

Hépatite C aiguë

Infection virale du foie par VHC, principalement transmise par voie sanguine :

- Incidence : 75% asymptomatique, 25% symptomatique
- Incubation : 2-12 semaines (moyenne 6-7 semaines)
- Phase aiguë : syndrome grippal, ictère dans 20-30%
- Clairance spontanée : 15-45% dans les 6 mois
- Chronicité : 55-85% évoluent vers hépatite chronique
- Facteurs favorables : sexe féminin, symptômes, génotype 3

Hépatite alcoolique

Inflammation hépatique aiguë sur hépatopathie alcoolique chronique :

- Seuil : > 80g/j homme, > 60g/j femme × années
- Spectre : stéatose → hépatite → cirrhose
- Présentation : ictère, hépatomégalie douloureuse, fièvre
- Biologie : ASAT/ALAT > 2, ASAT < 300, hyperbilirubinémie
- Score Maddrey : $(4.6 \times (\text{TP patient} - \text{TP témoin})) + \text{bili totale}$
- Mortalité : 50% à 30j si Maddrey ≥ 32 sans traitement

Co-infection VHC/alcool

Synergie délétère sur la progression de la fibrose :

- Progression cirrhose : × 3 si co-facteurs
- Carcinome hépatocellulaire : risque × 100
- Réponse antiviraux : diminuée si alcool actif
- Abstinence : améliore réponse traitement VHC
- Stéatose : 70% VHC génotype 3 + alcool
- Décompensation : plus rapide et sévère

Usage de drogues intraveineuses et hépatites

Population à très haut risque nécessitant approche globale :

- Prévalence VHC : 50-90% chez UDIV
- Prévalence VHB : 5-10% (vaccination urgente)
- Co-infection VIH : 15-30% selon régions
- Réinfection : possible après traitement (génotypes différents)
- Transmission : partage matériel injection (seringues, cuillères)
- Prévention : programmes échange seringues, substitution

Cancer du pancréas et pancréatite chronique

Risque néoplasique augmenté après pancréatites répétées :

- Risque relatif : × 13 si pancréatite chronique
- Délai : 10-20 ans après début pancréatite
- Présentation : ictère obstructif progressif indolore
- Signe Courvoisier : vésicule palpable non douloureuse
- CA 19-9 : sensibilité 80%, spécificité 90%
- Pronostic : survie médiane 4-6 mois si métastatique

Approche du patient avec addictions multiples

Prise en charge globale sans jugement :

- Évaluation motivationnelle : stade précontemplation
- Réduction des risques : priorité sur abstinence

- Substitution opiacés : méthadone ou buprénorphine
- Alcool : sevrage supervisé si dépendance physique
- Support psychosocial : logement, emploi, réseau
- Comorbidités psy : dépression 30%, anxiété 20%

Rappels thérapeutiques

- VHC aigu : attendre 12-16 sem (clairance spontanée possible)
- Si persistance : sofosbuvir/velpatasvir 12 sem (pangénotypique)
- Taux guérison : > 95% avec AAD même si UDIV actif
- Hépatite alcoolique sévère : prednisolone 40 mg/j × 28j
- Alternative : pentoxifylline 400 mg × 3/j si CI stéroïdes
- Nutrition : 35-40 kcal/kg/j, protéines 1.2-1.5 g/kg/j
- Thiamine : 100-300 mg IV/j avant glucose (Wernicke)
- Prophylaxie sevrage : diazépam selon score CIWA

Examens complémentaires

- Bilan hépatique : ASAT, ALAT, GGT, PAL, bilirubine T/C
- Fonction hépatique : TP, facteur V, albumine
- Sérologies virales : HBsAg, anti-HBc, anti-HCV, ARN-VHC
- VIH : test 4e génération (Ag p24 + Ac)
- US abdominal : taille foie, échostructure, voies biliaires
- Élastométrie : évaluation fibrose (FibroScan)
- Alpha-fœtoprotéine : dépistage CHC si cirrhose
- CA 19-9 + CT si suspicion cancer pancréas
- Ammoniémie : si troubles neurologiques