

ERRATUM – INFORMATIONS

Mise à jour



- Médicaments qui peuvent influencer la TSH:

TSH ↓			
Aluminiumhydroxide	Chlorpromazine	Halopéridol	Pentazocine
Aminoglutéthimide	Coléstyramine	Héroïne	Perchlorate
Amiodarone	Clofibrate	Iode	Sulfonamides
Apomorphine	Coléstipole	Kétokonazole	Sulpiride
Bensérazide	Cyclophosphamide	Lithium	Théophylline
Buprénorphine	Dompéridone	Méthimazole	TRH
Carbimazole	Éphédrine	Métoclopramide	
Carbonate de Ca ²⁺	Fer (sulfate)	Morphine	

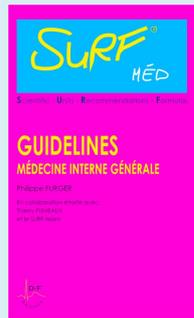
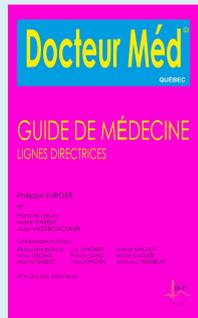
Tableau 3: Médicaments qui peuvent **diminuer** le taux sérique de la TSH (liste non exhaustive).

TSH ↑			
ASPIRINE®	Dopamine	Interféron	Réserpine
Amiodarone	Dobutamine	Interleukine	Hormones thyroïdiennes
Bromocriptine	Fluoxétine	Iode	Sertraline
Carbamazépine	Glucocorticoïdes	Lévodopa	Somatostatine (analogues)
Cimétidine	Héparine	Lithium	Spirolactone
Cyproheptadine	5-hydroxytryptophane	Phentolamine	
Diazépam		Phénytoïne	

830

Tableau 4: Médicaments qui peuvent **augmenter** le taux sérique de la TSH (liste non exhaustive).

**ERRATUM – Dr-Méd.ca®/SURF® méd
2019**



Canada

Suisse

P	Chapitre	Erratum – Informations – Remarques										
19	Dissection aortique	<p>Le titre du tableau de la page 19 est erroné :</p> <table border="1"> <tr> <td>Déficit de poids</td> <td>20 %</td> <td>10 %</td> </tr> <tr> <td>AVC</td> <td>7 %</td> <td>2 %</td> </tr> <tr> <td>Anomalies à l'ÉCG infarctus aigu</td> <td>30 % 5 %</td> <td>30 % 1 %</td> </tr> </table> <p>Tableau 1: Quelques éléments cliniques et paracliniques en cas de <u>dissection aortique</u>.</p>	Déficit de poids	20 %	10 %	AVC	7 %	2 %	Anomalies à l'ÉCG infarctus aigu	30 % 5 %	30 % 1 %	
Déficit de poids	20 %	10 %										
AVC	7 %	2 %										
Anomalies à l'ÉCG infarctus aigu	30 % 5 %	30 % 1 %										
22	Dissection aortique	L'abréviation du STEMI est bien entendu « Infarctus AVEC élévation du segment ST »										
42	Angio-oedème	<p>L'exemple est erroné :</p> <p>b) Inhibiteur de C1-estérase (plasma humain)</p> <p>Ex: • BERINERT® amp 500 UI (+ 10 mL d'eau). La solution diluée contient ainsi 50 UI d'inhibiteur de la C1-estérase/mL.</p> <p>Ind: • Angio-oedème aigu • Prophylaxie avant une intervention chirurgicale</p> <p>Dos: • 20 UI/kg IV (4 mL/min; env. 10-15 min)</p> <p>Ex: • Patient de 75 kg: 75 kg x 20 UI = 1500 UI. Donc: 3 amp (à 500 UI) de cette solution diluée à passer avec une vitesse de 4 mL/min par voie IV (au total en env. 10 min).</p>										
29	Sepsis	<p>Les carrés dans l'illustration sont dépourvus de chiffres (1-5)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Mottling-score</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>Absence de peau marbrée</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Peau marbrée au niveau (diamètre env. 2 cm)</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Peau marbrée ne dépass supérieur de la rotule</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Peau marbrée sans dépass la cuisse</td> </tr> </tbody> </table>	Mottling-score		0	Absence de peau marbrée	1	Peau marbrée au niveau (diamètre env. 2 cm)	2	Peau marbrée ne dépass supérieur de la rotule	3	Peau marbrée sans dépass la cuisse
Mottling-score												
0	Absence de peau marbrée											
1	Peau marbrée au niveau (diamètre env. 2 cm)											
2	Peau marbrée ne dépass supérieur de la rotule											
3	Peau marbrée sans dépass la cuisse											
82	Indications pour une suppléance rénale	<p>La ligne « anomalie à l'ECG doit être dans la case « Hyperkaliémie »</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>Hyperkaliémie</td> <td>• Si résistante au traitement habituel</td> </tr> <tr> <td>H</td> <td>Hypervolémie</td> <td>• Si résistante au traitement habituel • Si avec anomalies à l'ECG • Oedème pulmonaire aigu • Anasarque</td> </tr> </table>	H	Hyperkaliémie	• Si résistante au traitement habituel	H	Hypervolémie	• Si résistante au traitement habituel • Si avec anomalies à l'ECG • Oedème pulmonaire aigu • Anasarque				
H	Hyperkaliémie	• Si résistante au traitement habituel										
H	Hypervolémie	• Si résistante au traitement habituel • Si avec anomalies à l'ECG • Oedème pulmonaire aigu • Anasarque										
100	Tachycardie sinusale inappropriée	<p>Sous « Clin : » : le texte en rouge est faux !</p> <p>Clin: • Spectre clinique large: asymptotique, palpitations, dyspnée, intolérance à l'effort, étourdissements, présyncope. • Le début de la tachycardie est généralement paroxystique.</p> <p>• Le début et la fin de cette tachycardie ne sont pas paroxystiques. La tachycardie est pratiquement constante et la fréquence cardiaque s'accélère très rapidement au moindre effort et reste élevée (aussi durant la nuit).</p>										
104	Flutter auriculaire	<p>Sous « Gén : » (4^e point) : Il y a un erreur au niveau des nombres de conduction. Les chiffres en rouge sont faux :</p> <p>• La conduction AV peut être régulière (souvent 1:2 ou 4:1, rarement 1:3 ou 1:5) ou variable. Exemple d'un flutter auriculaire avec conduction régulière: - Fréquence atriale 300/min avec conduction AV 2:1 → fréquence ventriculaire 150/min</p>										

		<p>Voici le texte juste :</p> <ul style="list-style-type: none"> La conduction AV peut être régulière (souvent 2:1 ou 4:1, rarement 3:1 ou 5:1) ou variable. Exemple d'un flutter auriculaire avec conduction régulière: <ul style="list-style-type: none"> Fréquence atriale 300/min avec conduction AV 2:1 → fréquence ventriculaire 150/min 	
131	ECG	# Durée de l'onde Q: < 40 ms; amplitude (EINTHOVEN): < 4 mm profond (en DIII < 5 mm) ou < 25 % de l'amplitude de l'onde R correspondante.	
149	Pouls	<p>La section en rouge est fausse :</p> <p>Pouls «celer-altus»</p> <p>Gén: • Pouls à haute vitesse initiale, bondissant. DD: • Situations hyperdynamiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hyperthyroïdie - Insuffisance aortique - Anémie - État fébrile - Foramen ovale ouvert (FOP) = persistance de la structure foetale physiologique entre l'artère pulmonaire gauche et l'aorte descendante.  <p>Ce n'est pas le foramen ovale (FOP), mais le canal artériel qui est présent. Ce canal s'appelle aussi canal de BOTALL (mais pas à confondre avec l'ancienne terminologie « trou de BOTALL » qui représente, elle, le foramen ovale permanent.... Quittons donc les anciennes termes ! Le nouveau texte est alors :</p> <p>Pouls «celer-altus»</p> <p>Gén: • Pouls à haute vitesse initiale, bondissant. DD: • Situations hyperdynamiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hyperthyroïdie - Insuffisance aortique - Anémie - État fébrile - Persistance du canal artériel (= persistance de la structure foetale physiologique entre l'artère pulmonaire gauche et l'aorte descendante) 	
200	Insuffisance cardiaque	Saturation d'oxygène	SpO ₂ < 90 % (mesurée par oxymétrie de pouls). MAIS une SpO ₂ normale n'exclue ni une hypoxémie, ni une hypoxie tissulaire
275	MTEV	<p>Si l'anticoagulation parentérale initiale est nécessaire (pour Dabigatran et Edoxaban), elle peut être initiée de la manière suivante:</p> <ul style="list-style-type: none"> HBPM (exemples cf. point I.c) ci-après) ou: Héparine non fractionnée (UFH) <ul style="list-style-type: none"> Bolus initial: 5'000 UI (80 UI/kg) bolus IV, puis perfusion 400-600 UI/kg/24 h IV (18 UI/kg/h ≅ 1'000 UI/h) Contrôles de l'aPTT à t0 puis aux 6 h. aPTT-cible: 1.5-2x N (≅ 60-70 sec) 	
278	Embolie pulmonaire	<p>Il y a une erreur au niveau des critères d'hospitalisations en cas d'embolie pulmonaire:</p> <p>Hosp: • Indications à une hospitalisation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instabilité hémodynamique - Saturation O₂ < 90 % (air ambiant) - PESI-score > 85 points • www.mdcalc.com/pulmonary-embolism-severity-index-pesi - Haut risque hémorragique → monitoring étroit) <p>Merci: Blert Bërdynaj</p>	
402	Appendicite	<p>La section en rouge est fausse :</p> <ul style="list-style-type: none"> Éléments cliniques en faveur d'une appendicite: <ul style="list-style-type: none"> - Douleur en fosse iliaque droite, migration des douleurs en fosse iliaque droite - Etat fébrile > 37.3°C <p>La version corrigée est :</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> • Éléments cliniques en faveur d'une appendicite: <ul style="list-style-type: none"> - Douleur en région péri-ombilicale, migration des douleurs en fosse iliaque droite - État fébrile > 37.3°C - Signes d'irritation péritonéale: défense, détente - Signe du psoas - Vomissement (survenant après le début des douleurs abdominales), anorexie - Leucocytose > 10 G/L avec déviation gauche 																																										
501	Pancréatite aiguë	<p>En rouge, le signe est faux ! Ca doit être ≥ 2 !</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer le degré de gravité (à l'admission et après 48 h) à l'aide du score du syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) [Adapté selon: Crit Care Med 1992;20:864]: En présence de $\leq 2/4$ des critères suivants, le diagnostic d'un SIRS est posé et, par conséquent, la gravité de la pancréatite aiguë augmentée: <ul style="list-style-type: none"> - Température < 36°C ou > 38°C - Fréquence cardiaque > 90/min - Fréquence respiratoire > 20/min ou PaCO₂ < 32 mmHg (< 4.3 kPa) - Leucocytose > 12 G/L ou < 4 G/L ou formes immatures circulantes (>10 % des cellules) 																																										
626	Parkinson	<p>1. Syndrome de PARKINSON idiopathique [G20]</p> <p>Gén: • C'est une maladie neurodégénérative idiopathique à évolution lente et progressive. • Les symptômes de la maladie de PARKINSON sont dus à un manque de dopamine dans la substance noire.</p> <p>Incidence: 15-20/100'000 habitants/an. Prévalence: 100-200/100'000 habitants. (Canada: 100'000 Canadiens dont 25'000 Québécois souffrent de cette maladie).</p> <p>Dg: • Critères diagnostiques du syndrome de PARKINSON idiopathique (les 4 ² critères sont requis):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Définition du syndrome parkinsonien remplie (cf. définition plus haut). Au début de la maladie, la symptomatologie est généralement unilatérale ou asymétrique. 2. Absence de critères d'exclusion absolus et pas de RED FLAGS (→ p. 630) en faveur d'un syndrome parkinsonien non idiopathique ou atypique (ex: syndrome cérébelleux, traitement neuroleptique) <p>626</p>																																										
658	Insuff rénale aiguë	<p>La ligne marquée va sous d)</p> <p>d) Hyperkaliémie résistante au traitement habituel</p> <p>e) Hypervolémie si/avec:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Résistante au traitement habituel - Avec anomalies à l'ECG - Oedème pulmonaire aigu - Anasarque 																																										
736	Diabète mellitus	<p>Dans le Tableau 1 il manque une ligne qui définit le DM également :</p> <p>Diabète mellitus [E14.9]</p> <p>Dg: • Le diabète mellitus (DM) peut être diagnostiqué selon au moins 1 des 4 différentes méthodes citées dans le tableau 1 (et confirmé par une 2^e analyse sanguine, faite un autre jour).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Méthodes diagnostiques du diabète mellitus</th> <th colspan="2">Glycémie</th> <th rowspan="2">Interprétation</th> </tr> <tr> <th>mmol/L</th> <th>mg/L</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Glycémie plasmatique à jeun</td> <td>< 5.6</td> <td>< 100</td> <td>Valeur normale</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">• À jeun ou: • Régime «0 calories» durant au moins 8 h.</td> <td>5.6 - 6.9</td> <td>100-124</td> <td>Prédiabète (glycémie à jeun «trop haute»)</td> </tr> <tr> <td>≥ 7.0</td> <td>≥ 126</td> <td>Diabète mellitus</td> </tr> <tr> <td>Glycémie postprandiale:</td> <td>< 7.8</td> <td>< 140</td> <td>Tolérance au glucose normale</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Test de tolérance au glucose oral: • Prise orale de 75 g de sucre • 2 h plus tard: ad. glycémie</td> <td>7.8 - 11.0</td> <td>140 - 200</td> <td>Prédiabète (intolérance au glucose)</td> </tr> <tr> <td>≥ 11.1</td> <td>≥ 200</td> <td>Diabète mellitus</td> </tr> <tr> <td>Glycémie à tout moment: chez patient symptomatique (polyurie, polydipsie, perte pondérale inexpliquée)</td> <td>≥ 11.1</td> <td>≥ 200</td> <td>Diabète mellitus</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">HbA1c (Hb glycosylée ou Hb glyquée)</td> <td colspan="2">4.4 - 6.4 %</td> <td>Valeur normale</td> </tr> <tr> <td colspan="2">5.7 - 6.4 %</td> <td>Prédiabète</td> </tr> <tr> <td colspan="2">≥ 6.5 %</td> <td>Diabète mellitus</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tableau 1: Critères diagnostiques du diabète mellitus. [Diabetes Care 2018;41(Suppl 1):S1-S159]</p>	Méthodes diagnostiques du diabète mellitus	Glycémie		Interprétation	mmol/L	mg/L	Glycémie plasmatique à jeun	< 5.6	< 100	Valeur normale	• À jeun ou: • Régime «0 calories» durant au moins 8 h.	5.6 - 6.9	100-124	Prédiabète (glycémie à jeun «trop haute»)	≥ 7.0	≥ 126	Diabète mellitus	Glycémie postprandiale:	< 7.8	< 140	Tolérance au glucose normale	Test de tolérance au glucose oral: • Prise orale de 75 g de sucre • 2 h plus tard: ad. glycémie	7.8 - 11.0	140 - 200	Prédiabète (intolérance au glucose)	≥ 11.1	≥ 200	Diabète mellitus	Glycémie à tout moment: chez patient symptomatique (polyurie, polydipsie, perte pondérale inexpliquée)	≥ 11.1	≥ 200	Diabète mellitus	HbA1c (Hb glycosylée ou Hb glyquée)	4.4 - 6.4 %		Valeur normale	5.7 - 6.4 %		Prédiabète	≥ 6.5 %		Diabète mellitus
Méthodes diagnostiques du diabète mellitus	Glycémie			Interprétation																																								
	mmol/L	mg/L																																										
Glycémie plasmatique à jeun	< 5.6	< 100	Valeur normale																																									
• À jeun ou: • Régime «0 calories» durant au moins 8 h.	5.6 - 6.9	100-124	Prédiabète (glycémie à jeun «trop haute»)																																									
	≥ 7.0	≥ 126	Diabète mellitus																																									
Glycémie postprandiale:	< 7.8	< 140	Tolérance au glucose normale																																									
Test de tolérance au glucose oral: • Prise orale de 75 g de sucre • 2 h plus tard: ad. glycémie	7.8 - 11.0	140 - 200	Prédiabète (intolérance au glucose)																																									
	≥ 11.1	≥ 200	Diabète mellitus																																									
Glycémie à tout moment: chez patient symptomatique (polyurie, polydipsie, perte pondérale inexpliquée)	≥ 11.1	≥ 200	Diabète mellitus																																									
HbA1c (Hb glycosylée ou Hb glyquée)	4.4 - 6.4 %		Valeur normale																																									
	5.7 - 6.4 %		Prédiabète																																									
	≥ 6.5 %		Diabète mellitus																																									
768	Lipides	<p>Biffer ces 2 lignes :</p> <p>En pratique clinique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il n'y a pas de valeur cible pour les taux des 4 et du cholestérol total. Néanmoins, il est fortement recommandé de les doser pour évaluer le risque cardiovasculaire. • Un HDL bas est associé à un risque cardiovasculaire élevé (mais une valeur très élevée ne réduit pas le risque cardiovasculaire). 																																										
830	Thyroïde	Les flèches de la TSH sont inversés... rrrrr ! ☹																																										

- Médicaments qui peuvent influencer la TSH:

TSH ↘

Aluminiumhydroxide	Chlorpromazine	Halopéridol	Pentazocine
Aminoglutéthimide	Coléstyramine	Héroïne	Perchlorate
Amiodarone	Clofibrate	Iode	Sulfonamides
Apomorphine	Coléstipole	Kétokonazole	Sulpiride
Bensérazide	Cyclophosphamide	Lithium	Théophylline
Buprénorphine	Dompéridone	Méthimazole	TRH
Carbimazole	Éphédrine	Métoclopramide	
Carbonate de Ca ²⁺	Fer (sulfate)	Morphine	

Tableau 3: Médicaments qui peuvent **diminuer** le taux sérique de la TSH (liste non exhaustive).

TSH ↗

ASPIRINE®	Dopamine	Interféron	Résérpine
Amiodarone	Dobutamine	Interleukine	Hormones thyroïdiennes
Bromocriptine	Fluoxétine	Iode	Sertraline
Carbamazépine	Glucocorticoïdes	Lévodopa	Somatostatine (analogues)
Cimétidine	Héparine	Lithium	Spironolactone
Cyproheptadine	5-hydroxytryptophane	Phentolamine	
Diazépam		Phénytoïne	

830 Tableau 4: Médicaments qui peuvent **augmenter** le taux sérique de la TSH (liste non exhaustive).

862 Méningite

Le texte biffé est changé plus bas (BAG 2001, bulletin 46) :

- Gén:
- En éradiquant les souches de *N. meningitidis* présentes dans le nasopharynx, la chimioprophylaxie protège les porteurs d'une maladie invasive et diminue la transmission de ces souches.
 - La chimioprophylaxie devrait être adm. ~~dans les 24 h suivant le diagnostic du cas primaire, mais elle reste recommandée jusqu'à 10 jours après la dernière exposition avec le «cas contagieux».~~
 - Un frottis de la gorge avant le début du Tx n'est pas nécessaire.
 - Ciprofloxacine (500 mg en dose orale unique) est hautement efficace dans l'élimination du nombre de porteurs de *N. meningitidis* au niveau du nasopharynx (96 %).

- Gén:
- En éradiquant les souches de *N. meningitidis* présentes dans le nasopharynx, la chimioprophylaxie protège les porteurs d'une maladie invasive et diminue la transmission de ces souches.
 - La chimioprophylaxie devrait être administrée de préférence **au cours des 10 jours précédant le diagnostic et jusqu'à 24 h après l'initiation du traitement** (= période de contagion). La chimioprophylaxie n'est indiquée que si elle peut être administrée dans les 10 jours suivant le contact.
 - Un frottis de la gorge avant le début du Tx n'est pas nécessaire.
 - Ciprofloxacine (500 mg en dose orale unique) est hautement efficace dans l'élimination du nombre de porteurs de *N. meningitidis* au niveau du nasopharynx (96 %).

903

Rabies

5. Rage: vaccin actif/passif

a) Prophylaxie pré-expositionnelle:

- Gén:
- Cette prophylaxie simplifie le calendrier d'immunisation post-exposition et élimine le besoin d'utilisation des immunoglobulines.

Ind:

- Certains individus: vétérinaires, voyageurs à risque d'exposition élevée

Att:

- Vaccin actif (virus de la rage **inactive** HDC):

- 3 inj. (**IM**): Jours 0, 7 et 28
- 1^{er} rappel: 1 an plus tard, puis aux 5 ans

Ex:

- Canada: Imovax Rage® ou RabAvert®
- Suisse: RABIPUR® ou VACCIN RABIQUE MERIEUX®

Dos:

- 1 dose = 2.5 UI/1 mL **IM** (m. deltoïde)

959

Herpes zoster

La posologie de la Prednisone est indiquée faussement élevée ! C'est la moitié de ce qui est indiqué.

4. Corticoïdes

Ind:

- Pas de consensus. À évoquer si herpès compliqué (atteinte oculaire, auriculaire, manifestation neurologique, zona viscéral, pneumonie sévère, autres)

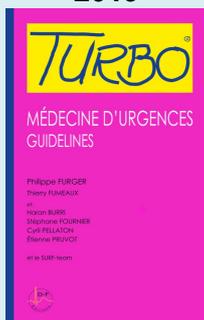
Ex:

- **Prednisone 60 mg PO **id** x 7 j, puis 40 mg **id** x 7 j, puis 20 mg **id** x 7 j, puis stop.**

[Forum Suisse 2007;7:895]

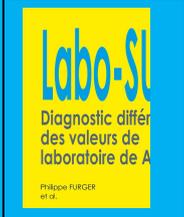
1028	Trbl de l'hémostase	<h3 style="background-color: #0056b3; color: white; padding: 2px;">Troubles de l'hémostase - Exemples</h3> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="border: 1px solid red; padding: 2px; margin-right: 10px;">↑</div> <div style="margin-right: 10px;"> TP: ↓ INR: ↑ </div> <div> <p>■ Temps de thrombine et fibrinogène normaux:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manque de vitamine K: <ul style="list-style-type: none"> — Anticoagulation orale avec un antagoniste de la vitamine K^s — Prise de raticides </div> </div>
1113	Lombalgie	<p>Un oubli... le Diclofénac se donne par voie IM</p> <p>b) Traitement parentéral:</p> <p>INFO: Le Tx parentéral n'est pas plus efficace que PO, mais il a plus d'effets 2nd.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kétorolac 10-30 mg IM (IV) q 4-6 h; max. 90 mg/j, durée max. du Tx 2 jours • Diclofénac: 75 mg IM (max: 150 mg/j x 2 j, puis passage per os) • Novalgine 500-1000 mg IV lent ou IM (2 mL = 1 g), max. 5 g/j
1141	Goutte	<p>Les unités de l'acide urique dans les urines sont des mg/24 h)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hyperuricémie sévère asymptomatique ($\geq 715 \mu\text{mol/L}$) • Hyperuricosurie ($\geq 1100 \text{ mg/urine 24 h}$) <p>Tx:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colchicine 0.5 mg (au Canada 0.6 mg) PO i.d. pour 6 mois. <p>La Colchicine prévient 80 % des crises liées à l'introduction du traitement anti-goutteux proprement dit.</p>
1427	Antiagrégants	<p>En rouge la correction :</p> <div style="background-color: #e6f2ff; padding: 10px;"> <p style="text-align: center; background-color: #0056b3; color: white; padding: 2px;">Site d'action des antiplaquettaires</p> <pre> graph TD Collagène --> Thromboxane_A2[Thromboxane A2] Collagène --> Activation_GPIIb_IIIa[Activation de GPIIb/IIIa] ADP --> Activation_GPIIb_IIIa Aspirine[ASPIRINE®] --> inhibe Thromboxane_A2 Clopidogrel --> inhibe Activation_GPIIb_IIIa Prasugrel --> inhibe Activation_GPIIb_IIIa Tacgrélol --> inhibe Activation_GPIIb_IIIa Cangrélol --> inhibe Activation_GPIIb_IIIa Abciximab --> inhibe Agrégation[Agrégation plaquettaire] Eptifibatide --> inhibe Agrégation Tirofiban --> inhibe Agrégation Vorapaxar --> inhibe Agrégation Thromboxane_A2 --> Activation_GPIIb_IIIa Activation_GPIIb_IIIa --> Agrégation Prothrombine --> Thrombine Thrombine --> Fibrinogène Fibrinogène --> Fibrine Fibrine --> Thrombus Agrégation --> Thrombus </pre> </div> <p>Illustration: Site d'action des antiplaquettaires [Adapté selon: Eur Heart J 2016;14:37:267]</p>

ERRATUM – TURBO – Médecine d'urgences 2019



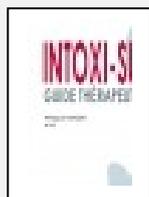
P	Chapitre	Erratum – Informations – Remarques									
19	Dissection aortique	<p>Le titre du tableau de la page 19 est erroné :</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>Déficit de poids</td> <td>20 %</td> <td>10 %</td> </tr> <tr> <td>AVC</td> <td>7 %</td> <td>2 %</td> </tr> <tr> <td>Anomalies à l'ECG infarctus aigu</td> <td>30 % 5 %</td> <td>30 % 1 %</td> </tr> </table> <p>Tableau 1: Quelques éléments cliniques et paracliniques en cas de <u>dissection aortique</u>.</p>	Déficit de poids	20 %	10 %	AVC	7 %	2 %	Anomalies à l'ECG infarctus aigu	30 % 5 %	30 % 1 %
Déficit de poids	20 %	10 %									
AVC	7 %	2 %									
Anomalies à l'ECG infarctus aigu	30 % 5 %	30 % 1 %									
22	Dissection aortique	L'abréviation du STEMI est bien entendu « Infarctus AVEC élévation du segment ST »									
38	Angio-oedème	<p>L'exemple est erroné :</p> <p>b) Inhibiteur de C1-estérase (plasma humain)</p> <p>Ex: • BERINERT® amp 500 UI (+ 10 mL d'eau). La solution diluée contient ainsi 50 UI d'inhibiteur de la C1-estérase/mL.</p> <p>Ind: • Angio-oedème aigu • Prophylaxie avant une intervention chirurgicale</p> <p>Dos: • 20 UI/kg IV (4 mL/min; env. 10-15 min)</p> <p>Ex: • Patient de 75 kg: 75 kg x 20 UI = 1500 UI. Donc: 3 amp (à 500 UI) de cette solution diluée à passer avec une vitesse de 4 mL/min par voie IV (au total en env. 10 min).</p> <p>42</p>									
82	Indications pour une suppléance rénale	<p>La ligne « anomalie à l'ECG doit être dans la case « Hyperkaliémie »</p> <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>H</td> <td>Hyperkaliémie</td> <td>• Si résistante au traitement habituel</td> </tr> <tr> <td>H</td> <td>Hypervolémie</td> <td>• Si résistante au traitement habituel • Si avec anomalies à l'ECG • Oedème pulmonaire aigu • Anasarque</td> </tr> </table>	H	Hyperkaliémie	• Si résistante au traitement habituel	H	Hypervolémie	• Si résistante au traitement habituel • Si avec anomalies à l'ECG • Oedème pulmonaire aigu • Anasarque			
H	Hyperkaliémie	• Si résistante au traitement habituel									
H	Hypervolémie	• Si résistante au traitement habituel • Si avec anomalies à l'ECG • Oedème pulmonaire aigu • Anasarque									
96	Tachycardie sinusale inappropriée	<p>Sous « Clin : » : le texte en rouge est faux !</p> <p>Clin: • Spectre clinique large: asymptomatique, palpitations, dyspnée, intolérance à l'effort, étourdissements, présyncope. • Le début de la tachycardie est généralement paroxystique.</p> <p>• Le début et la fin de cette tachycardie ne sont pas paroxystiques. La tachycardie est pratiquement constante et la fréquence cardiaque s'accélère très rapidement au moindre effort et reste élevée (aussi durant la nuit).</p>									
100	Flutter auriculaire	<p>Sous « Gén : » (4^e point) : Il y a un erreur au niveau des nombres de conduction. Les chiffres en rouge sont faux :</p> <p>• La conduction AV peut être régulière (souvent 1:2 ou 4:1, rarement 1:3 ou 1:5) ou variable. Exemple d'un flutter auriculaire avec conduction régulière: - Fréquence atriale 300/min avec conduction AV 2:1 → fréquence ventriculaire 150/min</p> <p>Voici le texte juste :</p> <p>• La conduction AV peut être régulière (souvent 2:1 ou 4:1, rarement 3:1 ou 5:1) ou variable. Exemple d'un flutter auriculaire avec conduction régulière: - Fréquence atriale 300/min avec conduction AV 2:1 → fréquence ventriculaire 150/min</p>									
228	Embolie pulmonaire	Il y a une erreur au niveau des critères d'hospitalisations en cas d'embolie pulmonaire:									

		<p>Hosp: • Indications à une hospitalisation:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instabilité hémodynamique - Saturation O₂ < 90 % (air ambiant) - PESI-score > 85 points • www.mdcalc.com/pulmonary-embolism-severity-index-pesi - Haut risque hémorragique → monitoring étroit) <p>Merci: Blert Bërdynaj</p>																																													
273	Pancréatite aiguë	<p>En rouge, le signe est faux ! Ça doit être ≥ 2 !</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluer le degré de gravité (à l'admission et après 48 h) à l'aide du score du syndrome de réponse inflammatoire systémique (SIRS) [Adapté selon: Crit Care Med 1992;20:864]: En présence de ≤ 2/4 des critères suivants, le diagnostic d'un SIRS est posé et, par conséquent, la gravité de la pancréatite aiguë augmentée: - Température < 36°C ou > 38°C - Fréquence cardiaque > 90/min - Fréquence respiratoire > 20/min ou PaCO₂ < 32 mmHg (< 4.3 kPa) - Leucocytose > 12 G/L ou < 4 G/L ou formes immatures circulantes (>10 % des cellules) 																																													
351	Diabète mellitus	<p>Dans le Tableau 1 il manque une ligne qui définit le DM également :</p> <p>Diabète mellitus [E14.9]</p> <p>Dg: • Le diabète mellitus (DM) peut être diagnostiqué selon au moins 1 des 4 différentes méthodes citées dans le tableau 1 (et confirmé par une 2^e analyse sanguine, faite un autre jour).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Méthodes diagnostiques du diabète mellitus</th> <th colspan="2">Glycémie</th> <th rowspan="2">Interprétation</th> </tr> <tr> <th>mmol/L</th> <th>mg/L</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Glycémie plasmatique à jeun</td> <td>< 5.6</td> <td>< 100</td> <td>Valeur normale</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">• À jeun ou: • Régime «0 calories» durant au moins 8 h.</td> <td>5.6 - 6.9</td> <td>100-124</td> <td>Prédiabète (glycémie à jeun «trop haute»)</td> </tr> <tr> <td>≥ 7.0</td> <td>≥ 126</td> <td>Diabète mellitus</td> </tr> <tr> <td>Glycémie postprandiale:</td> <td>< 7.8</td> <td>< 140</td> <td>Tolérance au glucose normale</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Test de tolérance au glucose oral: • Prise orale de 75 g de sucre • 2 h plus tard: ad. glycémie</td> <td>7.8 - 11.0</td> <td>140 - 200</td> <td>Prédiabète (intolérance au glucose)</td> </tr> <tr> <td>≥ 11.1</td> <td>≥ 200</td> <td>Diabète mellitus</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">Glycémie à tout moment: chez patient symptomatique (polyurie, polydipsie, perte pondérale inexpliquée)</td> <td>≥ 11.1</td> <td>≥ 200</td> <td>Diabète mellitus</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">HbA1c (Hb glycosylée ou Hb glyquée)</td> <td>4.4 - 6.4 %</td> <td></td> <td>Valeur normale</td> </tr> <tr> <td>5.7 - 6.4 %</td> <td></td> <td>Prédiabète</td> </tr> <tr> <td>≥ 6.5 %</td> <td></td> <td>Diabète mellitus</td> </tr> </tbody> </table> <p>Tableau 1: Critères diagnostiques du diabète mellitus. [Diabetes Care 2018;41(Suppl 1):S1-S159]</p>	Méthodes diagnostiques du diabète mellitus	Glycémie		Interprétation	mmol/L	mg/L	Glycémie plasmatique à jeun	< 5.6	< 100	Valeur normale	• À jeun ou: • Régime «0 calories» durant au moins 8 h.	5.6 - 6.9	100-124	Prédiabète (glycémie à jeun «trop haute»)	≥ 7.0	≥ 126	Diabète mellitus	Glycémie postprandiale:	< 7.8	< 140	Tolérance au glucose normale	Test de tolérance au glucose oral: • Prise orale de 75 g de sucre • 2 h plus tard: ad. glycémie	7.8 - 11.0	140 - 200	Prédiabète (intolérance au glucose)	≥ 11.1	≥ 200	Diabète mellitus	Glycémie à tout moment: chez patient symptomatique (polyurie, polydipsie, perte pondérale inexpliquée)	≥ 11.1	≥ 200	Diabète mellitus				HbA1c (Hb glycosylée ou Hb glyquée)	4.4 - 6.4 %		Valeur normale	5.7 - 6.4 %		Prédiabète	≥ 6.5 %		Diabète mellitus
Méthodes diagnostiques du diabète mellitus	Glycémie			Interprétation																																											
	mmol/L	mg/L																																													
Glycémie plasmatique à jeun	< 5.6	< 100	Valeur normale																																												
• À jeun ou: • Régime «0 calories» durant au moins 8 h.	5.6 - 6.9	100-124	Prédiabète (glycémie à jeun «trop haute»)																																												
	≥ 7.0	≥ 126	Diabète mellitus																																												
Glycémie postprandiale:	< 7.8	< 140	Tolérance au glucose normale																																												
Test de tolérance au glucose oral: • Prise orale de 75 g de sucre • 2 h plus tard: ad. glycémie	7.8 - 11.0	140 - 200	Prédiabète (intolérance au glucose)																																												
	≥ 11.1	≥ 200	Diabète mellitus																																												
Glycémie à tout moment: chez patient symptomatique (polyurie, polydipsie, perte pondérale inexpliquée)	≥ 11.1	≥ 200	Diabète mellitus																																												
HbA1c (Hb glycosylée ou Hb glyquée)	4.4 - 6.4 %		Valeur normale																																												
	5.7 - 6.4 %		Prédiabète																																												
	≥ 6.5 %		Diabète mellitus																																												
368	Méningite	<p>Le texte biffé est changé plus bas (BAG 2001, bulletin 46) :</p> <p>Gén: • En éradiquant les souches de N. meningitidis présentes dans le nasopharynx, la chimioprophylaxie protège les porteurs d'une maladie invasive et diminue la transmission de ces souches.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La chimioprophylaxie devrait être adm. dans les 24 h suivant le diagnostic du cas primaire, mais elle reste recommandée jusqu'à 10 jours après la dernière exposition avec le «cas contagieux». • Un frottis de la gorge avant le début du Tx n'est pas nécessaire. • Ciprofloxacine (500 mg en dose orale unique) est hautement efficace dans l'élimination du nombre de porteurs de N. meningitidis au niveau du nasopharynx (96 %). <p>Gén: • En éradiquant les souches de N. meningitidis présentes dans le nasopharynx, la chimioprophylaxie protège les porteurs d'une maladie invasive et diminue la transmission de ces souches.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La chimioprophylaxie devrait être administrée de préférence au cours des 10 jours précédant le diagnostic et jusqu'à 24 h après l'initiation du traitement (= période de contagion). La chimioprophylaxie n'est indiquée que si elle peut être administrée dans les 10 jours suivant le contact. • Un frottis de la gorge avant le début du Tx n'est pas nécessaire. • Ciprofloxacine (500 mg en dose orale unique) est hautement efficace dans l'élimination du nombre de porteurs de N. meningitidis au niveau du nasopharynx (96 %). 																																													
403	Lombalgie	<p>Un oubli... le Diclofénac se donne par voie IM</p> <p>b) Traitement parentéral:</p> <p>INFO: Le Tx parentéral n'est pas plus efficace que PO, mais il a plus d'effets 2nd.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kétorolac 10-30 mg IM (IV) q 4-6 h; max. 90 mg/j, durée max. du Tx 2 jours • Diclofénac: 75 mg IM (max: 150 mg/j x 2 j, puis passage per os) • Novalgine 500-1000 mg IV lent ou IM (2 mL = 1 g), max. 5 g/j 																																													



Labo-SURF© (en Suisse) et Labo-Méd© (au Canada)
2013

Page	Chapitre	Erratum – Informations - Remarques
18	FAN	Sous note de bas de page** : Cryoglobulines : il s'agit de protéines sériques qui précipitent in vitro à des températures < 37°C., <u>Remarque</u> : Ne pas confondre avec les agglutinines froides qui sont des Ig qui agglutinent des ÉC à des T de 4°C, de manière réversible.
51	HbA1c	La norme de l'HbA1c = < 5.6% Hb



Edition 2013

INTOXI-SURF© (en Suisse) ou INTOXI-Méd© (au Canada)

Page	Chapitre	Erratum – Informations - Remarques
11	Acétaminophène (Paracétamol)	<ul style="list-style-type: none">• Sous Tx (2.a ; 5^e point) : Prélèvement fait > 24 h (et non pas entre 8-24 h) : Débuter NAC et si ALT/AST normales.....• Tableau « Protocol NAC » (2^e colonne) : 2^e perfusion 0.25 mL/kg NAC (50 mg/kg) et non pas 12.5 mg/kg ; 3^e perfusion 0.5 mL/kg NAC (100 mg/kg) et non pas 6.25 mg/kg. <p><small>Merci Dr Cornelius Warncke</small></p>
57	Glucagon	5 ^{ème} ligne du bas : a svt. Un effet hyperglycémiant peu efficace...