

# **La médication officinale**

Conseils et médicaments  
délivrés par le pharmacien  
à l'officine

**R. Caquet**

*1<sup>re</sup> édition*

## **La médication officinale**

## *Chez le même éditeur*

### *Du même auteur :*

**250 examens de laboratoire**, par R. Caquet, 10<sup>e</sup> édition, 2008, 420 pages.

**Guide infirmier des examens de laboratoire**, par R. Caquet, 2008, 384 pages.

### *Dans la collection Abrégés de Pharmacie :*

**Femme enceinte : conseils en officine**, par C. Mautrait, 2008, 96 pages.

**Le matériel de maintien à domicile**, par J. Callanquin, C. Camuzeaux,  
P. Labrude, 4<sup>e</sup> édition, 2008, 360 pages.

**Pharmacologie**, par Y. Cohen, C. Jacquot, 6<sup>e</sup> édition, 2008, 512 pages.

**Conseils à l'officine**, par J.-P. Belon, 6<sup>e</sup> édition, 2006, 464 pages.

**Pharmacie galénique**, par A. Le Hir, 8<sup>e</sup> édition, 2006, 416 pages.

### *Autres ouvrages :*

**140 ordonnances en homéopathie**, par A. Sarembaud, 2008, 304 pages.

**Guide de thérapeutique**, par L. Perlemuter, G. Perlemuter, 5<sup>e</sup> édition, 2008,  
2176 pages.

**Guide du préparateur en pharmacie**, par B. Charpentier, F. Hamon-Lorleac'h,  
A. Huard, L. Ridoux, S. Chansellé, 3<sup>e</sup> édition, 2008, 1374 pages.

**Pharmacie clinique et thérapeutique**, par l'Association nationale des enseignants  
de pharmacie clinique, F. Gimenez, 3<sup>e</sup> édition, 2008, 1344 pages.

# ABRÉGÉS

de pharmacie

## La médication officinale

Conseils et médicaments  
délivrés par le  
pharmacien à l'officine

**Pr René Caquet**

Professeur honoraire à l'Université Paris XI

**Préface du Dr Vayssette**

*3<sup>e</sup> édition*



**ELSEVIER  
MASSON**



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

**Cet ouvrage tient compte des données les plus récentes au moment de sa publication. Toutefois des erreurs et/ou des omissions ont pu échapper à l'auteur, des textes législatifs ou réglementaires ont pu se trouver modifiés depuis la rédaction de l'ouvrage. Le lecteur est donc invité à vérifier les indications, les posologies et les précautions d'emploi des médicaments en se référant aux notices officielles d'utilisation.**

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2009, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés  
ISBN : 978-2-294-70744-5

---

Elsevier Masson SAS, 62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex  
[www.elsevier-masson.fr](http://www.elsevier-masson.fr)

# Préface

La *médication officinale* est définie ainsi par le dictionnaire de l'Académie nationale de pharmacie : « Expression générique pour l'ensemble des moyens médicamenteux ou autres à prescription facultative (MPF) proposés par le pharmacien d'officine à des patients venus faire appel à sa compétence spécifique. »

La compétence spécifique du pharmacien d'officine en matière de *médication officinale* consiste à traiter directement la petite pathologie.

La *médication officinale* n'est pas une nouvelle discipline de soins mais un nouveau défi qui résulte de la conjoncture actuelle et qui est proposé au pharmacien d'officine.

Au Moyen Âge, les habitants des villes avaient l'habitude de consulter les apothicaires pour leur demander des remèdes afin de les soulager, sinon de les guérir, de leurs petites misères de santé. Quant aux maladies graves, faute de thérapeutique efficace, on en mourait rapidement.

Il a fallu attendre le  $xx^e$  siècle pour que la médecine passe progressivement d'une médecine de compassion à une médecine curative. Parallèlement, les « remèdes » que l'on qualifiait de « simples » sont devenus des « médicaments », c'est-à-dire des produits parfaitement définis au niveau mondial. Les médicaments doivent posséder des propriétés curatives en vue de traiter, suivant les classes thérapeutiques auxquelles ils appartiennent, les maladies des plus bénignes aux plus graves ou invalidantes.

Un médicament est un produit de consommation à part, spécifique à chaque personne. Il ne doit être utilisé que s'il y a un dysfonctionnement physique, physiologique, biologique ou psychologique d'un individu quelconque.

Longtemps préparé à l'officine par le pharmacien, le médicament est devenu une « spécialité pharmaceutique » de fabrication industrielle.

En s'industrialisant, le médicament a pris une dimension socioéconomique.

Aussi dès 1945, le gouvernement français, par le biais de la création de la Sécurité sociale, a pris en charge le remboursement aux malades de la presque totalité des spécialités pharmaceutiques fabriquées. Mais, progressivement, « l'économique » a pris le pas sur « le social », ce qui a conduit les gouvernements successifs à diminuer la participation de l'État aux dépenses de soins, notamment pour la « petite pathologie », en considérant toutefois que les affections et les troubles bénins, qui sont à l'origine de la plupart des maladies, ne doivent pas être laissés sans soins primaires et qu'il revient au pharmacien d'officine qui reçoit le premier les doléances de ses clients qualifiés de « mal-portants » de les soigner.

Les autorités sanitaires des États font de plus en plus confiance au pharmacien d'officine pour appliquer le principe de précaution, assurer la pharmacovigilance. Le pharmacien ne doit plus se contenter de donner quelques conseils appropriés au client qui désire des médicaments proposés par les médias. Il doit s'affirmer comme le praticien thérapeute des petits maux. Au Canada, on le qualifie de « pharmacothérapeute » qui pratique au quotidien une authentique discipline : *le conseil thérapeutique à l'officine dénommé médication officinale*.

Cette discipline ne peut se pratiquer que dans une pharmacie d'officine par un pharmacien dans le but de traiter le plus rapidement possible les affections et troubles bénins non médicalisés. Le pharmacien assure le premier maillon de la chaîne de soins en harmonie avec sa fonction de dernier maillon de la chaîne du médicament.

Le pharmacien d'officine doit être instruit des grandes pathologies. Il doit constamment développer ses connaissances en sémiologie, qui l'autorisent à proposer une réponse aux symptômes décrits par le patient qui s'adresse personnellement à lui. Il doit avant tout le mettre en garde d'une automédication aléatoire. La médication officinale doit être limitée à une courte période et ne comporter que des médicaments à prescription non obligatoire. Si au cours de cette période, qui ne doit pas dépasser cinq jours, les symptômes s'aggravent, le patient doit être incité à consulter impérativement le médecin.

Pour remplir sa mission de conseiller thérapeutique à l'officine, le pharmacien doit informer, éclairer, éduquer le patient consommateur pour que ce dernier décrypte la masse des publications scientifiques, pseudo-scientifiques souvent mercantiles et charlatanesques qui lui sont proposées par les médias (écrites, radio, télévision ou télématique). Une pathologie même apparemment bénigne fragilise, perturbe et inquiète tout individu concerné. On perd son objectivité et on devient ignorant lorsqu'il s'agit de soi. Un patient, quel qu'il soit, n'est pas un consommateur lambda.

L'ambition du pharmacien d'aujourd'hui va bien au-delà du rôle utilitaire auquel certains voudraient le limiter. Les pharmaciens d'officine peuvent, dans le cas du soin pharmaceutique, conseiller sans prescription médicale un médicament pour lutter contre le tabagisme, un médicament hormonal pour la contraception d'urgence, veiller à éviter une surconsommation des médicaments, même pour ceux qualifiés imprudemment d'anodins.

On est loin d'une vision passiviste de l'acte pharmaceutique fait « d'exécution passive des ordonnances » et d'appétence pour les garde-fous réglementaires.

Il est donc indispensable que les pharmaciens s'astreignent à une formation continue, qu'ils acquièrent de bonnes connaissances de la thérapeutique pour accomplir le rôle que la société attend d'eux, rôle qui peut se résumer en quatre mots : *alerter, prévenir, soulager, guérir*.

Dr Joany Vayssette

Président de l'Académie nationale de pharmacie

Conseiller national de l'Ordre des Pharmaciens



# Avant-propos

De tous les professionnels de santé, c'est le pharmacien qui est le plus accessible. Il suffit d'entrer dans une pharmacie, sans rendez-vous préalable, pour le rencontrer.

Sa disponibilité, sa connaissance du médicament, son respect du secret professionnel sont autant de raisons d'aller, avec confiance, lui demander conseil.

Le public ne s'y trompe pas, qui vient souvent frapper à la porte de l'officine, pour être soulagé de ses maux, exposer ses craintes pour sa santé ou celle de ses proches.

Ce petit livre voudrait aider le pharmacien et son équipe dans cette tâche de conseil si utile.

René Caquet



- › La fièvre traduit souvent une réaction de l'organisme à une invasion bactérienne ou virale, parfois une maladie inflammatoire ou une tumeur. La plupart des fièvres pour lesquelles le pharmacien est consulté à l'officine sont infectieuses et assez banales.

## Un peu de clinique

Trouver la cause d'une fièvre peut être très facile quand la fièvre récente (moins de trois ou quatre jours) s'accompagne d'autres symptômes orientant vers tel ou tel organe, de la toux par exemple (infection respiratoire), de la diarrhée (infection digestive) ou encore des brûlures urinaires (infection urinaire). Trouver la cause d'une fièvre peut être très difficile quand la fièvre est ancienne (dure depuis plus de trois semaines) et « nue ». Mais ces malades fébriles depuis longtemps ne consultent pas à l'officine.

Les fièvres récentes, aiguës, modérées, que l'on voit à l'officine sont infectieuses. Leur cause la plus habituelle est l'infection ORL ou broncho-pulmonaire ; puis viennent les gastro-entérites. Les premières s'accompagnent d'enrichissement nasal, de douleurs pharyngées ou auriculaires, de toux, les secondes de diarrhée. Les infections urinaires simples (« basses ») ne sont pas fébriles. Méfiez-vous des fièvres avec signes de cystite : il s'agit d'une prostatite chez l'homme, d'une infection urinaire « haute », rénale, chez la femme.

La plupart des fièvres vues à l'officine sont donc assez banales. Toutefois, quelques fièvres urgentes doivent être connues.

### Urgences

Quelques urgences doivent être suspectées en cas de fièvre :

- une *méningite* en cas de fièvre avec céphalées et vomissements ;
- une *septicémie* en cas de frissons (de vrais et grands frissons secouant le malade) ;
- un *paludisme* chez tout malade revenu depuis moins de six semaines d'un pays tropical ;
- une *listériose* ou une *pyélonéphrite* chez la femme enceinte.

**Dans tous ces cas, suspectez une hospitalisation immédiate.**

## Votre conseil

Si un patient vous demande de faire baisser sa fièvre (lui ou ses proches car les sujets fébriles ne sont pas toujours ambulatoires), suggérez une consultation médicale chaque fois que la température dépasse 38,5 °C chez l'adulte.

Si la fièvre est inférieure à 38,5 °C, *conseillez* :

- du paracétamol : sous forme de Doliprane® ou d'Efferalgan® en comprimés (éventuellement effervescents) ou en gélules, dosés à 500 mg ;
- de l'acide acétylsalicylique : sous forme d'Aspirine Bayer® ou UPSA® en comprimés à 500 mg, éventuellement effervescents, de Catalgine® en sachets de 500 mg.

Pour obtenir l'effet antipyrétique maximum, conseillez de prendre ces produits **toutes les 4 heures, à petites doses** (0,5 g chez l'adulte), et non deux fois par jour à la dose de 1 g.

## Paracétamol

Le paracétamol donne moins d'effets secondaires que l'aspirine, il est plus maniable. N'oubliez pas, toutefois, qu'à des doses supérieures à 4 g/24 heures il est hépatotoxique, surtout s'il est pris à jeun.

Aussi, avant de proposer du paracétamol, assurez-vous que le patient n'en prend pas déjà car beaucoup de spécialités composées en contiennent. C'est notamment le cas dans les produits traitant les affections respiratoires : Dolirhume®, Claradol®, Fervex®, Humex®, etc.

## Aspirine

*L'aspirine est contre-indiquée :*

- chez les ulcéreux, qu'il s'agisse d'ulcère gastrique ou duodénal ;
- chez les patients traités par l'héparine ou les antivitamines K ou par un anti-agrégant plaquettaire comme la ticlopidine (Ticlid®) ou le clopidogrel (Plavix®) ;
- chez les femmes enceintes à partir du sixième mois.

*L'aspirine est déconseillée en association avec :*

- les anti-inflammatoires non stéroïdiens (Advil®, Indocid®, Feldène®, Profénid®, Voltarène®, etc.) ;
- les corticoïdes (Betnesol®, Célestène®, Célestamine®, Cortancyl®, Solupred®, etc.) ;
- les uricosuriques (Bénémid®, Désuric®) ;
- le méthotrexate à dose supérieure à 15 mg par semaine (Méthotrexate®, Ledertrexate®).

*Son emploi doit rester prudent :*

- en cas de règles abondantes (peut-être aussi chez les femmes ayant un stérilet) ;
- en cas d'asthme, car chez certains des crises d'asthme peuvent être dues à une allergie à l'aspirine.

Avant de conseiller de l'aspirine, assurez-vous que le patient ne se trouve pas dans l'une de ces situations. Ne la conseillez pas à un malade devant être opéré prochainement ou devant subir une extraction dentaire.

## Antibiotiques

Résistez à la pression des clientes et des clients qui vous demanderaient un antibiotique en vous promettant de vous fournir plus tard l'ordonnance nécessaire.

**Les antibiotiques ne sont pas des antipyrétiques.** Prescrits à l'aveugle, ils favorisent les résistances microbiennes.

### Attention !

#### *La température a-t-elle été bien mesurée ?*

- Beaucoup de personnes, ne se sentant pas bien, disent sans preuve qu'elles ont de la fièvre, alors qu'en réalité elles n'en ont pas. Assurez-vous que la température a bien été mesurée.
- Les thermomètres frontaux à bandelettes (Ftest®, Thermotest®...) donnent un ordre de grandeur de la température. Les thermomètres auriculaires (Braun®, Orgon®, Orgalys®, Scana®...) sont excellents mais souvent mal utilisés. Les thermomètres électroniques (Hartman®, Thermomed®...) ou au gallium (Magnien®, Salva®...) sont les plus commodes. Recommandez-les.
- La température rectale est la température de référence. Pour être correctement prise, la température axillaire nécessite que le thermomètre soit laissé en place au moins 8 minutes, délai rarement respecté. La température buccale exige également un temps de contact de 6–8 minutes. Elle est en moyenne inférieure de 0,5 °C à la température rectale.

- › La fièvre est fréquente chez l'enfant.
- › Posez quelques questions essentielles pour dépister une maladie grave.
- › Puis conseillez un antipyrétique et suggérez une consultation médicale.

## Un peu de clinique

Chez l'enfant, la fièvre se définit comme une élévation de la température supérieure à 38 °C. Elle est traitée si elle dépasse 38,5 °C, surtout chez l'enfant de moins de 4 ans car elle est inconfortable.

Elle se signale par des pleurs, de l'agitation, un manque d'appétit. L'enfant est chaud, il a les yeux brillants. Son pouls est rapide. Une bandelette thermométrique appliquée sur le front donne une première indication. La température est mesurée plus exactement avec un thermomètre électronique soit dans le creux de l'aisselle (laissez le thermomètre en place 8 minutes) soit dans le rectum (température de référence).

La fièvre peut provoquer des convulsions (le plus souvent sans conséquence mais impressionnantes) chez les enfants prédisposés (antécédents familiaux) lorsque la fièvre s'élève brutalement.

La fièvre accompagne les poussées dentaires, les infections « banales » des voies respiratoires supérieures : rhinopharyngites très fréquentes surtout chez l'enfant vivant en crèche car très contagieuses, angines plus rares, otites très fréquentes pendant l'hiver.

Elle annonce les maladies éruptives : exanthème subit, rougeole, rubéole, scarlatine, varicelle.

Elle traduit aussi des infections plus graves : broncho-pneumonies, infections urinaires ou digestives.

Elle peut, c'est heureusement rare, être le premier signe d'une méningite ou d'une leucémie aiguë.

## Votre conseil

En cas de fièvre chez l'enfant, mieux vaut suggérer toujours une consultation médicale même si beaucoup de fièvres infantiles restent bénignes. En attendant l'arrivée du médecin :

### ■ *conseillez des mesures d'hygiène :*

- découvrir l'enfant et baisser la température de la pièce où il se tient, y placer un ventilateur,
- lui faire boire des boissons sucrées ou salées en abondance, des jus de fruits ou du bouillon, par petites quantités répétées ;

- *conseillez un antipyrétique, de préférence du paracétamol :*
  - Efferalgan® :
    - poudre effervescente pour solution buvable à diluer dans de l'eau, du jus de fruit, du lait, en sachets de 80, 150 et 250 mg,
    - Efferalgan® pédiatrique, une solution buvable avec doseur gradué, chaque graduation donnant la dose pour une prise et 4 kg de poids de l'enfant ;
  - Doliprane® :
    - poudre pour solution buvable à diluer dans de l'eau, du jus de fruit, du lait, en sachets de 100, 150, 200, 300 mg,
    - Doliprane® 2,4 %, suspension buvable à 2,4 % avec une mesurette graduée, chaque graduation donnant la dose pour une prise et 1/2 kg de poids de l'enfant ;
- *conseillez de prendre le paracétamol bien régulièrement toutes les 4 heures, y compris la nuit, sans dépasser la dose de 60 mg/kg/24 heures : soit 10 mg/kg toutes les 4 heures ou 15 mg/kg toutes les 6 heures.*

Si l'enfant prend difficilement ses médicaments par la bouche, proposez du paracétamol par voie rectale :

- Efferalgan® suppositoires grand enfant à 300 mg, enfant à 150 mg, nourrisson à 80 mg ;
- Doliprane® suppositoires à 100, 150, 200, 300 mg.

La posologie est la même que par voie orale bien que le paracétamol passe pour être mal absorbé par voie rectale.

**Ne délivrez pas d'aspirine à un enfant fébrile.** L'aspirine peut augmenter le risque d'apparition d'un syndrome de Reye si la fièvre est causée par la varicelle, la grippe ou une autre infection virale. Ce syndrome qui se signale par des troubles de la conscience et des troubles digestifs est rare mais très grave.

### Urgences

- Si l'enfant fébrile a mal à la tête et vomit, s'il vous est rapporté qu'il est prostré et se détourne de la lumière, ou qu'il a sur la peau une tache de sang (purpura), même unique, il s'agit d'une méningite ou, plus grave, d'un *purpura fulminans*. Ces infections invasives à méningocoques sont mortelles une fois sur trois (*purpura fulminans*) ou laissent de grosses séquelles comme la surdité. Plus le traitement est précoce plus il a de chances d'être efficace. **Faites envoyer l'enfant immédiatement à l'hôpital par le Samu.**
- En cas de fièvre, des convulsions, des maux de tête, des vomissements, des frissons importants, une diminution de la vigilance (l'enfant n'arrive pas à se réveiller, ne répond pas aux questions), une **gêne respiratoire importante**, sont également des signes inquiétants. **Suggérez une consultation médicale d'urgence ou appelez le Samu.**
- Si l'enfant est de retour d'un séjour en zone d'endémie palustre, suggérez également **une consultation d'urgence.**

**Remarque :** les antibiotiques ne sont pas des anti-thermiques.

- Rappelez aux parents qu'il ne faut pas commencer un traitement antibiotique avant d'avoir consulté le médecin.
- Refusez de délivrer des antibiotiques en attendant une éventuelle confirmation par ordonnance.

- › La fièvre d'un nourrisson de moins de trois mois n'est pas un symptôme anodin et exige une consultation sur-le-champ.
- › Après l'âge de six mois, l'examen médical est nécessaire mais moins urgent et il faut faire baisser la fièvre.

## Un peu de clinique

Chez un nourrisson de moins de trois mois, la fièvre est un symptôme inhabituel. Elle ne doit jamais être considérée comme un symptôme banal. Elle impose une hospitalisation dans la crainte d'une infection materno-fœtale retardée.

Passé six mois, la fièvre est plus banale. Elle peut être due à une rhinopharyngite, une otite, une bronchite, une broncho-pneumonie, une maladie éruptive, une infection urinaire.

Certains nourrissons (3 à 5 %) convulsent à la moindre élévation thermique. Heureusement cette complication spectaculaire est presque toujours bénigne. Elle est surtout fréquente entre 18 mois et 24 mois. On trouve souvent une prédisposition familiale.

Bref, s'il vous est demandé un avis pour une fièvre chez un nourrisson :

- suggérez une hospitalisation s'il a moins de 3 mois ;
- suggérez une consultation rapide chez un généraliste ou un pédiatre, s'il a plus de 3 mois.

## Votre conseil

En attendant l'arrivée du médecin, *conseillez* :

- de découvrir le bébé sans le déshabiller complètement ;
- d'augmenter l'eau des biberons ;
- de fermer le radiateur de la chambre de façon que la température y soit de 19–20 °C ;
- éventuellement de baigner le nourrisson dans un bain tiède (2 °C au dessous de la température rectale ou à une température acceptable pour le coude de la mère) pendant 1/4 d'heure (cette mesure est actuellement discutée).

*Conseillez un traitement antithermique à base de paracétamol :*

- Efferalgan® :
  - poudre effervescente pour solution buvable à diluer dans de l'eau, du jus de fruit, du lait, en sachets de 80 ou 150 mg ;
  - Efferalgan® pédiatrique, une solution buvable avec doseur gradué, chaque graduation donnant la dose pour une prise et 4 kg de poids de l'enfant.

■ Doliprane® :

- poudre pour solution buvable à diluer dans de l'eau, du jus de fruit, du lait, en sachets de 100 mg ;
- Doliprane® 2,4 %, suspension buvable à 2,4 % avec une mesurette graduée, chaque graduation donnant la dose pour une prise et 1/2 kg de poids de l'enfant.

*Délivrez le paracétamol à la dose de 60 mg par kilo et par jour (10 mg/kg toutes les 4 heures ou 15 mg/kg toutes les 6 heures), soit :*

- pour un nourrisson de 4–6 kg (environ 2 à 4 mois) : 1 sachet ou 1 suppositoire d'Effergal® à 80 mg à renouveler si besoin au bout de 6 heures sans dépasser 4 fois par jour ;
- pour un nourrisson de 6–8 kg (environ 4 à 8 mois) : 1 sachet ou 1 suppositoire de Doliprane® à 100 mg à renouveler si besoin au bout de 6 heures sans dépasser 4 par jour ;
- pour un nourrisson de 8–12 kg (environ 6 à 18 mois) : 1 sachet ou 1 suppositoire d'Effergal® à 150 mg à renouveler si besoin au bout de 6 heures sans dépasser 4 prises par jour.

**Remarque :** les enveloppements frais dans une serviette humide trempée dans de l'eau tiède, changée régulièrement, jadis **parfois prescrits, ne sont pas recommandés** car ils induisent une vaso-constriction inhibant la thermolyse.

### **Urgences**

Deux *urgences redoutables* : l'hyperthermie et la méningococcie :

- lorsque la fièvre dépasse 40,5 °C, elle peut être le signe d'une *hyperthermie majeure*, maladie redoutable faisant courir le risque de nécrose pluriviscérale, justifiant une hospitalisation immédiate. Cette complication est heureusement devenue exceptionnelle ;
- la *méningococcémie* ou septicémie à méningocoque peut tuer en quelques heures. Si la maman vous dit avoir remarqué sur la peau de l'enfant du purpura, c'est-à-dire une ou plusieurs taches de sang, décrochez votre téléphone et **appelez le Samu. Une seule toute petite ecchymose suffit pour que vous fassiez ce geste salvateur.**

› La douleur est sans doute le motif le plus fréquent de consultation à l'officine.

## Un peu de clinique

La douleur est sans doute le premier motif de consultation à l'officine. Il s'agit habituellement de douleurs aiguës apparues récemment et assez banales : maux de tête, douleurs dentaires, douleurs articulaires ou péri-articulaires, maux de ventre (voir p. 82), règles douloureuses (voir p. 135), lombalgies (voir p. 116).

## Votre conseil

Proposez un antalgique.

Selon l'intensité de la douleur, conseillez par ordre de puissance croissante :

- paracétamol et aspirine ;
- ibuprofène ;
- codéine associée au paracétamol.

## Paracétamol

Le paracétamol est utilisé en première intention parce que le plus maniable. Rapidement absorbé, son action débute 20 à 30 minutes après la prise et se poursuit 4 à 6 heures. Il peut être pris indifféremment pendant ou entre les repas.

*Chez l'adulte :*

- Dafalgan® : gélules à 500 mg, comprimés à 1 g ;
- Doliprane® : comprimés, sachets et gélules à 500 mg, comprimés effervescents à 500 mg et 1 g, comprimés et sachets à 1 g éventuellement, suppositoires à 1 g ;
- Efferalgan® : comprimés à 500 mg et comprimés effervescents à 500 mg ou 1 g ;

Posologie du paracétamol chez l'adulte : jusqu'à 4 g/24 heures soit 1 g 4 fois par jour.

Le paracétamol n'interfère pas avec l'agrégation plaquettaire et peut être délivré à des malades traités par des anticoagulants. Prudence toutefois si la dose maximale de 4 g/jour est maintenue plus de 4 jours.

Il est utilisable chez la femme enceinte et allaitante.

À dose supra-thérapeutique, il est hépatotoxique, surtout chez l'alcoolique et lorsqu'il est pris à jeun. Mais la dose toxique est assez élevée, plus de 125 mg/kg. Les intoxications se traitent à l'hôpital par injection d'acétylcystéine.

*Chez l'enfant :*

- Efferalgan® :
  - poudre effervescente pour solution buvable à diluer dans de l'eau, du jus de fruit, du lait, en sachets de 80, 150 et 250 mg,



- Efferalgan® pédiatrique, une solution buvable avec doseur gradué, chaque graduation donnant la dose pour une prise et 4 kg de poids de l'enfant,
- suppositoires : grand enfant (300 mg), enfant (150 mg), nourrisson (80 mg) ;
- Doliprane® :
  - poudre pour solution buvable à diluer dans de l'eau, du jus de fruit, du lait, en sachets de 100, 150, 200, 300 mg,
  - Doliprane® 2,4 %, suspension buvable à 2,4 % avec une mesurette graduée, chaque graduation donnant la dose pour une prise et 1/2 kg de poids de l'enfant,
  - suppositoires de 100, 150, 200, 300 mg.

Posologie du paracétamol chez l'enfant : 60 mg/kg/24 heures, soit 15 mg/kg toutes les 6 heures ou 10 mg/kg toutes les 4 heures.

## Aspirine

L'aspirine est un bon antalgique doté de propriétés anti-inflammatoires et antipyrétiques, moins maniable toutefois que le paracétamol.

*Chez l'adulte :*

- Aspirine UPSA®, comprimés effervescents à 500 mg et 1 g ;
- Catalgine®, sachets à 500 mg et 1 g ;
- *posologie* : jusqu'à 3 g/24 heures.

*Chez l'enfant :*

- Aspégic®, sachets nourrissons à 100 mg, enfants à 250 mg ;
- Catalgine® 100 mg, sachets de 100 mg ;
- *posologie* : 50 mg/kg/24 heures.

*L'aspirine est contre-indiquée :*

- chez les ulcéreux, qu'il s'agisse d'ulcère gastrique ou duodénal, chez les gastritiques ;
- chez les patients traités par l'héparine ou les antivitamines K ou par un antiagrégant plaquettaire comme la ticlopidine (Ticlid®) ou le clopidogrel (Plavix®) ;
- chez les femmes enceintes à partir du sixième mois.

*L'aspirine est déconseillée en association avec :*

- les anti-inflammatoires non stéroïdiens (Indocid®, Feldène®, Profénid®, Voltarène®, etc.) ;
- les corticoïdes (Betnesol®, Célestène®, Célestamine®, Cortancyl®, Solupred®, etc.) ;
- les uricosuriques (Bénémid®, Désuric®) ;
- le méthotrexate à dose supérieure à 15 mg par semaine (Méthotrexate®, Ledertrexate®).

*Son emploi doit rester prudent :*

- en cas d'insuffisance rénale ;
- en cas de règles abondantes (peut-être aussi chez les femmes ayant un stérilet) ;
- en cas d'asthme, car, chez certains, des crises d'asthme peuvent être dues à une allergie à l'aspirine.

*Ne la conseillez pas à vos malades devant être opérés prochainement ou devant subir une extraction dentaire.*

Son surdosage (plus de 120 mg/kg) provoque une intoxication aiguë (surtout chez l'enfant) avec acouphènes, hypoacousie, vertiges, hyperthermie, hyperpnée, à traiter d'urgence à l'hôpital.

## Ibuprofène

L'ibuprofène est un anti-inflammatoire non stéroïdien qui bénéficie d'une exonération pour les formes contenant moins de 200 mg par unité de prise et moins de 6 g par boîte. C'est un antalgique antipyrétique. À forte dose, c'est un anti-inflammatoire et cette propriété permet de mieux lutter contre la douleur qui est souvent liée à l'inflammation.

*Chez l'adulte :*

- Advil® 200 mg en comprimés à 200 mg ;
- Ibuprofen® 200 mg (nombreux génériques) en comprimés à 200 mg ;
- Nurofen® en capsules ou en comprimés à 200 mg ;
- à la dose de un ou, en cas de douleur importante, deux comprimés à 200 mg à renouveler toutes les 6 heures sans dépasser 1 200 mg par jour (6 comprimés).

*L'ibuprofène est contre-indiqué :*

- chez les ulcéreux et doit être arrêté à la première brûlure ou douleur épigastrique surtout si le sujet est âgé (*a fortiori* en cas de saignement) car il est agressif pour la muqueuse gastrique ;
- chez les insuffisants rénaux, chez les patients déshydratés ou à rein unique car il peut exceptionnellement être responsable d'insuffisance rénale fonctionnelle ;
- chez les femmes enceintes au cours du 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse (risque de fermeture prématurée du canal artériel et de mort fœtale même à petite dose et même près du terme) et au cours de l'allaitement ;
- l'ibuprofène ne doit pas être associé aux anticoagulants, aux anti-agrégants plaquettaires (Aspirine®, Ticlid®, Plavix®), car il agit sur les plaquettes sanguines ;
- l'ibuprofène ne doit pas être associé à d'autres AINS, aux corticoïdes, au méthothrexate à une dose supérieure à 15 mg par semaine.

*Il est déconseillé en association avec :*

- le lithium (Theralite®) dont il augmente la concentration dans le sang (risque de surdosage d'autant que les doses thérapeutiques de lithium sont assez proches des doses toxiques) ;
- les inhibiteurs de l'enzyme de conversion ou de l'angiotensine.

*Son emploi doit rester prudent :*

- chez l'asthmatique ;
- en cas de règles abondantes et peut-être de stérilet (il favoriserait les grossesses non désirées, mais ce risque est controversé).

*Chez l'enfant :*

Ibuprofen dispose d'une AMM à partir de 6 mois mais il n'est indiqué chez l'enfant de moins de 15 ans que s'il existe une forte composante inflammatoire à la douleur comme dans les affections ORL. Dans ce cas, vous pouvez conseiller Advil® enfant et nourrisson :

- comprimés à 100 mg ;
- suspension buvable avec mesurette graduée de 1 à 25 kg ;

- à la dose de 20 à 30 mg/kg et par jour ;
- soit une mesurette remplie jusqu'à la graduation indiquant le poids de l'enfant, 3 fois par jour chez l'enfant de moins de 25 kg, et 2 comprimés 3 fois par jour chez l'enfant de plus de 25 kg.

**Attention ! L'ibuprofène ne doit pas être utilisé en cas de varicelle pouvant être, dans ce cas, à l'origine de fasciites nécrosantes graves et mutilantes.**

## Codéine

La codéine est un antalgique opiacé utilisé en association avec du paracétamol et/ou de l'aspirine. Cette association est plus efficace contre la douleur que le paracétamol ou l'aspirine seuls (antalgique de niveau II).

Associée au paracétamol, la codéine est disponible à dose exonérante sous forme de spécialités délistées mais il n'est pas certain qu'à cette faible dose elle soit vraiment efficace.

- Oralgan Codéine® : 300 mg de paracétamol et 25 mg de codéine par comprimé, 3 à 4 comprimés/jour chez l'adulte ;
- Claradol Codéine® : 500 mg de paracétamol et 20 mg de codéine par comprimé, 1 ou 2 comprimés 3 fois par jour sans dépasser 6 par jour ;
- Codoliprane® : 400 mg de paracétamol et 20 mg de codéine par comprimé, 1 ou 2 comprimés 3 fois par jour sans dépasser 6 par jour.

*La codéine est contre-indiquée :*

- au cours de la grossesse et de l'allaitement (risque d'insuffisance respiratoire du nouveau né ou du nourrisson) ;
- chez les patients traités par les tranquillisants ou les sédatifs ;
- chez les alcooliques car l'alcool et les tranquillisants majorent le risque de somnolence.

Son usage est parfois détourné par les toxicomanes (c'est un morphinique).

Ne la délivrez qu'aux adultes car, chez l'enfant et l'adolescent, son surdosage (plus de 2 mg/kg en une prise) peut provoquer une insuffisance respiratoire grave avec œdème du visage, flush, urticaire géante.

### À retenir

Les doses journalières maximales des antalgiques :

- aspirine : 50 mg/kg/jour ;
- codéine : 5 mg/kg/jour ;
- ibuprofène : 30 mg/kg/jour ;
- paracétamol : 60 mg/kg/jour.

- › Dans cette affection courante, conseillez des soins locaux, toujours utiles.
- › Posez quelques questions pour dépister une sinusite ou une rhinite allergique nécessitant une consultation.

## Un peu de clinique

Le rhume est toujours dû à un virus (il y a près de 100 rhinovirus) contracté au contact d'un enrhumé qui vous infecte en toussant, en vous parlant, mais aussi en vous serrant la main (ce n'est pas en attrapant froid qu'on attrape un rhume!). Rien de plus banal qu'un rhume, une maladie très courante chaque hiver qui provoque une obstruction nasale, un écoulement nasal d'abord clair puis secondairement jaunâtre, des éternuements et éventuellement des maux de tête modérés, de la toux.

Attention toutefois aux rhumes qui se prolongent avec des écoulements jaunes donc purulents, des douleurs de la face, une sensation de résonance dans le massif facial, une toux nocturne. Il est probable que le rhume s'est compliqué d'une sinusite.

Attention aussi aux rhumes avec éternuements en salve, rhinorrhée explosive, très abondante, aux rhumes avec prurit nasal ; il s'agit sans doute d'une *rhinite allergique* saisonnière (« rhume des foin ») ou chronique perannuelle.

## Votre conseil

Rappelez-vous le vieil adage : « Un rhume non traité dure une semaine, un rhume traité dure sept jours ». Vous devrez donc vous contenter d'atténuer les symptômes et de rendre cette période plus confortable.

À un adulte enrhumé, conseillez :

- des lavages des fosses nasales avec du Chlorure de sodium Gilbert® ou Physiologica 5 mL Gifrer® en flacons unidoses de 5 mL très pratiques ou éventuellement avec un spray d'eau de mer : Humer 150®, Physiomer®, Sinomarin® ;
- des inhalations à l'aide d'un inhalateur ou simplement en mettant la tête au dessus d'un bol d'eau très chaude contenant une ampoule de Calyptol® inhalant ou une cuiller à soupe de Balsolène®, à base de terpènes ;
- un pois de vaseline ou d'une crème contenant de la teinture de souci des jardins, Homéoplasmine®, pour calmer l'irritation des narines.

Si ces précautions ne suffisent à apporter à votre patient le confort désiré, *proposez un antirhume pris par la bouche* :

- contenant de la pseudo-éphédrine (c'est un vasoconstricteur), comme Sudafed® : 1 comprimé 3 fois par jour ;
- contenant une association de pseudo-éphédrine et de paracétamol, comme dans Dolirhume® (2 à 6 comprimés par jour) ou de pseudo-éphédrine et d'ibuprofène comme dans Rhinadvil® (2 à 6 comprimés par jour) ;
- une association de pseudo-éphédrine, de paracétamol et un antihistaminique destiné à contrer les réactions démesurées de la muqueuse nasale que connaissent les allergiques mais ayant l'inconvénient d'assoupir un peu : Actifed® jour et nuit, Humex® rhume comprimé et gélule : 3 comprimés le jour et 1 gélule la nuit.

L'intérêt d'un vasoconstricteur est de réduire la production de mucus nasal et de diminuer le gonflement de la muqueuse ; on se sent mieux le nez débouché et plus sec ! Cependant :

- réservez ces produits à l'adulte ou l'adolescent de plus de 15 ans ;
- rappelez-vous que les vasoconstricteurs par voie générale (pseudo-éphédrine) sont contre-indiqués *chez les coronariens et les hypertendus*.

Évitez les instillations d'antiseptiques nasaux à base d'un ammonium quaternaire (Biocidan® nasal, Prorhinel®), de benzalkonium (Humex® rhume, Euvanol®). Ces antiseptiques sont très peu actifs sur les virus.

# Mon enfant a un rhume (une rhino-pharyngite)

- › Donnez des conseils d'hygiène domestique et insistez sur les lavages du nez.
- › Soyez avertis de quelques cas particuliers et d'une urgence, l'ethmoïdite.

## Un peu de clinique

Chez l'enfant entre 6 mois et 6 ans, l'inflammation virale du « rhume » (une infection virale par un virus respiratoire syncytial ou un rhinovirus) est plus bruyante que chez l'adulte car elle atteint toutes les fosses nasales et tout le cavum. Elle se traduit non seulement par une obstruction nasale et un écoulement nasal (rhinorrhée), mais encore par :

- une toux liée à la rhinorrhée postérieure, celle du fond de la gorge ;
- une fièvre à 39 °C pendant 2 à 3 jours ;
- assez souvent des nausées, des rejets, des vomissements.

La sinusite qui complique si souvent les rhumes de l'adulte ne s'observe pas avant 6 ans, les sinus n'étant pas développés avant cet âge. Elle n'est pas douloureuse ou très peu. Évoquez-là, chez un enfant de plus de 6 ans, si l'écoulement est purulent (jaune) et dure depuis plusieurs semaines, s'il est unilatéral, s'accompagne de toux nocturne.

### Urgences

- Si l'écoulement est purulent avec un œdème à la base du nez empiétant sur les paupières à l'angle interne de l'œil, *a fortiori* si l'œil est gonflé et fermé et s'il y a de la fièvre, évoquez une *ethmoïdite*, possible dès l'âge de 6 mois, et **appelez le SAMU**.
- Si l'écoulement nasal sent mauvais, et s'il est unilatéral, il s'agit sans doute d'un *corps étranger* (pensez-y surtout entre 18 mois et 3 ans). Conseillez une consultation ORL.

## Votre conseil

En cas de rhume chez l'enfant, conseillez des mesures d'hygiène, des soins locaux, du paracétamol.

## Des mesures d'hygiène

- Proposez d'humidifier la chambre, de l'aérer deux fois par jour, de la chauffer modérément.
- Proposez de lutter contre le tabagisme passif.
- Conseillez le port d'un masque aux parents enrhumés.

## Des soins locaux

Un enfant dont le nez est bouché est gêné pour respirer (la ventilation est exclusivement nasale jusqu'à l'âge de 6 à 12 semaines), dort mal et, si c'est un nourrisson, boit mal.

Attirez l'attention des parents sur l'importance de la désobstruction rhinopharyngée (DRP). Le pharmacien peut avoir ici un rôle déterminant.

Conseillez :

- des mouchages réguliers : faire renifler ;
- des lavages avec une solution nasale de chlorure de sodium Gifrer® ou Gilbert® de préférence en unidoses stériles de 5 mL : Physiologica 5 mL Gifrer®

Chez le nourrisson, il faut :

- laver le nez tête inclinée sur le côté, jamais tête en arrière ;
- faire tousser ;
- puis éliminer les glaires vers l'intérieur en facilitant la déglutition (tétine) ;
- éliminer les glaires vers l'extérieur à l'aide d'un « mouche bébé », dispositif aspiratif ;

Des glaires peuvent apparaître dans les selles. Prévenir les parents.

### À retenir

#### *Technique du désencombrement rhino-pharyngé (1/2 à 1 pipette plastique de 5 mL de sérum physiologique à usage unique par narine)*

- Allonger l'enfant sur un plan dur et sécurisé à plat dos et lui tourner la tête sur un côté.
- Déboucher une pipette et mettre l'unidose en contact avec les bords de la narine.
- Laver la narine par une pression douce sur l'unidose.
- Relever la tête de l'enfant, essuyer et attendre quelques instants.
- Aspirer les sécrétions avec un mouche-bébé.
- Renouveler l'opération de l'autre côté.

## Du paracétamol

En cas de fièvre, conseillez du paracétamol sous forme de :

- Efferalgan® :
  - poudre effervescente pour solution buvable à diluer dans de l'eau, du jus de fruit, du lait, en sachets de 80 ou 150 mg ;
  - Efferalgan® pédiatrique, une solution buvable avec doseur gradué, chaque graduation donnant la dose pour une prise et 4 kg de poids de l'enfant.

■ Doliprane® :

- poudre pour solution buvable à diluer dans de l'eau, du jus de fruit, du lait, en sachets de 100 mg ;
- Doliprane® 2,4 %, une suspension buvable à 2,4 % avec une mesurette graduée, chaque graduation donnant la dose pour une prise et 1/2 kg de poids de l'enfant.

*Délivrez le paracétamol à la dose de 60 mg par kilo et par jour (10 mg/kg toutes les 4 heures ou 15 mg/kg toutes les 6 heures).*

**Attention !**

- Pas de gouttes nasales contenant des vasoconstricteurs, des antibiotiques ni des huiles chez l'enfant de moins de 6 ans.
- Évitez les flacons d'eau de mer pressurisés. Même si certains sont présentés en formule « nourrisson », ils sont trop agressifs.

**Remarque :** dans notre pays, beaucoup de médecins prescrivent des antibiotiques aux enfants souffrant de rhinopharyngites. Pourtant il n'a jamais été démontré que ce traitement raccourcissait l'évolution ou prévenait les complications. L'Agence française de sécurité sanitaire considère que « les antibiotiques n'ont aucune place dans le traitement des rhinopharyngites en dehors de complications avérées et bactériennes (otites, sinusites) ». Aucun antibiotique n'a d'AMM pour l'indication « rhinopharyngite ».



› Chez l'enfant, le risque d'une angine à streptocoque bêta-hémolytique est important et exige toujours une consultation médicale.

## Un peu de clinique

Il s'agit d'une angine, c'est-à-dire d'une infection de la gorge. Toute la question est de savoir si l'angine est due à une bactérie, un streptocoque ou si elle est virale.

Au-dessous de 3 ans, les angines ne sont jamais streptococciques. Elles le sont rarement entre 3 et 5 ans.

Chez l'enfant entre 5 et 10 ans, une angine est, une fois sur deux, due au *streptocoque bêta hémolytique du groupe A*.

Chez l'enfant plus âgé et l'adolescent, l'angine à streptocoque est moins fréquente qu'entre 4 et 10 ans mais reste possible.

Les angines à streptocoques sont dangereuses. Elles peuvent se compliquer de rhumatisme articulaire aigu et de néphrite, deux maladies graves. La première frappe les articulations pendant quelques jours (elle « lèche » les articulations) puis provoque de redoutables atteintes valvulaires cardiaques (elle « mord le cœur »), la seconde peut évoluer vers une insuffisance rénale chronique qui nécessitera une dialyse chronique ou une greffe rénale. Il est donc capital de les traiter par un antibiotique.

Les angines à streptocoque se reconnaissent à la brutalité de leur début, à l'importance de la douleur, de la fièvre (39–40 °C), à l'existence de vomissements. Fait capital, elles ne font pas tousser et ne s'accompagnent pas d'écoulement nasal. Ce sont des angines « pures ».

## Votre conseil

**Après 3 ans, conseillez un test rapide de détection du streptocoque (TDR).**

Les généralistes, les pédiatres, les ORL, disposent de ce test qui rend de grands services. Il consiste à passer un écouvillon sur la gorge douloureuse et rouge et à déposer le matériel recueilli sur une bandelette. Celle-ci est ensuite plongée dans une solution contenue dans un tube. Si deux traits colorés apparaissent sur la bandelette, il s'agit d'une angine à streptocoque. Un traitement antibiotique s'impose. Il prévient le rhumatisme articulaire aigu et la néphrite.

Si le test est positif, le médecin traitera l'enfant par une pénicilline orale (amoxicilline 50 mg/kg/jour pendant six jours), une céphalosporine orale de seconde génération (céfuroxime ou Zinnat® 20 mg/kg/jour pendant 4 jours) ou une

céphalosporine de troisième génération (cefprozime ou Orelox® 8 mg/kg/jour pendant 5 jours).

Si le test est négatif, il est inutile de donner des antibiotiques. *Proposez :*

- des pastilles de Humex® mal de gorge ou Drill®, à partir de 5 ans ;
- un collutoire :
  - Colludol® qui contient un antiseptique et un anesthésique local : trois pulvérisations par jour en évitant les pulvérisations avant les repas afin de ne pas favoriser un trouble de la déglutition lié à l'anesthésique (à partir de 6 ans) ;
  - Drill® maux de gorge (chez l'enfant de plus de 12 ans) : 3 pulvérisations par jour.

› Sachez reconnaître quelques variétés d'angines chez l'adulte.

## Un peu de clinique

Sauf contexte particulier (tumeur ORL, chimiothérapie ou radiothérapie pour cancer, mycose généralisée, etc.), avoir mal à la gorge, c'est avoir une angine, c'est-à-dire une infection pharyngo-amygdalienne.

Chez l'adulte, l'angine est virale dans plus de 80 % des cas. Une angine virale n'est ni très fébrile, ni très douloureuse. Elle ne fait pas vomir. Elle n'est pas brutale. Elle coexiste avec un rhume, ou lui fait suite, avec parfois des yeux un peu rouges. Elle peut s'accompagner de toux, de voix enrouée. Bref, elle n'est pas isolée ; elle participe à l'inflammation de toutes les voies respiratoires supérieures. Le test de diagnostic rapide de l'angine (TDR) est négatif (voir « Mon enfant a mal à la gorge », p. 22).

Elle est donc facile à reconnaître et à distinguer des angines à streptocoque qui se voient chez l'enfant, sont très fébriles, très douloureuses, font vomir, et ne s'accompagnent pas d'écoulement nasal ou de toux.

Bien entendu les angines virales ne doivent pas être traitées par les antibiotiques.

Toutefois avant de retenir le diagnostic d'angine virale banale, assurez-vous :

- qu'en regardant sa gorge dans la glace, le patient n'a noté :
  - ni points blancs : il s'agirait plutôt d'une *angine à streptocoque*,
  - ni membranes blanches qui seraient les signes d'une *mononucléose infectieuse* ou très exceptionnellement d'une *diphthérie* ;
- que l'haleine n'est pas fétide ; ce serait alors une *angine de Vincent* avec un gros ganglion au cou et une vaste ulcération sur une amygdale ;
- qu'il n'y a ni ganglions, ni hémorragie nasale, ni ecchymoses, ni pâleur (tous signes évocateurs d'une *leucémie*).

Dans tous ces cas, suggérez fermement une consultation médicale.

## Votre conseil

Pour une angine virale « banale » de l'adulte, *conseillez* :

- des pastilles à sucer : Drill® pastilles ou Humex® mal de gorge bien que leur efficacité ne soit pas prouvée ;
- des pulvérisations 6 fois par jour, loin des repas, avec un antiseptique associé à un anesthésique local comme Humex Fournier® collutoire ou Drill® maux de gorge ;

- un anti-inflammatoire léger comme l'alpha amylase : Maxilase® (1 comprimé ou 1 cuillerée à soupe de sirop, 3 fois par jour) ;
- du paracétamol (Doliprane®, Efferalgan®, voir p. 10) ;
- mais pas d'anti-inflammatoires non stéroïdiens car ils sont accusés d'aggraver certaines angines.

› **Conseillez un traitement symptomatique en attendant la consultation.**

## Un peu de clinique

Les sinusites sont très fréquentes, maxillaires (sous les orbites des deux côtés du nez) ou plus rarement frontales (à la racine du nez). Elles succèdent à un rhume. Parfois elles ont pour cause une infection dentaire, une plongée sous marine... Les sinusites se voient chez l'adulte. Chez l'enfant, elles ne s'observent qu'après l'âge de 6 ans.

Une sinusite maxillaire, la plus fréquente, se reconnaît à deux signes, la douleur et l'écoulement nasal :

- *la douleur* est unilatérale, sous-orbitaire. Elle n'est pas nécessairement très vive. C'est plutôt une sensation de lourdeur avec une impression de résonance dans le massif facial lors de la course ou de la marche. Fait capital, elle augmente à l'effort et en position couchée. C'est seulement lorsque la pression du pus est importante dans le sinus que la douleur est violente, pulsatile.
- *l'écoulement nasal*, spontané ou provoqué par le mouchage, est jaune ; c'est du pus.

Il y a souvent un peu de fièvre qui, en principe, est plus élevée le matin, traduisant la rétention du pus dans les sinus pendant la nuit, faute de mouchages réguliers. Le goût et l'odorat peuvent être diminués ou abolis.

## Votre conseil

Si vous soupçonnez une sinusite, *suggérez une consultation* chez un généraliste ou chez un ORL car le diagnostic de sinusite nécessite, soit un scanner du massif facial soit une fibroscopie des fosses nasales, un geste simple que savent faire tous les ORL mais qui nécessite un instrument spécial.

En attendant, *conseillez* :

- pour améliorer l'efficacité du mouchage, des lavages des fosses nasales avec :
  - du Chlorure de sodium Gilbert® ou Physiologica 5 mL Gifre® en flacons unidoses de 5 mL très pratiques,
  - ou éventuellement avec des sprays d'eau de mer, Humer 150®, Physiomer®, Sinomarin® ;
- pour décongestionner les muqueuses, des inhalations à l'aide d'un inhalateur ou simplement en mettant le tête au-dessus d'un bol d'eau très chaude contenant :
  - une ampoule de Calyptol® inhalant,
  - ou une cuiller à soupe de Balsolène®, à base de terpènes ;
- pour calmer la douleur : du paracétamol (*voir* « J'ai mal », p. 10).

**Attention !**

- Ne conseillez pas d'inhalations contenant du Baume du Perrou ou du menthol. Elles sont parfois mal tolérées.
- N'oubliez pas que les inhalations sont réservées à l'adulte et à l'enfant de plus de 10 ans.

➤ Seuls les enrôuements aigus récents sont du domaine du pharmacien.

## Un peu de clinique

Un enrôuement aigu peut être dû à un *traumatisme vocal*. La voix a été forcée au cours d'une joyeuse soirée arrosée et enfumée, d'une « manif », d'un match de football. Rien de grave.

Si tel n'est pas le cas, il s'agit d'une *laryngite aiguë*, c'est-à-dire d'une infection virale des voies respiratoires supérieures touchant le larynx. Elle s'observe au décours d'un gros rhume, d'une angine.

Facile à reconnaître, la laryngite aiguë se traduit par un peu de douleur et une voix enrôuée. Elle s'accompagne de toux dès que la trachée est atteinte par l'infection « descendue » du nez et de la gorge. Il n'y a pas de fièvre ou très peu.

## Votre conseil

Conseillez :

- repos vocal ;
- suppression du tabac et de l'alcool ;
- humidification de la chambre ;
- Euphon® pastille : « la pastille des chanteurs » à base de plantes : 10 à 12 pastilles par jour (moitié dose chez l'enfant de plus de 6 ans).

### Attention !

*Les enrôuements chroniques* qui durent depuis plus de quatre semaines, qu'ils soient continus ou intermittents, peuvent être dus à des *tumeurs*, des *lésions précancéreuses*, des *paralysies laryngées*. Ils ne sauraient être traités à l'officine. Sans trop inquiéter votre client, insistez pour qu'il consulte un médecin surtout s'il s'agit d'un fumeur ou d'un alcoolique.

- › Une plainte fréquente que vous pouvez soulager par des antalgiques de niveau I.
- › Le médecin fera le diagnostic des otites externes, otites moyennes et des affections ne siégeant pas dans l'oreille, mais responsables d'otalgie.

### Un peu de clinique

C'est le plus souvent pour une otalgie aigue récente se traduisant par des douleurs vives lancinantes insomniantes que vous serez consulté(e). Elle est le signe d'une otite, c'est-à-dire une infection de l'oreille, externe (entre tympan et conque) ou moyenne (derrière le tympan).

L'otite externe est une infection de la peau du conduit auditif externe : c'est une affection fréquente surtout estivale, conséquence des baignades, des traumatismes du conduit. Cela peut traduire un furoncle du conduit, un bouchon de cérumen enflammé. La douleur est vive lancinante accrue par la mastication. La traction du pavillon de l'oreille est douloureuse. On en rapproche l'otite barotraumatique après voyage en avion ou plongée sous marine ou parfois... gifle (cause de perforation tympanique souvent ignorée).

L'otite moyenne purulente succède à une rhinopharyngite virale surinfectée au cours de laquelle les germes pénètrent dans l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache. Elle est surtout fréquente chez le nourrisson et l'enfant. À la différence de l'otite externe, elle s'accompagne de fièvre.

Dans les deux cas, le diagnostic est porté par otoscopie. En cas d'otite moyenne, l'otoscopie permet également de savoir si elle est suppurée ou non.

Lorsqu'elle est chronique, une douleur d'oreille ne traduit pas toujours une otite car l'innervation sensitive de l'oreille est assurée par plusieurs nerfs crâniens dont le territoire est vaste. Une otalgie (otodynies) chronique peut traduire une lésion située loin de l'oreille, dans :

- les dents : carie, accident de la dent de sagesse, trouble de l'articulé dentaire ;
- le pharynx : plaie, brûlure, cancer ;
- l'articulation temporo-maxillaire.

C'est pourquoi toute otalgie chronique doit faire l'objet d'un examen ORL complet recherchant notamment un petit cancer des voies aéro-digestives supérieures, dont l'otalgie est un signe fréquent : cancer de l'amygdale, de la base de la langue, du cavum.

### Votre conseil

Toute otalgie aiguë impose un examen otoscopique. Conseillez à votre patient de voir son généraliste.



Ne cherchez pas à soulager une douleur chronique d'oreille. Adressez votre patient à un ORL.

En attendant la consultation, *conseillez un antalgique* :

- du paracétamol à la dose de 1 g 4 fois par jour :
  - Doliprane® : comprimés, sachets et gélules à 500 mg, comprimés effervescents à 500 mg et 1 g,
  - Efferalgan® : comprimés à 500 mg et comprimés effervescents à 500 mg ou 1 g,
  - à la dose de 1 g trois et jusqu'à quatre fois par jour ;
- de l'ibuprofène, un anti-inflammatoire non stéroïdien délisté :
  - Ibuprofen® 200 mg (nombreux génériques),
  - Advil® 200,
  - un ou, en cas de douleur importante, deux comprimés à 200 mg, à renouveler toutes les 6 heures sans dépasser 1 200 mg par jour (6 comprimés).

Il est classique de proposer une solution auriculaire contenant :

- un anti-inflammatoire et un anesthésique local : Otipax® ;
- ou un antiseptique et un vasoconstricteur : Osmotol® ;
- posologie : quelques gouttes du flacon tiédi 3 ou 4 fois par jour.

Ces produits soulagent bien mais peuvent être dangereux si le tympan est perforé. **Mieux vaut ne rien mettre dans les oreilles.**

› Si l'on vous demande un avis parce qu'un enfant souffre de l'oreille, suggérez fermement une consultation médicale. Ne mettez rien dans l'oreille.

## Un peu de clinique

La douleur d'oreille est exprimée directement par l'enfant de plus de 3 ans. Elle est suspectée chez le nourrisson parce qu'il est irritable, pleure, s'agite, ne dort pas, ne prend plus ses biberons. La douleur s'accompagne parfois de fièvre voire de vomissements.

Une douleur d'oreille fait immédiatement penser à une otite. Pourtant près de la moitié des otalgies (otodynies) ne sont pas le signe d'une otite mais d'une rhinopharyngite, d'une angine, d'une lésion du pharynx (brûlure, blessure).

Seul un examen otoscopique est susceptible de repérer la cause d'une douleur d'oreille et, s'il s'agit d'une otite, d'en préciser la nature.

Parmi les otites, cet examen distingue l'otite moyenne qui est une inflammation siégeant derrière le tympan et l'otite externe qui est une inflammation de la peau du conduit auditif externe.

L'otite moyenne aiguë (OMA) peut être purulente, due à des bactéries ayant surinfecté une rhinopharyngite et contaminant l'oreille par la trompe d'Eustache ; elle peut être congestive, le plus souvent virale et associée à une rhinopharyngite.

## Votre conseil

*Conseillez toujours* une consultation médicale car un examen soigneux du rhinopharynx et un examen otoscopique sont indispensables avant tout traitement.

Dites bien aux parents de **ne rien mettre dans l'oreille** et surtout pas les gouttes qui traînent dans la pharmacie familiale. Si le tympan est perforé, ces gouttes peuvent être très nocives.

Proposez, en attendant la consultation médicale :

- un peu de paracétamol à la dose de 60 mg/kg/jour soit 15 mg/kg toutes les 6 heures :
  - Doliprane® 2,4 % : une suspension buvable à 2,4 % avec une mesurette graduée, chaque graduation donnant la dose pour une prise et 1/2 kg de poids de l'enfant,
  - Efferalgan® pédiatrique : une solution buvable avec doseur gradué, chaque graduation donnant la dose pour une prise et 4 kg de poids de l'enfant ;

- ou de l'ibuprofène à la dose de 25 à 30 mg/kg/jour : Advil® enfant et nourrisson, en solution buvable : 1 mesurette remplie jusqu'à la graduation indiquant le poids de l'enfant 3 ou 4 fois par jour.

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont peu recommandés avant 15 ans sauf lorsqu'il existe une forte composante inflammatoire à la douleur, ce qui est le cas dans l'otite.

# J'ai des bourdonnements d'oreilles (acouphènes)

- › Une consultation chez l'ORL est nécessaire.
- › Quelques petits médicaments en attendant.

## Un peu de clinique

Les acouphènes, ces sensations auditives qui surviennent en l'absence de tout stimulus auditif extérieur sont désagréables. Ce sont des sifflements, des bourdonnements, des sensations d'eau qui coule dans l'oreille, parfois des tintements de cloche ou le bruit des sirènes. Ils s'accompagnent fréquemment de sensations vertigineuses, rarement d'une baisse de l'audition.

Les acouphènes peuvent s'atténuer ou même disparaître progressivement. Souvent, ils persistent. Certains patients finissent par s'y habituer, mais chez d'autres, les acouphènes deviennent une obsession, perturbent le travail intellectuel et le sommeil, et retentissent sur le psychisme.

La cause de ce trouble est rarement élucidée (tout au plus dans la moitié des cas). On évoque parfois un traumatisme crânien, l'hypertension, l'athérosclérose ou, faute de mieux, le stress, l'anxiété, la dépression.

## Votre conseil

Le traitement des acouphènes est difficile. De très nombreux médicaments sont proposés, peu sont efficaces.

Les meilleurs résultats sont obtenus par l'appareillage audiolgique associé à une prise en charge psychologique active. Il existe de nombreux appareils de contrôle des acouphènes ; certains suppléent également un déficit auditif associé.

*Suggérez une consultation ORL.*

En attendant, conseillez (sans trop y croire) un peu d'extrait de *ginkgo biloba*, ce bel arbre aux cent écus :

- Ginkogink® ;
- Tanakan® ;
- 1 comprimé par jour ou 1 dose (1 mL) de la solution buvable (alcoolisée) 3 fois par jour.

- › Ambiance de panique et du sang, voilà un petit problème à grand spectacle dans l'officine.
- › Avec quelques gestes simples, vous pouvez tout arranger en moins d'un quart d'heure, et même rassurer car les causes graves sont bien rares.

### Un peu de clinique

La plupart des hémorragies nasales (épistaxis) sont bénignes « essentielles » c'est-à-dire sans cause apparente. Elles ont pour origine la tache vasculaire chez l'enfant et l'adulte, la paroi postérieure des fosses nasales chez la personne âgée, ou sont dues à des traumatismes bénins.

Les épistaxis révèlent rarement une hypertension artérielle contrairement aux idées reçues. Seules les hypertensions très instables donnent des saignements de nez. N'accusez donc pas la pression artérielle.

Contrairement à une idée également répandue, une épistaxis n'a jamais prévenu une hémorragie cérébrale. Vous pouvez l'arrêter sans remords.

### Votre conseil

Pour arrêter une épistaxis, il suffit :

- d'asseoir le patient et de lui demander de se pencher en avant pour éviter de déglutir le sang. Cette position donne l'impression que l'épistaxis se renforce mais c'est mieux que d'en camoufler l'importance en l'avalant tête en arrière ;
- de desserrer ses vêtements au niveau du col ;
- de lui demander, malgré ses réticences, de se moucher énergiquement pour évacuer les caillots qui consomment des facteurs de coagulation (faute de quoi l'hémorragie ne saurait se tarir) même si le patient hésite ;
- de lui indiquer comment comprimer avec son index l'aile du nez de la narine qui saigne contre la cloison nasale, pendant dix minutes au moins montre en main, sans interruption, sans chercher à vérifier de temps en temps que l'hémorragie s'arrête ;
- de respirer par la bouche ;
- éventuellement de mettre une vessie de glace sur la nuque, ou de lui faire boire lentement un verre d'eau glacé.

Il est inutile de mettre un quelconque pansement hémostatique dans la narine ou de conseiller un médicament.

En cas d'échec d'une compression digitale de 10 minutes au moins, adressez le patient à un généraliste qui fera un tamponnement antérieur avec une mèche type Bloxang® ou Coalgan®.

### **Urgences**

**Si l'hémorragie est abondante et mal tolérée** (le patient est très pâle, mal à l'aise, s'évanouit...), appelez un ORL et demandez-lui de faire un tamponnement postérieur ou de mettre en place un ballonnet.

### **Attention !**

En cas de récurrence à bref délai de l'épistaxis, suggérez une consultation médicale, car certaines épistaxis révèlent :

- une maladie de l'hémostase ;
- une tumeur des fosses nasales ;
- une sinusite.

- › Traitez les toux sèches ; elles fatiguent.
- › Respectez les toux grasses ; elles libèrent le poumon.

## Un peu de clinique

Les toux sèches récentes sont très souvent dues à une infection ORL ou respiratoire, une rhinopharyngite, une laryngite, une trachéite inflammatoire (refroidissement, ambiance enfumée prolongée, climatisation...) ou virale, une bronchite.

Elles irritent, fatiguent, contribuent à la transmission de l'infection et doivent donc être combattues.

## Mais attention

Ne traitez que les toux sèches isolées ou accompagnées seulement d'un peu de fièvre, d'écoulement nasal, d'irritation pharyngée. Ne traitez pas les toux s'accompagnant d'essoufflement avec gêne respiratoire à l'inspiration (laryngites), à l'expiration (asthme), ou de douleurs thoraciques (pleurésies, pneumothorax, embolie pulmonaire).

Ne traitez que les toux aiguës, récentes, datant de moins de trois semaines. Une toux qui dure plus de trois semaines peut être due :

- à un asthme dont elle constitue un équivalent ;
- à un reflux gastro-œsophagien (très fréquent) surtout quand elle est nocturne ;
- à une bronchite chronique ;
- à un cancer du poumon (cancer bronchique).

Au-delà de 3 semaines, ne renouvelez pas votre prescription. Suggérez fermement une consultation médicale.

Pensez aux toux iatrogènes avant de prescrire un antitussif qui, dans ce cas, serait inefficace.

Les principaux médicaments causant des toux sèches sont l'amiodarone (Cordarone®), les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (Rénitec®, Triatec®, Coversyl®, Zofenil®...), les aérosols de Pentacarinat®.

## Votre conseil

En cas de toux sèche, conseillez un antitussif pendant quelques jours. Des antitussifs, il en existe beaucoup, peut-être beaucoup trop. Un bon antitussif est le dextrométhorphan. Il a peu d'effets secondaires et il est efficace.

Il est utilisable chez la femme enceinte à condition de s'en tenir à un usage ponctuel et de ne pas le prendre dans les jours précédant l'accouchement.

Il est contre-indiqué chez l'enfant de moins de trente mois et durant l'allaitement.

Il est contre-indiqué en association avec les IMAO.

*Conseillez-le en sirop :*

- Humex® toux sèche dextrométhorphan adulte et enfant : 1 godet doseur (20 mg) toutes les 4 heures chez l'adulte ; un godet de 5 mg toutes les 4 heures chez l'enfant ;
- Dexir® adulte et enfant : 1 cuiller à café (15 mg adulte ; 7,5 mg enfant) toutes les 4 heures.

Si vous choisissez un autre antitussif :

- *préférez une molécule isolée* aux multiples formules associant plusieurs principes actifs. Elles additionnent les effets indésirables sans être plus efficaces qu'un médicament isolé à bonne dose ;
- *préférez une molécule sans fluidifiant associé* : l'association à un fluidifiant est illogique et dangereuse ;
- *préférez un antitussif sans alcool* : les sirops contenant de l'alcool, réservés à l'adulte, sont dangereux pour les enfants qui se servent dans la pharmacie familiale. En outre, l'alcool majore la somnolence que peut produire un antitussif, ce qui est dangereux pour les conducteurs ;
- *évités les antihistaminiques* (Théralène®, Toplexil®, Flusédal®, Broncalène®...) : ils épaississent les sécrétions bronchiques et sont contre-indiqués :
  - en cas de glaucome,
  - en cas d'adénome prostatique,
  - en cas de traitements antidépresseurs ou tranquillisants,
  - et doivent être évités chez les conducteurs car ils font dormir.



› Restez prudents devant ce patient qui tousse et qui crache.

## Un peu de clinique

Les toux grasses sont la conséquence :

- d'une infection bronchique ou pulmonaire virale ou microbienne aiguë ;
- d'une bronchite chronique liée le plus souvent au tabagisme.

Il ne faut pas combattre les toux grasses car elles libèrent le poumon. Si la toux est grasse, le meilleur moyen d'en diminuer la fréquence est de cracher.

Faites bien préciser l'aspect de l'expectoration :

- des crachats jaune-vert, purulents, depuis plus de 48 heures, indiquent une infection ou une surinfection bactérienne qui nécessitera des antibiotiques si elle est mal tolérée. Proposez une consultation médicale ;
- des crachats teintés de sang évoquent un cancer, une tuberculose, une embolie. Suggérez une consultation médicale.

## Votre conseil

Respectez les toux grasses. Si les crachats sont très épais, difficiles à rejeter, conseillez :

- de boire abondamment ;
- d'humidifier l'atmosphère à l'aide de casseroles remplies d'eau bouillante ou d'un humidificateur type Ardes®, Shuffo®, Vaporfly® ;
- de faire un peu d'exercice, de marcher, de faire de la kinésithérapie respiratoire (très efficace).

Proposez pendant quelques jours (pas plus de cinq jours), un sirop fluidifiant bronchique contenant de la carbocystéine à 5 % (pour l'adulte) ou à 2 % (pour l'enfant).

*Chez l'adulte :*

- Drill® expectorant : 1 cuillerée à soupe 3 fois par jour ;
- Ergix® expectorant : 1 cuillère mesure 3 fois par jour ;
- Humex® expectorant : 1 godet doseur 3 fois par jour.

*Chez l'enfant :*

- Rhinathiol® Enfant Nourrisson : 1 cuillère mesure 1 à 3 fois par jour selon l'âge.

### **À retenir**

La carbocystéine :

- peut donner des douleurs d'estomac, elle est contre-indiquée chez les patients ayant des antécédents d'ulcère gastro-intestinal ;
- ne doit jamais être associée à un antitussif (risque d'inondation bronchique) ;
- ne doit pas être prescrite pendant plus de 5 jours.

- › Respectez les toux utiles et calmez pendant quelques jours les toux sèches pénibles.
- › Devant la toux brutale, asphyxiante, due à l'inhalation d'un corps étranger, faites la manœuvre de Heimlich.

## Un peu de clinique

Chez l'enfant, *une toux brutale, soudaine*, en dehors de tout climat fébrile, avec des quintes expulsives et parfois étouffement, doit faire penser immédiatement à un *corps étranger*. C'est une *urgence*.

Si vous suspectez la présence d'un corps étranger, **utilisez la manœuvre de Heimlich** qui refoule le diaphragme vers le haut, crée une hypertension thoracique et expulse le corps étranger (*voir encadré*).

### Manœuvre de Heimlich

- Chez l'adulte : se placer derrière le patient, appliquer un poing fermé sur le creux épigastrique, empoigner le poing avec l'autre main, tirer violemment en arrière les deux poings serrés.
- Chez l'enfant de moins de 18 mois : allonger l'enfant à plat ventre sur les genoux, donner une claque forte, main à plat, entre les omoplates.

En dehors de cette urgence extrême, la toux, chez l'enfant comme chez l'adulte, peut être due à des causes très nombreuses, de la rhinopharyngite à la coqueluche en passant par l'asthme et le reflux gastro-œsophagien.

## Votre conseil

La meilleure façon de traiter la toux est d'en traiter la cause. En outre, diminuer à tout prix la toux, c'est se priver d'un mécanisme de défense efficace. Ne cherchez donc pas à calmer toutes les toux.

Toutefois, si la toux sèche est éprouvante, fatigue l'enfant, perturbe son sommeil ou le fait vomir, vous pouvez lui donner un antitussif pendant quelques jours :

- un sirop au dextrométhorphan :
  - Drill® toux sèche enfant : 1 cuillère mesure toutes les 6 heures chez l'enfant de plus de 6 ans entre 20 et 30 kg, 1 cuillère mesure ½ chez l'enfant entre 30 et 40 kg,

- Humex® toux sèche dextrométhorphan enfant : 1 godet doseur de 5 mL (chez l'enfant de 6 à 12 ans) ou de 10 mL (chez l'enfant de plus de 12 ans) toutes les 6 heures ;
- un sirop à la pholcodine :
  - Humex® toux sèche pholcodine enfant : 1 cuillère mesure de 2 mL 6 fois par jour chez l'enfant de 6 à 12 ans, une cuillère mesure de 4 mL 6 fois par jour chez l'enfant de plus de 12 ans,
  - Rhinathiol® toux sèche enfant : 1 godet doseur 6 fois par jour chez l'enfant de 6 à 12 ans, 2 godets chez l'enfant de plus de 12 ans.

# 18 J'ai la grippe

- En pleine épidémie, les signes de la grippe sont suffisamment stéréotypés pour vous permettre de faire le diagnostic et de donner des conseils et des médicaments de confort.
- La grippe nous visite chaque hiver. Dans la plupart des cas, elle n'est pas grave et se contente de nous clouer au lit quelques jours. Mais elle peut être mortelle chez la femme enceinte, les personnes âgées, les personnes souffrant de bronchite chronique ou d'emphysème.

## Un peu d'épidémiologie

La grippe est due à un virus : *Myxovirus influenzae*.

Le génome du virus est instable et fait l'objet de fréquentes mutations. Ces mutations modifient la composition de la capsule virale, notamment des spicules protéiques dont sa surface est hérissée et qui sont reconnues par les anticorps protecteurs.

La plupart de ces mutations sont mineures. Elles font que le virus n'est plus tout à fait le même chaque hiver ; mais malgré cela, la plupart des sujets déjà exposés les années précédentes sont capables de le reconnaître. Les épidémies restent limitées. Pour leur faire face, des réseaux de surveillance, nationaux et internationaux, ont été mis en place et permettent aux vaccins de « coller » aux variations antigéniques mineures du virus.

De temps à autre se produit une mutation majeure, modifiant profondément la composition des protéines de surface, ce qui empêche les systèmes immunitaires de le reconnaître. Il se produit alors une grave pandémie grippale, comme celle de la grippe « espagnole » en 1918 qui fit, dit-on, 20 millions de morts, ou la grippe « de HongKong » en 1968.

Beaucoup d'espèces animales hébergent les virus grippaux qui passent de l'une à l'autre espèce devenant ainsi plus dangereux. C'est ainsi que les oiseaux (grippe aviaire) échangent des virus entre eux et avec l'homme, le porc avec les oiseaux et avec l'homme. On pense que la prochaine pandémie partira de Chine où se recombinent les virus des canards, des porcs et des humains. Transportée par les avions, la grippe ne tardera pas à faire le tour de la planète et à tuer beaucoup de monde.

## Un peu de clinique

Chaque épidémie de grippe se déplace sur l'ensemble du territoire national entre novembre et mai. Elle dure en moyenne 6 semaines dans une région donnée. Elle est alors annoncée dans la presse et par le bouche à oreille.

Les signes de la grippe se regroupent en un « syndrome grippal » qui associe de la fièvre, des douleurs, des signes respiratoires :

- la fièvre est élevée à 39 °C, à plus de 38 °C en tout cas, pendant 48 heures. Elle s'accompagne d'une fatigue intense. Elle tombe avant le 4<sup>e</sup> jour ;
- les douleurs sont des céphalées frontales « entre les deux yeux », des douleurs musculaires diffuses donnant l'impression d'avoir été battu ;
- en même temps la gorge est douloureuse, le nez encombré. Bientôt survient une toux sèche qui peut persister une quinzaine de jours et constitue avec la fièvre le symptôme le plus caractéristique de la grippe.

L'examen médical est de peu de secours car le plus souvent négatif. La radiographie du thorax est normale, la sérologie sans intérêt.

Le diagnostic de grippe peut parfaitement être porté à l'officine avec très peu de chances d'erreur en période d'épidémie. En période d'épidémie, c'est-à-dire pendant les six à huit semaines d'hiver où la grippe balaie une région donnée, un diagnostic de grippe porté sur l'existence d'un symptôme grippal (fièvre, douleurs, signes respiratoires) décrit par le patient ou son entourage a 90 % de chances d'être « virologiquement » correct.

En revanche, en dehors d'une période d'épidémie authentifiée, le diagnostic de grippe est très incertain car de nombreux virus respiratoires peuvent donner un état grippal identique, même fièvre, même céphalée, même toux sèche. Ne portez pas le diagnostic de grippe en dehors des périodes d'épidémies. Évoquez un « syndrome grippal ».

## Votre conseil

*Les seuls médicaments capables de combattre le virus grippal* sont le Relenza® et le Tamiflu®, liste I qui sont donnés avant la 48<sup>e</sup> heure, le premier sous forme d'inhalations buccales, le second en comprimés. Ces produits réservés à l'adulte et l'enfant de plus de 12 ans, sont rarement prescrits.

En cas de pandémie grippale grave, du Tamiflu® serait distribué à la population pour être utilisé à dose préventive.

Le traitement de la grippe reste symptomatique. Donnez aux patients qui viennent vous voir pour une grippe des conseils d'hygiène et quelques médicaments pour les soulager :

- boissons chaudes ;
- nourriture digeste, mais suffisante, la fièvre consomme des calories ;
- repos à la maison, si possible, pour éviter les efforts physiques et surtout limiter la contamination interhumaine ;
- du paracétamol (voir p. 10)
- un antitussif (voir p. 39)

## Traitement préventif : le vaccin antigrippal

Plutôt que d'avoir à traiter la grippe et ses complications, mieux vaut la prévenir avant le début de l'épidémie par la vaccination.

Le vaccin antigrippal est un vaccin inactivé (on dit parfois un vaccin « tué »), préparé à partir de virus cultivés sur un œuf de poule embryonné.

La vaccination antigrippale n'est pas efficace à 100 %, loin de là, et ne protège pas contre les virus responsables des syndromes pseudo-grippaux. Mais c'est tout de même une bonne précaution, surtout chez certaines personnes.

■ Conseillez la vaccination :

- aux personnes âgées de plus de 65 ans (pour eux, le vaccin est, vous le savez, offert par l'assurance maladie) ;
- aux malades atteints de broncho-pneumopathies chroniques, d'insuffisance cardiaque ou rénale, de drépanocytose ;
- aux femmes enceintes ;
- aux enfants atteints de mucoviscidose, de dysplasie bronchopulmonaire, de cardiopathie, de drépanocytose.

■ Déconseillez-la formellement aux allergiques à l'œuf.

■ Quelques vaccins antigrippe :

- Immugrip® ;
- Influvac® ;
- Mutagrip® ;
- Vaxigrip®.

# Mon bébé a une bronchiolite

- › La consultation du médecin est indispensable, mais vous avez des conseils et surtout des explications à donner aux parents très inquiets.

## Un peu de clinique

La bronchiolite (appelée jadis bronchite asthmatiforme) est une bronchite aiguë virale extrêmement fréquente chez le nourrisson. Elle est causée dans plus de 70 % des cas par le virus respiratoire syncytial (VRS). La maladie réalise des épidémies chaque année d'octobre à mars, avec un pic de décembre à janvier qui remplit les services de pédiatrie.

La bronchiolite provoque une sténose des bronchioles, c'est-à-dire des petites bronches, qui se traduit par une respiration rapide, une distension thoracique et un sifflement expiratoire audible à distance. Après deux ou trois jours survient un *engorgement bronchique* d'une durée moyenne de deux à cinq jours. Il n'y a pas ou peu de fièvre.

Certaines formes sont sévères, entraînant une gêne respiratoire importante qu'aggrave la prise des biberons, un tirage (creusement) intercostal et xiphoïdien, des plaintes à l'expiration, etc.

Le traitement consiste à maintenir une alimentation et une hydratation convenables, à lutter contre le spasme bronchiolaire avec des corticoïdes et/ou des bronchodilatateurs et, c'est essentiel, à pratiquer une kinésithérapie respiratoire pour diminuer l'engorgement.

Les formes sévères exigent une hospitalisation. Les autres peuvent être traitées à la maison.

Le maintien au domicile d'un nourrisson atteint de bronchiolite implique, outre une bonne surveillance, plusieurs mesures que vous rappellerez à des parents inquiets.

## Votre conseil

Conseillez :

- d'humidifier l'atmosphère (au besoin avec un humidificateur électrique) ;
- d'épaissir les repas afin d'éviter les fausses routes ;
- de fractionner les repas et d'augmenter la ration hydrique de 25 mL/kg/jour afin d'assurer une bonne hydratation ;
- de désencombrer le nez avec du sérum physiologique (voir « Mon enfant a un rhume », p. 19) ;



- surtout – c’est la mesure essentielle – de faire faire une kinésithérapie respiratoire au domicile, en demandant au kinésithérapeute de venir plusieurs fois par jour, à distance des repas.

Si des bronchodilatateurs bêta-2 mimétiques ont été prescrits (Ventoline®, Bricanyl®), *expliquez bien* comment les administrer, éventuellement au moyen d’une chambre d’inhalation adaptée à la taille de l’enfant (Babyhaler®), ou d’un appareil à aérosols.

### **Attention !**

- Pas d’antitussifs : ils aggraveraient les difficultés respiratoires.
- Pas de mucomodificateurs : ils augmenteraient le volume des sécrétions et asphyxieraient le nourrisson.

› Vous avez un rôle important à jouer auprès du malade asthmatique :

- l'aider à s'y retrouver dans ses traitements de fond et des crises ;
- lui expliquer la manipulation des différents sprays.

## Un peu de clinique

L'asthme est une maladie de plus en plus fréquente dans les pays économiquement développés ; vous verrez à l'officine beaucoup d'asthmatiques.

C'est une maladie qui associe une constriction des bronches, une inflammation de la muqueuse bronchique et une hypersécrétion bronchique. Il en résulte une diminution du calibre des bronches qui rend plus difficile la respiration surtout à l'expiration.

L'asthme est une réaction de l'appareil respiratoire à certaines substances de l'environnement ou à certaines situations. L'une des causes les plus fréquentes de l'asthme est l'allergie mais c'est loin d'être la seule. L'asthme peut également être déclenché par le tabac, les pollutions de l'air, les virus, les variations du climat, etc. L'asthme est une maladie chronique évoluant par poussées (attaques d'asthme) au cours desquelles se produisent des crises caractéristiques. À la longue, la fonction respiratoire peut s'altérer.

Une crise d'asthme est facile à reconnaître et sans ausculter le (la) malade, vous pouvez vérifier qu'il s'agit bien d'un asthme :

- la crise a été déclenchée par un facteur connu du patient : pollen, plumes d'oreillers, poils d'animaux, séjour dans une maison humide infestée d'acariens, etc. ;
- la respiration n'est pas très rapide : la fréquence respiratoire se situe entre 18 et 30 par minute ;
- la respiration est bruyante, sifflante et les sifflements sont au maximum à l'expiration ;
- le débit expiratoire de pointe est diminué.

### À retenir

*Encouragez vos patients à acheter un débitmètre pour mesurer le débit expiratoire de pointe (DEP) qui est le meilleur moyen d'évaluer la gravité d'une crise.*

En gros le DEP va de 850 L/min (normale) à 50 L/min (hospitalisation d'urgence).

Principaux débitmètres : Mini-Wright®, Vitalograph®, Débitmètre Assess® ou DHS®, Peak Flow®, Eslys® (certains en version bas débit < 300 L/min).

Utiliser un débitmètre, c'est très facile. Il suffit de placer le curseur en bas de l'échelle, de placer l'embout dans la bouche sans gonfler les joues, de souffler fort comme pour souffler les bougies d'un gâteau d'anniversaire.

Un DEP à 80–100 % du DEP théorique est normal.

La zone d'alerte se situe entre 50 et 80 % du DEP théorique.

Une hospitalisation s'impose si le DEP < 50 % de la valeur théorique ou de la meilleure performance réalisée par l'asthmatique.

## Votre conseil

### Crise d'asthme

Une crise d'asthme se traite avec des bronchodilatateurs, c'est-à-dire des bêta-2 mimétiques inhalés tous inscrits sur la liste I (Ventoline®, Bricanyl®, Bérotec®, Buventol®, Easyhalers®...). Une ou deux bouffées que l'on peut répéter jusqu'à six fois par jour.

Si l'asthmatique reste gêné alors qu'il a augmenté le nombre de prises de bronchodilatateurs et les prend correctement, c'est que l'asthme s'aggrave. Suggérez une consultation rapide chez un généraliste.

### Entre les crises

Le pharmacien est particulièrement compétent pour aider l'asthmatique à mieux gérer sa maladie.

Apprenez-lui à éviter les facteurs favorisant les crises :

- les allergènes : animaux de compagnie, cheval, fleurs, literie en plume ;
- le tabac ;
- la climatisation ;
- les sports nécessitant des efforts violents et brefs (préférer les sports d'endurance).

Dans sa chambre, dites-lui :

- d'entourer d'une housse matelas et oreillers, d'avoir une couette en synthétique et non en plumes ou duvet ;
- d'aérer les draps chaque matin ;
- de remplacer la moquette par un revêtement de sol lavable ;
- de laver régulièrement les voilages des rideaux.

Vérifiez qu'il utilise correctement les sprays :

- beaucoup d'asthmatiques (près de 80 %, dit-on) ne prennent pas bien les traitements inhalés. Expliquez le bon usage du spray et conseillez éventuellement une chambre d'inhalation ;
- les erreurs les plus fréquentes sont l'inspiration après le déclenchement de l'aérosol doseur, l'absence d'apnée après l'inhalation ou l'apnée trop courte, l'aérosol utilisé bouche ouverte « comme un collutoire ».

### **Mode d'emploi d'un aérosol-doseur**

Retirer le capuchon et agiter. Serrer les lèvres autour de l'embout. Souffler à fond et bien vider les poumons. Commencer une profonde inspiration et appuyer sur l'aérosol doseur tout en continuant d'inspirer. Retenir sa respiration en apnée pendant 10 secondes au moins. Expirer.

Vérifiez que votre patient ne confond pas (comme beaucoup d'asthmatiques) traitement de fond et traitement de la crise :

- le traitement de fond de l'asthme, qui est une maladie inflammatoire, c'est la corticothérapie. Elle est donnée sous forme de sprays, parce que par cette voie locale les effets secondaires sont moindres que par voie générale ;
- le traitement de la crise fait également appel à des sprays mais, à la différence du traitement de fond à base de corticoïdes, les sprays qui traitent la crise sont à base de bêta-2 mimétiques bronchodilatateurs : Ventoline®, Bricanyl®, Bérotec®, etc.
- Incitez l'asthmatique à compter le nombre de bouffées qu'il prend par jour : cet indice peut se révéler précieux car beaucoup d'asthmatiques ne se rendent pas bien compte d'une aggravation ;
- proposez-lui de tenir un cahier avec les résultats de son débit expiratoire de pointe.

### **Urgences**

Si un asthmatique vient vous voir parce que sa crise ne cède pas avec les bêta-2 mimétiques inhalés (Ventoline®, Bricanyl®, etc.) dont il a augmenté les doses, au-delà de 6 bouffées par jour il s'agit d'une crise sévère ou grave à traiter en milieu médical. **Appelez le généraliste de garde, un urgentiste.**

**Retenez quelques critères d'hospitalisation immédiate (pour l'adulte) :**

- dyspnée de repos ne permettant pas de prononcer une phrase d'un trait ;
- cœur à 110 pulsations/min, fréquence respiratoire > 25/min ;
- DEP < 50 % de la valeur attendue.

- Prenez deux minutes pour noter le pouls et la pression artérielle.
- Puis suggérez une consultation médicale.

## Un peu de clinique

Avoir des palpitations, c'est percevoir les battements cardiaques qui ordinairement ne sont pas ressentis (le silence des organes est un signe de bonne santé). Dans la majorité des cas, c'est un symptôme banal, survenant sur un cœur sain. C'est « rien, moins que rien ». C'est un peu d'éréthisme chez un(e) patient(e) anxieux(se) ou quelques extra-systoles banales, des contractions prématurées du cœur suivies d'une pause plus longue que d'ordinaire.

Mais hélas, dans quelques cas, les palpitations traduisent un trouble du rythme cardiaque qui peut être dangereux.

Pas facile de faire la différence entre ces deux extrêmes. Il faut faire au moins un électrocardiogramme, souvent un enregistrement ambulatoire sur 24 heures (Holter) et quelquefois des examens sophistiqués électriques isotopiques ou radiologiques.

## Votre conseil

Si votre consultant n'est pas dans un état alarmant et ressent des palpitations au moment où il vous parle, prenez quelques minutes pour mesurer sa pression artérielle (c'est assez facile) et apprécier le rythme et la fréquence de son pouls (c'est moins évident). Si la tension est élevée ou si le pouls est effectivement irrégulier, téléphonez au médecin le plus proche disponible (généraliste ou cardiologue, peu importe). Il pourra faire un électrocardiogramme avant que cette crise d'arythmie ne cesse spontanément, ce qui facilitera grandement le diagnostic (après la crise, c'est beaucoup plus difficile).

Si les palpitations ont cessé lorsque le malade vous en parle (ce qui est de loin le cas le plus fréquent), suggérez une consultation médicale et en attendant recommandez des extraits de plantes sédatives :

- Sympavagol®
- Vagostabyl®
- 2 à 6 comprimés par jour.

### Urgences

**Appelez le service médical d'urgence ou les pompiers :**

- si les palpitations s'accompagnent de douleurs dans la poitrine ou d'essoufflement ;
- si le malade a mauvais aspect, s'il est pâle, ou bleu, cyanosé, syncopal.

## Un peu de clinique

L'hypertension artérielle peut être due à des tumeurs des surrénales ou des sténoses de l'artère rénale. Ces cas sont rares voire exceptionnels. Presque toujours l'hypertension artérielle est une hypertension commune ou « essentielle », sans cause apparente.

Elle ne se traduit ordinairement par aucun symptôme. Elle est détectée parce que la mesure de la tension (de la pression) artérielle fait partie de tout examen médical ou parce que le patient, un brin anxieux, est venu à l'officine pour faire « prendre » sa tension.

La pression artérielle est mesurée en position assise ou allongée, après 5 à 10 minutes de repos. Elle comporte deux chiffres :

- le plus élevé est celui de la pression artérielle systolique ou PAS qui reflète la pression lors de la contraction du ventricule gauche (systole) ;
- le plus bas est celui la pression artérielle diastolique ou PAD qui reflète la pression lors de la relaxation du ventricule gauche (diastole).

Seule est pathologique l'hypertension artérielle permanente. C'est pourquoi le diagnostic d'hypertension ne doit être porté que si des valeurs élevées de la pression artérielle sont retrouvées à trois occasions différentes à quelques jours ou semaines d'intervalle. Si des valeurs augmentées ne sont retrouvées qu'occasionnellement, on parle d'HTA labile (qui ne nécessite qu'une simple surveillance), ou d'effet blouse blanche si la tension est élevée au cabinet du médecin ou à l'officine et normale dans la vie de tous les jours.

L'hypertension artérielle est davantage un facteur de risque qu'une maladie à proprement parler. Non traitée, elle expose aux accidents vasculaires cérébraux et à l'insuffisance coronaire. Le risque augmente avec l'élévation de la tension artérielle et il est souhaitable d'avoir des chiffres tensionnels le plus bas possible. Cependant, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et les Sociétés de cardiologie se sont mises d'accord sur des seuils de normalité en tenant compte à la fois des risques tensionnels et des inconvénients liés aux traitements.

Une hypertension artérielle se définit comme une pression artérielle systolique habituellement supérieure ou égale à 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique habituellement supérieure ou égale à 90 mmHg.

## Votre conseil

L'hypertension artérielle se traite avec des médicaments appartenant à différents classes thérapeutiques mais tous délivrés sur ordonnance.

Le traitement est généralement débuté avec un seul médicament. En cas de réponse insuffisante, il est fait recours à des association de 2 ou 3 médicaments

de classe différente. Il revient au médecin de régler au mieux ce traitement qui durera toute la vie du patient et sera parfois complexe. Mais le pharmacien concourt à la qualité du traitement par les conseils qu'il formule lors de la délivrance des médicaments.

## **Automesure de la TA**

La généralisation des appareils de mesure de la pression artérielle pour grand public permet au patient de surveiller sa pression artérielle dans les conditions de sa vie quotidienne et de multiplier les contrôles.

S'il vous est demandé de commander un appareil d'automesure, préférez un appareil à brassard brachial. Les mesures au niveau du poignet dépendent beaucoup du degré de fléchissement du poignet et de la position de la main par rapport au cœur.

Vous trouverez la liste des appareils d'automesure de la TA validés par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) sur : <http://afs-saps.santé.fr>

Dites à votre patient qu'il est inutile de mesurer la TA plus de deux fois par jour en état stable. Une mesure le matin peu après le lever et le soir avant le coucher suffisent. Il faut faire trois mesures à chaque fois à une minute d'intervalle.

## **Hygiène**

L'hypertendu a trois ennemis : le surpoids, l'alcool, le sel.

Une perte de poids significative est capable à elle seule de faire revenir à la normale la tension artérielle. Même modérée, une perte de poids améliore les chiffres tensionnels. Dites à vos hypertendus d'avoir l'œil rivé sur la balance.

L'alcool est un hypertenseur puissant. Il est indispensable de n'en consommer que de la façon la plus modérée possible.

L'excès de sel doit être combattu. Certes les médicaments actuels ont rendu inutiles les régimes draconiens d'antan impossibles à suivre. Mais l'hypertendu devrait renvoyer les salières de sa table et se méfier du sel caché principalement dans les fromages, la charcuterie, le pain et les conserves industrielles.

Conseillez un peu d'exercice physique chaque jour plutôt qu'une intense activité sportive par semaine. Dites à vos patients de privilégier les sports d'endurance : jogging, natation, cyclisme, golf...

## **Effets secondaires des médicaments**

Les patients sont toujours surpris et inquiets par des troubles que provoquent parfois les anti-hypertenseurs et qui disparaissent avec l'arrêt de ceux-ci. Sachez les reconnaître, vous rassurerez. En voici une liste non exhaustive mais presque.

### ***Quelques effets secondaires des anti-hypertenseurs***

- Bêta-bloqueurs :
  - asthme ;
  - cauchemars, tendance dépressive, diminution de la libido ;
  - fatigue, diminution des performances physiques ;
  - vasoconstriction des extrémités.
- Inhibiteurs de l'enzyme de conversion : toux sèche.
- Antagonistes calciques :
  - œdèmes des chevilles ;
  - bouffées de chaleur, rougeurs de la face.
- Anti-hypertenseurs centraux : bouche sèche, somnolence.



- C'est une femme qui vous le dit ! (8 femmes sur 10 souffriraient de jambes lourdes).
- C'est presque toujours un problème veineux.

### Un peu de clinique

Autant la crampe à la marche est caractéristique de l'obstruction artérielle, autant la sensation de « jambes lourdes » oriente vers une pathologie veineuse (ou éventuellement lymphatique).

Si la patiente (il s'agit le plus souvent d'une femme) a fait jadis une phlébite, elle connaît bien cette sensation de jambes lourdes qui fait partie du « *syndrome post-phlébitique* ». Ce syndrome comporte, outre des varices, un œdème vespéral, une « dermite ocre » qui colore les jambes de tâches brunâtres (angio-dermite purpurique et pigmentée).

En l'absence d'antécédent de phlébite, une sensation de jambes lourdes a toute chance d'être due à une *insuffisance veineuse* (que les patientes qualifient souvent de « varices internes ») :

- si elle s'accroît avec la station debout prolongée et si elle est plus marquée le soir que le matin ;
- si elle s'accompagne d'un gonflement modéré des jambes qui s'installe le soir et disparaît le matin ;
- si elle s'accompagne de sensations d'engourdissement, de brûlures, de gêne dans les pieds la nuit ;
- si elle entraîne des difficultés à monter les escaliers.

### Votre conseil

Dans l'« insuffisance veineuse », une consultation médicale est indispensable pour faire le point, repérer de petites varices, les incontinences de la saphène, situer les perforantes, etc. En attendant cette consultation :

*Conseillez d'éviter :*

- les stations debout prolongées, les piétinements ;
- l'exposition des jambes à la chaleur (chauffage par le sol, bains chauds, hammams...) et au soleil ;
- les chaussures à talons trop plats, les bottes serrées ;
- les longs parcours en voiture.

*Recommandez :*

- de marcher le plus souvent possible au cours de la journée ;
- de surélever les jambes la nuit (cales au pied du lit d'une hauteur suffisante : 20 cm au moins) et si possible au cours de la journée lors des pauses ;
- de dormir les pieds hors de la chaleur de la couette ;

- de prendre régulièrement des bains de pieds d'eau froide avec de l'eau jusqu'à mi-cuisses.

*Proposez surtout des bas ou des collants de contention :*

- c'est un élément fondamental du traitement, qui malheureusement n'est pas toujours bien accepté, tant sont grandes les confusions avec le vieux « bas à varices ». Persuadez donc l'intéressée. Dites-lui que les bas de contention sont aujourd'hui faciles à mettre et à laver, qu'ils sont confortables, à condition de bien les mettre et de choisir la bonne taille (mesurez la circonférence de la cheville et du mollet), qu'ils ne sont plus laids ;
- expliquez bien que *les classes* se définissent par la pression exercée à la cheville, faible pour I (10 à 15 mmHg), moyenne pour II (15 à 20 mmHg), forte pour III (20 à 36 mmHg) et IV (> 36 mmHg). *Les tailles*, elles, sont déterminées par la circonférence de la jambe mesurée à la cheville et au mollet ;
- *bas* Duomed<sup>®</sup>, Oedema soft<sup>®</sup>, Varisma<sup>®</sup>, Sigvaris<sup>®</sup>, etc.

Éventuellement, *recommandez* des « veinotoniques », très attendus par les patientes, mais peu efficaces. Vous pouvez proposer un peu de diosmine :

- deux comprimés par jour de Daflon<sup>®</sup> 500 mg ;
- ou deux comprimés par jour de Diovenor<sup>®</sup> 600 mg ou de ses très nombreux génériques (Diosmine<sup>®</sup> 300 Génériques).

- › À vos clientes qui parlent de leurs varices, conseillez plutôt des bas de contention que des phlébotoniques.
- › Suggérez-leur les scléroses et les interventions chirurgicales.

## Un peu de clinique

Les varices ? Peu de notions sont aussi confuses dans l'esprit du public, qui confond volontiers varices, phlébites et insuffisances veineuses et croit à l'existence de « varices internes ».

Les varices sont des dilatations ampullaires du réseau veineux superficiel des membres inférieurs. Ce réseau veineux sous-tégumentaire est normalement invisible ou très peu visible. Il se draine selon deux axes, l'un saphène externe à la face postérieure du mollet, l'autre saphène interne à la face interne de la cuisse. Le réseau veineux superficiel n'assure qu'une partie minime du retour sanguin vers le cœur : 10 % environ. L'essentiel du retour veineux est effectué par les veines profondes.

En cas de varices, le sang, principalement drainé par les veines profondes circule à contre-courant dans le réseau veineux superficiel car les dilatations rendent inopérantes les valves qui, telles des échelles à saumon, facilitent la remontée sanguine. Le sang redescend donc des crosses des saphènes internes (dans le creux de l'aîne) et externes (au genou) vers le pied. Il stagne dans les dilatations variqueuses. Cette stase induit une hyperpression capillaire, responsable de douleurs, et d'une mauvaise irrigation cutanée.

À la longue, les varices ne sont pas seulement inesthétiques : elles procurent une sensation de tension, de fatigue dans les jambes, de l'œdème, et des altérations cutanées qui vont de la « dermite ocre » (angiodermite purpurique et pigmentée) au redouté ulcère de jambe désespérément chronique.

Les varices sont le plus souvent sans cause : varices « essentielles », héréditaires souvent ou favorisées par l'obésité. Elles peuvent aussi compliquer tardivement une phlébite, c'est-à-dire une obstruction thrombotique des veines profondes.

Les varices ne sauraient être traitées par voie générale. Aucun médicament ne peut les faire disparaître ; il faut les opérer ou les scléroser. Le choix entre les scléroses et l'éveinage chirurgical, la combinaison des deux, ou la suppression élective des crosses et des perforantes sont du domaine du spécialiste.

Ces traitements sont rendus possibles par la prédominance du retour veineux profond. Si celui-ci est quelque peu défaillant, les traitements peuvent laisser persister des signes rebelles d'insuffisance veineuse (voir « J'ai les jambes lourdes », p. 59). Il faut en avertir les patients.

## Votre conseil

En cas de varices, suggérez une consultation chez un phlébologue.

*Conseillez d'éviter :*

- les stations debout prolongées, les piétinements ;
- l'exposition des jambes à la chaleur (chauffage par le sol, bains chauds, hammams...) et au soleil ;
- les chaussures à talons trop plats, les bottes serrées ;
- les longs parcours en voiture.

*Recommandez :*

- de marcher le plus souvent possible au cours de la journée ;
- de surélever les jambes la nuit (cales au pied du lit d'une hauteur suffisante : 20 cm au moins) et si possible au cours de la journée lors des pauses ;
- de dormir les pieds hors de la chaleur de la couette ;
- de prendre régulièrement des bains de pieds d'eau froide avec de l'eau jusqu'à mi-cuisses.

Si votre patient(e) ne souhaite pas – au moins dans l'immédiat – se faire opérer ou scléroser, incitez-le (la) à porter des bas ou des collants de contention :

- c'est un élément fondamental du traitement, qui malheureusement n'est pas toujours bien accepté, tant sont grandes les confusions avec le vieux « bas à varices ». Les bas de contention modernes sont faciles à mettre ; encore faut-il prendre la précaution de les enfiler, jambe levée, une fois les varices bien vidées, sinon ils sont mal supportés. Ils sont confortables à condition de choisir la bonne taille, déterminée par la circonférence de la jambe mesurée à la cheville et au mollet. Ils sont beaucoup plus esthétiques que par le passé ;
- *conseillez* un bas de classe II en l'absence d'œdème, de classe III en cas d'œdème (voir « J'ai les jambes lourdes », p. 59) : *bas Duomed®*, *Duprat®*, *Oedema soft®*, *Sigvaris®*, *Varisma®*, *Venostar®*, etc.

*Conseillez* éventuellement un des nombreux veinotoniques de la pharmacopée. Ces produits, très demandés par les patients, sont censés augmenter le tonus veineux. En fait ils sont peu efficaces. Vous pouvez proposer :

- 2 comprimés par jour de Daflon® 500 mg ;
- ou de Diovenor® 600 mg ou de ses très nombreux génériques ;
- ou 2 gélules de Cyclo3® fort.

## Cas particulier

Les varices sont fréquentes pendant la grossesse (une femme enceinte sur deux souffre de varices pendant la grossesse). Elles apparaissent dès le troisième mois et régressent de façon spectaculaire après l'accouchement (sans toujours disparaître totalement).

*Conseillez :*

- le port de bas de contention pendant la grossesse, mesure la plus efficace ;
- un bilan phlébologique trois mois après l'accouchement.

- › Très souvent, cette personne sait qu'elle fait une poussée d'herpès et demande sa crème.
- › Mais quelques diagnostics rares sont à connaître.

## Un peu de clinique

Trois cas peuvent se présenter.

*C'est un bouton de fièvre :*

- un bouton de fièvre est facile à reconnaître : c'est un bouquet de vésicules claires, translucides « comme des gouttes de rosée » qui est apparu à l'occasion d'une poussée fébrile. Un peu plus tard, les vésicules vont se troubler, s'affaïsser, jaunir, se rompre ;
- le bouton de fièvre traduit la récurrence d'une infection à *Herpes virus* (de type I en général) à la suite d'une poussée fébrile, d'une exposition au soleil, d'un stress. Autrement dit, sous l'influence de l'un de ces facteurs, le virus herpès contracté dans l'enfance (le plus souvent sans qu'on s'en aperçoive), tapi depuis dans un ganglion nerveux de la face, est « redescendu » le long d'un neurone jusqu'à la peau pour donner un bouquet de vésicules pleines de virus : un **herpès labial**.

*C'est une petite boule :*

- violacée : il s'agit d'un angiome sans gravité ;
- ulcérée : il s'agit peut-être d'un cancer ;
- kystique : c'est sans doute un kyste mucoïde.

*C'est une érosion ovale* dont le plus grand diamètre est de 1 ou 2 cm, très superficielle, avec un fond rosé un peu brillant, à cheval sur lèvre et peau. Il s'agit d'un chancre syphilitique (exceptionnel). N'y mettez pas les mains car il est très, très contagieux !

## Votre conseil

### Bouton de fièvre (herpès)

Ne faites rien. Il faut traiter la cause de la fièvre.

Au plus, conseillez de mettre un peu d'aciclovir sur le bouton :

- Zovirax® crème dermique délistée en tube de 2 g ;
- Activir® crème ;
- cinq applications par jour pendant 5 à 10 jours.

### Petite boule tumorale

Suggérez une consultation chez un stomatologiste ou un dermatologue.

### Chancre syphilitique

Suggérez une consultation dans un dispensaire de vénérologie ou chez un généraliste qui guérira la vérole au moyen d'une simple et unique injection intramusculaire de 2 400 000 unités d'Extencilline®.

- › Ce n'est pas grave, mais bien bizarre.
- › Quelques pistes pour ne pas donner votre propre langue au chat.

### Un peu de clinique

Une langue toute noire, cela surprend toujours, inquiète parfois. Pourtant ce n'est pas grave. C'est la conséquence :

- d'un tabagisme impénitent ;
- d'une infection par un champignon *Candida albicans* (ou muguet) ;
- plus rarement d'une infection à *Geotrichum candidum*.

### Votre conseil

Suggeriez d'arrêter le tabac.

Si la langue reste noire, *conseillez* :

- de faire des bains de bouche :
  - au bicarbonate (Bicarbonate de sodium Gifrer®) : une cuillerée à soupe dans un demi-verre d'eau tiédie ;
  - ou à l'amphotéricine B : Fungizone® oral en suspension buvable, 4 fois par jour (sur ordonnance) ;
- de consulter un généraliste ou un dermatologue en cas d'échec.

# J'ai des aphtes dans la bouche

› Maudits aphtes dont la cause, dans les formes banales, les plus fréquentes, est bien mystérieuse.

## Un peu de clinique

Les aphtes sont de petites ulcérations rondes ou ovales, d'un diamètre de 1 à 2 mm, rarement plus, à bords réguliers, à fond jaune « beurre frais », douloureux (ça brûle), siégeant à la face interne des joues, sur la langue ou le plancher buccal.

Les aphtes apparaissent sans raison apparente ou après la prise de certains aliments réputés aphtogènes : oléagineux (cacahouètes, noisettes), fruits secs, chocolat, gruyère... Ils semblent favorisés par le « stress ».

Le plus souvent ils traduisent une maladie bénigne : l'aphtose commune.

Mais l'apparition d'aphtes dans la bouche peut aussi être le premier signe :

- d'une maladie de Behçet ;
- d'une maladie de Crohn ;
- d'une infection à VIH ;
- d'une carence en fer ou en folates.

Méfiez-vous des aphtes « géants » dont le diamètre est  $> 1$  cm, des aphtes qui saignent, des aphtes récidivants. Provoquez une consultation médicale.

## Votre conseil

S'agissant d'une *première poussée*, suggérez une consultation médicale pour faire le point.

En revanche, si le patient a déjà fait l'objet d'investigations restées négatives, s'il s'agit donc d'une aphtose récidivante, dite « commune » ou essentielle, la plus fréquente, *conseillez* :

- une association antibactérienne et cicatrisante de lysozyme et de pyridoxine : Lyso 6®, 6 comprimés par jour à faire fondre sous la langue ;
- des bains de bouche antibactériens 3 fois par jour :
  - à la chlorhexidine : Eludril® solution : 20 mL (mesurés dans le gobelet doseur) 3 fois par jour,
  - à l'hexétidine : Hextril® bains de bouche : 15 mL (mesurés dans le gobelet doseur) 3 fois par jour à utiliser pur, sans dilution ;
- l'application sur les aphtes avec un coton-tige d'une solution concentrée d'aspirine obtenue par dilution d'un comprimé d'Aspirine Bayer® ou d'Aspirine du Rhône® 500 dans une toute petite quantité d'eau.

L'aphtose est une maladie douloureuse. Aussi, en cas d'aphtose récidivante (plus de 4 poussées par an), il est souvent proposé un traitement au long cours à base d'Isoprinosine® (associant inosine, acédobène et dimépranol), en cures répétées de 5 jours, ou de colchicine (sur ordonnance) : 1 mg/jour pendant 6 mois.

Les aphtoses sévères du sida et de la maladie de Behçet sont parfois traitées par de la thalidomide (prescription hospitalière) qui, on s'en doute, est un produit assez difficile à manier.

Ne soyez donc pas étonné(e) si vous voyez ces produits figurer sur une ordonnance.

### **Attention !**

Pour beaucoup de malades, toute lésion vésiculaire ou érosive, toute ulcération endobuccale est un aphte.

Distinguez bien ces érosions et ces vésicules des aphtes, petites ulcérations de couleur beurre frais, entourées d'un halo rouge, douloureuses et récidivantes.

**Remarque :** En cas d'aphtes, une visite chez le dentiste est toujours utile. Elle permettra de dépister une lésion dentaire irritante source de récides.



- › Souvent iatrogène, la sécheresse buccale n'est pas facile à soulager.
- › Quelques remèdes en attendant une consultation.

### Un peu de clinique

Les malades épuisés par un cancer ou traités pour des douleurs rebelles, les malades prenant des médicaments cholinergiques à effet atropinique : des anti-dépresseurs tricycliques (imipramine ou Tofranil®), certains anti-parkinsoniens comme l'artane, des anti histaminiques H1 comme la polaramine, des neuroleptiques phénothiazidiques (Largactil®, Tercian®, Nozinan®) ont souvent la bouche sèche ; ils en souffrent.

Une sécheresse de la bouche associée à une sécheresse de l'œil qui devient incapable de pleurer (même en épluchant des oignons) constitue le syndrome de Gougerot-Sjögren. Cette maladie auto-immune de la femme de 50 ans traduit souvent une « connectivite » : polyarthrite rhumatoïde, lupus, sclérodermie, dermatomyosite. C'est une maladie sévère qui peut se compliquer de lymphomes.

### Votre conseil

*Conseillez :*

- de faire 6 à 8 fois par jour des pulvérisations buccales avec une salive artificielle : Artisial®, ou simplement avec un « brumisateuse » d'eau d'Évian® ;
- de prendre 3 fois par jour : un comprimé de Sulfarlem® S25 au moment des repas.

Si la sécheresse buccale persiste, si elle s'associe à une sécheresse de l'œil, suggérez une consultation médicale.

- Avec vos conseils et une consultation chez le dentiste, vous réglerez très souvent le problème.
- En cas d'échec, quelques suggestions pour orienter votre patient.

### Un peu de clinique

Dans 90 % des cas, la mauvaise haleine (ou halitose) s'explique par l'exhalaison de composés soufrés volatils (dont  $\text{SH}_2$ ) et d'amines résultant de la décomposition de matières organiques : débris alimentaires, sang, cellules buccales, bactéries, etc. C'est dire que dans la plupart des cas, l'halitose est due à une mauvaise hygiène bucco-dentaire. Les caries multiples, les parodontopathies, les gingivites, les prothèses mal ajustées, la sécheresse buccale sont les causes les plus fréquentes de l'halitose.

Sont parfois incriminées sans preuve formelle :

- les infections rhinopharyngées chroniques ;
- les maladies digestives, gastrites, œsophagites, etc.

Les cancers oro-pharyngés donnent une mauvaise haleine... au stade terminal de la maladie.

### Votre conseil

*Suggérez d'abord de voir un chirurgien dentiste pour rechercher une cause bucco-dentaire présente dans 90 % des cas.*

*En attendant le dentiste, conseillez :*

- de bien se brosser les dents et d'utiliser un appareil hydropulseur efficace (Waterpik®) ;
- de recourir au chlorure de zinc qui forme avec les composés soufrés des complexes non volatils et non odoriférants :
  - dentifrices au chlorure de zinc (Signal Global®) ;
  - ou zinc par voie générale utilisé dans le traitement de l'acné : Effizinc® ou Rubozinc® : 3 gélules par jour.
- de sucer de la réglisse : Blackoïds du D<sup>r</sup> Meur®, 5 à 10 par jour, un vieux médicament encore utilisé comme cache-odeur.

Si le dentiste ne trouve rien, si l'hygiène bucco-dentaire est bonne, suggérez une consultation chez un généraliste.

### Attention !

Ne confondez pas cette « mauvaise » haleine, avec :

- *l'odeur acétonique* de l'haleine des diabétiques insulino-dépendants, en manque d'insuline. C'est une odeur très caractéristique, habituellement décrite comme celle d'une pomme sûre, qui se rapproche plutôt de celle du dissolvant pour vernis à ongles. Elle est très facile à reconnaître (mais il faut savoir que certains « nez » ne la distinguent pas...). C'est un signe majeur de décompensation du diabète prémonitoire du coma diabétique acidocétosique. **Appelez d'urgence un urgentiste... ou l'hôpital ;**
- *l'haleine chargée des alcooliques* qui dénonce les abus de la veille, très facile à reconnaître dans le contexte ;
- *l'odeur douceâtre* de l'haleine (et des urines) des cirrhotiques au stade terminal de leur maladie ou *fœtor hepaticus*.

➤ Quelques petits moyens permettent de faire cesser le hoquet qui est rarement grave.

## Un peu de clinique

Bien que très banal, le hoquet, cette brusque secousse thoracique liée à une contracture involontaire du diaphragme reste un phénomène assez mal compris. Heureusement, la plupart des hoquets sont bénins et passagers.

Toutefois il est des hoquets gênants qui se répètent :

- hoquets postopératoires traduisant une irritation péritonéale ;
- hoquets traduisant une atteinte sous-diaphragmatique ou une compression du nerf phrénique au cou ou dans le thorax ;
- hoquets chroniques des lésions du tronc cérébral.

## Votre conseil

### En cas de hoquet aigu

Conseillez l'un des nombreux « petits moyens » que suggère la sagesse populaire. Ils reposent tous sur l'observation que les hoquets sont rares en inspiration forcée. Ils consistent généralement à provoquer une apnée tout en focalisant l'attention sur autre chose :

- répéter très vite, sans respirer, après avoir gonflé la poitrine une formule convenue (« J'ai le hoquet Barnabé »...) ;
- avaler sans respirer une ou deux cuillerées à soupe de sucre en poudre ou un grand verre d'eau ;
- rester en apnée, thorax bloqué à sa capacité maximale en se pinçant le nez.

### En cas d'échec

Vous pouvez essayer :

- l'attouchement avec un coton-tige de la ligne médiane du palais à la jonction palais dur-palais mou ;
- ou encore la méthode préconisée par le grand William Osler : la traction énergique de la langue.

### En cas de hoquet chronique rebelle

Suggérez une consultation médicale, éventuellement dans un centre spécialisé dans l'exploration du hoquet (à Paris, à l'hôpital de la Salpêtrière), car les hoquets chroniques irréductibles source d'insomnie et de dénutrition sont difficiles à traiter.

› Trop mangé, mal mangé... un peu d'aspirine.

## Un peu de clinique

« Hier, j'ai bien mangé, j'ai bien bu, et ce matin je suis fatigué, j'ai la bouche pâteuse, je suis « barbouillé ». J'ai un peu mal à la tête. »

« Il y a quelques heures, j'ai mangé un aliment qui ne me convient pas. Je suis « ballonné », mal à l'aise, nauséux. »

Cet inconfort digestif – différent d'une toxi-infection alimentaire qui donne de la diarrhée et frappe plusieurs personnes – passera vite.

## Votre conseil

Conseillez un médicament classique mais peut-être un peu oublié qui associe de l'aspirine, du bicarbonate, de l'acide citrique, sous forme effervescente :

- Alka-Seltzer®, qui ouvrira le pyllore et, libérant l'estomac, fera disparaître rapidement la sensation d'inconfort digestif ;
- 2 comprimés à renouveler une ou deux fois ; chez l'enfant de plus de douze ans 1 comprimé une ou deux fois par jour.

› Souvent le récit des repas habituels vous permet d'imaginer la cause de la dyspepsie et de donner des conseils simples.

### Un peu de clinique

« Je digère mal », un mode d'expression fréquent pour dire qu'on est mal à l'aise après les repas, ballonné, un peu nauséux ou vaguement algique, qu'on ressent une impression de plénitude gastrique, de « non digestion », de « non vidange gastrique ».

Il s'agit le plus souvent de troubles « fonctionnels » mêlant des insuffisances enzymatiques biliaires, gastriques, pancréatiques, des perturbations des hormones régulatrices de la motricité du tube digestif.

Ils sont dus à des repas trop lourds, trop copieux ou trop rapides, trop arrosés d'alcool.

Parfois ces digestions difficiles sont la conséquence de l'angoisse, de la dépression, des soucis, sur le tube digestif (« Je me fais de la bile »).

### Votre conseil

Ces troubles vont s'arranger tout seuls lorsque le patient retrouvera de meilleures habitudes alimentaires. En attendant, *conseillez* :

- « solution » Schoum® qui contient du sorbitol et des extraits de plantes : 4 cuillères à soupe 2 fois par jour ;
- Entecet® à base d'enzymes digestives : 1 comprimé 3 fois par jour.

En cas d'échec, proposez une consultation médicale.

- Si le vomissement est isolé, donnez un traitement symptomatique.
- Sinon, suggérez une consultation surtout si le malade a des vertiges, des maux de ventre ou des troubles du transit.

### Un peu de clinique

Un vomissement isolé traduit l'intolérance gastrique à un aliment (indigestion) ou à un médicament. Bien banal, il met fin le plus souvent à la sensation d'inconfort digestif un peu douloureux qui l'a précédé.

### Votre conseil

Les rares médicaments actifs contre les vomissements ne sont délivrés que sur ordonnance. À un patient qui reste nauséux après un vomissement :

- *recommandez* des boissons gazeuses légèrement dégazées en laissant un moment la bouteille ouverte : Limonade®, Coca-Cola®, Seven-Up®... ;
- *conseillez*, faute de mieux, un antihistaminique de type anti-H1 (produits utilisés dans le mal des transports) comme :
  - Nausicalm® sirop : 1 cuillère à soupe chez l'adulte, 1 cuillère à café chez l'enfant ;
  - Vogalib® : 1 lyophilisant à déposer sous la langue, 3 à 4 fois par jour (enfant de plus de 6 ans 1 ou 2 fois par jour).

Ces anti-histaminiques ont un effet atropinique (attention au glaucome chez les personnes prédisposées, aux rétentions d'urines chez les prostatiques) qui calme les nausées mais ils font beaucoup dormir (prévenez les conducteurs, les patients prenant des tranquillisants).

### Urgences

Méfiez-vous :

- d'un vomissement associé à une *céphalée* : il peut s'agir d'une banale migraine mais aussi d'une méningite ;
- d'un vomissement associé à un *vertige* : il peut s'agir d'une maladie de Ménière bénigne mais aussi d'une tumeur cérébrale ;
- d'un vomissement associé à des *douleurs abdominales* ou à un *arrêt des matières et des gaz* : il peut s'agir d'une appendicite, d'une occlusion, d'une hernie étranglée ;
- d'un vomissement associé à une *douleur* ou un *inconfort thoracique* : il peut s'agir d'un infarctus du myocarde.

**Dans tous ces cas, suggérez une consultation médicale urgente.**

- › Quelques conseils aux mamans dont les bébés ont de banals rejets à la fin du repas, et une démonstration pour manipuler biberons et tétines.
- › Deux maladies graves : la sténose du pylore et l'invagination intestinale aiguë.

## Un peu de clinique

Beaucoup de mamans s'inquiètent lorsque leur bébé rejette un peu de lait juste après son biberon, généralement lors d'une éructation. Ces rejets sont fréquents dans les premiers mois de la vie. Dus à une tétée trop rapide ou trop abondante, ils ne sont pas graves. Vous les reconnaîtrez aux signes suivants :

- ils sont peu abondants ;
- ils restent strictement postprandiaux, ne survenant que juste après le repas ;
- ils sont isolés, sans pleurs, sans douleur, sans fièvre, sans perte de poids.

## Votre conseil

Conseillez :

- de vérifier le diamètre du trou de la tétine ;
- de régler le débit d'entrée d'air dans le biberon ;
- de faire une ou deux poses pendant la tétée ;
- de bien faire faire son rot au bébé, en le penchant légèrement en avant et sur son côté gauche.

Le vrai vomissement du nourrisson qui survient à distance du repas et s'accompagne de pleurs est plus inquiétant :

- chez le tout-petit de moins de 3 mois, il évoque une *sténose du pylore* qu'il faudra opérer ;
- accompagné de crises douloureuses abdominales paroxystiques avec pâleur et refus du biberon, il est signe d'une *invagination intestinale aiguë* à opérer d'urgence ;
- associé à de la diarrhée, il traduit une *gastro-entérite aiguë* ou, survenant au moment du passage à l'allaitement artificiel, une *intolérance aux protéines du lait de vache* ;
- associé à de la fièvre, il fait penser à une *otite suppurée* ou à une *méningite*.

Dans tous ces cas, suggérez une consultation médicale.



- › La crise de foie, ça n'existe pas ! Mais alors, que me dit ce malade nauséux, patraque et qui parfois se plaint de la tête ?
- › Il a une indigestion, une migraine... ou une colopathie.

## Un peu de clinique

Heureusement, le foie, cet organe si important pour le maintien des ressources énergétiques et du capital enzymatique de l'organisme ne connaît pas les crises. La crise de foie n'est qu'une façon française de s'exprimer.

Mais si le foie doit être innocenté des troubles qu'on lui attribue en France, il n'en reste pas moins que ces troubles existent. Ils sont même un motif fréquent de consultation, surtout chez la femme.

Certains malades décrivent comme « crise de foie » une impression d'inconfort digestif, avec pesanteur dans l'épigastre ou l'hypochondre gauche ou droit, des nausées, une bouche pâteuse... Il s'agit d'une *indigestion* (voir « J'ai une indigestion », p. 76).

D'autres appellent crises de foie un ensemble de symptômes intestinaux : douleur de l'épigastre ou de l'hypochondre droit, ballonnements, flatulences, alternance de diarrhée et de constipation... Il s'agit d'une *colopathie* (voir « Je suis ballonné », p. 86).

D'autres encore, et ce sont peut-être les plus nombreux, pensent qu'ils ont une « crise de foie » parce qu'ils ont mal à la tête et vomissent alors qu'il s'agit à l'évidence d'une *migraine* puisque la douleur est unilatérale (au moins au début) et pulsatile (voir « J'ai souvent mal à la tête », p. 174).

Enfin, certains font une indigestion après un repas trop arrosé, et ont des maux de tête en plus des nausées, vomissements et divers troubles gastro-intestinaux. C'est la « gueule de bois » des lendemains de fête. Parmi ceux-ci, quelques-uns n'ont pas tellement bu, mais font des migraines au vin blanc (ou du moins, le croient-ils).

## Votre conseil

Conseillez suivant les cas le traitement de l'indigestion, de la colopathie ou de la migraine.

La « gueule de bois » (à distinguer de l'ivresse) est difficile à traiter. Dans les campagnes, on croit beaucoup à la tisane de serpolet... qu'on peut remplacer par une tisane plus courante :

- par une solution de quelques plantes (fumeterre, bugrave, etc.) mélangée à du sorbitol : solution Schoum®, 2 ou 3 cuillerées à soupe 2 ou 3 fois par jour ;
- ou encore du citrate: Citrate de Bétaine UPSA®, 3 comprimés effervescents par jour après les repas.

### ***Urgences***

Si la douleur qui siège du côté du foie (à droite dans l'hypochondre droit) semble violente, pensez à une appendicite, à une colique hépatique, et **suggérez une consultation d'urgence.**

- › Un pansement digestif peut soulager ce malade.
- › Mais il n'y a pas que l'estomac dans la région épigastrique.

## Un peu de clinique

Le patient veut dire par là qu'il souffre dans le creux épigastrique. L'estomac n'est pas toujours en cause pour autant. Dans le creux épigastrique se projettent les douleurs venues du côlon, des voies biliaires (80 % des douleurs des calculs biliaires sont épigastriques), du pancréas, du bas œsophage aussi bien que de l'estomac... sans compter que des douleurs rachidiennes irradiant en ceinture peuvent être ressenties comme épigastriques.

En principe :

- les douleurs rythmées par les repas évoquent un ulcère gastrique ou duodénal, les douleurs nocturnes ou du petit matin un reflux gastro-œsophagien ;
- les brûlures sont plutôt le fait des lésions muqueuses (ulcère, reflux mais aussi cancer...) ;
- les crampes sont plutôt dues au spasme d'un muscle lisse (lithiase biliaire, colopathie mais aussi cancer du côlon) ;
- les douleurs soulagées par l'aspirine et la position gœnu-pectorale sont plutôt pancréatiques, celles qui sont soulagées par l'émission de gaz sont coliques.

Beaucoup de douleurs d'estomac sont provoquées :

- par l'alcool ;
- par des médicaments : les antalgiques et les anti-inflammatoires notamment.

## Votre conseil

Suggérez une consultation chez un généraliste ou un gastro-entérologue, surtout si les douleurs durent depuis plus de 8 jours.

En attendant, *conseillez* :

- *un pansement digestif* en gelée, plus active que les comprimés : Phosphalugel®, 2 cuillerées à soupe 3 fois par jour ou Maalox®, 1 cuillerée à soupe ou mieux 1 sachet, 1 heure et demie après un repas ou au moment des douleurs ;
- *un antispasmodique* comme le phloroglucinol : Spasfon-Lyoc®, 2 comprimés à laisser fondre sous la langue 3 fois par jour (enfants : 1 comprimé 3 fois par jour).

### ***Pensez-y***

Des douleurs d'estomac peuvent être provoquées par des médicaments comme :

- les AINS ;
- certains antibiotiques (macrolides) ;
- certains anti-parkinsoniens.

# J'ai des brûlures d'estomac, des aigreurs

- Des brûlures habituelles chez un petit gastritique qui se connaît : donnez-lui les antiacides qu'il demande.
- Des brûlures inhabituelles ou nouvelles, orientez rapidement chez un médecin.

## Un peu de clinique

Les brûlures digestives sont plutôt le signe d'une altération de la muqueuse gastroduodénale ou œsophagienne : ulcère, reflux gastro-œsophagien..., mais elles peuvent tout aussi bien traduire une atteinte hépatobiliaire, ou colique. Elles sont donc bien peu spécifiques et si elles durent depuis plus de 10 jours, *a fortiori* si elles s'accompagnent d'un amaigrissement, de selles noires ou d'un subictère, elles imposent une consultation médicale chez un généraliste ou un gastro-entérologue.

Mais très souvent, elles sont plus banales et traduisent un *reflux gastro-œsophagien*, affection très fréquente à laquelle vous devez penser.

Le reflux gastro-œsophagien est dû à une déficience du sphincter inférieur situé à la jonction œso-gastrique dont le rôle consiste à bloquer la remontée des aliments de l'estomac vers l'œsophage.

Lorsque ce sphincter est déficient et ne joue plus bien son rôle de barrière, le contenu gastrique, aliments et acide, remonte vers l'œsophage. Ce reflux acide se traduit par des remontées de liquide acide désagréable jusque dans la bouche, du pyrosis c'est-à-dire des brûlures allant du creux de l'estomac à mi-poitrine, des signes d'irritation pharyngo-laryngée : voix enrouée, toux spasmodique, gorge douloureuse.

Faute d'être traité le reflux endommage la muqueuse œsophagienne qui s'ulcère.

## Votre conseil

Le traitement du reflux fait appel à des médicaments sur ordonnance.

Si vous pensez à un reflux gastro-œsophagien, conseillez une consultation chez un gastro-entérologue.

En attendant, *conseillez* à votre patient :

- d'éviter les repas copieux, l'alcool, le café ;
- de ne pas se coucher moins de 2 heures après un repas ;
- éventuellement de surélever la tête du lit.

*Suggérez-lui :*

- un pansement digestif contenant du bicarbonate de soude et de l'alginate : Gaviscon® : 1 sachet ou 2 cuillerées à café aux 3 repas et le soir au coucher ;
- et faute de mieux un antihistaminique de type H2 qui bloquera l'histamine qui stimule la sécrétion gastrique Pepcidduo® délistée en comprimés à 10 mg.

**Attention !**

Avant de prescrire, assurez-vous que les brûlures ne sont pas liées à la prise d'un corticoïde, d'un antalgique, d'un anti-inflammatoire non stéroïdien. Dans ce cas, suggérez au patient de revoir son médecin.

# J'ai de l'aérophagie. Je suis ballonné(e)

› Rassurez ces petits nerveux qui mangent mal et trop vite et que leur entourage (famille, collègues, clients...) « gonfle ».

## Un peu de clinique

On ne « mange » pas d'air (aérophagie) mais on en avale avec les mouvements de déglutition, certains davantage que d'autres. Les nerveux, les pressés, les stressés sont ainsi victimes de ballonnements qui suivent des repas pris à la hâte ou « avalés » sous la pression de l'angoisse.

L'air dégluti et les fermentations dues à l'action des bactéries intestinales sur les résidus alimentaires – indispensables à la digestion des aliments – sont à l'origine des flatulences qui incommode beaucoup certains malades et leur entourage. Elles empoisonnent la vie sociale et, lorsque les gaz ne peuvent être éliminés, provoquent des douleurs abdominales.

Le ballonnement et les flatulences sont, avec la douleur, les signes principaux des « colites » ou « colopathies » que l'on préfère appeler aujourd'hui « côlon irritable » ou « *troubles fonctionnels intestinaux* » (TIF). Cette maladie encore mystérieuse est la cause de douleurs abdominales capricieuses variables d'un jour à l'autre, de distensions abdominales soulagées par l'émission de gaz, de changements dans la fréquence et la consistance des selles. Elle s'associe à de l'insomnie, de l'anxiété, de la dépression et sans doute traduit-elle souvent le retentissement sur le côlon de l'angoisse et du stress.

## Votre conseil

*Conseillez :*

- d'éviter les boissons gazeuses ;
- de diminuer la part des féculents et des légumineuses dans l'alimentation ;
- de prendre les repas dans le calme, de manger lentement.

*Proposez :*

- un antifatulent (dont l'action anti-mousse réduirait la formation des bulles de gaz) :
  - de la diméticone : Polysilane UPSA®, gel oral en sachet ou en tube, 1 sachet ou 1 cuillerée à soupe à chacun des 3 repas sans dépasser 6 par jour,
  - de la siméticone : Maalox® ballonnements, 2 comprimés 4 à 6 fois par jour ;

- ou encore, un adsorbant des gaz :
  - de l'attapulgite : Actapulgite<sup>®</sup>, 1 sachet dans un peu d'eau sucrée ou mélangé à un yaourt, 3 fois par jour,
  - du charbon : Carbolevure<sup>®</sup>, 1 gélule 3 fois par jour ; Charbon de Belloc<sup>®</sup>, bien connu des familles, 2 capsules molles 3 fois par jour après les repas.



- Très fréquente, surtout chez la femme, la constipation n'est pas une maladie.
- Les laxatifs les plus efficaces et qui ont la faveur du public, sont les plus nocifs.

## Un peu de clinique

Classiquement, la constipation se définit par la diminution de la fréquence des exonérations au-dessous de trois par semaine.

Mais, pour beaucoup de malades, des selles certes quotidiennes mais dures, déshydratées ou encore une simple impression d'évacuation insuffisante, c'est de la constipation.

À l'inverse, de véritables constipations sont prises pour de la diarrhée lorsque l'évacuation de selles longtemps retenues dans le côlon, est suivie d'une débâcle de matières situées en amont et liquides parce que rediluées : « fausse diarrhée ». En réalité, la fréquence avec laquelle on va à la selle est très variable : de une fois par jour à une fois par semaine. C'est pourquoi la constipation n'est pas considérée comme une maladie et n'est prise en compte que lorsqu'elle s'accompagne de troubles : ballonnements, douleurs abdominales, hémorroïdes.

À l'origine d'une constipation récente sont incriminés : un régime pauvre en fibres, la sédentarité, un emploi du temps surchargé, certains médicaments comme les antalgiques de niveau II et III, les antidépresseurs, les antitussifs, certains antihypertenseurs, les atropiniques, les pansements gastro-intestinaux (à l'exception du Maalox® et du Pepsane®), le fer...

L'apparition d'une constipation chez un patient jusque-là bien « réglé » peut aussi être due :

- à des lésions anales ;
- à la compression du côlon par un fibrome ;
- à un cancer colique.

C'est surtout la crainte de ce dernier qui pousse les médecins à ne pas traiter une constipation nouvelle sans un minimum d'explorations préalables. Problème difficile car la constipation banale est bien plus fréquente que le cancer et on ne saurait proposer à tous les constipés des examens complexes et parfois douloureux, comme une coloscopie.

## Votre conseil

### Constipation récente et isolée

Conseillez si la constipation est récente et isolée :

- des *microlaxements* avec Microlax® : gel rectal de sorbitol unidose, 1 dose par jour pendant quelques jours ;

- des *laxatifs osmotiques* constitués de sucres non absorbés qui agissent par osmose c'est-à-dire en attirant de l'eau dans le tube digestif ce qui gonfle les selles :
  - à base de lactulose : Duphalac® ou l'un de ses génériques Lactulose® 10 g/15 ml, 1 à 3 sachets par jour,
  - à base de macrogol : Forlax®, 1 à 2 sachets le matin à jeun ;
- des *laxatifs de lest* comme les mucilages qui ont un effet ballast car ils s'imbibent d'eau et ne sont ni digérés ni absorbés : Normacol®, 1 à 3 cuillères à café 2 ou 3 fois par jour ou Spagulax®, 1 sachet-dose à chacun des principaux repas ;
- éventuellement des *lubrifiants à base d'huile de paraffine* comme Lansoÿl® gel en récipients unidoses, 1 à 3 par jour, ou Lubentyl®, 2 cuillerées à café par jour. L'huile de paraffine provoque parfois des « fuites » anales peu plaisantes. Elle réduit l'absorption intestinale des vitamines liposolubles A, D, E, K (attention chez les patients traités par les antivitamines K). Elle doit être prise au moins 2 heures après le coucher afin d'éviter son passage accidentel dans les bronches en cas de reflux gastro-œsophagien, de trouble de la déglutition, surtout chez les personnes âgées. Bref elle n'est pas très maniable.

Ne donnez pas de laxatifs irritants :

- huile de ricin (pouah !) ;
- phénolphthaléine (Mucinum®) ;
- bisacodyl (Contalax®, Dulcolax®) ;
- anthraquinones comme l'aloès, la bourdaine, la cascara, le séné, la dantrone contenus en proportion variable dans une foule de laxatifs, certains très célèbres (Tamarine®, pilules Carter®, grains de Vals®).

Tous ces produits irritent la muqueuse colique et, s'ils sont très efficaces à court terme, ils sont dangereux à long terme, et entraînent une hypokaliémie.

Ils sont interdits chez l'enfant de moins de 12 ans.

## Constipation ancienne, primitive et rebelle

Souvent viennent à l'officine des constipé(e)s chroniques exploré(e)s maintes fois, dont la constipation est ancienne, primitive, mais rebelle, qui attendent du pharmacien un nouveau médicament... miracle.

Ces ami(e)s des laxatifs (ce sont le plus souvent des femmes) deviennent des colopathes à force de prendre des laxatifs irritants. Ils (ou elles) souffrent de douleurs, de ballonnements, de débâcles diarrhéiques alternant avec de la constipation (voir « Je suis ballonné(e) », p. 86).

Prodiguez à ces patients des conseils d'hygiène :

- boire beaucoup d'eau pour réhydrater les selles ;
- enrichir l'alimentation en aliments riches en fibres. Ces éléments provenant des végétaux et non digestibles ont un effet osmotique : son des céréales, légumes verts, salades, fruits frais (pommes, banane, raisin) ou desséchés (pruneaux, figues), pain complet ;
- faire de la gymnastique abdominale, du jogging, du sport ; préférer la marche à l'automobile ;
- se présenter à la garde robe, toujours à la même heure sans attendre le besoin, après avoir pris une boisson glacée, une tasse de café, ou encore après le petit-déjeuner.

Conseillez-leur des *tisanes*, à doses raisonnables et pas trop infusées. Parmi les tisanes réputées laxatives figurent : la Tisane des familles®, Herbesan®. Elles contiennent de la bourdaine et du séné mais à faible dose.

**Attention !**

- Rappelez à vos patientes obèses qu'un traitement laxatif n'est pas un traitement amaigrissant.
- Redites bien les dangers des associations laxatifs-diurétiques qui font courir le risque d'hypokaliémies graves.

› **Devant une diarrhée aiguë, récente, dont la cause semble évidente, vous pouvez délivrer un médicament antidiarrhéique.**

## Un peu de clinique

Seules les diarrhées aiguës sont du domaine du pharmacien. Une diarrhée aiguë est une diarrhée récente durant moins de trois semaines.

La plupart des diarrhées aiguës de l'adulte sont infectieuses. Elles sont dues le plus souvent à des virus (*Rotavirus*, etc.), réalisant ce que nos contemporains appellent des « gastros » ou des « gripes intestinales ».

Plus rarement, elles sont dues à des colibacilles, des salmonelles, des staphylocoques, plus rarement des shigelles et s'observent dans le cadre de toxi-infections alimentaires familiales ou collectives contractées dans des cantines, des restaurants d'entreprise ou universitaires.

La « turista » est bien connue. Elle frappe le voyageur de retour d'un pays aux conditions sanitaires précaires qui a négligé de prendre la précaution de peler les fruits, de cuire les aliments et de désinfecter l'eau. (c'est une « maladie des mains sales »).

Certains médicaments donnent aussi des diarrhées : la colchicine, les pansements digestifs pris à forte dose, beaucoup d'antibiotiques oraux.

Toutes ces diarrhées sont brèves, 2 à 4 jours en moyenne, 8 tout au plus, et sont rarement inquiétantes, sauf chez les personnes âgées. En tout cas elles durent moins de 3 semaines.

Les diarrhées chroniques, celles qui durent depuis plus de 3 semaines, qu'elles soient continues ou intermittentes, sont de véritables casse-tête médicaux, tant sont nombreuses leurs causes, multiples leurs mécanismes, difficiles leur traitement. Elles ne doivent pas être traitées à l'officine.

## Votre conseil

Inutile de recommander la diète. Elle n'arrête pas la diarrhée. Mais recommandez de bien boire pour éviter une déshydratation : de l'eau bien sûr, du thé, du bouillon de légumes (qui contient de l'eau et des sels minéraux) en évitant les boissons glacées et les jus de fruits.

Conseillez :

- un ralentisseur du transit : le lopéramide ou Immodium®. Le lopéramide est présentée à dose exonérante (boîte de 12) sous le nom :
  - d'Altocel® ;
  - de Dyspagon® ;
  - d'Imossel® ;

- 2 gélules d'emblée chez l'adulte, 1 gélule chez l'enfant de plus de 8 ans, puis 1 gélule après chaque selle non moulée sans dépasser 8 gélules par jour chez l'adulte, 6 gélules par jour chez l'enfant, 2 jours de suite. Arrêter le traitement dès que les selles recommencent à être formées.
- Même si vous êtes persuadé(e) que la diarrhée est infectieuse, il est inutile de donner un antiseptique intestinal comme : Bifix® ou Erceryl®. Il sera inopérant en cas de diarrhée virale et peu actif en cas de diarrhée bactérienne.

### **Urgences**

- Beaucoup d'antibiotiques pris par la bouche donnent des diarrhées brèves et d'intensité modérée.
- Devant une diarrhée importante survenant en cours d'antibiothérapie ou quelques jours après, suspectez une colite ulcéro-nécrotique, due à la prolifération de *Clostridium difficile*. **Conseillez une consultation médicale urgente.**

- › Tout bébé qui a la diarrhée doit être montré au médecin assez rapidement.
- › Quelques conseils et quelques soins en attendant.

## Un peu de clinique

Chez le nourrisson, la diarrhée (c'est-à-dire l'augmentation brutale du nombre des selles et la modification de leur consistance) est généralement due à une *gastro-entérite aiguë*, c'est-à-dire à une infection digestive le plus souvent d'origine virale et épidémique, surtout en hiver, plus rarement bactérienne (liée à de mauvaises conditions d'hygiène).

Elle peut aussi être la conséquence d'une rhinopharyngite ou d'une otite, qu'il faut repérer et traiter.

*Le grand risque que la diarrhée fait courir au nourrisson, c'est la déshydratation : une déshydratation qui peut être rapide et grave. Il est malaisé de l'évaluer avec précision à l'officine. Aussi, en cas de diarrhée chez un nourrisson, suggérez d'ap-peler rapidement le généraliste ou le pédiatre.*

### Pensez-y

Apprenez aux parents les signes de la déshydratation :

- torpeur ou agitation ;
- sécheresse buccale appréciée à la face interne des joues ;
- disparition des larmes ;
- respiration rapide ;
- dépression de la fontanelle antérieure.

## Votre conseil

Le traitement d'une diarrhée du nourrisson repose sur l'utilisation de solutions de réhydratation orale et sur une réalimentation précoce avec le lait donné habituellement (l'allaitement maternel n'étant jamais arrêté). Vous pouvez très utilement détailler et expliquer aux parents les modalités de ce traitement.

- Le lait doit être supprimé quelque temps car l'activité lactasique diminue transitoirement en cas de gastro-entérite. Cette suppression sera brève afin d'éviter un déficit calorique. La réintroduction du lait dans l'alimentation se fait dès la 12<sup>e</sup> heure quel que soit l'aspect des selles du moment qu'elles sont moins nombreuses. Le lait habituel peut être repris. Les laits sans lactose, conseillés pendant quelques jours en cas de diarrhée sévère, sont souvent mal acceptés.

- La réhydratation est assurée par des solutés de réhydratation orale (SRO) présentés sous forme de sachets à diluer dans 200 mL d'eau : GES 45<sup>®</sup>, Adiaril Gallia<sup>®</sup>, Alhydrate Nestlé<sup>®</sup> (conserver au frigidaire la solution de réhydratation et, une fois reconstituée, l'utiliser dans les 24 heures).
- Il faut donner de petites quantités de la solution reconstituée : 5 mL toutes les 2 minutes au début, puis 10 à 30 mL, tous les quarts d'heure les 6 premières heures. Cette façon de faire limite les vomissements.
- La prescription de Coca-Cola<sup>®</sup>, parfois recommandée, n'est pas adaptée car pauvre en sodium et trop riche en osmoles ce qui peut aggraver la diarrhée. La bonne vieille soupe de carottes n'apporte pas assez de sodium. L'eau de riz n'apporte pas assez de glucose.
- Il est généralement inutile de donner un anti-sécrétoire. Le racécadotril (Tiorfan<sup>®</sup> nourrissons) est le plus actif et celui qui provoque le moins d'effets secondaires : 1 sachet 10 mg, 3 fois par jour jusqu'à normalisation des selles. Le lopéramide est formellement contre-indiquée chez l'enfant de moins de 2 ans. Les antiseptiques n'ont aucune place dans le traitement des diarrhées aiguës de l'enfant.

### **Urgences**

Un nourrisson en mauvais état général, déshydraté, avec une diarrhée récente suraiguë ou qui traîne depuis quelques jours, **doit être hospitalisé d'urgence !**

› Certes, c'est souvent d'origine hémorroïdaire ; mais il y d'autres causes, et le diagnostic n'est pas toujours facile.

## Un peu de clinique

L'émission en quantités plus ou moins importantes de sang rouge dans les selles, (rectorragies) inquiète. Pourtant les rectorragies ne traduisent le plus souvent que de bien banales hémorroïdes.

- Si le *saignement* survient **en fin** d'exonération, et ne se mêle pas aux selles, s'il éclabousse la cuvette, ou se limite à la présence d'un peu de sang rouge sur le papier lors de l'essuyage, il s'agit d'hémorroïdes. C'est, de loin, le cas le plus fréquent.
- Si le sang survient **au début** ou en cours de défécation et se mêle aux selles, ou si surviennent des hémorragies en dehors des toilettes, souillant les sous-vêtements, méfiez-vous d'une tumeur rectale (bénigne ou maligne), surtout chez un patient de plus de 40 ans ou ayant des antécédents familiaux de cancer colique.
- Si le sang se mêle à une **diarrhée glaireuse** accompagnée de crises douloureuses abdominales et/ou de fièvre, c'est peut-être une rectocolite ulcéro-hémorragique, maladie inflammatoire qui représente la troisième grande cause de rectorragies.

## Votre conseil

En cas de probable saignement hémorroïdaire, rassurez et conseillez une préparation anti-hémorroïdaire (voir p. 96).

*Dans tous les autres cas, conseillez une consultation médicale.*

### Attention !

Distinguez bien les rectorragies du *méléna* : selles noires comme du goudron, gluantes, malodorantes, traduisant une hémorragie digestive abondante, provoquée par une lésion qui peut se situer de l'estomac au colon. Le méléna est une urgence.



➤ Les hémorroïdes sont très banales. Vous pouvez apporter un soulagement dans les formes mineures ou en attendant une consultation.

### Un peu de clinique

Ces dilatations anormales des veines du rectum ou de l'anus, ces petites varices ano-rectales, sont très banales, quasi-physiologiques.

Elles sont dues à l'augmentation de la pression sanguine dans les veines de la région de l'anus. C'est pourquoi elles sont fréquentes au cours de la grossesse ou en cas de constipation chronique lorsque, pour s'exonérer, le patient fait des efforts. On invoque également, sans preuve véritable, l'obésité, la sédentarité, la pratique de la bicyclette ou du cheval, la consommation excessive d'épices, de café ou d'alcool.

Les hémorroïdes se traduisent par des saignements rouges après la selle, visibles sur le papier hygiénique, ou dans la cuvette autour des selles, par une sensation de rectum plein, par des défécations douloureuses, des suintements muqueux, de l'inconfort à rester assis.

On distingue classiquement :

- les hémorroïdes externes situées sous la peau qui entoure l'anus, généralement douloureuses (la peau de la marge anale est très sensible). Elles se caractérisent par une petite tuméfaction bleutée plus ou moins dure sous la peau ;
- les hémorroïdes internes situées dans le rectum, moins douloureuses, donnant l'impression que le rectum est plein.

La plupart des hémorroïdes guérissent en une semaine ou deux ; mais elles évoluent par poussées et ont tendance à réapparaître.

Les hémorroïdes peuvent se compliquer de thrombose hémorroïdaire que vous suspecterez sur l'intensité de la douleur : *thrombose hémorroïdaire externe* se traduisant par une vive douleur de la marge anale, *thrombose hémorroïdaire interne*, plus rare, où la douleur particulièrement intense est ressentie dans le canal anal. Les thromboses hémorroïdaires sont des urgences proctologiques. Adressez votre patient à un gastroentérologue.

### Votre conseil

Dans beaucoup de cas où la maladie hémorroïdaire est peu évoluée, non compliquée, un traitement symptomatique suffit pour atténuer la douleur jusqu'à la fin de la poussée hémorroïdaire.

*Conseillez :*

- une alimentation pauvre en alcool, en épices et en café ;
- de prendre des bains de siège froids aux propriétés décongestionnantes ;
- de s'essuyer avec un linge de coton humide ou avec des couches pour nourrisson ;
- de faire une toilette à l'eau tiède après chaque selle sans savon (irritant parfois) ou avec un savon surgras qui calmera le prurit, en séchant avec un séchoir à cheveux.

*Proposez :*

- des régulateurs du transit intestinal pour lutter contre la constipation (voir « Je suis constipé », p. 88) ;
- des antalgiques comme le paracétamol ou l'ibuprofène (voir « J'ai mal », p. 10) ;
- des topiques locaux :
  - à base de titane afin de diminuer le gonflement et la douleur, comme Titano-réine<sup>®</sup>, crème ou suppositoire à appliquer matin et soir et après les selles ;
  - ou associant un anesthésique local et un antiseptique, comme : Rectoquotane<sup>®</sup>, crème ou suppositoire.

L'efficacité des veinotoniques par voie orale est très faible mais les malades (français) les attendent. Dans la longue liste de ces produits aux résultats inconstants, choisissez les spécialités contenant de la diosmine comme le Daflon<sup>®</sup> 500 mg micronisé, 6 comprimés par jour les 4 premiers jours, puis 4 comprimés pendant 3 jours.

Le traitement des hémorroïdes récidivantes, gênantes ou compliquées est procotologique. Il consiste à supprimer les varices hémorroïdaires en les sclérosant, en les photocoagulant, en les ligaturant au moyen de ligatures élastiques. En cas d'échec, seule une hémorroidectomie chirurgicale est susceptible d'obtenir une guérison.

### **Attention !**

Toute douleur anale n'est pas hémorroïdaire. Il peut s'agir :

- d'une fissure anale, érosion superficielle du canal anal ;
- d'une fistule anale (c'est-à-dire d'un abcès) ;
- d'un chancre.

# J'ai un prurit anal (l'anus me démange)

- En cas d'oxyures, conseillez un traitement.
- En cas d'anite, une consultation.

## Un peu de clinique

Les deux principales causes de démangeaisons anales sont l'anite hémorroïdaire et l'oxyurose.

### Anite hémorroïdaire

L'anite hémorroïdaire est une inflammation locale secondaire à la présence de dilatations hémorroïdaires internes. Le plus souvent, ces hémorroïdes n'entraînent qu'une vague sensation de gêne anale. Parfois c'est une démangeaison plus ou moins féroce qui la remplace.

### Oxyurose

Les oxyures (*Enterobia vermicularis*) sont de petits vers ronds de quelques millimètres qui vivent dans le caecum. Les femelles viennent pondre leurs très nombreux œufs (plus de 10 000) près de l'anus et provoquent ainsi un prurit anal (souvent aussi vulvaire chez la fillette). Le prurit est surtout vespéral ou nocturne, ce qui permet de suspecter sa cause.

On peut constater la présence de petits vers blancs très mobiles sur les selles ou autour de l'anus. On peut aussi confirmer l'oxyurose par un Scotch®-test, qui se pratique le matin avant toute défécation et avant la toilette. Il consiste à recueillir, 3 jours de suite, sur du papier adhésif transparent, les œufs d'oxyures déposés près de l'anus puis à coller le papier adhésif sur une lame pour examen microscopique. L'oxyurose est une parasitose fréquente, banale, familiale. Sa transmission est interhumaine par l'intermédiaire des mains sales.

En dehors de ces deux causes, la moitié des prurits anaux restent inexpliqués (idiopathiques).

## Votre conseil

### En cas d'hémorroïdes

Conseillez les traitements de la fiche « J'ai des hémorroïdes », p. 96.

### En cas d'oxyurose

Conseillez un vermifuge, au choix :

- du flubendazole, Fluvermal® : 1 comprimé ou 1 cuillerée à café de la suspension buvable, quel que soit l'âge (adulte ou enfant) ou le poids, 1 seule fois, à

renouveler 21 jours plus tard (délai tenant compte du cycle du parasite) pour éviter une réinfestation par les œufs ayant échappé au traitement ;

- du pyrvinium, Povanyl® : 1 comprimé à croquer pour 10 kg de poids, à la fin d'un repas ou le soir juste avant le coucher, ou 1 cuillerée à café de sirop pour 10 kg de poids dilué dans un yaourt à la fin du repas du soir. Le Povanyl® colore les selles en rouge. Cela ne doit pas inquiéter.

*Proposez quelques mesures d'hygiène :*

- insistez pour que toute la famille soit traitée en même temps, et que tout le monde se brosse soigneusement les ongles plusieurs fois par jour ;
- le jour du traitement, suggérez :
  - de nettoyer la chambre,
  - de passer l'aspirateur,
  - de nettoyer les jouets,
  - de laver la literie.

### **En cas de prurit idiopathique**

De 30 à 50 % des prurits sont « idiopathiques » (cause psychogène ?). Beaucoup de ces prurits où l'examen est normal sont dus à une irritation cutanée entretenue par le prurit. Cette irritation peut être liée à la négligence et au manque d'hygiène locale. Il faut supprimer souillures fécales et macérations, nettoyer matin et soir et après chaque selle à l'eau ou avec un savon surgras et sécher au sèche-cheveux. Protéger la peau périanale avec de la pâte à l'eau : Aloplastine®.

› Les trois vers les plus communs en France sont faciles à reconnaître et à traiter.

### Premier cas : le ver est comme une grosse nouille plate

Il ressemble à une tagliatelle. Il est immobile ou presque. Il mesure quelques centimètres de long et un peu plus d'un centimètre de large. Le patient qui vient vous voir – un amateur de steaks « tartares » – l'a trouvé dans son slip, dans son pyjama ou dans son lit.

Il s'agit d'anneaux de *tænia*, de *Tænia du bœuf* ou *Tænia saginata* (le *tænia* du porc est rarissime dans notre pays).

Conseillez :

- de ne plus manger de viande de bœuf crue ;
- de faire, sur prescription médicale, une cure de niclosamide (Trédémine®, liste II) : 4 comprimés (2 le matin à jeun et 2 autres une heure après) chez l'adulte et l'enfant de plus de 7 ans, demi-dose chez l'enfant de moins de 7 ans. Trédémine® doit être pris à jeun avec très peu d'eau et doit être mâché longuement. Il ne faut ni manger ni boire ni fumer, avant 3 heures.

### Deuxième cas : le ver est gros et rond

Il ressemble à un gros ver de terre, rose ou blanc crème. Il est très mobile et très vigoureux. Le ver mesure une dizaine de centimètres si c'est un mâle, le double s'il s'agit d'une femelle. C'est un ascaris. Les ascaris font toujours un peu peur. Pour en trouver intacts dans les selles, il faut une infestation massive rare en France.

Conseillez une cure de flubendazole : Fluvermal®, 1 comprimé à 100 mg ou 1 cuillerée à café de la suspension buvable matin et soir, pendant 3 jours.

### Dernier cas : les vers sont petits et blancs

Ils mesurent de l'ordre du centimètre, sont ronds, mobiles. Ils sont retrouvés dans les sous-vêtements ou à la surface des selles, ou sur l'anus au moment de la ponte. Ils s'accompagnent de démangeaisons. Ce sont des oxyures (voir « J'ai un prurit anal », p. 98).

Conseillez :

- du flubendazole : Fluvermal®, 1 comprimé en prise unique pour l'adulte et l'enfant à renouveler 21 jours plus tard ;
- ou du pyrvinium : Povanyl®, 1 comprimé ou 1 cuillerée à café pour 10 kg de poids.

➤ En cas de brûlures urinaires, pensez à une infection urinaire, une cystite le plus souvent.

## Un peu de clinique

Les brûlures urinaires traduisent une infection urinaire (c'est-à-dire une infection de la colonne d'urine) :

- *infection basse, de la vessie* : cystite, très banale ;
- *infection haute, du bassin et du rein* : pyélonéphrite, plus rare.

## Chez la femme

Les cystites sont fréquentes chez la femme : les bactéries intestinales colonisent la partie antérieure du vagin (le vestibule) et, de là, pénètrent facilement dans la vessie en passant par un urètre court et large. Elles sont particulièrement fréquentes chez la jeune femme, favorisées par l'activité sexuelle (cystites de la lune de miel) et à la ménopause.

Elles se traduisent par une constante envie d'uriner avec des mictions nombreuses et peu importantes (pollakiurie) et des brûlures lors de la miction (dysurie). L'infection peut être confirmée facilement en trempant dans l'urine une bandelette urinaire : la présence de leucocytes et de nitrites signale l'infection.

Une cystite guérit facilement après un bref traitement antibiotique (traitement « minute »). Mais les récurrences ne sont pas rares. Elles peuvent finir par devenir très gênantes.

## Chez l'homme

Chez l'homme, l'infection urinaire basse est liée à une infection de la prostate, à une prostatite. La « cystite » masculine n'existe pas. La prostatite augmente de fréquence avec l'âge, souvent liée à une hypertrophie bénigne de la prostate.

## Votre conseil

Suggérez une consultation médicale devant toute « première cystite ».

En revanche, si une femme désespérée, sujette aux cystites, vous demande un soulagement rapide, suggérez-lui un traitement « minute » à base de Monuril®, association de fosfomycine et trométamol (liste I), ou de Péflicine® monodose (liste I). Le traitement antibiotique monodose est à prendre 2 heures avant ou après un repas, après avoir uriné.

Rappelez-lui si possible quelques règles qui lui permettront de diminuer la fréquence des récurrences :

- boire en suffisance chaque jour ;
- uriner chaque fois que le besoin s'en fait sentir sans se retenir ;
- s'essuyer d'avant en arrière en direction de l'anus pour ne pas contaminer les voies urinaires par des bactéries fécales ;
- vider sa vessie juste après un torride rapport sexuel.

Inutile de proposer un antiseptique urinaire, type Mictasol®. Il serait inefficace.

### **Urgences**

Une cystite n'est jamais fébrile. Lorsque dysurie et pollakiurie s'accompagnent de fièvre, il s'agit d'une infection urinaire haute, d'une pyélonéphrite (de l'adulte comme de l'enfant) ou d'une prostatite.

**Suggez une consultation médicale urgente.** Une pyélonéphrite, une prostatite ne peuvent être traitées à l'officine.

## J'ai un écoulement de la verge

› C'est une urétrite.

### Un peu de clinique

L'écoulement est aigu, récent, épais, jaune verdâtre, brûlant. Il s'agit d'une pisse chaude – comme disait Rabelais – due à une *urétrite gonococcique*.

L'écoulement est chronique, matinal, fluide, translucide, inquiétant par sa persistance mais indolore. Il s'agit d'une urétrite non gonococcique due à une *Chlamydia* ou éventuellement un *mycoplasme*, un *trichomonas*.

### Votre conseil

Suggérez une consultation urologique, vous n'avez rien d'autre à faire. Pour traiter correctement ce malade, il faut faire un examen direct, au microscope, de l'écoulement, une recherche de chlamydiae dans un prélèvement urétral ou les urines, éventuellement une culture avec antibiogramme du prélèvement urétral..

S'il s'agit d'une urétrite gonococcique, il faut, sans attendre les résultats du prélèvement, traiter par une antibiothérapie dirigée contre *Neisseria gonorrhæae* (une injection IM unique de Rocéphine®) mais aussi *Chlamydia trachomatis* si souvent associée (une dose unique de 1 g de Zythromax® per os).



- › Sans doute serez-vous rarement interrogé(e) sur ce sujet tabou. Si vous l'êtes, accueillez la confiance comme une grande marque de confiance.
- › L'incontinence urinaire n'a pas la même signification chez la femme et chez l'homme.

## Incontinence urinaire chez la femme

La perte involontaire des urines (incontinence urinaire) est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Elle est de deux types : d'effort et par impériosité.

### Incontinence d'effort

Si l'incontinence se produit à l'effort ou lors de la toux, il s'agit d'une « descente de vessie », d'une cystocèle. Elle se produit chez une femme d'un certain âge qui souvent a eu de multiples grossesses. La vessie n'est plus retenue par les ligaments, muscles et aponévrose du petit bassin chargés de la maintenir. Elle « glisse » sur la paroi antérieure du vagin. Il n'y a rien à attendre d'un traitement médicamenteux car l'incontinence est mécanique, secondaire à l'affaissement du coin périnéal. L'incontinence d'effort se traite par rééducation périnéale et chirurgie urologique. La chirurgie retend les ligaments défailants et crée une zone d'appui pour la vessie.

La kinésithérapie, qui doit être patiente et prolongée, permet de restaurer l'efficacité des muscles releveurs qui ont un rôle important dans la continence.

### Incontinence par impériosité

Si l'incontinence survient n'importe quand, en l'absence de tout effort, se traduisant par des envies pressantes et incontrôlables d'uriner chez une femme de plus de 65 ans, il s'agit d'une impériosité mictionnelle due à une « vessie instable ». Cette impériosité est due à une hyperactivité du muscle vésical, le détrusor, qui se contracte à tort et à travers.

L'hyperactivité anarchique du détrusor est parfois provoquée par une irritation locorégionale : calcul ou tumeur de la vessie, fibrome... Plus souvent, elle est due à des lésions nerveuses encéphaliques ou médullaires liées à l'âge : séquelles d'accident vasculaire cérébral, état lacunaire, sénescence médullaire.

*Les incontinenes urinaires par impériosité se traitent par des médicaments anticholinergiques qui stabilisent les contractions vésicales mais sont souvent assez mal tolérés :*

- oxybutine (Ditropan®) liste II ;
- imipramine (Tofranil®) liste I.

## Incontinence urinaire chez l'homme

Chez l'homme, la perte des urines témoigne d'une rétention chronique d'urines avec miction par regorgement. Elle est due à un obstacle – un adénome prostatique le plus souvent – qui empêche la vessie de se vider complètement. Elle se distend et devient incapable de retenir les urines. Il faudra traiter chirurgicalement l'obstacle pour améliorer le patient et protéger ses fonctions rénales.

### À retenir

En cas d'incontinence, l'urologue sera souvent amené à faire une exploration urodynamique pour confirmer l'hyperactivité de la paroi vésicale (impériosité mictionnelle) et juger de la qualité du sphincter en mesurant la « pression de clôture ». C'est un élément important du choix de la technique en cas de traitement chirurgical.

# Je me lève la nuit pour uriner

- Cette gêne nocturne est fréquente chez l'homme et correspond presque toujours à une affection prostatique.
- Chez la femme, c'est un signe de cystite.

## Un peu de clinique

« La vessie dort la nuit. » Il est anormal d'avoir plus d'une miction nocturne (réciproquement, même chez un sujet jeune, il n'est pas anormal de se lever une fois la nuit, surtout si l'on est quelque peu insomniaque).

L'augmentation du nombre des mictions, la *pollakiurie*, doit être distinguée de la polyurie, c'est-à-dire de l'augmentation du volume des urines et de l'incontinence, c'est-à-dire de la perte involontaire des urines. Lorsqu'on se lève la nuit, c'est d'ordinaire parce qu'on est pollakiurique.

## Votre conseil

### Pollakiurie chez la femme

Chez la femme, la pollakiurie aiguë est avec la brûlure urinaire, le signe majeur de l'infection urinaire basse, de la *cystite* (voir « J'ai des brûlures urinaires », p. 103).

Chronique, une pollakiurie peut traduire :

- une compression vésicale par un fibrome, un kyste ovarien, ou simplement un fécalome ;
- une lésion de l'innervation vésicale médullaire (vessie « neurologique ») ou périphérique (neuropathie diabétique).

Suggérez une consultation médicale aux femme qui se plaignent de pollakiurie depuis longtemps.

### Pollakiurie chez l'homme

L'infection urinaire basse primitive, la cystite aiguë primitive, n'existe pas chez l'homme. Une pollakiurie avec brûlures urinaires traduit l'infection de la prostate : une *prostatite*. À la différence de la cystite, la prostatite est fébrile et nécessite une antibiothérapie adaptée et prolongée. Suggérez une consultation médicale.

Quant à la vessie neurologique, elle est aussi rare que chez la femme.

À partir de 50–60 ans, la pollakiurie nocturne, sans fièvre, est le signe d'une tumeur prostatique, bénigne le plus souvent (adénome), maligne parfois (cancer).

Suggeriez donc une consultation chez le médecin traitant (ou chez un urologue). Il confirmera l'existence d'un adénome, en appréciera le volume, et en évaluera le retentissement sur la vessie et la fonction rénale. Parfois il découvrira un cancer.

**Rassurez les inquiets.** Dans l'imaginaire des malades, la prostate reste un organe mystérieux. La « perdre » est souvent vécu comme une castration. Dites :

- que l'adénome prostatique est chose banale, quasi physiologique ;
- que l'intervention – si elle s'avère nécessaire – n'enlèvera pas la prostate mais seulement l'adénome qui gêne l'écoulement des urines ;
- que l'ablation d'un adénome ne diminue pas la puissance sexuelle.

Laissez à l'urologue le soin d'expliquer qu'il pratiquera une ligature des déférents pour des raisons de sécurité et que ce geste aura pour conséquence une aspermie définitive donc une stérilité.

De même, laissez le soin à l'urologue d'expliquer au patient les conséquences souvent lourdes de la chirurgie (impuissance) ou de la radiothérapie (incontinence) du cancer de la prostate.

En attendant la consultation, vous pouvez conseiller Permixon®, 2 gélules par jour au moment des repas. Cet extrait de *Serenoa repens* ou palmier de Floride, atténuera un peu les symptômes de sa maladie et diminuera son angoisse.

- › Le cou porte la tête pleine de soucis ; il fait souvent mal, conseillez des remèdes.
- › Attention toutefois à des maladies rhumatologiques graves.

## Un peu de clinique

### Cervicalgies banales

Beaucoup de cervicalgies sont banales. Elles succèdent aux mauvais traitements qu'inflige la vie quotidienne au rachis cervical :

- sommeil dans une mauvaise position ;
- oreiller inconfortable et habituel ;
- étirement du rachis en position tête en arrière au cours d'une séance de peinture du plafond, d'un changement d'ampoules électriques, de rangements des étages élevés d'un placard ;
- travail sur un poste de travail inadapté (informatique...) ;
- douleurs de tensions musculaires liées aux soucis quotidiens.

Après 40 ans, les douleurs cervicales sont souvent le signe d'une arthrose cervicale, c'est-à-dire d'un rhumatisme dégénératif du rachis cervical frappant les disques intervertébraux et les articulations intervertébrales.

Les douleurs ont, en principe, un horaire mécanique, augmentant en cours de journée et se calmant par le repos. Mais souvent elles ont aussi un horaire inflammatoire avec une recrudescence nocturne. Elles peuvent irradier dans les membres supérieurs réalisant une névralgie cervico-brachiale ou provoquant des engourdissements dans les bras ou la main. Elles s'accompagnent d'une raideur du cou qui limite de plus en plus les mouvements du cou, au fur et à mesure de la progression de la maladie.

La cervicarthrose est très fréquente. Ce n'est pas une raison pour l'accuser de tous les maux, en particulier de troubles sympatho-vasculaires qui la plupart du temps n'ont rien à voir avec elle mais dont elle est régulièrement accusée : maux de tête, vertiges, bourdonnements d'oreille, etc.

### Cervicalgies inflammatoires

Des maladies inflammatoires du rachis cervical tumorales, infectieuses (spondylodiscites à staphylocoque ou tuberculeuse), ou inflammatoires (polyarthrite rhumatoïde) et quelques affections neurologiques donnent aussi des douleurs du cou. Dans ce cas, les douleurs sont présentes à la fin de la nuit et ne sont pas calmées par le repos. Ces caractères les rendent suspectes.

## Votre conseil

Dans les cervicalgies courantes, *proposez* :

- un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) « délisté » :
  - Ibuprofène® 200 mg (nombreux génériques),
  - Advil® 200 mg,
  - 1 ou 2 comprimés ou gélules à chacun des 3 repas, sans dépasser 6 par jour ;
- et un décontractant myorelaxant à base de méphénésine : Décontractyl®, 2 comprimés 3 fois par jour.

Souvenez-vous toutefois que l'ibuprofène est déconseillé :

- chez les ulcéreux et doit être arrêté à la première brûlure ou douleur épigastrique car il est agressif pour la muqueuse gastrique ;
- chez les insuffisants rénaux, chez les patients déshydratés ou à rein unique car il peut exceptionnellement être responsable d'insuffisance rénale fonctionnelle ;
- chez les femmes enceintes au cours du 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse (risque de fermeture prématurée du canal artériel et de mort fœtale même à petite dose et même près du terme) et au cours de l'allaitement ;
- et ne doit pas être associé aux anticoagulants, aux anti-agrégants plaquettaires (Aspirine®, Ticlid®, Plavix®), car il agit sur les plaquettes sanguines, à d'autres AINS, aux corticoïdes, au méthothrexate à une dose supérieure à 15 mg par semaine, au lithium (Theralite®) dont il augmente la concentration dans le sang.

Prévenez les conducteurs que le Decontractil® a un effet sédatif et qu'il risque de les endormir au volant.

Dans les cervicalgies de fin de nuit non calmées par le repos, donc *suspectes*, proposez une consultation médicale. Le médecin traitant demandera des examens radiologiques et biologiques nécessaires, et sans doute un avis rhumatologique.

› Le torticolis est fréquent et banal ; vous pouvez le soulager.

## Un peu de clinique

Les torticolis (*torti colli* ou « cous tordus ») sont des contractures du sterno-cléido-occipito-mastoïdien, ce gros muscle qui saille à la face latérale du cou du côté opposé où l'on tourne la tête.

Apparu soudainement souvent au lever, à la suite d'une mauvaise position nocturne, d'un faux mouvement, d'un banal courant d'air, le torticolis bloque la tête un peu penchée sur le côté à la fois par les douleurs que chaque mouvement déclenche et par la contracture des muscles du cou.

## Votre conseil

Pour soulager un torticolis, *conseillez* :

- la chaleur locale : foulard, sèche-cheveux, douche chaude ;
- un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) « délisté » car contenant moins de 200 mg par unité de prise et de 6 grammes par boîte d'ibuprofène :
  - Ibuprofène® 200 mg (nombreux génériques),
  - Advil® 200 mg,
  - 1 ou 2 comprimés ou gélules à chacun des 3 repas, sans dépasser 6 par jour ;
- et un décontracturant myorelaxant à base de méphénésine : Décontractyl®, 2 comprimés 3 fois par jour.

Un collier cervical en mousse n'est pas interdit si le malade le demande, mais n'en attendez guère de soulagement.

Il en est de même du bon vieux Synthol® gel, un topique associant un salicylé et des substances révulsives.

*Si le torticolis se prolonge au-delà de quelques jours, suggérez une consultation médicale.*

**Remarque :** chez l'enfant, un torticolis banal peut être signe d'otite ou d'angine. Pensez-y en cas de fièvre ou de rhino-pharyngite.

# J'ai mal aux reins. J'ai un lumbago

- › Le mal de reins est en fait une douleur du rachis lombaire.
- › Vous pouvez soulager de nombreuses lombalgies banales.

## Un peu de clinique

Les reins ne font pas mal. Plus exactement, lorsqu'ils expriment leur souffrance, c'est par une douleur lombo-abdominale irradiant vers la cuisse et les organes génitaux, unilatérale, très vive, avec souvent une constipation ou un ballonnement abdominal, bref, par une colique néphrétique. Rien à voir avec la douleur lombaire, horizontale, en barre, postérieure, de ceux qui ont « mal aux reins », qui souffrent de douleurs lombaires, de lombalgies.

Les lombalgies sont très fréquentes (on dit que tout un chacun fait au moins une lombalgie dans sa vie). Elles sont favorisées par le surpoids, les troubles de la statique rachidienne, les faiblesses de la sangle abdominale et certains facteurs psychosociologiques (« J'en ai plein le dos »).

Elles sont dues à une détérioration de l'important appareil musculo-ligamentaire qui entoure le rachis et le maintient en place ou à des lésions discales (hernies discales assez souvent) d'un ou plusieurs disques intervertébraux, notamment entre les 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> vertèbres lombaires, entre la 5<sup>e</sup> lombaire et le sacrum. Procurent également des lombalgies les arthroses des apophyses articulaires postérieures des articulations D12-L1 ou L5-S1.

La majorité des lombalgies ont un horaire « mécanique » : elles surviennent le jour à la fatigue, après un faux mouvement, une sollicitation excessive du rachis au cours d'un long trajet en automobile, de travaux de terrassement, de soulèvement, sur les chantiers, ou chez soi. Certaines ont également un horaire inflammatoire réveillant le patient la nuit.

Le lumbago aigu est facile à reconnaître. C'est, à l'occasion d'un effort de soulèvement ou d'un faux mouvement (« tour de rein ») une douleur lombaire ou parfois dorsale (dorsago) vive qui bloque tout mouvement du rachis de sorte que le malade vous consulte tout raide penché en avant.

## Votre conseil

Devant un lumbago aigu, *conseillez* :

- la chaleur locale : ceinture de laine, sèche-cheveux, douche chaude ;
- un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) « délisté » :
  - Ibuprofène® 200 mg (nombreux génériques),



- Advil® 200 mg,
- 1 ou 2 comprimés ou gélules à chacun des 3 repas, sans dépasser 6 par jour ;
- et un décontracturant myorelaxant à base de méphénésine : Décontractyl®, 2 comprimés trois fois par jour ;
- éventuellement un topique anti-inflammatoire et antalgique :
  - à base de méphénésine : Décontractyl® baume,
  - ou le bon vieux Synthol® gel, associant du salicylate et des terpènes révulsifs.

Proposez au patient de laisser quelque temps sa voiture au garage. Mais ne l'incitez pas à rester au lit plus de 48 heures ; le repos n'est pas un traitement du lumbago aigu. Il doit être le plus court possible, tout en étant adapté bien sûr à l'intensité des douleurs et au métier du patient.

### **Attention !**

- Méfiez-vous des lumbagos avec une douleur irradiant dans l'une des cuisses au-delà des fesses. Il s'agit d'une sciatique (irradiation à la face postérieure de la cuisse) ou d'une cruralgie (irradiation à la face antérieure) traduisant toutes deux la souffrance d'une racine nerveuse comprimée par une hernie discale.
- Méfiez-vous des lumbagos aigus de la femme âgée : ils peuvent être dus à un tassement du corps vertébral par ostéoporose.
- Méfiez-vous des malades qui font des lumbagos à répétition, ou dont le lumbago ne guérit pas en quelques jours ou semaines : ils peuvent avoir une lésion tumorale, inflammatoire ou infectieuse.

## J'ai des fourmis dans les mains

➤ Des fourmillements dans une main, parfois les deux, surtout s'ils sont nocturnes, évoquent un syndrome du canal carpien.

### Un peu de clinique

Si l'on a des « fourmis dans les mains », c'est parce que le nerf qui innerve la plupart des doigts, le nerf médian, est comprimé dans le tunnel ostéo-aponévrotique qui l'abrite au niveau du poignet et qui est appelé « canal carpien ».

Ce « syndrome du canal carpien » est facile à reconnaître. La nuit, le malade est réveillé par des sensations désagréables de fourmillements, de picotement, de brûlure légère, dans une main (parfois les deux). Pour les faire disparaître, il agite sa main, la secoue, mobilise ses doigts, les passe sous l'eau. Au bout d'un moment les sensations s'apaisent, il s'endort.

### Votre conseil

Demandez au patient de bien préciser le siège des fourmillements : c'est à l'évidence le territoire du médian, les trois premiers doigts et la moitié du quatrième.

Le rétrécissement du canal carpien que vous venez ainsi d'identifier sur les fourmillements, leur horaire nocturne, leur territoire, est dû à une inflammation des gaines synoviales entourant le nerf médian dans le canal carpien. Cette inflammation est d'origine mécanique, liée aux microtraumatismes du poignet de la vie courante.

Aucun médicament n'est efficace. Il faut infiltrer le canal carpien avec des corticoides pour diminuer l'inflammation : le résultat est spectaculaire.

Si le syndrome se reproduit et nécessite plusieurs infiltrations dans l'année, une intervention chirurgicale peut être envisagée.

*Conseillez une consultation chez un généraliste ou un rhumatologue.*

## J'ai une élongation, un claquage

- › Une douleur musculaire aiguë apparue à l'effort.
- › Quelques antalgiques, du froid, en attendant une consultation médicale.

### Un peu de clinique

Brutalement, au cours d'une partie de tennis ou de football, d'une course à pied, d'une marche rapide, le mollet est devenu excessivement douloureux (comme s'il avait été poignardé), et depuis, il est tendu et sa mobilisation est impossible car elle réveille la douleur. Il s'agit :

- d'une simple contracture ;
- d'une déchirure musculaire ;
- voire d'un claquage au cours duquel des fibres musculaires sont arrachées de leur aponévrose d'attache.

### Votre conseil

*Conseillez :*

- de mettre le mollet au repos dans un bandage élastique en position surélevée ;
- de glacer le muscle douloureux à l'aide :
  - d'une vessie remplie de glaçons pendant 20 minutes,
  - ou d'un spray réfrigérant comme Coldypack®, Cryofluorane Promedica® ou Tansocold® 3 à 6 fois par jour ;
- de prendre des antalgiques de niveau I ou II, à l'exclusion de l'aspirine (voir p. 10) ;
- et, si la peau n'est pas lésée d'appliquer sur la région douloureuse un gel d'ibuprofène à 5 % : Advil® gel, Ibuprofène Gibaud® 5 % ou Nurofen® gel.

*Si la douleur est très violente ou invalidante ou si elle persiste au-delà de 4 ou 5 jours, suggérez une consultation chez un généraliste.*

# J'ai une entorse (de la cheville)

- Soyez prudents ! Les entorses ne sont pas toujours aussi bénignes qu'elles le paraissent.
- Conseillez du froid et une consultation.

## Un peu de clinique

L'entorse de la tibio-tarsienne est facile à reconnaître. Après un faux pas, un mouvement forcé qui a placé le pied en varus (c'est-à-dire qui a « tourné » la plante vers le haut), la cheville est douloureuse et gonflée. C'est probablement une entorse, avec ou sans rupture ligamentaire, qui peut-être associée à une fracture.

## Votre conseil

Même si beaucoup d'entorses sont « bénignes », suggérez un avis médical. Il faut en effet éliminer une fracture de la malléole externe péronière, et immobiliser quelque temps l'articulation au moyen d'une orthèse semi-rigide. En attendant, limitez l'œdème et diminuez la réaction inflammatoire :

- en refroidissant l'articulation, 3 ou 4 fois par jour à l'aide :
  - d'une vessie remplie de glaçons pendant 20 minutes,
  - ou d'un spray réfrigérant comme Coldypack®, Cryofluorane Promedica® ou Tansocold® 3 à 6 fois par jour ;
- en surélevant la jambe le plus souvent possible le jour et la nuit ;
- en donnant des antalgiques de niveau I ou II (voir p. 10).

Encouragez votre patient à reprendre la marche le plus rapidement possible, au besoin avec des cannes anglaises si la douleur est trop forte, le ligament étant protégé par l'orthèse. La reprise précoce de la marche est considérée aujourd'hui comme indispensable pour obtenir une cicatrisation ligamentaire de qualité.

› Pensez toujours à la possibilité d'une artérite.

## Un peu de clinique

Une seule question à poser : « Cette douleur survient-elle à la marche ? »

### La douleur survient à la marche

Si la douleur survient à la marche, il y a 9 chances sur 10 qu'il s'agisse d'une artérite, c'est-à-dire d'une obstruction des artères des membres inférieurs par de l'athérome.

La douleur de l'artérite est très caractéristique : c'est une crampe du mollet qui survient à la marche après une certaine distance qui définit le « périmètre de marche » et oblige le malade à s'arrêter. Elle reprend à la reprise de la marche. Le diagnostic est porté par un examen Doppler.

Beaucoup plus rarement, la douleur qui survient à la marche est due à l'irritation des racines nerveuses à l'étroit dans le canal rachidien. Quand le canal rachidien est étroit, la douleur à la marche n'est pas une crampe ; il s'agit plutôt de fourmillements, de sensations de brûlures, de morsures ou de fatigue musculaire. Le diagnostic de canal étroit se fait à l'IRM.

### La douleur ne survient pas à la marche

Si la douleur ne survient pas à la marche mais au repos et surtout la nuit, si elle a le caractère pénible d'une morsure d'une brûlure fulgurante, si elle s'accompagne de sensations « bizarres », il s'agit d'une douleur neurologique et en premier lieu d'une polynévrite. L'alcool est la première cause de polynévrite, la seconde étant le diabète. Certaines polynévrites sont dues à des médicaments comme les alcaloïdes de la pervenche (Vincristine®), le cisplatine (Cisplatyl®), l'almitrine (Vectarion®).

## Votre conseil

Si vous suspectez une artérite, adressez rapidement le malade (il s'agit presque toujours d'un homme) à un médecin pour :

- palper et ausculter les artères ;
- faire un examen Doppler ;
- rechercher les facteurs favorisant l'athérosclérose (hypertension artérielle, hypercholestérolémie, diabète et surtout tabac...) ;
- traiter, par désobstruction instrumentale le plus souvent.

Si vous pensez plutôt à une compression dans le canal rachidien ou à une poly-névrite, *Conseillez* :

- une consultation neurologique ;
- en attendant cette consultation, proposez de la vitamine B1 : Bénerva 250 mg<sup>®</sup>, 2 comprimés par jour.

› Voilà une plainte fréquente devant laquelle nous sommes bien démunis !

## Un peu de clinique

Les crampes nocturnes, ces crampes douloureuses qui surviennent inopinément pendant le sommeil, sont très redoutées. Elles peuvent retentir sur la qualité du sommeil surtout chez les personnes âgées.

Elles surviennent brutalement, en pleine nuit, réveillant le malade, sont très désagréables pendant quelques minutes puis disparaissent laissant place à une sensation de courbature du mollet gênant la marche.

La cause des crampes nocturnes est mal connue. La déshydratation, l'hypokaliémie, l'hypocalcémie, les médicaments, ont été incriminés en vain. C'est dire qu'elles sont difficiles à traiter.

## Votre conseil

Les crampes nocturnes sont généralement anodines survenant chez des personnes en parfaite santé. *Conseillez :*

- de réduire autant que possible l'hyperflexion plantaire pendant le sommeil (par exemple en utilisant un arceau pour diminuer le poids des couvertures sur les pieds) ;
- de faire, dans la journée, des exercices d'étirement (stretching) des mollets et de la cuisse ;
- de tenter de faire cesser la crampe en procédant à une brusque dorsiflexion du pied ce qui tire sur le muscle contracté.

Éventuellement, *proposez* pendant quelques semaines le seul myorelaxant délivré sans ordonnance :

- de la méphenésine : Décontractil<sup>®</sup>, 2 comprimés 3 fois par jour ;
- n'en attendez pas trop et prévenez les conducteurs que ce médicament est légèrement sédatif.

➤ **Donnez plus de conseils que de drogues.**

## Un peu de clinique

« Je veux maigrir ! » Plus facile à dire qu'à faire.

L'obésité est un phénomène complexe où se mêlent facteurs génétiques, trouble de la satiété et du goût, habitudes alimentaires familiales (contractées souvent dès le plus jeune âge) et sociales, altérations des régulations métaboliques, troubles du comportement, angoisse, dépression, etc. Elle ne saurait être réduite à une surconsommation alimentaire. Beaucoup d'obèses – tout au moins en phase de stabilité pondérale – ne mangent pas davantage que bien des maigres.

Presque toujours, les patient(e)s qui vous demandent de les faire maigrir ont déjà observé plusieurs régimes, perdu et repris des kilos. Ils (elles) ont beaucoup lu dans la presse généraliste ou de santé, y ont trouvé des informations plus ou moins fiables, qu'ils (elles) ont interprétées à la lumière de leur savoir mais aussi de leurs préjugés.

Certain(e)s obèses consultent parce qu'ils (elles) perçoivent bien le risque que le surpoids constitue pour leur santé, ou la gêne qu'elle leur procure (essoufflement, difficulté à se mouvoir). D'autres souhaitent surtout se conformer à la mode des mannequins « haricots verts » ou à une image de leur corps tout à fait déraisonnable. D'autres enfin grignotent pour calmer leur angoisse, souffrent de compulsions alimentaires, d'accès de boulimie.

Beaucoup demandent au pharmacien des médicaments miracles qui n'existent pas, et ce avec d'autant plus d'insistance que les anorexigènes amphétaminiques ont été retirés du marché. C'est dire combien il est difficile, à l'officine, de répondre à une demande d'amaigrissement.

## Votre conseil

*Conseillez :*

- d'arrêter totalement l'alcool, cause de bien des obésités qui guérissent avec l'abstinence ;
- de suivre un régime raisonnable, adapté aux conditions de vie et susceptible d'être suivi à la table familiale. Mieux vaut diminuer longtemps la ration calorique quotidienne de 300 ou 400 calories que de proposer des régimes drastiques difficiles à suivre qui font vite la preuve de leur inefficacité. Traquez surtout les graisses cachées, méconnues par les obèses, et conseillez des modes de cuisson à l'eau, à la vapeur. Privilégiez les aliments riches en eau et en fibres ;
- de lutter contre la sédentarité. Cette mesure importante peut s'appliquer très simplement en pratiquant chaque jour pendant 1/2 heure à 1 heure des exercices simples comme la marche rapide (sous forme fractionnée au début).



Dites à vos patient(e)s de se méfier des diurétiques qui font perdre de l'eau et du sel mais ne font pas maigrir car ils laissent intacte la masse grasse, des extraits thyroïdiens dangereux pour le coeur et qui bloquent le fonctionnement de la thyroïde par un effet de feed-back.

En cas de demande insistante, proposez comme coupe-faim l'un de ces médicaments qui remplissent l'estomac d'une substance très peu calorique et créent une sensation de satiété comme Pseudophage® qui est un granulé d'alginate : un sachet dans un grand verre d'eau 10 minutes avant les repas 2 à 3 fois par jour.

*Consolez* : en cas d'échec, rappelez que l'obésité n'a pas que des mauvais côtés. Elle protège (surtout l'obésité gynéoïde) de l'ostéoporose post-ménopausique.

### **Attention !**

Il peut être dangereux de faire maigrir certains obèses. Ne vous mêlez pas :

- des conduites alimentaires pathologiques comme les boulimies ;
- des obésités des psychotiques ;
- du surpoids chez les dépressifs qu'un amaigrissement peut décompenser.

*Suggérez* une consultation du médecin traitant ou d'un psychologue ou psychiatre. Ces malades ont besoin d'être aidés, et sans orientation, ils risquent de consulter de dangereux charlatans.

- › On peut maigrir en mangeant bien ; c'est un dérèglement dont il faut chercher la cause.
- › On peut perdre l'appétit et maigrir ; c'est souvent plus grave.
- › L'anorexie mentale est une maladie très sévère, difficile à traiter.

## Un peu de clinique

Un amaigrissement récent n'a pas la même signification selon qu'il s'accompagne ou non d'une perte de l'appétit.

### Appétit conservé

Si l'appétit est conservé et que paradoxalement le patient mange comme avant, voire plus qu'avant, il s'agit :

- d'un diabète sucré (et probablement d'un diabète sucré de type I insulino-prive) : boit-il beaucoup ? urine-t-il beaucoup ? ;
- d'une hyperthyroïdie : tremble-t-il ? a-t-il des palpitations ? ;
- d'une malabsorption digestive : maladie de Crohn, pancréatite chronique, etc. : a-t-il de la diarrhée ? ;
- d'une hyperexcitabilité maniaque ou provoquée par l'abus des excitants : café, alcool, etc.

### Appétit diminué

Si l'appétit est diminué, l'amaigrissement s'explique facilement mais il est souvent difficile de trouver la cause de la perte d'appétit (l'anorexie). Il peut s'agir :

- en premier lieu, d'une maladie grave : cancer, sida, métastases hépatiques, hépatite chronique, alcoolisme chronique, insuffisance respiratoire, douleurs insomniantes, etc. ;
- en second lieu, d'un état dépressif primitif ou réactionnel à un événement douloureux ;

Ce sont ces affections qu'il faut traiter si l'on veut voir revenir l'appétit.

### Anorexie mentale

Chez l'adolescent, l'anorexie mentale, une maladie de plus en plus fréquente, est la première cause d'amaigrissement. Vous la reconnaîtrez :

- à l'importance de l'amaigrissement, qui se voit aux mains, au visage ;
- à la banalisation de ce phénomène par l'intéressé(e) – c'est plus souvent une jeune fille – qui nie toute restriction alimentaire ;

- à l'aménorrhée qui l'accompagne ;
- à la constipation souvent associée ;
- au contraste entre l'amaigrissement et l'absence de fatigue avec des activités physiques et sportives conservées et souvent d'excellentes performances scolaires.

## Votre conseil

Dans tous les cas, orientez vers un médecin pour rechercher et traiter la cause ; un endocrinologue, un gastro-entérologue si l'appétit est conservé, un généraliste si l'appétit est diminué.

Si vous suspectez une anorexie mentale, orientez de préférence cette jeune patiente vers une équipe de psychiatres (ou de pédopsychiatres) spécialisés dans les troubles du comportement alimentaire. L'anorexie est une maladie grave, difficile à traiter.

En attendant, *conseillez* :

- de varier l'alimentation ;
- d'épicer les plats ;
- de chercher la bonne cuisine.

Aucun médicament n'ouvre l'appétit (la polymédication en revanche est une cause fréquente d'anorexie) :

- les antihistaminiques H1, comme la doxylamine, ont quelques propriétés orexigènes mais elles sont aussi très sédatives (au point que la doxylamine est proposée tantôt comme stimulant de l'appétit sous le nom de Méréprine® tantôt comme hypnotique sous le nom de Donormyl®) ;
- les extraits de fenugrec : Fénugrène®, 2 comprimés 2 ou 3 fois par jour (à réserver à l'adulte) sont peu efficaces.

- › De multiples maladies provoquent des œdèmes.
- › Certaines femmes se plaignent de prendre du poids et de gonfler par périodes, ou avant leurs règles ; mythe ou réalité ?

## Un peu de clinique

La rétention d'eau correspond à plusieurs situations très différentes.

### Œdèmes

Chaque fois que l'organisme élimine moins d'eau qu'il n'en absorbe – chaque fois que le bilan de l'eau est négatif – se produisent des œdèmes. Les œdèmes se traduisent au début par une simple prise de poids, puis par un gonflement des parties déclives : chevilles, jambes chez le patient debout, lombes chez le patient alité.

Les œdèmes sont dus :

- à une insuffisance cardiaque ;
- à une cirrhose du foie ;
- à un syndrome néphrotique.

Aucune de ces affections ne se traite à l'officine.

### Œdèmes cycliques idiopathiques

Le pharmacien est parfois consulté par de jeunes femmes qui se plaignent de sensations de gonflement et de prises subites de poids. Elles souffrent « d'œdèmes cycliques idiopathiques ». La réalité de cette mystérieuse maladie est contestée car les courbes de poids soigneuses confirment rarement la surcharge hydrique. Mais les plaintes sont trop précises pour que l'on puisse nier totalement le phénomène. Il est malheureusement très difficile à traiter.

### Abus de diurétiques

Enfin, il n'est pas rare que des patientes soient victimes d'un *abus de diurétiques*. Il s'agit de femmes qui veulent maigrir ou se sentent « gonflées ». Elles suivent des régimes qui les constipent et prennent des diurétiques. C'est alors que s'enclenche un cercle vicieux : les diurétiques provoquent une hypokaliémie qui ralentit leur transit ; elles augmentent donc les doses de *laxatifs* qui aggravent encore l'hypokaliémie. Perdant de l'eau et non de la masse grasse, elles reprennent du poids dès qu'elles cessent les diurétiques, et demandent alors à « bénéficier » d'une nouvelle cure.

## Pré-éclampsie

*Chez la femme enceinte, une prise de poids excessive n'est pas nécessairement pathologique, mais peut aussi être le premier signe d'une maladie grave pour la mère comme pour le fœtus : la pré-éclampsie.*

## Votre conseil

**Ne donnez aucun médicament à tout(e)s ces patient(e)s.**

Aux malades œdémateux, expliquez que ce symptôme n'est pas anodin et qu'il faut consulter sans tarder leur médecin.

À ces clientes qui veulent perdre de l'eau et du poids, et qui consomment des diurétiques de façon déraisonnable, expliquez que l'équilibre hydro-électrolytique est fragile et qu'il convient de prendre les mesures nécessaires pour le rétablir. Le rôle du pharmacien dans le traitement de ces états est capital. Il est particulièrement bien placé pour convaincre la patiente de ne plus jamais prendre de laxatifs ni de diurétiques.

Confiez les femmes souffrant d'œdèmes cycliques idiopathiques au médecin... qui aura de grandes difficultés à les traiter durablement.

Alertez l'obstétricien qui suit la grossesse, si une femme enceinte vous dit qu'elle a pris beaucoup de poids, surtout si vous avez constaté au moyen de bandelettes trempées dans les urines la présence d'une albuminurie (Albustix®) et/ou si vous avez noté que la pression artérielle s'est élevée.

# J'ai (ma fille a) des règles douloureuses

- › Ce symptôme perturbe la vie sociale.
- › Les anti-inflammatoires peuvent le soulager rapidement.

## Un peu de clinique

L'usage de la pilule a beaucoup diminué la prévalence des règles douloureuses (ou dysménorrhées) car, dans ce domaine, les œstroprogestatifs sont très efficaces. Des enquêtes récentes montrent toutefois qu'une proportion non négligeable de femmes continue de souffrir du ventre au moment des règles (de 30 à 50 % d'entre elles).

Ces douleurs :

- sont apparues dans l'année suivant les premières règles, lorsque les règles sont devenues régulières (c'est-à-dire avec les cycles ovulatoires) ;
- surviennent au début des règles ;
- durent de 24 à 36 heures ;
- s'accompagnent fréquemment de troubles digestifs (nausées, vomissements, constipation ou diarrhée) ou de troubles généraux (pâleur, lipothymie, lombalgies) ;
- peuvent être cause d'absentéisme scolaire ou professionnel.

Le vécu des douleurs est évidemment variable en fonction de l'histoire personnelle et familiale de chaque femme, de son environnement socioculturel voire religieux.

## Votre conseil

Le pharmacien est bien placé pour démêler cet écheveau et percevoir, derrière la douleur physique, les conflits familiaux ou conjugaux, les problèmes sexuels, les difficultés relationnelles, les tendances dépressives qui la sous-tendent. Ce faisant, il aidera beaucoup les patientes.

Pour traiter les règles douloureuses – surtout chez la jeune fille – il faut diminuer la sécrétion exagérée de prostaglandines endométriales. Ces prostaglandines entraînent en effet une hypercontractilité du myomètre et provoquent une vasoconstriction artériolaire exagérée qui est douloureuse.

Conseillez :

- un anti-inflammatoire non stéroïdien, à demi-vie courte, inhibiteur des prostaglandines, l'ibuprofène sous forme déliée :
  - Advil® 200 mg, Ibuprofène® 200 mg,
  - ou l'un des nombreux génériques d'Ibuprofen® 200 mg,

- Upfen® 200 mg effervescent,
- 2 comprimés dans un grand verre d'eau, 3 fois par jour, sans dépasser 6 par jour en commençant si possible 48 heures avant les règles ;
- si le soulagement n'est pas suffisant, ajoutez un antispasmodique, par exemple 2 comprimés de phloroglucinol : Spasfon Lyoc® ;
- mais n'associez pas l'ibuprofène à de l'aspirine ou à un autre anti-inflammatoire.

# Je voudrais la pilule du lendemain

- Actuellement, la seule spécialité disponible est le Norlevo®.
- Le plus tôt est le mieux.

## Un peu de clinique

Le pharmacien peut désormais dispenser sans ordonnance la « pilule du lendemain » le levonorgestrel ou Norlevo®.

Il est donc en mesure d'aider les femmes redoutant une grossesse non désirée après un rapport non protégé, qu'il s'agisse d'un oubli de la pilule, d'une rupture de préservatif, d'un « coup de foudre » ou... d'un viol.

Le décret du 9 janvier 2002 précise les conditions de la délivrance d'une contraception d'urgence à titre gratuit et anonyme aux mineures. Pour que soit respecté l'anonymat, l'article 2 du décret prévoit que la constatation de la minorité repose sur la simple déclaration orale de l'intéressée.

## Votre conseil

Le Norlevo® est composé uniquement d'un progestatif, le lévonorgestrel, ce qui évite les effets secondaires liés à l'œstrogène de la méthode classique.

L'efficacité de ce contraceptif d'urgence est d'autant plus grande qu'il est pris peu de temps après le rapport non protégé :

- de l'ordre de 95 % s'il est pris dans les 24 heures suivant le rapport à risque ;
- d'environ 85 % si la prise a lieu entre 24 et 48 heures ;
- et 58 % seulement entre 49 et 72 heures (rapport de l'OMS, 1998).

Pour bien dispenser Norlevo®, *conseillez* :

- de prendre le premier comprimé *le plus rapidement possible* en tout cas moins de 72 heures après le rapport non protégé ;
- de prendre le second comprimé 12 heures après et au plus tard 24 heures après ;
- en cas de vomissement, de reprendre un comprimé dans les 2 heures suivant la prise ;
- de prendre si possible le comprimé au cours d'une collation ;
- d'observer, après la prise de Norlevo®, une contraception locale jusqu'à la fin du cycle, Norlevo® n'ayant pas d'effet préventif pour les rapports ultérieurs.



Insistez pour que la patiente fasse un test de grossesse si ses prochaines règles ont plus de 5 jours de retard. Un retard de plus de 5 jours ne signifie pas nécessairement que le médicament a échoué mais seul un test de grossesse permet de savoir si le retard est dû à une grossesse ou à un dérèglement hormonal. La prise de Norlevo® pendant une grossesse débutante n'a pas d'incidence sur le déroulement de celle-ci.

› Vaginite : une infection banale, facile à traiter.

## Un peu de clinique

Les pertes blanches vaginales traduisent souvent une vaginite (une infection vaginale). Souvent mais pas toujours.

## Des pertes «banales»

En période ovulatoire la glaire cervicale est plus abondante et filante ; elle est inodore, comparable à du blanc d'œuf, et nullement pathologique.

Le vagin n'est pas stérile. Parmi les bactéries qu'il abrite, le bacille de Döderlein, en maintenant une certaine acidité vaginale, assure un équilibre entre les différentes espèces bactériennes. La rupture de cet équilibre naturel est appelée « vaginose bactérienne ». Elle se manifeste par des pertes qui sont souvent laiteuses, plutôt liquides et parfois malodorantes. Elle n'entraîne pas d'irritation vulvaire.

## Vaginites

Les vaginites reconnaissent deux causes : une levure (*candida albicans*) et un parasite (le trichomonas).

La vaginite de loin la plus fréquente est la vaginite à *candidas*. Contrairement à une idée répandue, ce n'est pas une infection sexuelle (*Candida albicans* est un champignon saprophyte). Elle se traduit par des pertes blanches épaisses, grumeleuses, rappelant le « lait caillé », inodores, une forte irritation vulvo-vaginale avec un prurit vulvaire intense et souvent des brûlures urinaires.

La vaginite à trichomonas ne représente que 5 % à 10 % des vaginites. Elle est sexuellement transmise. Elle se traduit habituellement par des pertes vaginales jaunâtres, mousseuses, malodorantes et par des brûlures vaginales et urinaires, une dyspareunie.

Les vaginites ne sont pas fébriles et sont faciles à traiter.

## Votre conseil

### Vaginite à *candidas*

En principe, toute vaginite nécessite un examen gynécologique et un examen des glaires au microscope dans le cabinet du gynécologue ainsi qu'une culture. Dans la pratique, ce prélèvement n'est pas toujours réalisé lorsque l'aspect clinique est celui d'une mycose d'autant qu'il n'y a pas de résistances connues aux imidazolés.

Aussi, chez une femme chez laquelle une infection à *candidas* a déjà été diagnostiquée et qui, connaissant les signes de cette affection, vous demande

d'être soulagée, vous pouvez lui délivrer un antifongique imidazolé sous forme d'ovule :

- Gyno-Pévaryl®, 1 ovule pendant 3 jours à renouveler si besoin ou une prise unique d'un ovule à libération prolongée, éventuellement renouvelée le lendemain matin ;
- Fazol G®, 1 ovule chaque jour pendant 3 jours.

Pour calmer l'irritation vulvo-vaginale proposez un lait imidazolé : Fazol® ou Pévaryl® émulsion fluide.

Les vaginites à candidas ont tendance à récidiver. Pour éviter les rechutes, *conseillez* :

- d'éviter les pantalons trop serrés ;
- d'éviter de garder longtemps un maillot de bain mouillé ;
- d'utiliser pour la toilette intime un gel lavant respectant le Ph acide physiologique : Hydralin Apaisa®, Lactacyd femina®, Roger Cavaillès hygiène intime®, etc. ;
- de ne pas prendre d'antibiotiques sans raison valable (ils modifient la flore vaginale).

## **Vaginite à trichomonas**

Une vaginite à trichomonas se traite par :

- Fasigyne® : 4 comprimés à 500 mg en une seule prise (Liste I) ;
- Naxogyn® (Liste I) : 2 comprimés à 1 g en dose unique.

- › Plus de la moitié des femmes s'en plaignent autour de la ménopause.
- › Ce n'est pas une fatalité. Vous pouvez les soulager, les conseiller et leur affirmer que leur féminité n'est pas perdue.

## Un peu de clinique

Les bouffées de chaleur et les sueurs nocturnes vasomotrices accompagnent la ménopause chez 2 femmes sur 3. Elles témoignent de l'hypersécrétion des hormones hypophysaires (FSH et LH) secondaire au retrait de l'activité ovarienne.

Le traitement hormonal substitutif (THS) les fait disparaître mais il est aujourd'hui très discuté car les études épidémiologiques ont montré qu'il augmentait les risques de cancer du sein (pas beaucoup, mais de façon indiscutable) et ne protégeait pas comme on le croyait des maladies cardiovasculaires.

## Votre conseil

Si une femme se plaint auprès de vous d'avoir des bouffées, encouragez-la à ne pas considérer la ménopause comme un mal inéluctable et suggérez-lui fortement d'aller voir sa (son) gynécologue ou sa (son) généraliste.

En effet la mise en route d'un traitement hormonal substitutif nécessite au préalable une évaluation du retentissement fonctionnel de la ménopause, l'évaluation du risque d'ostéoporose, du risque cardiovasculaire et carcinologique, ce qui ne peut se faire en officine.

En attendant cette consultation, conseillez une cure de bêta-alanine : 3 comprimés par jour d'Abufène® pendant 10 jours.

# Je perds mes cheveux (j'ai une alopecie)

- Phénomène souvent naturel, passager ou définitif, très mal vécu par les hommes et encore plus par les femmes.
- Beaucoup de remèdes ; certains sont efficaces.

## Un peu de clinique

Il est normal de perdre ses cheveux. Les cheveux ne sont pas éternels. Leur durée de vie est de 2 à 4 ans chez l'homme, de 4 à 6 ans chez la femme. Nous perdons ainsi de 25 à 100 cheveux par jour. Heureusement les 100 000 ou 150 000 cheveux de notre chevelure ne meurent pas en même temps de sorte qu'aucune alopecie ne s'installe.

Il existe toutefois quelques variations saisonnières avec deux pics de chute plus prononcée au printemps et à l'automne. Phénomène transitoire et banal.

Banales également les chutes de cheveux dues à une « trichotillomanie », ce tic qui consiste à tripoter ses cheveux, aux montages qui « tirent » sur les cheveux comme les tresses « à l'afro » ou « dread lock ».

En dehors de ces cas, il faut distinguer les chutes de cheveux (alopecies) aiguës et les chutes de cheveux chroniques.

## Chute de cheveux aiguë

Une chute de cheveux, rapide et *diffuse* doit faire penser à un *effluvium*, perte passagère mais importante de cheveux après une maladie grave, un accouchement (près d'un tiers des accouchées se plaignent d'une chute des cheveux débutant un à quatre mois après l'accouchement et pouvant persister un an en cas d'allaitement), un choc psychoaffectif.

Si la perte de cheveux est rapide mais *localisée*, en plaque, s'il y a des « trous » dans la chevelure, il s'agit d'une *pelade*, une affection assez mystérieuse (immunologique ?) évoluant de façon assez variable, ne durant que quelques mois ou pouvant évoluer vers une calvitie totale de plusieurs années avec de fréquentes récurrences.

## Chute de cheveux chronique

Une chute de cheveux lente chronique caractérise l'alopecie androgénétique (AA). Chez l'homme, l'AA est si banale qu'elle fait presque figure de caractère sexuel secondaire. Elle est facile à reconnaître. Très souvent familiale, elle débute aux golfes temporaux, puis s'étend au vertex, et ne laisse bientôt plus persister qu'une couronne occipitale et pariétale.

Chez la femme, l'AA est rare : la chevelure s'éclaircit progressivement à partir de la raie.

## Votre conseil

### Effluvium

Si vous pensez à un effluvium récent, *rassurez* ; la repousse est habituelle en quelques mois.

Vous pouvez (peut-être) l'aider (un peu) en conseillant :

- des acides aminés soufrés : Lobamine Cystéine®, 2 gélules 3 fois par jour ;
- des vitamines :
  - vitamine B5 : Bépanthène®, 3 comprimés par jour pendant 6 semaines,
  - vitamine H : Biotine®, 3 comprimés par jour pendant 6 semaines.

### Pelade

En cas de pelade, adressez à un dermatologue. Le traitement d'une pelade est long et difficile.

### Alopécie androgénétique

Dans l'alopecie androgenetique, deux médicaments ont fait preuve d'une certaine efficacité : le minoxidil et le finastéride :

- le finastéride, Propecia®, est un inhibiteur enzymatique qui bloque l'action de l'hormone mâle, la testostérone, sur le follicule pileux. Prescrit à la dose d'un comprimé par jour pendant six mois, il n'est délivré que sur ordonnance (liste I) ;
- le minoxidil, Alostil®, peut être délivré sans ordonnance en préparation à usage externe à la concentration de 2 % : Alostil 2® ou Alopexi 2®. Conseillez d'appliquer minoxidil 2 % deux fois par jour, au pulvérisateur ou au tampon. Il ne faut pas s'attendre à observer un effet tangible avant 3 ou 4 mois. Le traitement doit être très prolongé car l'arrêt des applications entraîne l'arrêt de la repousse. Les effets secondaires sont rares : un peu d'irritation, quelques pellicules.

En cas d'échec, un dernier recours : la greffe. Ce peut être une bonne solution bien qu'onéreuse. Comme toute chirurgie, ses résultats dépendent de la qualité de l'opérateur. Celui que vous conseillerez sera sûrement très bon.

### Pensez-y

Pensez aux alopecies iatrogenes.

Les médicaments provoquant les alopecies les plus sévères sont les antimitotiques (rappelez à ce propos à vos patients que l'assurance maladie prend en charge les frais de perruque). Mais les antithyroïdiens de synthèse, la colchicine, les corticoïdes, les interférons font aussi tomber les cheveux.

Quelques maladies dermatologiques (psoriasis, etc.) du cuir chevelu entraînent une chute des cheveux. Les malades qui en sont atteints le savent et ne vous consulteront guère à ce sujet.

## Il (elle) a des poux (de tête, de corps, des morpions)

› Ce n'est pas l'horreur, c'est une parasitose bien banale dont un traitement simple vient facilement à bout.

### Un peu de clinique

#### Poux de tête

La pédiculose du cuir chevelu est le lot de l'enfant quel que soit son environnement familial (contrairement à une idée reçue, l'usage régulier de shampoings ne la prévient pas). Chez l'adulte en revanche, elle ne s'observe qu'en cas d'hygiène médiocre.

Le diagnostic est évoqué devant une *démangeaison* du cuir chevelu. Les poux provoquent en effet un prurit, qui signale que le pou est en train de se nourrir (ce qu'il fait plusieurs fois par jour) en piquant le cuir chevelu.

On peut voir les poux sous forme de parasites de 1 à 3 mm de long, gris ou rougeâtres.

On voit surtout les lentes. Elles ressemblent à des pellicules mais ne tombent pas comme elles lorsque les cheveux sont secoués, car elles sont solidement accrochées aux cheveux. Le diagnostic est donc facile.

#### Poux du corps

La pédiculose du corps est le lot des sans-logis.

On la reconnaît aux lésions cutanées qu'elle induit : la *leucomélanodermie* des vagabonds, mélange d'excoriations récentes, de lésions hyperpigmentées et de zones cicatricielles dépigmentées, siégeant aux régions couvertes car c'est dans les vêtements que se trouvent les poux qui ne viennent sur la peau de leur hôte que pour se nourrir, quatre ou cinq fois par jour.

#### Poux du pubis (morpions)

Cette pédiculose pubienne due à *Phthirus inguinalis*, est une maladie transmise par voie sexuelle.

Elle se traduit par un *prurit pubien*, parfois plus étendu car on trouve également des morpions dans les poils des cuisses, des aisselles, des moustaches, dans les cils et les sourcils.

## Votre conseil

### Poux de tête

*Conseillez* une crème ou une solution antipoux à l'exclusion des shampoings ou sprays peu efficaces. Crème ou solution peuvent contenir un dérivé synthétique du pyrèthre (une pyrèthrine) : perméthrine (Altopou®), dépaléthrine (Para spécial Poux®), d-phénothrine (Hégor antipoux®), ou du malathion (Prioderm®). Il faut appliquer raie par raie sur le cuir chevelu sec en respectant le temps indiqué (qui dépend de l'âge et de la spécialité) puis laver avec un shampoing doux. Renouveler le traitement 7 jours **après**.

Il est recommandé de laver à l'eau vinaigrée ou très chaude (60 °C) les peignes, les brosses.

Les poux se transmettent par contact direct de « tête à tête » au cours des jeux. Il faut donc traiter toute la fratrie et prévenir les parents et les enseignants.

### Poux de corps

Le traitement comporte la désinfection ou la destruction des vêtements, le rasage des poils, l'application de pyrèthrine en lotion sur tout le corps.

Une gale est souvent associée. Elle est traitée avec de l'Ascabiol®, une lotion à appliquer au pinceau sur tout le corps et à laisser en place 12 à 24 heures avant de laver.

### Poux du pubis (morpions)

Le traitement est le même que celui des poux du cuir chevelu.

*Conseillez* une solution d'extrait de pyrèthre et de pipéronyl : Spray-Pax®, à pulvériser sur toute la zone suspecte, en imprégnant bien. Laisser en place 30 minutes avant de laver.

Il est nécessaire d'enlever à la pince (ce que font couramment les ophtalmologistes), les morpions qui ont élu domicile sur les cils et les sourcils.



➤ Vous pouvez conseiller des produits efficaces sur bon nombre de petites verrues.

## Un peu de clinique

Qui ne connaît pas les verrues ? Ces petits nodules ronds, de consistance ferme, grisâtre ou jaune marron siègent sur les doigts, les mains, les coudes, les genoux et parfois le visage.

Les verrues plantaires sont plus grosses et parfois difficiles à distinguer des durillons.

## Votre conseil

En cas de verrues, *conseillez* :

- la patience : les verrues mettent du temps à disparaître ; parfois elles disparaissent spontanément ou sous l'influence de l'hypnose ou d'un placebo ;
- des applications locales d'un produit verrucide à base d'acide salicylique et d'acide lactique :
  - Duofilm<sup>®</sup>,
  - ou Kérafilm<sup>®</sup>.

Ces produits doivent être appliqués au pinceau ou au bouchon applicateur sur la verrue préalablement séchée après l'avoir entourée d'un peu de vernis à ongle protecteur, ou d'une rondelle protectrice (fournie avec Kérafilm<sup>®</sup>). Une application chaque soir pendant 6 à 12 semaines. Frottez doucement à la lime à ongle carton ou la pierre ponce tous les 3 jours.

Rappelez à vos patients :

- qu'une verrue est due à un virus (*Papillomavirus*) ;
- qu'elle est contagieuse ;
- qu'elle se reproduit par auto-inoculation.

Recommandez-leur de ne pas faire saigner.

### Attention !

- Éviter les crèmes « antiverrues » pour les verrues du visage et/ou des organes génitaux. Dans ce cas, conseillez une consultation dermatologique.
- Suggérez une consultation chez le généraliste ou le dermatologue pour les verrues rebelles ou grosses, ou plantaires. L'application d'azote liquide sera peut-être nécessaire.
- Ne confondez pas les verrues et le *molluscum contagiosum*, qui est une petite papule, parfaitement hémisphérique, ferme, rosée et dont le centre est déprimé, se voyant plus souvent chez l'enfant.

## J'ai un échauffement (intertrigo)

› La plupart des intertrigos répondent bien aux traitements locaux antifongiques.

### Un peu de clinique

Favorisée par le frottement, la macération, l'obésité, l'inflammation d'un pli, ou intertrigo, est une affection fréquente, le plus souvent due à des champignons faciles à combattre *candidas* ou *dermatophytes*. Les patients s'adressent volontiers à leur pharmacien pour obtenir un soulagement.

Certains intertrigos sont dus à des *Candida*. Ils sont rouges, luisants, démangent, et frappent plutôt les diabétiques, les obèses, les immunodéprimés. Ils occupent le pli interfessier chez le diabétique, les sillons sous-mammaires chez la femme obèse.

D'autres, qui se voient surtout chez l'adolescent et les jeunes adultes masculins, sont dus à des *dermatophytes*. Ils occupent les deux plis inguinaux qu'ils débordent pour réaliser une large nappe chamois plus pâle au centre finement squameuse à la périphérie siégeant à la face interne des cuisses légèrement prurigineuse.

*Candida* et *Dermatophytes* sont sensibles aux dérivés imidazolés locaux.

### Votre conseil

Conseillez :

- de se sécher soigneusement après la toilette ;
- de porter des sous-vêtements peu serrés afin d'éviter la transpiration qui favorise les lésions, de les changer chaque jour ;
- de laver les slips, les jeans, les chaussettes à 60 °C ;
- d'appliquer crème, émulsion fluide, solution d'un dérivé imidazolé :
  - éconazole à 1 % : Pevaryl® ou l'un de ses génériques : Econazole® 1 %,
  - isoconazole à 2 % : Fazol®.

Certains intertrigos ne sont pas dus à des champignons mais à des bactéries (souvent sensibles à l'érythromycine). Aussi, devant un intertrigo, conseillez un imidazolé et, en cas d'échec, suggérez une consultation dermatologique.

➤ Cet intertrigo du 4<sup>e</sup> espace inter-orteil est le plus souvent d'origine mycotique. Vous pouvez conseiller des soins locaux efficaces.

## Un peu de clinique

Facile à reconnaître, l'infection qui atteint le pied (*athlete's foot*), se présente sous forme d'une macération entre les orteils, principalement dans le quatrième et le troisième espace, macération qui rend la peau blanchâtre, fissurée, suintante, et provoque des démangeaisons. C'est un intertrigo mycotique.

## Votre conseil

Conseillez :

- de laver les pieds tous les jours avec un savon ordinaire et de les sécher soigneusement avec une serviette réservée à cet usage ;
- de changer de chaussettes (en coton) et de chaussures tous les jours ;
- d'éviter de marcher pieds nus dans les lieux publics chauds et humides (hammams, saunas, piscines) ;
- de traiter l'athletic foot avec une crème contenant de la terbinafine, Lamisilate® :
  - crème : 1 application par jour pendant 7 jours,
  - monodose 1 % : 1 application unique sur les 2 pieds.

Appliquer après lavage et séchage soigneux. Laisser sécher 2 minutes et laisser agir sans laver pendant 24 heures. Traiter les 2 pieds.

› Quelques prescriptions simples pour répondre à cette demande pluriquotidienne.

### Un peu de clinique

L'hydratation de la peau se fait de l'intérieur vers l'extérieur (et non de façon inverse). La peau sèche est due à une diminution de la substance grasse présente sur la couche la plus externe de la peau : l'épiderme. Lorsque cette couche protectrice disparaît ou s'amenuise, la peau retient moins l'eau et se déshydrate. Une peau sèche est source de démangeaisons, de sensation de peau sans souplesse. Elle est plus sensible aux infections.

### Votre conseil

Ce n'est pas en mouillant la peau qu'on l'hydrate.

*Les produits hydratants les plus puissants sont les corps gras occlusifs qui empêchent l'évaporation de l'eau.*

Conseillez :

- des cérats à base de cire d'abeille : comme Cold Cream Naturel®, Cérat Inaltérable® ;
- l'un des produits de la gamme Enydrial® qui est spécialisée dans le soin des peaux sèches ; pain dermatologique, gel ou crème ;
- Dexeryl®, crème adoucissante et hydratante à base de glycérol de vaseline et de paraffine.

- › Trouble particulièrement gênant sur le plan social et professionnel.
- › Quelques prescriptions dans les formes légères.

## Un peu de clinique

Ce trouble, l'hyperhydrose, est très fréquent et pas très bien compris. Dans la plupart des cas, il est idiopathique, c'est-à-dire sans cause apparente. Anxiété, ménopause, hyperthyroïdie sont autant de facteurs favorisants parfois évoqués sans beaucoup de preuves. L'hyperhydrose peut constituer un important handicap social et professionnel et n'est pas facile à traiter.

## Votre conseil

### Formes légères

Dans les formes légères, conseillez d'appliquer le soir, sur une peau lavée sèche (sèche-cheveux) et saine :

- une crème ou une solution camphrée et mentholée de la gamme Ephydro<sup>®</sup> ;
- ou mieux un composé à base de sels d'aluminium destinés à se déposer à l'intérieur des canaux sudoripares : lotions de la gamme Ethiaxil<sup>®</sup> ou Hydosal Gel<sup>®</sup>, une application le soir.

### Formes plus sévères

Les formes plus sévères relèvent du dermatologue, qui pourra proposer :

- des séances d'ionophorèse qui assèchera les paumes en une quinzaine de séances. Un traitement d'entretien est nécessaire une fois par mois ;
- un traitement à la toxine botulinique (Biotox<sup>®</sup>).

En cas d'échec, de bons résultats peuvent être obtenus par la sympathectomie thoracique, au prix d'une hypersudation légère sur le reste du corps. Cette intervention chirurgicale se fait maintenant sous vidéoscopie.

› Cet incident très douloureux est souvent transitoire. Vous pouvez parfois donner quelques soins.

## Un peu de clinique

L'ongle incarné est dû à une courbure excessive de l'ongle qui, à la faveur d'une fragilité du sillon, entraîne une hypertrophie du bourrelet.

Après une marche, une séance de sport, le port de chaussures étroites, cet ongle entame le bourrelet qui s'enflamme et parfois s'infecte.

L'ongle incarné devient *chronique*, lorsque les poussées inflammatoires ou/et infectieuses rechutent ou se prolongent indéfiniment.

## Votre conseil

### Première poussée ou poussée espacée

Lors d'une première poussée ou d'une poussée espacée n'entraînant pas de grosse déformation de l'orteil, vous pouvez conseiller :

- le port de chaussures très larges ;
- une toilette prolongée avec un savon antiseptique, suivie d'un rinçage et d'un séchage rigoureux (sèche-cheveux) ;
- la pulvérisation d'une solution antiseptique associant benzalkonium et chlorexidine : Dermaspraid Antiseptique® ;
- l'application de chlorexidine aqueuse, Chlorexidine Gilbert unidose® ou de polyvidone iodée, Bétadine Dermique® compresse imprégnée.

### Forme chronique

En cas de forme chronique, il est possible de réduire cet excès de courbure en amincissant la clef de voûte de l'ongle par un grattage longitudinal. Demandez à un généraliste de le faire.

Souvent, il est nécessaire d'intervenir chirurgicalement. De nombreuses techniques sont possibles ; les dernières, utilisant le laser CO<sub>2</sub>, permettent des interventions brèves et peu douloureuses.

➤ L'acné n'est pas une fatalité. Dans la plupart des cas, un traitement adapté obtient de très bons résultats.

### Un peu de clinique

L'acné est une inflammation des glandes sébacées annexées aux poils qui survient à la puberté et guérit habituellement vers l'âge de 20 ans.

Survenant surtout sur les peaux grasses, elle frappe essentiellement le visage mais, dans les formes graves, peut atteindre les épaules et le dos.

L'acné comporte ordinairement des *lésions rétentionnelles* faites de « points noirs » (constitués de sébum noirci à l'air) et de petits kystes pleins de pus, ainsi que des *lésions inflammatoires* faites de papulo-pustules ou de nodules rouges inflammatoires. Il existe aussi des formes principalement rétentionnelles ou principalement inflammatoires.

L'acné passe souvent pour être améliorée par le soleil; ce n'est pas tout à fait vrai. L'exposition au soleil améliore transitoirement l'acné mais cette amélioration est suivie d'une poussée de l'acné à l'automne.

Certains médicaments favorisent l'acné : les corticoïdes, les antiépileptiques, certains anti-dépresseurs, les neuroleptiques, les hormones mâles, etc.

### Votre conseil

Ne conseillez rien ou pas grand chose car aucun médicament vendu sans ordonnance ne soulage l'acné. Seul peut être le Rubozinc®, du gluconate de zinc en gélules, améliore l'acné, à la dose de 2 gélules chaque matin. Mais les cures doivent être de 3 mois. Rubozinc® gêne l'absorption des cyclines, traitement principal de l'acné.

Ne conseillez pas les vieux produits à base de soufre ; ils sont susceptibles d'aggraver l'acné.

Insistez donc pour une consultation dermatologique. Le traitement de l'acné est assez complexe à base de longues cures de cyclines, éventuellement associées à des rétinoïdes difficiles à manipuler et des soins locaux.

Prévenez vos jeunes patientes :

- que les traitements ne sont efficaces qu'après plusieurs semaines ;
- qu'ils sont suspensifs : l'arrêt du traitement s'accompagne d'une rechute de l'acné ;
- que l'excoriation et la manipulation des comédons entretiennent et aggravent l'acné.

# Mon bébé a les fesses rouges

- Tous les bébés ont les fesses rouges un jour ou l'autre.
- De l'air, de l'eau et du savon.

## Un peu de clinique

La rougeur des fesses (érythème fessier) du nourrisson, très fréquente, est due à la macération de la peau dans les couches imprégnées d'urines et de selles. En l'absence de soins, la peau s'enflamme et s'infecte.

Il est classique de distinguer quatre sortes d'érythème fessier :

- l'érythème dû à l'acidité des selles est cantonné autour de l'anus. Il s'observe chez le nourrisson nourri au sein qui a souvent une diarrhée post-prandiale (après une tétée) ou chez le nourrisson nourri au biberon à l'occasion d'une diarrhée après prise d'antibiotiques, poussée dentaire, etc. ;
- l'érythème provoqué par la fermentation ammoniacale des urines se traduit par des rougeurs sur les fosses lombaires et l'intérieur des cuisses au niveau des langes imbibées d'urines ;
- l'érythème de contact est lié à une intolérance ou une allergie aux langes, aux lessives ou aux produits de toilette. Il dessine comme un W qui recouvre l'intérieur des cuisses, les fesses et le pubis ;
- l'érythème infectieux bactérien ou mycotique dessine une inflammation en Y, dont les branches partent des plis de l'aîne et remontent en ligne jusqu'au sommet des fesses. Il est rouge vif (érythème bactérien) ou rouge sombre (érythème mycotique), parfois parsemé de vésicules ou d'érosions.

## Votre conseil

### En cas d'érythème de macération

*Conseillez :*

- de faire des changes plus fréquents (8 fois par jour) et de laisser les fesses à l'air le plus longtemps possible ;
- de laver abondamment les fesses à l'eau tiède avec un pain de toilette doux, sans savon, type Avenoderm® ou Dermopain Ducray® ;
- de les sécher sans frotter au sèche-cheveux à basse température ;
- d'appliquer, 3 fois par jour au doigt ou à la spatule une crème à l'oxyde de zinc :
  - sous forme de « pâte à l'eau » non grasse, poreuse, Aloplastine®,
  - ou, malgré son odeur un peu désagréable, sous forme de pommade associant oxyde de zinc et vitamine A présentée en tubes et sachets doses très pratiques : Mitosyl Irritations®.



## **En cas d'érythème de contact**

Suggérez en outre des langes en coton type cotocouches lavées au savon et tenues avec un slip de coton.

## **En cas d'érythème infectieux**

Le moment est venu de recourir aux colorants violets (permanganate) et/ou rouges (éosine), ce qui n'est pas toujours très bien accepté. Suggérez une consultation chez le généraliste ou le pédiatre surtout si l'érythème est très important et s'insinue jusqu'au fond des plis.

En attendant, proposez éventuellement des antiseptiques incolores type Dermachrome<sup>®</sup>, Hexomédine<sup>®</sup> ou Solubacter<sup>®</sup> (ils ne sont pas toujours bien tolérés).

- › L'hémorragie sous-conjonctivale est fréquente et bénigne.
- › Les conjonctivites allergiques et infectieuses ne posent pas trop de problèmes et vous pouvez conseiller certains collyres.
- › Attention aux glaucomes et aux iridocyclites !

## Un peu de clinique

Petit guide très schématique :

- un seul œil rouge mais non douloureux : hémorragie sous conjonctivale ;
- un seul œil rouge et très douloureux : glaucome ;
- deux yeux rouges peu douloureux : conjonctivite allergique, virale ou bactérienne ;
- deux yeux rouges et douloureux : iridocyclite.

## Votre conseil

### Premier cas : un seul œil est atteint et cet œil n'est pas douloureux

Dans le « blanc » de l'œil, on voit une flaque de sang rouge vif, apparue brusquement, qui inquiète le patient. Il s'agit d'une *hémorragie sous-conjonctivale*. L'apparition soudaine, spontanée, d'une effusion de sang sous la conjonctive est fréquente, et sans aucune gravité. Elle est due à une fragilité capillaire purement locale et disparaîtra spontanément en quelques semaines, après être passée du rouge au jaune. Contrairement à une opinion très répandue, elle n'est en rien prémonitoire d'une hémorragie cérébrale, pas plus qu'elle n'en est un équivalent salvateur...

Par précaution, vérifiez à l'interrogatoire l'absence de microtraumatisme par corps étranger chez l'enfant ou par éclat métallique chez le travailleur sur métaux (si c'est le cas, suggérez une consultation ophtalmologique).

Conseillez :

- de ne rien faire ;
- ou au plus, des lavages, avec une solution contenant un antiseptique et un astringent présentée en unidoses : Dacryoserum Unidose® (la solution en flacons contient un conservateur qui ne convient pas aux porteurs de lentilles souples, très nombreux).

### Deuxième cas : un seul œil est atteint et cet œil est très rouge et douloureux

La douleur est vive, parfois même très vive, diffuse, étendue à la face.

Devant tout œil rouge douloureux, il faut penser à un *glaucome aigu*, c'est-à-dire à une augmentation brutale de la pression intra-oculaire. Le glaucome aigu est une urgence absolue, car l'élévation de la pression comprime les vaisseaux nourriciers du nerf optique et peut entraîner en quelques heures la perte définitive de l'œil.

Pour reconnaître un glaucome, il faut regarder la pupille (le « trou noir » de l'œil) : elle est en mydriase, c'est-à-dire dilatée (le « trou noir » de l'œil est agrandi ou au moins n'est pas rétréci). *Le glaucome est le seul œil rouge où la pupille se dilate.*

### Urgences

Conseillez une **consultation de toute urgence chez un ophtalmologiste**, car le risque est grand de perdre l'œil.

Délivrez au patient deux comprimés d'acétazolamide : Diamox® (liste II) pour diminuer la pression dans l'œil en attendant la consultation.

## Troisième cas : les deux yeux sont rouges, mais le patient est peu gêné

À peine algique, il se plaint surtout de démangeaisons oculaires qui le poussent à se frotter les yeux. Il larmoie. Il y a des sécrétions jaunâtres au coin de l'œil et les yeux sont collés le matin.

En regardant l'œil, on voit que la rougeur est intense et diffuse ; en tirant la paupière vers le bas, on voit que toute la conjonctive qui tapisse la paupière inférieure est rouge, enflammée. Un examen plus attentif montre que la rougeur est « loin du limbe », c'est-à-dire du contour de l'iris. Il s'agit d'une *conjonctivite*. Les conjonctivites peuvent être infectieuses (bactériennes ou plus souvent virales) ou allergiques. D'ordinaire, elles guérissent en quelques jours.

Conseillez de mettre 6 fois par jour, dans le cul-de-sac conjonctival inférieur après avoir tiré la paupière inférieure vers le bas, l'œil regardant en haut :

- un collyre antiseptique sans vasoconstricteur :
  - contenant du Biocidan® : Biocidan® collyre unidose,
  - contenant de l'hexamédine : Désomédine® collyre unidose ;
- ou si vous suspectez une conjonctivite allergique parce que le patient en a déjà fait, que c'est le printemps, qu'il a été en contact avec des poils d'animaux, etc., un collyre :
  - à l'acide acétyl-aspartyl glutamique : Naaxia® unidose ;
  - ou au cromoglycate de sodium : Ophtacalm®.

Une conjonctivite bactérienne ou virale est contagieuse et se transmet par les mains. Prévenez les patients.

Une conjonctivite guérit en une semaine. Passé ce délai, si les symptômes persistent, suggérez une consultation ophtalmologique.

## Dernier cas : les deux yeux sont rouges, mais aussi douloureux

Le patient est photophobe, larmoyant et se plaint d'une baisse de l'acuité visuelle. À l'examen, tout l'œil est rouge et cette rougeur occupe le limbe, de sorte que l'iris est bordé de rouge. Il s'agit d'une *iridocyclite aiguë*.

### Urgences

Une iridocyclite se traite d'urgence par une corticothérapie locale à haute dose et une dilatation pupillaire la plus large possible pour éviter les adhérences entre iris et cristallin qui peuvent se créer dans les 48 heures. **Suggérez une consultation ophtalmologique d'urgence.**

## Collyres

- *Les collyres contenant des corticoïdes* peuvent être dangereux ; ne les délivrez pas sans prescription médicale.
- *Les collyres contenant des antibiotiques* peuvent se révéler inadaptés. Ne les délivrez pas sans ordonnance. Ils sont d'ailleurs inscrits maintenant sur la liste I.
- *Les collyres contenant des vasoconstricteurs* sont contre-indiqués chez les glaucomateux, et doivent être utilisés avec prudence chez l'hypertendu et le coronarien. Dans la gamme des collyres antiseptiques, préférez les collyres sans vasoconstricteur.
- *Les collyres colorés ou contenant un ammonium quaternaire* comme le Biocidan® ne doivent pas être proposés aux usagers de lentilles cornéennes souples hydrophiles.
- *De nombreux collyres perdent leurs propriétés s'ils sont ouverts depuis plus de 15 jours.* Conseillez de jeter les flacons après usage ou suggérez des flacons unidoses.

### À retenir

- Œil rouge + douleur ± baisse de l'acuité visuelle = urgence = ophtalmologiste.
- Œil rouge peu ou pas douloureux sans baisse de l'acuité visuelle = conseil officinal.

➤ Les yeux collés sont un signe de conjonctivite que vous pouvez soulager.

### Un peu de clinique

Si les yeux sont « collés » le matin, il s'agit sans doute d'une petite conjonctivite :

- infectieuse : virale le plus souvent ;
- ou allergique : en présence de pollens, d'allergènes animaux (chiens, chats), etc.

### Votre conseil

*Conseillez :*

- d'enlever les lentilles de contact ;
- de mettre 6 fois par jour, dans le cul-de-sac conjonctival inférieur après avoir tiré la paupière inférieure vers le bas, l'œil regardant en haut, un collyre antiseptique sans vasoconstricteur :
  - contenant du Biocidan® : Biocidan® collyre unidose,
  - contenant de l'hexamédine : Désomédine® collyre unidose ;
- ou si vous suspectez une conjonctivite allergique parce que le patient en a déjà fait, que c'est le printemps, qu'il a été en contact avec des poils d'animaux, etc., un collyre :
  - à l'acide acétyl-aspartyl glutamique : Naaxia® unidose ;
  - ou au cromoglycate de sodium : Ophtacalm®.

- Si l'on vous demande conseil pour une douleur oculaire, téléphonez à un ophtalmologiste. Vous avez toute chance d'être en présence d'une urgence.

## Un peu de clinique

Il peut s'agir :

- d'une contusion oculaire provoquée par une balle de tennis, un ballon, un bouchon de champagne, un coup de poing. C'est une source potentielle de décollement donc de perte de la vision ;
- d'une plaie du globe oculaire (après un accident de voiture par exemple) : c'est une urgence extrême ;
- d'un glaucome aigu (voir « J'ai l'œil rouge », p. 161) : il faut d'urgence faire baisser la tension oculaire ;
- d'une iridocyclite aiguë (voir « J'ai l'œil rouge », p. 161) : à traiter d'urgence par une corticothérapie locale à haute dose ;
- d'une migraine ophtalmique toujours difficile à reconnaître, et à ne pas confondre avec les premiers signes d'un décollement de la rétine.

## Votre conseil

### Urgences

Téléphonez à un ophtalmologiste. Si vous n'en trouvez pas, demandez conseil au médecin de garde, au centre 15, ou au service de garde hospitalier. **Un œil douloureux est toujours une urgence.**

# Je vois des éclairs, des mouches

- › Faites préciser s'il s'agit de mouches volantes ou d'éclairs lumineux.
- › Conseillez une consultation spécialisée, en urgence dans certains cas.

## Un peu de clinique

### Mouches volantes

Ce sont de petites taches noires ou des filaments grisâtres, ou des étoiles, bien visibles en fixant un mur clair, mobiles dans le champ de vision.

Il s'agit d'un symptôme fréquent, et bénin, traduisant une dégénérescence physiologique du vitré, cette substance transparente, géliforme, qui occupe, contenue dans une membrane, tout l'espace compris entre le cristallin en avant et la rétine en arrière (corps flottant du vitré).

On perçoit mieux les mouches volantes quand on y fait attention, quand on est préoccupé. Ce trouble banal peut donc être le signe d'angoisse ou de dépression à minima.

### Éclairs lumineux

Ces éclairs ou phosphènes peuvent être le signe d'une *déchirure rétinienne*, prélude à un décollement rétinien.

Les éclairs lumineux constituent aussi « l'aura », c'est-à-dire le signe inaugural, des crises de *migraines ophtalmiques*. Mais ici, le patient est accoutumé à ces symptômes, qui sont suivis d'une céphalée unilatérale, pulsative, aggravée par les efforts, la lumière et le bruit (voir p. 174).

## Votre conseil

### Corps flottants du vitré

Ils n'appellent aucun traitement, mais justifient néanmoins un examen ophtalmologique pour vérifier l'état de la rétine.

Suggérez une consultation ophtalmologique.

## Éclairs lumineux

### Urgences

Des éclairs lumineux inhabituels, survenus brutalement doivent faire suspecter une déchirure rétinienne : décrochez le téléphone et obtenez un rendez-vous le jour même chez l'ophtalmologiste, car **cette déchirure doit être traitée au plus tôt par photocoagulation au laser.**

### Migraine ophtalmique

Si vous êtes sûr de votre diagnostic (patient migraineux qui connaît bien ses symptômes habituels), procédez comme pour une migraine (*voir* p. 175). Au moindre doute, suggérez l'avis d'un généraliste.



# Mon œil est blessé, que faire ?

- › En cas de blessure oculaire, organisez un transfert d'urgence chez un ophtalmologiste.
- › Auparavant donnez les premiers soins de secourisme.

## Contusion

Il s'agit d'une contusion par une balle, un coup de poing, le lancer d'un objet. Le risque est celui d'une érosion de la cornée, d'un hématome, d'un décollement rétinien.

- Ne mettez rien dans l'œil.
- Fermez l'œil avec un pansement oculaire sec maintenu en place par une bande ou un sparadrap.
- Adressez le blessé à l'ophtalmologiste.

## Plaie

Il s'agit d'une plaie ou simplement d'une projection de particules métalliques minérales ou végétales. Le risque est celui d'une infection du globe, d'un décollement d'une cataracte post-traumatique.

- Ne mettez rien dans l'œil.
- Fermez l'œil avec un pansement oculaire.
- Adressez le blessé à l'ophtalmologiste.

## Brûlure

Il s'agit d'une brûlure :

- par un acide (acétique, chlorhydrique, nitrique, sulfurique...) ;
- par une base (ammoniaque, chaux, potasse, soude...) ;
- par un solvant (acétone, trichloréthylène, white-spirit...) ;
- par un oxydant (eau de Javel, eau oxygénée, permanganate).

Le risque est celui d'une nécrose de la cornée (plus profonde avec les acides qu'avec les bases).

- Ne mettez rien dans l'œil.
- Lavez abondamment à l'eau froide pendant 10 minutes au moins, en faisant couler l'eau sur le nez afin de laver l'œil de l'intérieur vers l'extérieur.
- Adressez le blessé à l'ophtalmologiste.

# La tête me tourne (j'ai un vertige)

- › Symptôme fréquent, angoissant, invalidant.
- › Multiples causes de diagnostic parfois difficile.
- › Quelques urgences à ne pas manquer.

## Un peu de clinique

Voilà un symptôme bien fréquent. Mais combien difficile à expliquer tant ses causes sont nombreuses.

Il faut distinguer tout d'abord les vertiges « vrais » et les sensations vertigineuses.

### Vertige vrai

Dans le vertige vrai, « tout tourne » : les objets se déplacent autour du patient, horizontalement « comme dans un manège » ou verticalement, le plancher semblant se « rapprocher du plafond ». Le patient ne peut tenir debout. Les vomissements sont fréquents. Le vertige s'associe souvent à une sensation d'oreille pleine, à une otalgie, une surdité, des acouphènes. Le vertige vrai est dû à une atteinte de l'oreille interne qui contrôle l'équilibre.

*Le vertige « vrai » le plus fréquent est le vertige positionnel bénin (un tiers des cas environ). C'est un vertige bref (pas plus de trente secondes) mais très intense, qui se produit lorsque le patient se place dans une certaine position : lorsque, allongé dans son lit, il tourne la tête à droite ou à gauche, lorsque, debout, il regarde en l'air, lorsqu'il gare sa voiture en marche arrière, etc. Le vertige se répète chaque fois que la tête se retrouve dans la même position. Il est isolé : il n'y a ni surdité, ni troubles visuels. Il guérit après une ou deux séances de manœuvres bien codifiées pratiquées par l'ORL.*

*La névrite vestibulaire virale (ou plus rarement vasculaire) provoque un grand vertige avec nausées et vomissements, clouant le patient au lit pendant plusieurs jours.*

*La maladie de Ménière se traduit par des vertiges à répétition, de durée variable (quelques minutes à plusieurs heures) associés à une surdité unilatérale et des bourdonnements d'oreilles qui disparaissent avec le vertige.*

### Sensations vertigineuses

En cas de sensation vertigineuse, les objets ne tournent pas. Le patient se plaint d'instabilité, de trouble de la marche, de sensation de tête vide, de déséquilibre, bref de vertiges frustes. Il a l'impression d'« être sur un bateau qui bouge ». Ces vertiges sont dus à des lésions situées dans les voies nerveuses de l'équilibre et non dans l'oreille interne.

Chez la personne âgée, ils témoignent souvent d'un trouble de la circulation artérielle à la base du cerveau due à une athérosclérose cérébrale. Ils peuvent aussi révéler :

- une tumeur du nerf acoustique (à opérer rapidement) ;
- une sclérose en plaques débutante ;
- une nécrose du tronc cérébral.

Ailleurs, ils sont dus plus banalement à :

- l'alcool ;
- l'hypotension orthostatique que provoquent certains médicaments comme les anti-hypertenseurs ou les antidépresseurs.

## Faux vertiges

Le vertige est bien différent de :

- la peur du vide, lorsque, sur un balcon, en montagne, au sommet d'un gratte-ciel, disparaissent les repères visuels proches ;
- l'agoraphobie, lorsque l'instabilité survient électivement dans la rue ou sur les places, sans jamais se reproduire au domicile ;
- la lipothymie, ou évanouissement au cours duquel la conscience s'estompe ou disparaît sans que, pour autant, la tête tourne.

## Votre conseil

Adressez rapidement les patients souffrant de vertiges « vrais » à l'ORL, ceux qui se plaignent de sensations vertigineuses au neurologue et laissez-les démêler l'écheveau complexe des nombreuses causes de vertiges.

En attendant cette consultation, *conseillez* :

- de l'acétylleucine : Tanganil®, 3 comprimés par jour. C'est un anti-vertigineux faible dont le mode d'action n'est pas connu mais qui est bien toléré ;
- comme pour le mal des transports, de la méclozine, un antihistaminique de type H1 : Agyrax®, 1 comprimé 3 fois par jour. Mais cet antihistaminique a l'inconvénient de provoquer de la somnolence et d'avoir un effet atropinique (risque de glaucome chez les personnes prédisposées, de rétention d'urines chez l'homme).

### Urgences

**Envoyez d'urgence à l'hôpital :**

- les vertigineux qui ont mal à la tête : ils ont peut-être un hématome du cervelet ;
- les vertigineux qui sont fébriles : ils ont sans doute une labyrinthite ou une méningite purulente.

› La céphalée aiguë, inhabituelle, c'est une urgence.

Lorsqu'un patient vous demande de soulager un mal de tête (une céphalée), il faut absolument lui poser une question préalable et fondamentale : *a-t-il ou non déjà souffert de maux de tête ?*

Si la céphalée survient brutalement, chez quelqu'un qui n'a jamais mal à la tête (ou presque jamais), c'est une céphalée grave. Ne la traitez pas.

*Une céphalée aiguë, violente, brutalement survenue il y a moins de quelques heures, peut traduire :*

- une méningite ;
- une rupture d'anévrisme cérébral.

Si la céphalée s'est installée plus lentement mais persiste tenace à prédominance matinale, c'est une céphalée tumorale. Ne la traitez pas.

*Une céphalée récente, tenace, matinale, avec des vomissements faciles, ou des troubles visuels ou de la somnolence, est signe :*

- de tumeur cérébrale ;
- d'abcès cérébral ;
- de thrombophlébite cérébrale.

Si la céphalée est unilatérale temporale, pensez à une artérite temporale.

*Une céphalée temporale unilatérale, récente, rendant impossible tout contact avec l'oreiller, évoque une artérite temporale ou maladie de Horton.*

**Elle doit être prise en charge très vite car cette artérite inflammatoire risque à tout moment de se compliquer de cécité.**

**Dans tous ces cas, suggérez une consultation médicale d'urgence.**

➤ Les céphalées chroniques reconnaissent deux grandes causes : la migraine et la céphalée psychogène (ou de tension). Comment faire la différence ?

## Un peu de clinique

### La migraine

La migraine, fait fondamental, survient par crises de quelques heures à trois jours. Entre les crises, le migraineux ne souffre pas.

Les crises sont souvent déclenchées par des aliments que le migraineux connaît bien (chocolat, vin blanc), ou par un changement dans les habitudes auxquelles le migraineux est attaché.

La douleur est particulière. C'est une hémicrânie (le mal de tête ne touche qu'un côté au moins au début ou prédomine d'un côté). Elle est pulsatile et « bat au rythme du cœur ». Elle augmente avec l'effort physique même modéré. La douleur, difficile à supporter, pousse le migraineux à s'isoler, à aller se coucher à l'abri de la lumière et du bruit. Elle s'accompagne volontiers de nausées, de vomissements, de bâillements, ou d'une sensation de fatigue.

Aussi, pour reconnaître une migraine, les Américains posent-ils trois questions :

- Au cours des trois derniers mois, avez-vous été gêné dans vos activités par un mal de tête pendant un jour ou plus ?
- La lumière vous dérange-t-elle, lorsque vous souffrez de la tête ?
- Lorsque vous avez vous maux de tête, êtes-vous nauséeux ou souffrez-vous de douleurs gastriques ?

Si la réponse est oui à ces trois questions, il s'agit d'une migraine (*Neurology* 2003 ; 3 : 375-382).

### Céphalée de tension

La céphalée de tension ou psychogène est quotidienne ou quasi quotidienne. Elle ne survient pas par crise comme la migraine qui laisse le malade sans douleur entre des crises de céphalées de 2 ou 3 jours.

La douleur est une douleur sourde non pulsatile. Elle n'est pas unilatérale mais barre tout le front, ou occupe toute la région occipitale, ou donne l'impression d'une bande qui enserre le crâne. Elle s'accompagne souvent d'une sensation de raideur dans le cou, les épaules.

La céphalée de tension survient après s'être consacré longtemps à une même activité comme conduire, travailler devant un micro-ordinateur, ou s'intègre dans un contexte anxio-dépressif avec insomnie, perte de l'élan vital, autodépréciation, impression de fatigue matinale.

## Votre conseil

### Migraine

Pour calmer une migraine, *conseillez* :

- *les petits moyens* qui soulagent : presser la tempe du côté douloureux, boire du café fort, se coucher dans le noir, porter des lunettes de soleil ;
- *de l'aspirine à dose suffisante*. L'aspirine reste un bon traitement de la crise migraineuse (le paracétamol est peu efficace). La bonne dose est de 1 g à renouveler deux ou trois fois. Il faut prendre l'aspirine au tout début de la crise. Certaines spécialités, délivrées sur ordonnance comme Migpriv® associent dans le même sachet de l'aspirine et du métoclopramide pour vidanger l'estomac souvent embarrassé pendant les crises. Les comprimés effervescents d'aspirine ont le même résultat : ils accélèrent la vidange gastrique ; Aspirine® 1 000 mg UPSA en comprimés effervescents ;
- si votre patient est migraineux, il est bien possible qu'il soit traité par un triptan (Imigrane®, Naramig®, Zomig®, Almogran®). Au moment de délivrer l'une de ces spécialités (Liste I), rappelez-lui que les triptans doivent être pris dès le début de la crise, qu'une seconde dose ne doit être effectuée que 2 heures après la première, qu'il est dangereux de dépasser les doses maximales indiquées. Les triptans sont très efficaces, mais ce sont de puissants vasoconstricteurs. Ils doivent être réservés aux adultes de plus de 18 ans et de moins de 65 ans, et sont contre-indiqués chez les coronariens, les hypertendus et les insuffisants rénaux.

Lorsque les migraines sont très fréquentes (plusieurs par mois) ou très invalidantes, les malades réclament un traitement de fond, ce qui embarrasse bien les médecins, car peu de médicaments préviennent les crises. Ne soyez pas surpris de voir figurer sur les ordonnances des molécules aussi diverses que :

- les bêtabloqueurs : propranolol, métoprolol, aténolol ;
- la dihydroergotamine : Ikaran®, Séglor® ;
- l'amitriptyline : Laroxyl®.

### Céphalée de tension

En cas de céphalée de tension (ou psychogène), *conseillez* :

- *les petits moyens* :
  - masser les muscles du cou, des épaules,
  - enrouler une serviette chaude, une écharpe autour du cou,
  - se détendre au mieux ;
- *des plantes apaisantes* :
  - un mélange d'aubépine de passiflore et de valériane, Euphytose® : 1 ou 2 comprimés 3 fois par jour,
  - de l'aubépine, Sympathyl® : 2 comprimés matin et soir ;
- *un antalgique* :
  - du paracétamol : Doliprane® en comprimés à 500 mg ou effervescents à 1 g,

- ou un anti-inflammatoire non stéroïdien délisté Advil® 200 mg, Ibuprofène® 200 mg (nombreux génériques) (voir « J'ai mal », p. 10),
- restez néanmoins prudent(e), car, en abusant des antalgiques, votre malade peut devenir la victime d'une intoxication chronique aux antalgiques dont le signe majeur est justement... la céphalée. Sachez dépister ces patient(e)s qui, depuis des années, prennent régulièrement l'antalgique à la mode et, déçu(e)s, vous en demandent un autre.

- › Le tremblement d'une main (ou des deux) inquiète toujours. Il passe pour un signe de sénilité.
- › Heureusement il est souvent idiopathique et pas très grave.
- › Il faut cependant craindre une maladie de Parkinson, un syndrome cérébelleux et d'autres affections plus rares.

## Un peu de clinique

### Tremblement idiopathique

Lorsque tremble la main, il s'agit dans la majorité des cas d'un *tremblement « idiopathique »*, qui apparaît surtout après 55 ans et s'accroît avec le vieillissement. Vous le reconnaîtrez facilement :

- c'est un tremblement familial : dans la moitié des cas, le frère ou l'un des parents tremblait ;
- c'est un tremblement *d'attitude* : il apparaît lors du maintien d'une attitude contre la pesanteur ; vous le verrez en demandant au patient de prendre et de tenir un verre d'eau. Le tremblement apparaît lorsque le malade tient le verre et non quand il le prend ;
- il disparaît après l'ingestion d'alcool... pendant quelques heures. Il est aggravé par les émotions ;
- le tremblement idiopathique d'attitude frappe parfois la tête, produisant des mouvements de négation ou d'approbation, ou les cordes vocales entraînant une voix chevrotante.

### Tremblement parkinsonien

À la différence du tremblement idiopathique ou essentiel, le tremblement des malades atteints de maladie de Parkinson est un tremblement *de repos*.

Unilatéral au début, il se bilatéralise avec les progrès de la maladie et s'associe à de la raideur (hypertonie) et une lenteur des gestes et de la mimique (akinésie) qui permettent de faire le diagnostic au premier coup d'œil.

Un tremblement de repos qui donne l'impression que le malade « émiette du pain » en permanence est pratiquement synonyme de maladie de Parkinson.

### Tremblement cérébelleux

Le tremblement cérébelleux (dû à l'atteinte d'un amas de neurones situé dans le cerveau, appelé noyau rouge) est exceptionnel.

C'est un tremblement *d'action*, c'est-à-dire de grande amplitude lors de l'exécution du mouvement. Vous le verrez là encore en faisant porter un verre d'eau



à la bouche : le tremblement commence dès le début de l'exécution du mouvement et il est très marqué.

On observe des syndromes cérébelleux au cours de la sclérose en plaques, après les traumatismes crâniens, dans certaines tumeurs cérébrales et certains accidents vasculaires cérébraux.

## **Votre conseil**

### **Tremblement idiopathique**

Ce tremblement est amélioré par certains bêtabloquants comme l'Avlocardyl® ou le Corgard® et par un barbiturique la Mysolyne®. Plus récemment ont été recommandés deux anti-épileptiques, le Neurontin® et l'Epitomax®. Suggérez une consultation médicale pour que le malade puisse disposer de ces médicaments qui sont inscrits en liste I.

### **Maladie de Parkinson**

Avant d'évoquer cette maladie et le lourd pronostic qui s'y attache, cherchez toujours s'il ne s'agit pas d'un syndrome parkinsonien provoqué par la prise de neuroleptiques.

La maladie de Parkinson se traite par la lévodopa associée à un inhibiteur de la décarboxylase périphérique (Modopar®, Sinemet®). Le diagnostic et le traitement nécessitent une consultation neurologique.

### **Tremblement cérébelleux**

Si vous évoquez ce diagnostic, suggérez une consultation neurologique.

#### **Remarques**

Tremblent aussi les alcooliques, les hyperthyroïdiens, les malades traités par la dépakine, le lithium, la ciclosporine. Mais ce tremblement physiologique, exagéré par l'alcool et le médicament, n'est pas le motif de la consultation.

Un tremblement de l'enfant ou de l'adolescent doit faire évoquer une maladie du métabolisme du cuivre, la maladie de Wilson. Suggérez une consultation neurologique.

- › Quelques fatigues pathologiques.
- › Attention aux dépressions masquées !

## Un peu de clinique

La fatigue est un motif très fréquent de consultation. D'après les sondages, près d'un français sur deux se dit fatigué « de temps en temps » ou « souvent ».

Sous le terme de « fatigue » se cachent en réalité deux situations bien différentes :

- *dans la minorité des cas, la fatigue traduit une maladie somatique*, endocrinienne (insuffisance surrénale ou thyroïdienne), hépatique (cirrhose, hépatites), neuromusculaire (myasthénie, sclérose en plaques...) ou la convalescence d'une maladie infectieuse (grippe, mononucléose...). Ce ne sont pas ces fatigués qui vous demandent de l'aide ;
- *dans 90 % des cas, la fatigue traduit un mal-être*. Dire qu'on est fatigué(e), c'est une façon comme une autre de dire « qu'on est mal dans sa peau », « qu'on n'a plus envie de rien », qu'on en a « plein le dos », « ras le bol » du patron, des collègues, des voisins, des enfants, du mari, etc. Cette fatigue-là a des caractères bien particuliers :
  - elle prédomine le matin (« Voyez comme je suis fatigué, je suis fatigué dès que je me lève ») ;
  - elle n'est pas calmée par le repos ;
  - elle varie d'un jour à l'autre ;
  - elle s'accompagne volontiers de troubles de la mémoire, du sommeil, de l'appétit ;
  - elle traduit un état dépressif qui peut être réactionnel (à une situation difficile à vivre, un échec, un deuil...) et passager ; mais qui peut aussi être sans cause (« Je n'ai pas besoin d'avoir des soucis pour me faire du souci »), s'inscrivant dans le cadre d'un mal profond.

## Votre conseil

Conseillez un des très nombreux anti-asthéniques présents sur le marché. Leur efficacité n'est pas démontrée, mais ils constituent de bons soutiens psychologiques.

Évitez toutefois les médicaments qui contiennent de l'alcool ou des vitamines A et D, dangereuses en cas de surdosage. *Proposez :*

- de la sulbutiamine : Arcalion®, 3 dragées par jour, pendant 2 à 4 semaines ; cette spécialité dérivée de la vitamine B1 aurait un certain effet désinhibiteur ;

- des acides aminés :
  - Activarol® : 1 ampoule 3 fois par jour ;
  - Clérégil® : 1 ampoule 3 fois par jour ;
  - Sargénor® : 3 comprimés effervescents ou 3 ampoules par jour.
- des vitamines :
  - de la vitamine C : Laroscorbine® 500 mg ou 1 g, 1 comprimé à croquer par jour ;
  - de la vitamine C associée à des acides aminés : Revitalose®, 1 ampoule A et une ampoule B par jour ;
  - des vitamines B1 et B6 : Princi B®, 1 comprimé 3 fois par jour.

*Si la fatigue perdure, suggérez une consultation médicale et une prise en charge psychothérapique.*

### **Méfiez-vous !**

- Des fatigues du post-partum, de la ménopause, de la retraite. Elles traduisent des états dépressifs qui peuvent être très sévères.
- Des fatigues des malades « tristes à mourir » dont la douleur morale est extrême ; elles sont le signe d'une mélancolie. Le risque suicidaire est ici très grand.

- Aux angoisses passagères sont destinées de nombreuses préparations à base de plantes.
- Quelques angoisses graves à savoir reconnaître.

## Un peu de clinique

Ni l'inquiétude, ni la peur, mais l'angoisse...

L'inquiétude et la peur sont « légitimes ». On s'inquiète des conséquences possibles d'une situation collective, familiale, personnelle, potentiellement dangereuse. Je suis inquiet(e), il est tard et il n'est pas rentré(e), le prix des loyers augmente, elle a de mauvais résultats scolaires, etc. On a peur d'un danger réel ou supposé : j'ai peur en avion, de la foudre, de devenir aveugle, etc.

L'angoisse est une appréhension sans objet, qui nous étreint brusquement, gratuitement, sans cause apparente ou déclenchée par un souci qui ne lui est pas proportionné. Elle peut être très difficile à supporter, très douloureuse. Elle peut s'accompagner de symptômes traduisant sa « somatisation » : impression de « boule » dans la gorge, sensation d'étouffement, palpitations, sueurs, ballonnements, etc., et d'insomnie. Aussi le pharmacien est-il souvent appelé à l'aide.

## Votre conseil

*L'angoisse passagère, récente, maîtrisée, est banale. Pour la soulager, conseillez :*

- une phytothérapie à base d'aubépine : Sympathyl<sup>®</sup>, 4 comprimés par jour ;
- un mélange d'aubépine, de passiflore, de valériane : Euphytose<sup>®</sup>, 1 ou 2 comprimés 3 fois par jour ;
- un mélange d'aubépine et de passiflore : Passiflorine<sup>®</sup>, 1 ou 2 cuillérées à café ou 2 gélules matin et soir ;
- ou un peu de Spasmine<sup>®</sup>, association d'aubépine et de valériane, 2 comprimés 3 fois par jour.

*Méfiez-vous en revanche :*

- des angoisses remontant à l'enfance ou à l'adolescence ;
- des angoisses avec tristesse, idées noires, perte de l'élan vital, démotivation ; elles traduisent un état dépressif :
  - qui peut être réactionnel et passager,
  - ou aussi bien traduire une dépression grave.

*Suggérez une consultation chez le médecin traitant.*

## Usage au long cours des benzodiazépines

Vous avez sûrement parmi vos patient(e)s des habitué(e)s des tranquillisants car les Français en consomment énormément et beaucoup plus que de raison. La plupart sont des benzodiazépines.

L'usage au long cours des benzodiazépines pose problème à cause de la tolérance (diminution de leurs effets), de l'accoutumance (comme pour la morphine), des troubles de la mémoire qu'induit un traitement prolongé. Mais vous verrez certainement des accros aux benzodiazépines en dépit de la réglementation qui réduit leur durée de prescription.

Vous rencontrerez aussi des patients qui usent des benzodiazépines en les prenant pour des antidépresseurs. Cet usage est inadapté (les benzodiazépines n'ont pas de vertus antidépressives) mais également dangereux car pouvant aggraver la dépression en cas d'usage prolongé.

Chaque fois que vous le pourrez, attirez l'attention de ces usagers chroniques sur les risques qu'ils prennent. Vous ferez œuvre de santé publique.

- Ça ira mieux après-demain.
- Donnez avec conviction et empathie quelques conseils de bon sens et un petit placebo.

### Un peu de clinique

Trop tard pour réviser ou pour apprendre la partie du programme que malheureusement on n'a pas vue. En revanche, il est encore temps de se mettre dans les meilleures conditions physiques et psychologiques possibles.

### Votre conseil

Donnez quelques conseils d'hygiène :

- se détendre sans fatigue physique ni émotions excessives : musique, promenade, DVD divertissant, jeu vidéo, etc. ;
- dîner légèrement ;
- se coucher tôt.

À ceux qui redoutent un déficit intellectuel passager, suggérez un médicament placebo pouvant passer pour psychotonique. Dans cette gamme, les meilleurs sont ceux qui ont un nom évocateur d'efficacité intellectuelle :

- Dynamisan® : 3 gélules par jour ;
- Revitalose® : 1 dose par jour (1 ampoule A + 1 ampoule B) dans un peu d'eau le matin à jeun.

- › Petits sédatifs légers et sans risque d'accoutumance pour les insomniaques passagers.
- › Patience et sédatifs légers aux « accros » aux somnifères.
- › Attention aux dépressions masquées !

## Un peu de clinique

Les insomniaques sont nombreux et il y a beaucoup de variétés d'insomnies.

### Insomnie banale, récente

Certains insomniaques dorment mal depuis peu. Ils ne tardent pas à vous dire qu'ils sont préoccupés, inquiets. Un examen, des difficultés professionnelles, des soucis familiaux, un dépit amoureux les tracassent et retardent leur endormissement ou avancent l'heure de leur réveil.

L'insomnie est ici banale, plus marquée certes chez l'anxieux mais banale.

### Insomnie de la dépression

D'autres insomniaques sont la proie d'un état dépressif qu'il faut savoir reconnaître, bien que souvent masqué. L'insomnie est ici *matinale*, dans les dernières heures du sommeil, avec un réveil précoce en fin de nuit, alors que l'endormissement est facile. La fatigue est habituelle ; elle est également matinale, dès le lever.

Les manques d'ardeur, d'enthousiasme, de projets, d'intérêt pour les proches et pour les choses de la vie, sont plus difficiles à mettre en évidence.

Une dépression peut être très douloureuse, et grave.

### Insomnie chronique

D'autres insomniaques enfin dorment mal depuis très longtemps. Ils ont consulté à plusieurs reprises sans résultat. Ils ont la sensation de ne pas dormir du tout (ce qui est objectivement faux) ou de mal dormir, ou de ne pas récupérer.

Ils ont un attachement souvent obsessionnel à un ou plusieurs hypnotiques, qu'ils vous réclament en dépit des dispositions réglementaires. Le pharmacien est bien placé pour les aider à se sevrer, mais c'est difficile !

## Votre conseil

### Insomnie banale, récente

À ces surmenés, ces inquiets, qui ont besoin d'une aide transitoire, proposez :

- une phytothérapie à base d'aubépine : Sympathyl<sup>®</sup>, 2 comprimés le soir ;
- un mélange d'aubépine, de passiflore, de valériane : Euphytose<sup>®</sup>, 1 ou 2 comprimés le soir ;
- un mélange d'aubépine et de passiflore : Passiflorine<sup>®</sup>, 1 ou 2 cuillerées à café ou 2 gélules le soir ;
- ou un peu de Spasmine<sup>®</sup>, association d'aubépine et de valériane, 2 comprimés le soir ;
- ou une phénothiazine anti-H1 réputée pour ses propriétés sédatives :
  - de la prométhazine : Phénergan<sup>®</sup>, 1 ou 2 comprimés le soir,
  - de la doxylamine : Donormyl<sup>®</sup>, ½ à 2 comprimés le soir une demi-heure avant le coucher,
  - si vous délivrez une phénothiazine anti H1 :
    - prévenez les conducteurs qu'ils peuvent s'endormir au volant,
    - évoquez ses effets atropiniques possibles comme la sécheresse de la bouche, la constipation, les difficultés à uriner et chez les personnes prédisposées, le glaucome,
    - évitez cette prescription chez la femme enceinte ou allaitante.

### Insomnie de la dépression

Si vous soupçonnez un état dépressif, suggérez une consultation médicale, et si possible une psychothérapie.

### Insomnie chronique

Donnez inlassablement beaucoup d'explications sur ce problème et essayez Spasmine<sup>®</sup> ou Euphytose<sup>®</sup> (voir plus haut).



➤ Les médicaments traditionnels contre le mal de mer ont souvent des effets secondaires.

## Un peu de clinique

Le mal des transports frappe, paraît-il, 5 % de la population. Il est favorisé par :

- l'angoisse ;
- la peur (de l'avion, du bateau, de l'auto) ;
- l'alcool et le tabac ;
- la fatigue et le manque de sommeil.

## Votre conseil

*Rappelez quelques mesures classiques :*

- voyager l'estomac modérément rempli et non pas à jeun ;
- éviter l'alcool ;
- en bateau, se tenir plutôt sur le pont qu'en cabine, en avion, occuper de préférence le centre de l'appareil ;
- dormir ;
- fuir les lieux malodorants.

*Conseillez des antihistaminiques H1 :*

- diphenhydramine : Nautamine®, 1 comprimé ou 1 comprimé 1/2 une demi-heure avant le départ, puis un toutes les 6 heures, sans dépasser 6 par jour ;
- dimenhydrinate : Mercalm®, 1 ou 2 comprimés toutes les 6 heures, sans dépasser 6 par jour, chez l'adulte ; 1 comprimé toutes les 6 heures chez l'enfant de plus de 6 ans ; 1/2 comprimé chez l'enfant de 2 à 6 ans.

Ces médicaments entraînent souvent une somnolence (souvent bienvenue mais parfois importante), majorée par la prise d'alcool. Ils ont un effet atropinique qui peut provoquer une sécheresse de la bouche, une constipation, de la dysurie. Ne les conseillez pas aux prostatiques, aux glaucomateux.

Si vous êtes amené(e) à délivrer de la scopolamine sous forme de Scopoderm TTS® : 1 mg/72 heures, (liste I) :

- recommandez d'appliquer le patch entre 6 et 12 heures avant le départ, et de le retirer à la fin du voyage, de renouveler l'application toutes les 72 heures ;
- attirez l'attention sur les effets atropiniques de la scopolamine.

# Comment me protéger du paludisme ?

- › Il faut toujours se protéger des moustiques.
- › La chimioprophylaxie est adaptée aux pays visités.

## Un peu de clinique

Le paludisme est la parasitose la plus répandue dans le monde. Il sévit dans toute la zone intertropicale (à l'exception des Caraïbes, de la Réunion, de la Nouvelle-Zélande et de l'Australie). Le paludisme est dû à un hématozoaire du genre *Plasmodium* transmis par des moustiques, les anophèles.

La plupart des cas de paludisme observés en France sont contractés en Afrique subsaharienne ; dans 80 % des cas ils sont dus à *plasmodium falciparum* (le plus dangereux).

## Votre conseil

### Conseillez d'abord de se protéger des moustiques

La première et la meilleure façon de se protéger du paludisme est de se protéger des moustiques. Surtout au moment où ils piquent, c'est-à-dire entre le coucher et le lever du soleil. *Conseillez :*

- d'éloigner les insectes, avec des diffuseurs d'insecticides à base de pyréthri-  
noïdes, la nuit y compris dans les chambres d'enfants, Insectane®, Cinq sur  
cinq®, Mousticologne® ;
- de porter le soir des vêtements longs, couvrant les bras et les jambes, serrés  
aux poignets et aux chevilles, éventuellement imprégnés de perméthrine  
(insecticide) à 4 % ou 8 % à l'aide d'un pulvérisateur : Biovectrol Tissu®, Insect  
Ecran Vêtements®, Repel trempage® ;
- d'appliquer sur les parties découvertes un produit contenant un répulsif ne  
tuant pas les moustiques mais les éloignant :
  - DEET®, gamme Insect Ecran® 50 %, ou Mousticologne® zone infestée  
20 %,
  - IR3535®, gamme Cinq sur Cinq®, ou Moustifluid® ;
- de dormir dans des pièces dont les fenêtres, les bouches d'aération, sont pro-  
tégées par des grillages anti-moustiques, même les pièces climatisées (car la  
climatisation réduit l'agressivité des moustiques, mais ne les empêche pas de  
piquer) ;
- de dormir sous une moustiquaire imprégnée de perméthrine disponible dans  
les magasins de sports et voyages ou de deltaméthrine (kit d'imprégnation  
Cinq sur Cinq®).

## Conseillez de suivre une chimioprophylaxie

La seconde façon de se protéger du paludisme, c'est de suivre une chimioprophylaxie.

La chimioprophylaxie est une seconde ligne de défense. Elle n'empêche pas l'inoculation du parasite par un moustique piqueur, mais elle prévient les accès palustres en contrariant le cycle du parasite après qu'il ait été inoculé par l'anophèle.

La chimioprophylaxie doit être commencée la veille du départ afin que la concentration du médicament dans le sang soit suffisante dès l'arrivée en zone de paludisme (dix jours avant pour le Lariam®). Elle doit être poursuivie trois à six semaines après le retour en France, le temps que le cycle parasitaire s'achève. La chimioprophylaxie tient compte des régions visitées, classées par l'OMS en trois groupes selon le degré de résistance des *plasmodium* de la région à la Nivaquine® et à la Paludrine®. Des schémas de prophylaxie sont publiés chaque année en juin dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH) édité par l'Institut de veille sanitaire ([www.invs.sante.fr](http://www.invs.sante.fr)).

Vous serez donc amené(e) à délivrer selon les cas :

- de la chloroquine : Nivaquine® 100, comprimés à 100 mg, sirop à 25 mg par cuiller-mesure (enfants de moins de 12 ans), comprimés à 300 mg (adultes) ;
- une association de chloroquine et de proguanil : Savarine®, réservée à l'adolescent de plus de 15 ans et à l'adulte (ces deux spécialités sont inscrites sur la liste II) ;
- une association de proguanil et d'atovarone : Malarone®, comprimés enfant et adulte ;
- de la méfloquine : Lariam®, comprimés à 250 mg ;
- ou de la vibramycine : Doxypalu®, comprimés à 50 et 100 mg (interdit à l'enfant de moins de 8 ans et à la femme enceinte) ;
- Malarone®, Lariam® et Doxypalu® sont inscrits sur la liste I.

L'indication d'une chimioprophylaxie tient compte à la fois du lieu du séjour et du mode de vie pendant le séjour. Un séjour bref (dix à quinze jours), en ville, dans de bonnes conditions hôtelières, ne nécessite pas forcément de chimioprophylaxie. En revanche, un séjour loin des centres urbains, en « camping » (sauf au-dessus de 1 500 m en Afrique, de 2 500 m en Amérique latine) impose une chimioprophylaxie.

Un séjour très prolongé (de plus de trois mois), peut faire préférer une autre méthode de prévention.

### Urgences

Rappelez bien que le risque de paludisme reste très grand dans les quatre et même six semaines qui suivent le retour : toute fièvre même isolée et apparemment banale doit faire **consulter immédiatement un généraliste**.

- › Des précautions d'hygiène peuvent éviter la diarrhée du voyageur.
- › Emporter du lopéramide si malgré tout...

## Un peu de clinique

La turista, ou diarrhée des voyageurs, est très banale (d'après certaines études, plus de 50 % des voyageurs en pays chauds en sont frappés).

Elle est généralement bénigne (sauf chez les personnes âgées, les enfants en bas âge) et résolutive en 4 ou 5 jours, mais elle peut venir « gâcher » un voyage... ou l'ambiance d'un groupe.

La diarrhée des voyageurs n'a rien de mystérieux. C'est une infection digestive (à colibacille le plus souvent, mais aussi à d'autres germes) contractée par voie alimentaire ou hydrique. Autrement dit, c'est une infection colportée par voie « fécale-orale » ; c'est une maladie qu'on attrape en mangeant des aliments souillés par des cuisiniers, des serveurs négligents, dont les mains sont sales.

## Votre conseil

### Conseillez des mesures d'hygiène

Pour le voyageur, le meilleur moyen d'éviter la « turista », est d'observer des *mesures d'hygiène* :

- appliquer strictement la règle : « *boil it, cook it, peel it, or forget it* » (« il faut le faire bouillir, le cuire, l'éplucher ou l'oublier ») ;
- ne consommer que des plats chauds « servis brûlants » en évitant les crudités et les aliments cuits mais consommés froids et conservés au réfrigérateur ;
- éviter les crèmes glacées, les mayonnaises ;
- faire bouillir le lait, éviter les produits laitiers non industriels (yaourts locaux, laits caillés) ;
- ne boire que de l'eau en bouteille capsulée et ouverte devant soi, en évitant de la refroidir avec des glaçons ;
- préférez les boissons chaudes (thé, café) ;
- ne se brosser les dents qu'avec de l'eau désinfectée ou de l'eau tiède ;
- désinfecter l'eau avec de l'Hydroclonazone® : 1 comprimé par litre d'eau.

### Lopéramide

Vous pouvez proposer à votre voyageur d'emporter un peu de lopéramide qu'il utilisera si la diarrhée survient malgré ces précautions :

- Altocel® ;
- Dyspagon® ;

- Imosset® ;
- 2 gélules à 2 mg d'emblée chez l'adulte, 1 gélule chez l'enfant de plus de 8 ans, puis 1 gélule après chaque selle non moulée sans dépasser 8 gélules par jour chez l'adulte, 6 gélules chez l'enfant, 2 jours de suite. Arrêter le traitement dès que les selles recommencent à être formées.

### **Attention !**

Le lopéramide :

- est déconseillé à la femme enceinte ;
- n'est pas indiqué en cas de diarrhée fébrile (plus de 38 °C) ou s'accompagnant de sang dans les selles. Dans ce cas, avoir recours à un médecin dès que possible. Il pourrait s'agir d'une amibiase ou d'une shigellose.

# Je souhaite me protéger du soleil

› Vous avez raison, le soleil est l'ennemi sournois de toutes les peaux.

## Un peu de clinique

Le soleil, si agréable, peut se révéler dangereux. Il est la cause :

- du coup de soleil ou érythème actinique, une brûlure cutanée due aux rayons ultra-violet B ;
- du coup de chaleur ou insolation, une hyperthermie qui peut être mortelle ;
- de photodermatoses, les unes bénignes comme la lucite estivale bénigne, dermatose un peu gênante mais qui guérit vite, d'autres redoutables comme le mélanome, qui est une tumeur maligne tuant en quelques mois ;
- du vieillissement cutané, le « photo-aging » qui creuse de grosses rides aux endroits exposés et que l'on voit encore au cou des vieux agriculteurs.

## Votre conseil

Vous pouvez éviter tous ces désagréments à vos patients en leur donnant quelques conseils. *Conseillez :*

- d'éviter les bains de soleil lorsque l'ensoleillement est maximum, c'est-à-dire tant que le soleil est haut sur l'horizon, autour de midi ;
- de tenir compte de la réflexion des rayons solaires par le sol (neige : + 85 %, sable : + 35 %, herbe : + 3 %) ;
- de porter chapeau ou casquette et lunettes de soleil ;
- de ne pas oublier que certains médicaments sont photosensibilisants et favorisent donc les coups de soleil. Il en est ainsi notamment, de certaines cyclines (Mynocine®, Vibramycine®), des quinolones (Noroxine®, Ofloce®t®, Péflicine®), de certains sulfamides hypoglycémiant (Daonil®), de beaucoup d'antidépresseurs (Anafranil®, Laroxyl®) et phénothiazines (Largactil®, Melleril®, Tercian®), de la Cordarone®, du Sintrom®, etc. ;
- de se munir de crèmes de protection à indice élevé en sachant que les indices ne sont qu'indicatifs surtout pour les rayons ultraviolets A, responsables des photodermatoses et du vieillissement cutané. Pour une peau claire, choisissez une crème 20 UV B et 6 UV A, pour une peau mate, ne descendez pas au-dessous de 14 UV B et 4 UV A.

Lorsque vous délivrez une crème solaire, insistez sur la nécessité de l'appliquer 30 minutes avant l'exposition au soleil, de renouveler cette application toutes les heures et après chaque bain.

Si, malgré toutes ces précautions, survient un coup de soleil, conseillez d'appliquer sur les zones irritées une émulsion réhydratante : la Biafine®, une pommade à l'oxyde de zinc calmante comme la pâte à l'eau : Aloplastine®.

› Une brûlure? Vite de l'eau froide.

## Un peu de clinique

Vous ne verrez à l'officine que des brûlures légères, c'est-à-dire des brûlures peu étendues du premier degré (n'attaquant que la partie la plus superficielle de l'épiderme) ou du second degré (prenant l'épiderme et une partie du derme).

## Votre conseil

Le premier geste, le plus important et le plus urgent, consiste à faire couler de l'eau froide. Placez la partie brûlée sous l'eau froide pendant 20 minutes, montre en main. Le refroidissement calme la douleur, diminue la réaction inflammatoire et limite la profondeur des lésions.

Ce geste est le meilleur traitement de la brûlure, mais, il n'est efficace que dans les premières minutes suivant l'accident.

Si malgré tout apparaît une brûlure, mettez sur la partie brûlée :

- une émulsion réhydratante : la Biafine® en couche épaisse débordant la surface de la lésion ;
- un pansement « gras », couche de tulle imprégné de vaseline : Vaselitulle®.

Poursuivez ce traitement 3 ou 4 jours si n'apparaissent pas de cloques (brûlure du premier degré).

Si se forment des phlyctènes (des cloques) :

- conservez-les si elles ne sont pas flétries ou percées, dans le cas contraire enlevez la peau décollée (le couvercle des bulles) avec un petit ciseau ;
- désinfectez pendant une semaine environ avec un antiseptique aqueux : du Dakin® ou de la chlorexidine : Plurexid® ou Mercryl® solution moussante ou Chlorexidine unidose Gilbert®. Ne mettez pas d'alcool ni de colorants ni d'eau oxygénée ;
- recouvrez d'une couche de tulle gras Vaselitulle® et d'une couche de compresses sèches et renouvelez ce pansement tous les deux jours.



# J'ai été piqué(e) par une abeille

› Ce n'est pas grave, sauf si vous êtes allergique.

## Un peu de clinique

La majorité des piqûres d'hyménoptères (abeille, guêpe, frelon) sont certes douloureuses mais bénignes. Elles ne provoquent en général qu'une réaction locale autour du point de piqûre sous la forme d'une plaque rouge et gonflée pendant 24 à 48 heures.

Elles peuvent être graves en cas de piqûres multiples (essaim) en raison de la grande quantité de venin injecté. La dose létale dépend de l'âge et du poids du sujet ainsi que de l'insecte en cause (les piqûres de frelon sont plus graves que les piqûres de guêpes qui sont plus graves que les piqûres d'abeilles).

Elles peuvent également être graves chez l'allergique aux venins d'hyménoptères qui peut faire un choc anaphylactique parfois mortel. Dix à trente minutes après la piqûre se produit une urticaire généralisée, un œdème du visage, une oppression thoracique bientôt suivis d'un état de choc avec essoufflement, pâleur chute de tension et perte de la conscience.

Elles peuvent être asphyxiantes lorsqu'elles ont lieu dans la bouche, l'insecte, dissimulé dans un fruit, ayant été avalé.

## Votre conseil

### Piqûre sans caractère de gravité

Neutralisez d'abord le venin :

- avec un tampon d'eau de Javel ;
- ou en approchant de la piqûre une cigarette allumée ou un allume-cigare de voiture pendant une à deux minutes (sans brûler la peau !) ;
- ou en plongeant la partie atteinte dans de l'eau très chaude pendant un quart d'heure.

S'il s'agit d'une piqûre d'abeille, retirez le dard avec une pince à épiler ou en raclant avec une lame (les abeilles laissent leur dard cranté dans le derme au contraire des guêpes).

Désinfectez (chlorexidine, bétadine) et éventuellement appliquez une vessie de glace. Ôtez les bagues en cas de piqûre aux doigts afin de ne pas aggraver l'œdème.

Ne mettez pas de crème calmante sur la piqûre. Ces crèmes comportent soit un antihistaminique (Phenergan®, Apaisil®, IstamyI®, etc.) soit un anesthésique (Quotane®). Elles sont parfois allergisantes.

Proposez en revanche d'appliquer de l'ammoniaque ou du vinaigre qui passent pour calmer la douleur.

**Si l'abeille ou la guêpe a été avalée** et risque d'avoir piqué la gorge :

- faites sucer un glaçon ;
- à la moindre gêne respiratoire, **appelez le Samu**.

## **Choc anaphylactique**

À la moindre sensation de malaise chez un allergique, couchez le patient sur le dos, jambes surélevées et **appelez le Samu**.

S'il se sait allergique aux venins d'hyménoptères il possède peut-être une seringue auto-injectable d'adrénaline (épinephrine). Encouragez-le à se faire une auto-injection IM dans la cuisse.

L'injection d'adrénaline est le traitement du choc anaphylactique (et non l'injection de corticoïdes ou d'antihistaminiques). Elle se fait au moyen de seringues auto-injectables :

- Anapen<sup>®</sup>, dosée à 0,30 et 0,15 mg d'adrénaline (liste I) ;
- Anahelp<sup>®</sup>, dosée à 1 mg d'adrénaline par mL et permettant d'injecter une quantité variable d'adrénaline (liste I).

# Index par maladies

## A

**Acné** : Ma fille a de l'acné, *voir fiche 73*

**Acouphènes** : J'ai des bourdonnements d'oreille, *voir fiche 13*

**Aérophagie** : J'ai de l'aérophagie, *voir fiche 38*, *voir aussi* : Constipation, *voir fiche 39*, Diarrhée, *voir fiche 40*, Digestion, *voir fiche 32*, Foie, *voir fiche 35*, Indigestion, *voir fiche 31*

**Angine adulte** : J'ai mal à la gorge, *voir fiche 8*

**Angine enfant** : Mon enfant a mal à la gorge, *voir fiche 7*

**Angoisses** : Je suis angoissé(e), *voir fiche 85*, *voir aussi* : Stress avant un examen, *voir fiche 86*

**Aptes** : J'ai des aphtes dans la bouche, *voir fiche 27*

**Asthme** : J'ai de l'asthme, *voir fiche 20*

**Athletic foot**, *voir* : Pied d'athlète, *voir fiche 69*

## B

**Bouche sèche** : J'ai la bouche sèche, *voir fiche 28*

**Bouffées de chaleur** : J'ai des bouffées de chaleur, *voir fiche 64*

**Bouton de fièvre** : J'ai un bouton sur la lèvre, *voir fiche 25*

**Bronchiolite** : Mon bébé a une bronchiolite, *voir fiche 19*, *voir aussi* : Toux enfant, *voir fiche 17*

**Brûlures** : Je me suis brûlé(e), *voir fiche 92*

## C

**Céphalées** : J'ai mal à la tête, *voir fiche 81*, *voir aussi* : J'ai souvent mal à la tête, *voir fiche 82*

**Cervicalgie** : J'ai mal au cou, *voir fiche 50*, *voir aussi* : Torticolis, *voir fiche 51*

**Cheveux** : Je perds mes cheveux, *voir fiche 65*

**Claquage**, *voir* : Élongation, *voir fiche 54*

**Constipation** : Je suis constipé(e), *voir fiche 39*

**Contraception d'urgence**, *voir* : Pilule du lendemain, *voir fiche 62*

**Crampes** : J'ai des crampes la nuit, *voir fiche 57*

**Cystite**, *voir* : Brûlures urinaires, *voir fiche 46*

## D

**Diarrhée** : J'ai la diarrhée, *voir fiche 40*, *voir aussi* : Comment éviter la turista ?, *voir fiche 90*

**Diarrhée enfant** : Mon bébé a la diarrhée, *voir fiche 41*

**Digestion** : J'ai des digestions difficiles, *voir fiche 32*, *voir aussi* : Aérophagie, *voir fiche 38*, Crise de foie, *voir fiche 35*, Indigestion, *voir fiche 31*, Vomissements, *voir fiche 33*

**Douleur** : J'ai mal, *voir fiche 4*, *voir aussi* : Mal à la tête, *voir fiche 81* et *fiche 82*, Lombalgies, *voir fiche 52*, *voir aussi* J'ai mal au cou, *voir fiche 50*, J'ai mal aux jambes, *voir fiche 56*

**Dysmenorrhée** : J'ai (ma fille a) des règles douloureuses, *voir fiche 61*

## E

**Échauffement**, *voir* : Intertrigo, *voir fiche 68*

**Écoulement**, *voir* : Écoulement de la verge, *voir fiche 47*

**Élongation** : J'ai une élongation, un claquage, *voir fiche 54*

**Enrouement** : Je suis enroué(e), *voir fiche 10*

**Entorse** : J'ai une entorse (de la cheville), *voir fiche 55*

**Épistaxis** : Je saigne du nez, *voir fiche 14*

**Érythème fessier du nourrisson** : Mon bébé a les fesses rouges, *voir fiche 74*

**Estomac** : J'ai des brûlures d'estomac, des aigreurs, *voir fiche 37*, J'ai mal à l'estomac, *voir fiche 36*, *voir aussi* : Aérophagie, *voir fiche 38*, Crise de Foie, *voir fiche 35*, Indigestion, *voir fiche 31*, Vomissements, *voir fiche 33*

## F

**Fatigue** : Je suis fatigué(e), *voir fiche 84*

**Fièvre** : J'ai de la fièvre, *voir fiche 1*

**Fièvre enfant** : Mon enfant a de la fièvre, *voir fiche 2*

**Fièvre nourrisson** : Mon bébé a de la fièvre, *voir fiche 3*

**Foie** : J'ai une crise de foie, *voir fiche 35*, *voir aussi* : Aérophagie, *voir fiche 38*, Indigestion, *voir fiche 31*, Vomissements, *voir fiche 33*

**Fourmis dans les mains** : J'ai des fourmis dans les mains, *voir fiche 53*

## G

**Gorge** : J'ai mal à la gorge, *voir fiche 8*

**Gorge enfant** : Mon enfant a mal à la gorge, *voir fiche 7*

**Grippe** : J'ai la grippe, *voir fiche 18*

## H

**Halitose** : J'ai mauvaise haleine, *voir fiche 29*

**Hémorroïdes** : J'ai des hémorroïdes, *voir fiche 43*, *voir aussi* : Selles sanglantes, *voir fiche 42*

**Hoquet** : J'ai le hoquet, *voir fiche 30*

**Hypertension artérielle** : J'ai de la tension, *voir fiche 22*

## I

**Incontinence d'urines** : Je perds mes urines, *voir fiche 48*

**Indigestion** : J'ai une indigestion, *voir fiche 31*, *voir aussi* : Aérophagie, *voir fiche 38*, Crise de Foie, *voir fiche 35*, Vomissements, *voir fiche 33*

**Insomnie** : Je dors mal, *voir fiche 87*

**Intertrigo** : J'ai un échauffement, *voir fiche 68*

## **J**

**Jambes douloureuses** : J'ai mal aux jambes, *voir fiche 56, voir aussi : Jambes lourdes, voir fiche 23*

**Jambes lourdes** : J'ai les jambes lourdes, *voir fiche 23, voir aussi : Jambes douloureuses, voir fiche 56*

## **L**

**Langue noire** : J'ai la langue noire, *voir fiche 26*

**Lombalgie** : J'ai mal aux reins, *voir fiche 52, voir aussi : Douleur, voir fiche 4*

## **M**

**Maigrir** : J'ai maigri, *voir fiche 59* et : Je veux maigrir, *voir fiche 58*

**Mains moites** : J'ai les mains moites, *voir fiche 71*

**Migraines**, *voir : J'ai souvent mal à la tête, voir fiche 82*

## **O**

**Œil collé** : J'ai les yeux collés, *voir fiche 76*

**Œil douloureux** : J'ai une douleur oculaire, *voir fiche 77*

**Œil, éclair dans** : Je vois des éclairs, des mouches, *voir fiche 78*

**Œil, plaie** : Mon œil est blessé, que faire ?, *voir fiche 79*

**Œil rouge** : J'ai l'œil rouge, *voir fiche 75*

**Ongle incarné** : J'ai un ongle incarné, *voir fiche 72*

**Oreille douloureuse** : J'ai mal à l'oreille, *voir fiche 11*

**Oreille douloureuse enfant** : Mon enfant a mal à l'oreille, *voir fiche 12*

**Otalgie**, *voir : Oreille douloureuse, voir fiche 11*

## **P**

**Palpitations** : J'ai des palpitations, *voir fiche 21*

**Paludisme** : Comment me protéger du paludisme ?, *voir fiche 89*

**Peau sèche** : J'ai la peau sèche, *voir fiche 70*

**Pertes vaginales** : J'ai des pertes vaginales, *voir fiche 63*

**Pied d'athlète** : J'ai un pied d'athlète, *voir fiche 69*

**Pilule du lendemain** : Je voudrais la pilule du lendemain, *voir fiche 62*

**Piqûre d'abeille** : J'ai été piqué(e) par une abeille, *voir fiche 93*

**Poux** : Il (elle) a des poux, *voir fiche 66*

**Prurit anal** : J'ai un prurit anal, *voir fiche 44, voir aussi : Hémorroïdes, voir fiche 43*

## **R**

**Règles douloureuses** : J'ai (ma fille a) des règles douloureuses, *voir fiche 61*

**Rétention d'eau** : Je fais de la rétention d'eau, *voir fiche 60*

**Rhume** : J'ai un rhume, *voir fiche 5, voir aussi* : Sinusite, *voir fiche 9*

**Rhume enfant** : Mon enfant a un rhume, *voir fiche 6*

## **S**

**Selles sanglantes** : J'ai du sang dans les selles, *voir fiche 42, voir aussi* : Hémorroïdes, *voir fiche 43*

**Sinusite** : J'ai une sinusite, *voir fiche 9, voir aussi* : Rhume, *voir fiche 5* et Rhume enfant, *voir fiche 6*

**Soleil, protection** : Je souhaite me protéger du soleil, *voir fiche 91*

**Sommeil**, *voir* : Insomnie, *voir fiche 87*

**Stress, veille d'examen** : Je passe un examen demain, *voir fiche 86, voir aussi* : Angoisses, *voir fiche 85*

## **T**

**Torticolis** : J'ai un torticolis, *voir fiche 51, voir aussi* : Cervicalgie, *voir fiche 50*

**Toux** : Je tousse, *voir fiche 15*

**Toux et expectoration** : Je tousse et je crache, *voir fiche 16*

**Toux de l'enfant** : Mon enfant tousse, *voir fiche 17*

**Transports** : J'ai le mal des transports, *voir fiche 88*

**Tremblement** : Ma main tremble, *voir fiche 83*

**Turista** : Comment éviter la turista ?, *voir fiche 90, voir aussi* : Diarrhée, *voir fiches 40 et 41*

## **U**

**Urétral, écoulement** : J'ai un écoulement de la verge, *voir fiche 47*

**Urinaires, brûlures** : J'ai des brûlures urinaires, *voir fiche 46*

**Urine, incontinence** : Je perds mes urines, *voir fiche 48*

**Uriner la nuit** : Je me lève la nuit pour uriner, *voir fiche 49*

## **V**

**Varices** : J'ai des varices, *voir fiche 24, voir aussi* : Jambes lourdes, *voir fiches 23 et 56*

**Verrues** : J'ai des verrues, *voir fiche 67*

**Vers** : J'ai des vers, *voir fiche 45, voir aussi* : Prurit anal, *voir fiche 44*

**Vertiges** : La tête me tourne, *voir fiche 80*

**Vomissements** : J'ai envie de vomir, *voir fiche 33, voir aussi* : Crise de foie, *voir fiche 35, Indigestion, voir fiche 31*

**Vomissements du nourrisson** : Mon bébé vomit, *voir fiche 34*

**Voyages**, *voir* : Paludisme, *voir fiche 89, Soleil, voir fiche 91, Mal des transports, voir fiche 88, Turista, voir fiche 90*