

Programme Internat Résidanat

2019

Chirurgie

INSSAF

***Internat Résidanat
Chirurgie***

⑤ Indications :

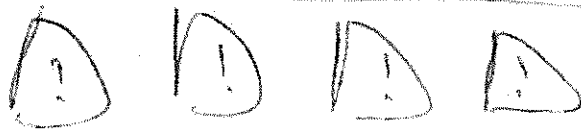
- * Varices symptomatiques et volumineuses chez l'homme
↳ TRT chirurgicale
- * Varices symptomatiques et volumineuses chez les femmes
↳ Attendre la derrière / grossesse car risque de récédives !!!
- * Varices chez un patient avec facteurs de risque CVx
↳ TRT conservateur !!!

④ Surveillance essentiellement clinique : Douleur, œdème, complications locales ou loyales, hémorragie.

⑥ Conclusion :

- * Pathologie chronique (problème de santé publique)
- * Dg est clinique
- * Respect des mêmes de l'hygiène !!!
- * Importance de la contention !!!

↳ Toujours évaluer le risque CVx du patient avant un traitement chirurgical !!!



⑤ Complications :

- complications thrombotiques : TVS et TVP !!!
- complications hémorragiques et rupture
- complications chroniques : Dermite oue, Dermohypodermite, Ulcère.

⑥ Traitement :

① Objectifs :

- soulager la douleur
- Favoriser le drainage veineux !!
- Prévenir et traiter les complications
- correction du préjudice esthétique !!!

② Moyens :

→ Hygiène de vie : hygiéno-physiques

- Surélévation des jambes
- Marche régulière
- Eviter les stations debout prolongées
- Eviter de croiser les jambes en position assise
- Eviter la chaleur et l'exposition au soleil

→ Contention élastique : 1ère intention +++

- Réduit la dilatation des veines
- Favorise le drainage veineux
- Effet anti œdème
- Améliore l'efficacité de la pompe du mollet
- Effet bénéfique sur la microcirculation cutanée et lymphatique

→ Traitement médicamenteux : à titre adjuvant

- Médicaments venotoniques si gêne fonctionnelle !!

→ Chirurgie :

- Phlébectomie : Enlever le paquet varicoseux ou tout le système
- Stripping veineux : excision de la GVS

→ Sclérothérapie : Injection d'un produit sclérosant

(l'inflammation endothéliale évolue vers une cicatrisation fibreuse)

- * Facteurs de risque :
- Hérité
 - Obésité, sédentarité, Grossesse.
 - Age

III Diagnostic

1) Dg positif :

- ⊕ Interpalmair & ATD familiaux de varices, ATD CVA, T-E
- ⊕ Signes fonctionnels Majorés au fin de journée et par la chaleur

- Lourdeur et pesanteur des MI
- Trajet veineux douloureux (Phlébalgies) à type de brûlures.
- Oedème
- Crampes des mollets
- Atteinte esthétique sans douleur

2) Examen clinique :

- Examen général : T, FC, TA, FR, conjonctives
- Examen vasculaire :

Malade en position debout, RE et légère flexion

- Varices systématisées & ds le territoire de GVS ou PVS ou non systématisées
- Douleur à la palpation

- Oedème blanc, mou, prenant le godet
- Varicosités bleutées de la cheville et de l'arcade plantaire = telaeffectasice.
- Dermite écro & hyperpigmentation de la face interne de la jambe
- Dermo-hypodermite scléreuse & aspect inflammatoire de la jambe
- Milcéres & indolores, humides ± surinfectés ± eczématisés périmalléolaires

3) Examen paracliniques :

- Le dg positif est essentiellement clinique

↳ Echodoppler veineux 911 :

- Importance des lésions
- Etiologies
- Complications

- 2) Dg ≠ :
 - Anévrysme de l'artère poplitée
 - kyste synovial

Varices des membres inférieurs

I) Introduction

* Définition : Dilatation permanente (et pathologique) d'une ou de plusieurs veines superficielles associée à une altération de la paroi veineuse.

* Intérêt :
- fréquence élevée
- Dg est clinique !!
- Risque de complications thrombotiques non négligeable

II) Epidémiologie

* Pathologie fréquente au Maroc
* Prédominance féminine

III) Physiopathologie

1) Rappel anatomique

* 2 réseaux veineux au niveau du MI :

{
- Réseau profond : draine 90% du sang veineux
- Réseau superficiel : Grande veine saphène
draine les 10% | Petite veine saphène

Les 2 réseaux sont reliés par veines perforantes

* Les veines sont pourvues de valvules qui empêchent le reflux

2) Rappel physiologique

* 4 mécanismes facilitent le retour veineux :

{
- systole ventriculaire gauche
- Semelle plantaire de Lefors
- Pompe musculaire du mollet
- système abdomino-diaphragmatique

3) Physiopathologie

* 3 mécanismes intrinsèques

{
- Augmentation permanente de la pression veineuse locale
- Altération de la paroi veineuse
- Incontinence des perforantes de la cheville

I Introduction

- * Définition = Opacification partielle ou totale du cristallin acquise, liée à l'âge.
- * Intérêt =
 - Fréquence très élevée
 - Dg est clinique
 - Complications bruyantes
 - TRT chirurgical

II Epidemiologie

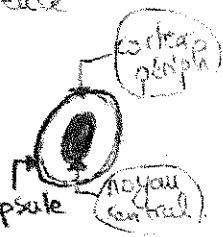
- * La 1^{ère} principale cause de cécité **monoculaire** au Maroc !!!
- * Touche **50%** des sujets > 60 ans
- * Le plus souvent **Bi** latérale et **A** symétrique

III Physiopathologie

1) Rappel anatomique

- * Cristallin = lentille biconvexe, avasculaire et transparente située entre l'iris et l'hyaloïde

- * Composition = **Sac capsulaire** =
 - Cortex périphérique //
 - Noyau central //
 capsule (noyau central)
- * Rôle = Accommodation !! grâce au m ciliaire = m de l'accommodation



2) Mécanisme

Cristallin soumis à des **opacifications** quelque soit le type

↓
Se défend en s'opacifiant.

IV Diagnostic positif

- * Interrogatoire = Age, profession, ATCs oculaires (Traumatisme...) et généraux (Diabète, HTA), prise médicamenteuse (CIC), mode d'installation et durée d'évolution des symptômes, côté prédominant.

⊕ Catarrhes de découverte

- BAV avec brouillard visible devant les yeux
- Photophobie
- Diplopie monoculaire (persiste à l'occlusion de l'œil sain)
- Modification de la perception des couleurs
- Rarement, une hypertonie oculaire (cataracte intumescante)

⊕ Genre de l'acuité visuelle en monoculaire (plus) binoculaire

- Myopie d'indice $\frac{1}{0.03}$ ϕ axiale

⊕ Examen à la lampe à fente

- Segment antérieur

- CORNEE 3
 - Taie corneenne (tâche)
 - Dystrophie corneenne endothéliale
 - Dépôts pigmentaire sur l'endothélium à risque d'hypertonie post-op

↳ limitent la perception visuelle
- Chambre ANT 2
 - Recherche des signes d'uvéite
- IRIS 2
 - Dépôts blanchâtres (sur pupillaire) = Pseudoeffoliation capsulaire
 - Synéchies ⇒ mauvaise diatase

- Examen des reflexes pupillaires $\frac{1}{0.03}$
- Genre de la pression $\frac{1}{0.03}$

⚠ Tout glaucome doit être traité avant chirur. de la cataracte

- Segment postérieur & après diatase pupillaire

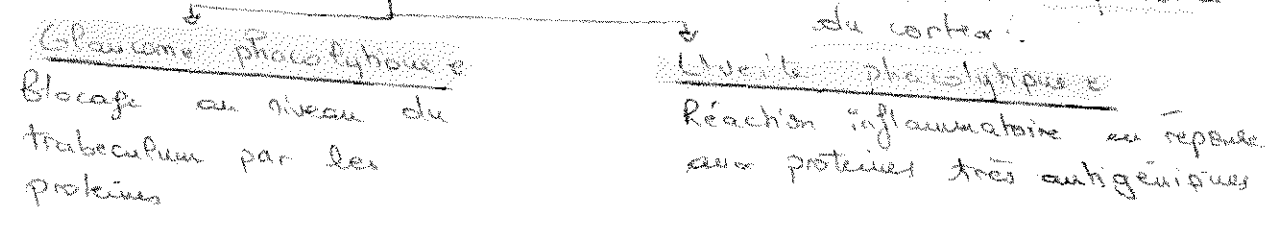
- CRISTALLIN 3
 - Type de cataracte et son importance
 - sous capsulaire
 - corticale
 - nucléaire
 - Ponts du cristallin & luxation, ectopie
 - Dépôts blanchâtres (en coin de) ⇒ Pseudoeffoliation capsulaire
- RETINE 2
 - Décollement rétinien doit être traité avant chirur.
 - Dégénérescence maculaire liée à l'âge ⇒ DMLA limite la récupération visuelle

⊕ Examens complémentaires

- (AUCUN) examen n'est nécessaire pour poser le dg. $\frac{1}{0.03}$
- échographie (mode B) pour calculer la puissance de l'implant (ou) si le FO n'est pas visible à la lampe à fente

I Complications

- Cataracte intumescente : Glaucome aigu par fermeture de l'angle irido cornéen en refoulant d'iris vers l'avant.
- Cataracte morgagnienne ou hypermature : lipofacton des protéines du cortex.



VI Traitement

- 1) Objectifs :
 - Récupération visuelle
 - Prévention et TRT des complications
- 2) Moyens : = TRT est chirurgical

- Extraction extra capsulaire :
 - o Automatique o Phacoemulsification (++) technique de référence!
 - o Manuelle o Risque d'hémorragie => indications limitées!
- Extraction intracapsulaire : Indications limitées!

TRT suivi d'une correction de l'aphakie

- Implants intraculaires (++) méthode de référence!
- Lunettes
- Lentilles de contact

3 Indications

Cataracte avec BAV $\leq 4/10$

- 4) Surveillance : Risque d'endophthalme !!
- o JA, une semaine puis 2 mois (1j/1s/2m)

SF: Douleurs, BAV, rougeur, œdème palpébral

SP: Hypertonie, Inflammation du segment ant (tyndall), hypertonie oculaire

VII Pronostic

- * Atteinte oculaire associée :
 - Taie cornéenne
 - Dystrophie cornéenne
 - Dégénérescence maculaire liée à l'âge
- * complications :
 - Glaucome
 - Uvéite

VIII) Conclusion :

- Cause fréquente de cécité.
- Diagnostic essentiellement clinique.
- PEC chirurgicale.
- Surveillance = Endophtalmie !!

IX) Cataracte secondaire :

1 - Cataracte traumatique :

- Post-oculaire « en feuille de fougère »
 - Par effraction capsulaire → **TOUJOURS** rechercher un **ET** !!!
 - Par corps étranger oculaire chronique
 - Par agent chimique & radiations, électroaction
- ↓
R_x
L₁ 2
TDM

2 - Pathologies oculaires associées à la cataracte :

- Hétérochromie de Fuchs
- Maladies inflammatoires à vésicules nodulaires
- Glaucome pseudo-exfoliatif.

3 - Cataractes métaboliques & Diabète !!

Recherche systématique d'un diabète si sujet jeune

- ### 5 - Cataractes congénitales :
- Héritaires
 - Embryopetopathies
 - Métaboliques

Dg à évoquer devant une leucosie chez l'enfant après le Rétinoblastome !

Glaucome primitif à angle fermé

I Introduction

- * Définition : Hypertonie oculaire due à (aiguë et majeure) une fermeture de l'angle irido-cornéen.
- * Intérêt :
 - Fréquence élevée
 - Urgence dg et thérapeutique (P. Urmel engagé)
 - TRA médico-chirurgical.

II Rappel physiopathologique

- * Humeur aqueuse est produite par les Processus ciliaires au niveau de la chambre postérieure (C.P) oûille CA papillaire. Evacuée par les trabéculum au niveau de l'angle iridocornéen.
- * Mécanisme :

- 1) - Blocage pupillaire : Face post de l'iris s'accroche sur cristallin
↓
Accumulation de l'humeur aqueuse de la C.P
- 2) - Blocage trabéculaires : Refoulement de la racine de l'iris vers trabéculum
↓
Fermeture de l'angle iridocornéen

Crise de Glaucome = (hypertonie oculaire) **AIGUE**

Altitration de l'épithélium cornéen (Oedème de cornée)

Ischémie du sphincter irien (mydriase anisocope)

Atrophie optique

III Diagnostic

① Dg positif : **TDD** = Crise de Glaucome aiguë à angle fermé

② Interrogatoire : Age, ATCDs oculaires et généraux, pos. médicamenteuse de mydriatiques par voie orale / locale, Mode d'installation

Signes fonctionnels

- Oeil rouge douloureux avec **BAV**
- Signes **généraux** : Nausées, vomissements
- **Photophobie**

RABIDE !

Examen clinique

- Bilatéral, comparatif et complet

- Examen à la lampe à fente :

- Œil rouge avec cercle périlésérique
- Déchirure cornéenne
- Hydratac aérolique
- Angle irido-cornéen fermé en gonioscopie
- Pression intraoculaire très élevée (40 à 60 mmHg)

- Examen de l'œil adéquat est fondamental & recherche des facteurs anatomiques prédisposants

- 4
- ① Lentille longueur axiale < 24 mm
 - ② Chambre antérieure étroite < 3 mm
 - ③ Angle irido-cornéen étroit
 - ④ Cataracte inhumescante !!

- ② Dg ≠ :
- Kératite aigue //
 - Traumatisme oculaire //
 - Uvéite aigue hypertensive //
 - Glaucome néovasculaire //
- Œil rouge
douloureux
avec BAV

IV) Traitement :

- Hospitalisation en ophtalmologie
- Traitement symptomatique médical hypotonisant :

Voie locale	Voie générale
<ul style="list-style-type: none"> ① Collyres hypotonisants : (Classe d'analogues de PG car (pro-inflammatoires)) - β bloquants - Inhibiteurs de l'anhydrase carbonique - α₂ adrenergiques ② Systoliques & systémiques de los (yeux) 	<ul style="list-style-type: none"> ① Inhibiteurs de l'anhydrase carbonique : Acéazolamide 500mg IVL puis 250mg par VO avec supplémentation potassique ② Mannitol : 250mg en IV rapide ③ Antalgiques

- TRT chirurgical & Iridectomie périphérique (ou par laser) systématisée dans les 2 yeux

- TRT étiologique & Cataracte, arrêt des médicaments mydriatiques

V) Surveillance :

- Acuité visuelle, tous oculaire, allures photomètre, perimétrie
- ES du TRT : Tonogramme, urée, créat, G2, ECG

(VI) Evolution

1 - En absence de TRT

- Lésion irréversible du nerf optique → accélération de l'œil en crise
- L'œil adelphe devra bénéficier d'un TT préventif
- Iridectomie périphérique

2 - sous TRT

- Précoce :
 - o Disparition des SF
 - o Normalisation de la TO
 - o Récupération possible de l'AV
- Tardif :
 - o Accrolement définitif = goniosynéchies
 - o Blocage trabéculaire chronique

(VII) Glaucome chronique à angle fermé

- s'installe à bas bruit, ou après des crises aiguës/subaiguës
- À l'examen :
 - o HTO
 - o Goniosynéchies
 - o Neuropathie optique glaucomeuse

0

Cancer du colon

I Introduction

II Epidémiologie : 1er, sex R = 1, F > G et E

III Physiopathologie

- * FR :
 - ↳ G (3)
 - ↳ E (4)
 - ↳ Etats préc (2)
- * Type histo : 6 @ 1st ADK
- * MACRO :
 - ↳ CDT, VE
 - ↳ C gelée : I
- * Siège : Sigmoid > D > P > G > T
- * Extension :
 - ↳ Local : Dukes
 - ↳ Lymph (V)
 - ↳ à distance : Pu, Fi, Pé
- * Classification TNM T3 = sous séreuse

IV Dg

- ① Dg (+) :
- Interrogatoire
 - SF
 - Examen clinique
 - Examens complémentaires : Colo, Lavement baryté
 - Bilan d'extension :
 - ↳ TDM TAP
 - ↳ PET scan & DRK
 - ↳ UIV / UroTDM
 - Bilan d'opérabilité
 - Marqueurs tumoraux : ACE, CA19.9

V Complications

- ↳ OIA
- ↳ Infection Co
- ↳ Ang
- ↳ Fistules
- ↳ Hémoir

VI Traitement

① Objectifs

- ② Moyens :
- chirurgie curative
 - ↳ D
 - ↳ A
 - ↳ T
 - " palliative
 - ↳ c. Propriété
 - ↳ dérivation intest
 - CTH

③ Surveillance

TAT :

- ↳ Chirurgie
- ↳ CTH

Cancer du rectum + Anus

I Introduction

II Epidémiologie : Inc., Sex R = 0, F G et E

III Physiopathologie

- * FR :
 - ↳ G (3)
 - ↳ Exo (4)
 - ↳ États pré (2)
- * Type hist. : Ad. (3) + Squ. = ADK
- * NACRD = UB
- * siège = AR 75%
- * Extension :
 - ↳ L0, L1, L2
 - ↳ distance = Pm, F, L1
 - ↳ C, D, SUT
- * Classification TNM T3 = taille de métastase

IV Dg

- Interrogatoire
- SF
- Examens cliniques
- Examens complémentaires : RS
- Bilan d'extension :
 - ↳ IRM pév (4)
 - ↳ Colono
 - ↳ Echendo
 - ↳ TDM TA-P
 - ↳ UroDTH/IV
- Bilan d'opérabilité
- Stages tumoraux

V Traitement

1 Objectifs

2 Moyens

- TRT curatif :
 - ↳ Conservatoire
 - ↳ Radical
- TRT palliatif :
 - ↳ Chirurgie
 - ↳ RTM
 - ↳ CTH

3 Indications

- Tm haut rectum / Moy rectum :
 - ↳ > 5cm de la marge anale
- Bas rectum : < 5cm : R
- Tm petite (T < 3cm) : L

4 Surveillance

TRT :

- ↳ Chirurgie
- ↳ CTH
- ↳ LATH

Cancer de l'œsophage

I Introduction : Dg tardif @ Terrain : sujet âgé, fumeurs

II Epidémiologie : 3ème, mortalité A-T ↗

III Physiopathologie :

- * FR < endo (5)
- * Type histologique : le @ pt CE (90%)
- * Forme MACRO D
- * Extension : LR ←
A distance : L₁, F₁, D + corréaux
- * Siège ←
- * Classification TNM T₃ & Adventice

IV Diagnostic

1 Dg + e :

- Interrogatoire
- SF
- Examen clinique
- Examens complémentaires : FOGD.
- Bilan d'extension : TDM CTA @ Echoendo @ Fibro bronch + Panendo
- Bilan d'opérabilité

2 Dg + e :
K, C
T, B
S, C
S, P

V Traitement

1 Objectifs :

2 Moyens : - TRT curatif : chirurgie
- TRT palliatif : Endoscopie / CTH / ATH

3 Indications : localisés
avancés
métastatiques

4 Surveillance

TRT : { Chirurgie, Endoscopie
CTH
ATH

Cancer de l'estomac

(I) Introduction Dg tardif \Rightarrow 1^{er} lieu de

(II) Epidémiologie 2^e lieu \nearrow

(III) Physiopathologie

- * FR $\left\{ \begin{array}{l} \text{Facteurs irritants (3)} \\ \text{Affections prédisposantes (5)} \end{array} \right.$
- * Type Histo ADK
- * Forme MACRO $\left\{ \begin{array}{l} \text{U} \\ \text{B} \end{array} \right.$
- * 2 types particuliers $\left\{ \begin{array}{l} \text{superficiel} \\ \text{diffus} \end{array} \right.$
- * Siège $\left\{ \begin{array}{l} \text{Antrale juxtapylorique} \\ \text{GC} \\ \text{GC - C - Faces} \end{array} \right.$
- * Extension $\left\{ \begin{array}{l} \text{LR} \\ \text{à distance 2, F10 + ovaires} \end{array} \right.$

(IV) Diagnostic

(1) Dg + $\left\{ \begin{array}{l} \text{Interrogatoire} \\ \text{SF} \\ \text{Examen clinique} \\ \text{Examens complémentaires : FOGD, TOGD} \\ \text{Bilan d'extension : TPTT-A, Echocdo} \\ \text{Bilan d'opérabilité} \end{array} \right.$

(2) Dg - $\left\{ \begin{array}{l} \text{SUI} \end{array} \right.$

(V) Traitement

(1) Objectifs

(2) Modalités

- Chirurgie curative $\left\{ \begin{array}{l} \text{GT/mbT} \\ \text{GTE avec anastomose O-T ou Y ou G} \end{array} \right.$
- Chirurgie palliative $\left\{ \begin{array}{l} \text{Dérivation O-T / G-J} \\ \text{G, propreté} \\ \text{Stomies} \\ \text{Endo propreté} \end{array} \right.$

(VI) Pronostic

- Aspect MACRO
- siège
- Retard de
- Extension lymphatique

TRT $\left\{ \begin{array}{l} \text{Chirurgie, endoscopie} \end{array} \right.$

- Émission glaire - sanglante
- Incontinence fécale & Prolapsus externalisé
- Douleurs anales
- Externalisation d'un prolapsus & intermittente / permanente

IV Examen clinique

- Examen général & T°, FC, FR, conjonctives, TA, État général
- Examen du périnée :
 - Externalisation du prolapsus
 - Béance anale spontanée
 - TR = Descente du prolapsus lors des efforts de poussée
 - Rectoscopie :
 - Hauteur du point de départ
 - Amplitude de la descente
- Examen gynécologique et examen des orifices herniaires

V Examens complémentaires

Si dg clinique incertain ou rechercher pathologie associée

- Défecographie :
 - Point de départ
 - Étendue
 - Nidus rectale
- IRM pelvienne dynamique

VI Traitement

- ① Objectifs :
 - soulager les symptômes (corriger le prolapsus)
 - Analyser la qualité de vie
- ② Moyens :
 - Éviter les récurrences

* TRT chirurgical

- Rectopexie = chirurgie de référence (1ère intention) !!!
- Chirurgie par voie basse :
 - Rectoplastie transanale
 - Rectosigmoïdectomie périméale

- * TRT médical :
 - Antalgiques
 - Laxatifs

VII Conclusion

- Prolapsus rectal & Troubles statiques pelviennes parmi d'autres
- Sol rectal & faux besoins, épreintes, tenesmes !!
- Retenissement fonctionnel majeur = Incontinence
- Traitement chirurgical

Rectopexie (+++)

Prolapsus rectal

I Introduction

- * Définition : Invasation de la paroi rectale aboutissant à son extériorisation par l'anus.
- * Intérêt :
 - Circonstances dg
 - Importance de l'examen clinique dynamique
 - Problème thérapeutique !

II Epidémiologie

* 2 formes étiologiques *

Trouble global de la stabilité pelvipérinéale	Prolapsus rectal isolé
<ul style="list-style-type: none">• Sujet <u>âgé</u>, sexe <u>feminin</u>• Efforts de <u>poussées</u> et interventions <u>chirurgicales</u>• Association au prolapsus <u>génital</u>	<ul style="list-style-type: none">• Sujet <u>jeune</u>• Anomalies <u>structurelles</u>• <u>Isolé</u>

III Physiopathologie

1 Rappel

Moyens de soutien	Moyens d'amaigrissement
<ul style="list-style-type: none">- Profonds : { Recto-levator de l'anus { Puborectal- Superficiels : { m. périnéaux { noyau central du périnée	<ul style="list-style-type: none">- Lames sacrorecto-gémitopubiennes- Aponévrose pelvienne

2 Facteurs de risque

- Efforts de poussée répétés (constipation) = facteur mécanique
- Accouchements par VB = altération musculaire
- Vieillesse, ménopause = altération des liens
- Chirurgie = lésion nerveuse.

IV Diagnostic positif

* Interrogatoire : Age, sexe, AF/Ds médicaux, chirurgicaux, mode d'installation et durée d'évolution

* Signes fonctionnels

- Dyschésie / Blocage des selles par engagement de la paroi rectale (antérieure) dans le bal rectum

- Examen des autres appareils.

④ Examens para cliniques :

- Endoscopie :
 - Sténose SIO souple, mapante lisse, justant au passage
 - Stase et résidus alimentaires
 - ↳ Biopsies (+++) !! Eliminer un RC
- TGD :
 - Corps « en chaussette »
 - ↳ SIO « rétrécissement régulier, centré » (« en puce de radis »)
- Rx thorax : Elargissement médiastinal
- Splanchnométrie :
 - Augmentation de la pression SIO
 - Relaxation incomplète du SIO
 - Absence de péristaltisme sur l'ensemble de l'œsophage

⑤ Dg différentiel :

- * Cancer de l'œsophage :
 - Age > 50 ans
 - Durée des symptômes > 1 an
 - AEG (Amaigrissement)
- ↳ Biopsie !!

⑤ Complications :

DDC

- Œsophagite de stase
- Diverticules
- Cancérisation

⑥ Traitement :

- ① Objectifs :
 - soulager les symptômes
 - Améliorer la qualité de vie

- ② Moyens :

- * TRT endoscopique :
 - Dilatation pneumatique endoscopique à l'aide de ballonnets calibrés
 - Injection de toxine botulique & suppression la libération de l'acétylcholine
- * TRT chirurgical : Myotomie & diminuer la pression du SIO par section des fibres musculaires
- * TRT médical :
 - Inhibiteurs calciques (Nifédipine)
 - Anticholinergiques

- ③ Indications :

- * TRT de 1^{ère} intention & Dilatation endoscopique
- * Chirurgie (si) échec de TRT endoscopique

- ④ Surveillance : dysphagie, douleur, examen clinique (Défaut abdominal)

⑦ Conclusion :

- Splanchnométrie confirme le dg
- TRT de choix = Dilatation endoscopique

Œsophagite achalásique

I) Introduction

* Définition : Trouble moteur primitif de l'œsophage défini par une absence de péristaltisme du corps de l'œsophage et par une relaxation du SIO absente ou incomplète lors de la déglutition

* Intérêt :
- Dysphagie = symptôme principal (Dg ≠ cancer de l'œsophage)
- Facteur de risque du cancer de l'œsophage
- Traitement endoscopique ou chirurgical

II) Épidémiologie

- Pathologie rare, facteurs génétiques.
- Survient à tout âge (50-60 ans)
- Sex ratio = 1

III) Physiopathologie / Étiologie inconnue

- Destruction progressive des neurones inhibiteurs de l'œsophage
↓
Stimulation permanente des neurones excitateurs

↳ Dénervation du SIO ⇒ Hypertonie basale + relaxation incomplète

↳ Dénervation du corps ⇒ Aperistaltisme œsophagien

IV) Diagnostic

1) Dg positif

⊕ Interrogatoire : Age, sexe, ATCDs médico-chirurgicaux, mode d'installation et durée d'évolution.

⊕ Signes fonctionnels

- Dysphagie paradoxe (aux liquides), intermittente au début, non douloureuse, basse, aggravée par le stress
- Régurgitations & Rejet par la bouche d'aliments sans effort de vomissement
- Douleurs rétro-sternales.

⊕ Examen clinique

- Examen général : État général, T°, TA, FC, FR, conjonctives, poids, taille
- Examen abdominal :
• Recherche d'HEM, d'ascite
- Examen des aires ganglionnaires

- Tuméfaction au regard de la cicatrice
- Insister sur siège, volume, état cutané au regard, contenu
- Caractère impulsif à la toux, réductible
- Examen du diamètre du collet.
- Examen des orifices herniaires !!
- Examen des OGE
- Toucher rectal systématique
- Examen des autres appareils.

④ Examens paracliniques :

- Aucun examen complémentaire n'est nécessaire au dg
- Bilan préopératoire : NFS - Ep, urée, créat, Gāj...

⑤ Complications :

① Engorgement : Difficilement réductible

② Etranglement :

- Douleurs vives, max au collet
- Irréductible, non impulsif à la toux
- Signes associés : fbs de transit, nausées, vomissements

↳ Urgence chirurgicale : risque de nécrose

⑥ Traitement :

① Objectifs :

- Réduction de l'éventration
- Prévention des accidents
- Traitement des complications

② Moyens :

- * TRT chirurgicale :
 - Réparation par suture (ou)
 - Mise en place d'une prothèse

- * TRT médical : - Antalgiques, Antispasmodiques

③ Indications :

- { Eventrations de petite taille : suture
- { Eventrations de moyenne / gd taille : prothèse

④ Surveillance clinique : Transit, fièvre, cicatrice, examen des mollets

⑤ Conclusion :

- Complication fréquente des laparotomies
- Dg est clinique.
- Complication la plus redoutable : Etranglement
- Intérêt de la surveillance post-opératoire

Événements post-opératoires

I Introduction

- * Définition : Issu de viscères abdominaux contenus ds un sac péritonéal à travers un orifice non naturel de la paroi abdominale (secondaire à une intervention chirurgicale)
- * Intérêt :
 - Affection fréquente
 - Diagnostic et clinique
 - Complications redoutables
 - TRT est chirurgical

II Épidémiologie

- * Interventions chirurgicales initiales :
 - Gynécologiques +++ les plus fréquents
 - Viscérales (Bilio pancréatique +++)
- * Siège de l'incision :
 - Sous ombilical +++ les plus fréquents
 - Sur ombilical
 - Mc Burney ($\frac{1}{3}$ EXT de la ligne reliant l'EIAS droite à l'ombilic)
 - Sous costal droit.

III Physiopathologie

- * Facteurs de risque :
 - Multi-parité, Obésité
 - Diabète, HTA
 - Facteurs d'hypotension abdominale (Asthme, BPCO, constipation, Prostatisme)

IV Diagnostic positif

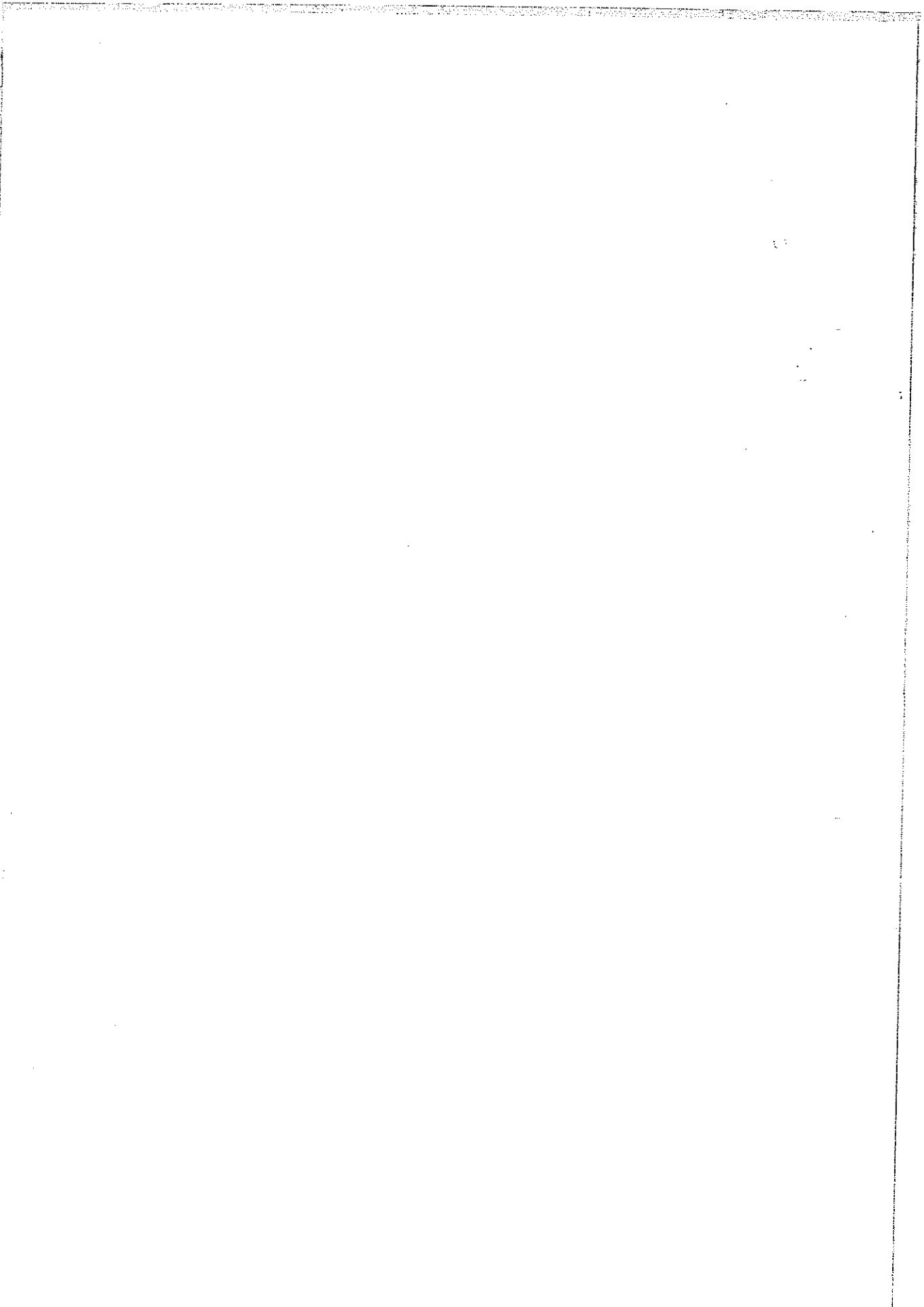
- ⊕ Interrogatoire : Age, sexe, ATCDs médicaux et chirurgicaux, mode d'installation, durée d'évolution, suites post op. de l'intervention.

- ⊕ Signes fonctionnels :

- Tuméfaction abdominale (en regard d'une cicatrice chirurgicale) non douloureuse, expansive, impulsive à la toue et réductible
- gêne au passage
- Troubles digestifs

- ⊕ Examen clinique :

- Examen général : T°, FC, FR, TA, conjonctives
- Examen abdominal : Debout puis couché, au repos puis à l'effort



2 Engorgement herniaire

- Hernie difficilment réductible
- Douleur (+), tbr de transit, nausées, vomissements

↳ Menace d'étranglement

↳ Indication opératoire formelle diffère

3 Etranglement herniaire

- Striction permanente au niveau du collet de la hernie
- complication la grave et la redoutable (souffrance viscérale)

- Douleurs vives max au niveau du collet exacerbées par prothèse
- Irréductible, non expulsive à la toux
- signes associés : Troubles de transit (Arrêt du transit / diarrhée), nausées, vomissements.

↳ Urgence chirurgicale → engage le RV

VI Traitement

- 1 Objectifs : Réduction de la hernie, Prévention des recidives + TRT des facteurs favorisants, Traitement des complications

2 Moyens

- TRT chirurgical :
 - Herniorraphie (réparation par suture)
 - Hernio plastie (mise en place de prothèse)
- TRT médical : Antispasmodiques, Antalgiques

3 Indications

- Hernie non compliquée : Herniorraphie ou Hernio plastie
- Etranglement herniaire :
 - ↳ Si vitalité intestinale satisfaisante + réintégration
 - ↳ Si nécessaire : résection - anastomose
 - ↳ Réparation pariétale (pas de prothèse)

4 Surveillance clinique : Transit, fièvre, cicatrice, examen des mollets

III Conclusion

- Pathologie bénigne, mais grave
- complication grave qui engage le RV = Etranglement herniaire
- TRT est chirurgical
- Les orifices herniaires doivent être examinés systématiquement devant un tableau d'occlusion intestinale aigue !!!

IV Diagnostic

① Dg positif est clinique d'abord

② Interrogatoire : Age, sexe, ATCDs médicaux et chirurgicaux (Asthme, BPCO, constipation, prostatisme), Profession, Mode d'installation et durée d'évolution

③ Signes fonctionnels :

- Tuméfaction non douloureuse, expansive, impulsive à la toux et réductible
- gêne ou pesanteur
- Troubles digestifs

④ Examen clinique :

- Examen général : T°, TA, FC, FR, conjonctives, poids, taille
- Examen abdominal : debout puis couché, au repos puis à l'effort
- Tuméfaction de la racine de la cuisse
- Siège par rapport à la ligne de malgaigne (EIAS - Rubis)
 - ↳ Hernie inguinale : Au dessus
 - ↳ Hernie crurale : Au dessous
- caractère : impulsive à la toux, réductible
- Examen de l'anneau inguinal externe : doigt chargé le scrotum jusqu'à l'anneau
- Examen de l'anneau crural : en dd des va fémorales
- Examen du collet herniaire et son diamètre
- Volume, contenu et aspect de la poire en regard
- Examen des autres orifices herniaires
- Examen des DGE
- Toucher rectal systématique

⑤ Examen paraclinique :

- Aucun examen complémentaire n'est nécessaire pour le diagnostic sauf en cas de doute
- Bilan préopératoire : NFS-Pq, BH, Urée, Créat, Gâj.

② Dg différentiel :

- ADI inguinale
- Abscès
- Testicule ectopique
- Kyste du cordon
- Hydrocèle, varicocèle

V Complications :

① Augmentation du volume :

- ↳ Gêne à la marche
- ↳ Retenissement respiratoire
- ↳ Tbr de transit

Hernies de l'aîne e

1

I Introduction e

* Définition e Issu de sac péritonéal, contenant des viscères abdominaux (Hernie) à travers un point de faiblesse naturel de la paroi abdominale.

- * Intérêt e
- Affection fréquente
 - Diagnostic clinique
 - Complications redoutables
 - TRT est chirurgical.

II Epidémiologie e

- * La plus fréquente des hernies de la paroi abdominale
- * Age variable, mais touche surtout l'adulte jeune avec prédominance masculine
- * Facteurs de risque e type profession abdominale

III Physiopathologie e

1 Rappel anatomique e

- * Région de l'aîne e Orifice musalopectiné, limité e
 - en bas e Branche ilio-pubienne
 - en haut e m oblique interne et transverse
 - en dehors e m psoas
 - en dedans e Gd droit et tendon conjoint
- * Séparé e 2 parties, par l'arcade crurale e
 - région supérieure en haut e cordon spermatique + lig rond, pédicule épigastrique
 - région inférieure en bas e Ve fémorale
- * Fermé en arrière par le fascia transversalis

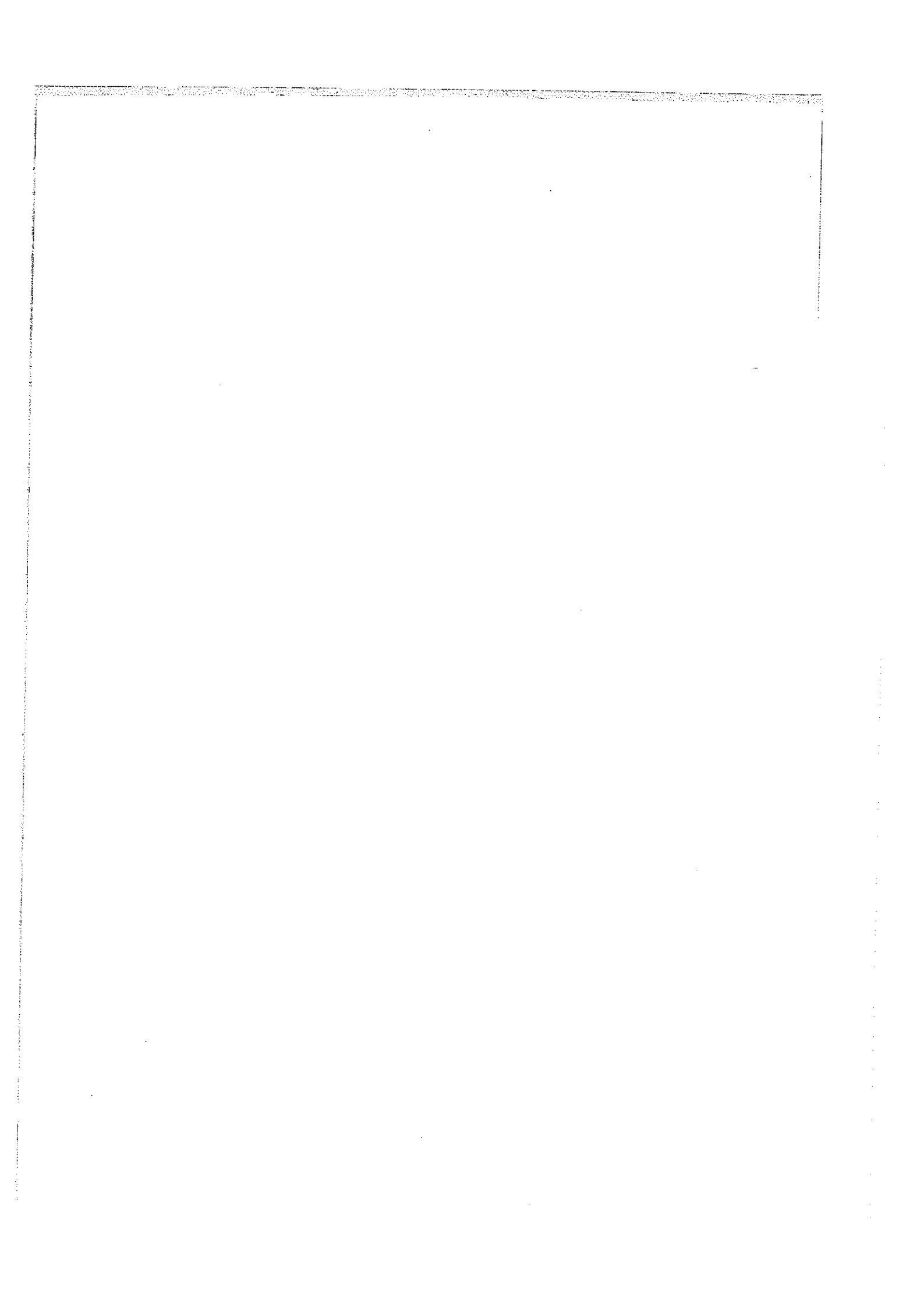
2 Mécanisme e

1) Hernies inguinales e Au dessus de l'arcade crurale

- Hernie oblique externe / indirecte / congénitale par persistance du canal (trajet oblique, en haut et e dr) } péritoine vaginal (le long du cordon / lig rond)
 - En dehors des ve épigastriques
 - peut atteindre le scrotum = inguinoscrotale
- Hernie oblique / directe par faiblesse de la paroi abdominale }
 - En dedans des ve épigastriques

2) Hernie crurale e Au dessous de l'arcade crurale

- En dedans des vaisseaux fémoraux



V Traitement

- ① Objectifs est
- Exérèse cancéreuse
 - Exérèse ganglionnaire
 - Améliorer la qualité de vie

② Moyens

- * Chirurgie curative est
 - Gastrectomie totale - subtotal
 - Gastrectomie totale élargie
 - Anastomose oeso-jéjunale en Y ou en Omega
- * Chirurgie palliative est
 - Dérivation gastro-jéjunale / oesophagostomie
 - Gastrectomie de propreté
 - Stomie d'alimentation
 - Endoprothèse

VI Pronostic

- Aspect Macro
- * Cancer superficiel et lymphome = Bon pronostic
 - * Linéaire gastrique = pronostic sombre

- siège
- * Tumeur antérieure et Bon pronostic
 - * Tumeur du cardia et du 1/2 sup = mauvais P.

Retard dg

Extension lymphatique

VII Conclusion

- * Problème majeur de santé publique
- * Dg tardif.
- * Prévention = Dépistage des lésions pré-cancéreuses
- * PEC multidisciplinaire

IV Diagnostic

1 Dg positif

• Interrogatoire : Age, ATDr médicaux - chirurgicaux (ulcère gastrique, infection à H. pylori, Gastrectomie), durée d'évolution des symptômes

2 Signes fonctionnels

- Signes généraux : AEG, SD anémique
- Douleur : caractères évocateurs of
 - Fixité du siège
 - Irradiation dorsale
 - Horaires variables
- Vomissements (antraux)
- Nocturnes
- Complications of
 - Perforation
 - Sténose antropylorique
 - Hémorragies digestives

3 Examen clinique

- Examen général : T°, TA, FC, FR, conjonctives, Poids, taille
- Examen abdominal :
 - Tumeur palpable (antrale)
 - Recherche d'HPH, d'ascite, TR
- Examen des aires ganglionnaires : gg de Troisier

4 Examens complémentaires

- Fibroscopie avec biopsies multiples
 - Aspect macroscopique + siège
 - Intérêt : Dépistage + Dg histologique + surveillance
- TOGD : image lacunaire irrégulière sténose

5 Bilan d'extension

- Echoendoscopie
- Echographie abdominale ou TDM abdominale
- Rx thorax ou TDM thoracique

6 Bilan d'opérabilité

- Fonction respiratoire : EPP, Rx thorax, EFR
- Fonction cardiaque : ECG, Echoceur
- Fonction rénale : urée, créat
- Bilan nutritionnel : Poids, Albumine
- Bilan d'hémostase et Glycémie à jeun

2 Dg ≠ Sténose ulcéreuse (1)

Cancer de l'estomac & 2ème

I) Introduction

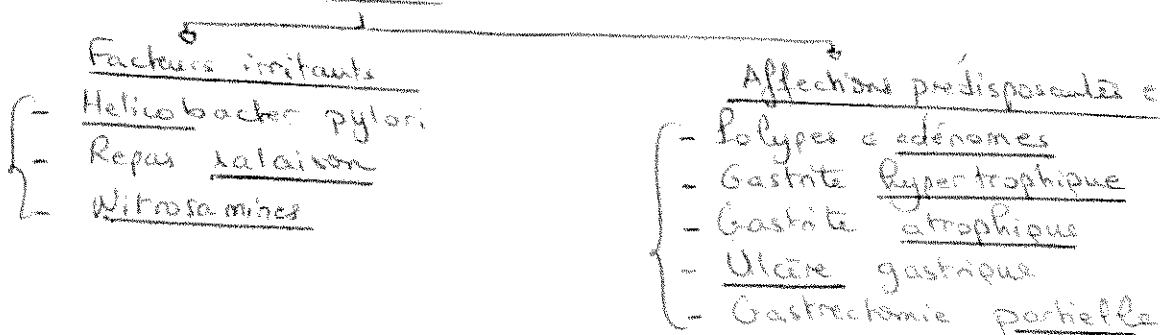
- * Définition : Tumeur maligne développée à partir de la muqueuse gastrique
- * Intérêt & fréquence
 - Connaître les facteurs de risque et les signes d'appel
 - Dg est histologique
 - Cancer de mauvais pronostic : Dg tardif

II) Épidémiologie

- 2ème cancer digestif au Maroc
- Age : 50-70 ans
- Prédominance masculine

III) Physiopathologie

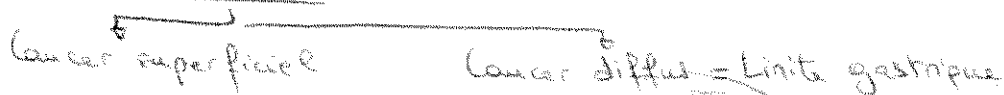
* Facteurs de risque



* Le type histologique la + fqt : Adénocarcinome

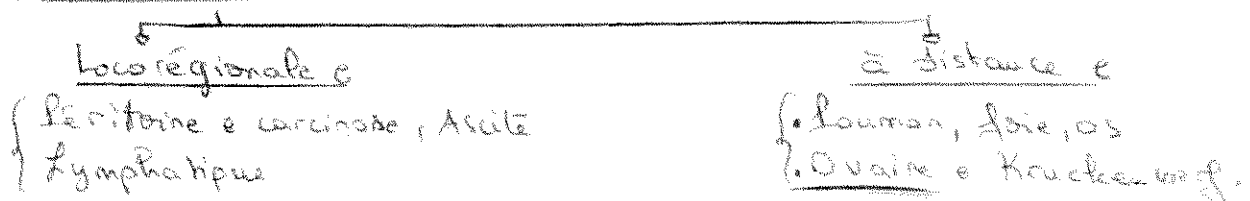
* Forme macroscopique : Ulcéré ou bourgeonnant ++

* 2 types particuliers :



* Siège :
- Antriculaux : juste pylorique & Voie fatale
- Petite courbure
- Gd courbure - cardia - face

* Extension :



④ Surveillance * { Examen clinique
Paraclinique * { TDM
Endoscopie
Echocardiographie

⑥ Conclusion *

- * Œsophage est un organe profond
↳ Asymptomatique → dg tardif.
- * Devant une dysphagie chez un sujet à risque = DFGD
- * Prévention & lutte contre Alcool-Tabac
surveillance des sujets à risque e RGO, EBO
- * PEC multidisciplinaire.

- Fibroskopie trachéo-bronchique = $\frac{1}{3}$ sup et $\frac{1}{3}$ moy
- Laryngoscopie des VADS = seconde localisation néoplasique

④ Bilan d'opérabilité

- Fonction respiratoire = Examen RL, Rx thorax, EFR si besoin
- Fonction cardiaque = ECG, ETT
- Fonction rénale = urée, créat.
- Bilan nutritif = Poids, Albumine
- Bilan d'hémostase, G_aJ.

⑤ Dg différentiel

- Cancer du cardia
- Tm bénigne
- Sténose caustique
- Sténose peptique

IV Traitement

- ### ① Objectifs
- Exercice carcinologique et gastronomique
 - Améliorer la qualité de vie

② Mojeun

* TRT chirurgicale = Esophagectomie subtotale

- Buts :
- Enlever la tumeur en passant 5cm au moins au dessus du pôle supérieur macroscopique
 - Cellectomie péritumorale et curage lymphatique
 - Rétablissement de la continuité par l'estomac
 - Jéjunostomie d'alimentation.

* TRT palliative

- TRT endoscopique = Dilatation d'une sténose
- Endoprothèse (si) fistule oesotrachiale
- Chimiothérapie
- Radiothérapie = CI en cas de fistule

③ Indications

* Cancers localisés = T₁, T₂

↳ TRT chirurgicale

* Cancers avancés (mais M₀)

↳ Radio-Chimiothérapie (+) chirurgie

* Cancers métastatiques

↳ TRT palliatif = Radio-chimiothérapie
 ↳ TRT endoscopique

⑨ Classification TNM

T	N	M
T ₁ = envahit la ss-muqueuse T ₂ = envahit la musculature T ₃ = <u>à adénite</u> T ₄ = <u>structures adjacentes</u>	N ₀ = gg régionaux	M ₁ = métastase à distance

⑩ Diagnostic

① Dg positif

② Interrogatoire : Age, sexe, ATCDs médicaux - chirurgicaux (RGO, cancer ORL)
ATCDs toxiques (quantifier l'intoxication alcoolotabagique)

③ Signes fonctionnels

- Asymptomatique = découverte tardive (Pronostic sombre)
- Signes généraux = AEG, Sd anémique = pâleur, asthénie
- Dysphagie = progressive, aux solides puis globale, intermittente ou permanente.
- Autres :
 - Régurgitations précoces ou tardives
 - Hypersialorrhée
 - Troubles de déglutition = Troux à la déglutition
 - La fistule œsotrachéale ou faute route par atteinte récurrentielle

④ Examen général : T°, TA, FC, FR, conjonctives, Poids, taille, Hydratation

⑤ Examen abdominal

- Recherche d'HLM, d'ascite
- TR systématique = Hoelenas

⑥ Examen des aires ganglionnaires = gg de Trovier !!

⑦ Examen ORL = Cavité nasale, nasopharynx, laryngoscopie indirecte

⑧ Examen Stomatologie = Cavité buccale, état bucco dentaire

⑨ Examens complémentaires

- Endoscopie œsogastro-duodénale = avec biopsies multiples et étappées
- Aspect macroscopique + siège par rapport aux arcades dentaires

⑩ Bilan d'extension

- Clinique = Examen somatique attentif et complet
- Paraclinique =

• TDM cervico-thoraco-abdominale = Enveloppement locorégional , lymphatique et à distance

• Echoendoscopie = Si Tm superficielle et No Mo à la TDM

• Extension parétale et lymphatique

Cancer de l'œsophage 3ème

I Introduction

- Définition : Tumeur maligne développée à partir de la muqueuse œsophagienne
 - Intérêt :
 - Fréquence
 - Connaître les facteurs de risque et les signes d'appel
 - Diagnostic histologique
 - Pronostic mauvais
- Dg tardif (organe profond)
 • Terrain & sujet à p'taxés

II Epidémiologie

- 3ème cancer digestif
- Age : 50-70 ans
- Prédominance masculine
- Intoxication alcool - tabagique +++

III Physiopathologie

• Facteurs de risque

Facteurs exogènes

- Alcool - Tabac (dose dépendant)
- Alimentaires :
 - Carence vitaminique
 - Consommation d'opium - résidus
- Irritation thermique
- Radiations ionisantes
- Agents infectieux : HPV, mycètes

Facteurs endogènes

- Brûlures caustiques
- Endobrachyœsophage (EBO)
- Mégaoesophage = Achalasia
- Dysphagie œsopéorique

• de type histologique le plus fréquent : Carcinome épidermoïde (90%)

• forme macroscopique : Ulcéroboursannante en lobe d'oreille +++

• Extension

Loco-régionale & favorisée par

- Axite sous muqueuse
- Richesse lymphatique
- Nœuds de perméation à distance
- Absence de séreuse

À distance

- Foie, Poumon, os
- Cerveau

• siège :

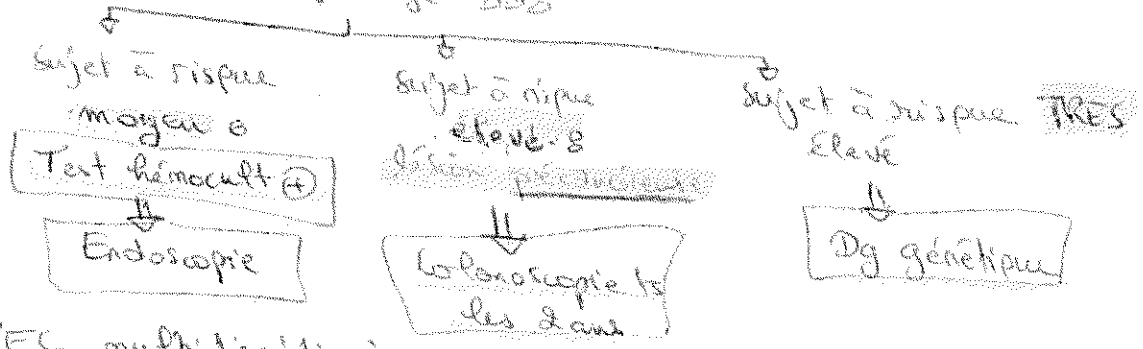
- 1/3 inférieur & surtout l'ADK → fistule vers bronchique
- 2/3 moyen → fistule vers trachéale
- 1/3 supérieur & surtout le CE

③ Surveillance :

- Clinique trimestrielle puis semestrielle
- Para-clinique :
 - Echographie abdominale
 - Ra thorax
 - Coloscopie
 - ACE

⑦ Conclusion :

- * Cancer très fréquent
- * SymptomatoLOGIE polymorphe
- * RAT chirurgical.
- * Prévention & Dépistage !!!



* PEC multidisciplinaire

2) Marqueurs tumoraux : ALE +++ + Interet (d) thérapeutiques, Ec
CA19,9

* Bilan d'opérabilité.

① Complications : 5

① - Occlusions intestinales basses : Colo, gche surtt
↳ ASL & NHA plus hauts que larges, périphériques

② - Infections : Abcès péri-neoplasique
↳ locale : Empatement, douleur, masse, tenite, chorde
↳ générale : septicémie
• La Echographie + TOG

③ - Pertforations :
↳ dilatative par dilatation
↳ in situ par nécrose
• péritonite

④ - Fistules :
↳ cutanées
↳ internes (gastro-colique, colo-vésicale)

⑤ - Hémorragies

⑥ Traitement

① Objectifs :
↳ Exérèse large = colon + mése
↳ Rétablissement de la continuité
↳ TRT des complications

② Mojeus

* Chirurgie curative

- COLON DROIT : Ileocoléctomie droite et anastomose ileo transverse
- COLON GAUCHE : Coléctomie gauche ou segmentaire
- COLON TRANSVERSE :
↳ Angle gche = Colon gche
↳ Angle dt = colon dt

* Chirurgie palliative

- Coléctomie de propreté
- Dérivation interne ou externe

* Chimiothérapie :
↳ récidives, survie
↳ Indications en fonct des facteurs pronostiques

⊕ Classification TNM

T	N	M
<p>T₁ = sous muqueuse</p> <p>T₂ = musculaire</p> <p>T₃ = <u>avec</u> <u>ou sans</u> atteindre <u>revêtement mésothélial</u> / <u>tissu péricolique</u></p> <p>T₄ = Penètre <u>viscéral</u> / <u>organes de voisinage</u></p>	<p>N₀ = 1 à 3 gg</p> <p>N₁ = ≥ 4 gg</p>	<p>M₁ = métastase à distance</p>

⊕ II Diagnostic

⊕ Dg positif

⊕ Interrogatoire = Age, sexe, ATCDs médicaux - chirurgicaux, Alimentation, durée d'évolution des symptômes

⊕ Signes fonctionnels

- Douleurs fréquentes
- Troubles de transit = Alternance diarrhée, constipation
- Hémorragies digestives = Rectorragies, Méléna
- AEG.

⊕ Examen clinique

- Examen général = T°, TA, FC, FR, conjonctives, palais, poids, taille, état d'hydratation.
- Examen abdominale
 - Stase abdominale (siège, consistance, volume), HEM, ascite
 - TR = masse prolabée (sigmoïdienne)
- Examens des aines ganglionnaires egg de Troisinier.

⊕ Examens complémentaires

- Colonoscopie + biopsies multiples =
 - siège + aspect.
 - présence de polypes
- Lavement baryté = image lacunaire / rétrécissement en tronçon de pomme ⇒

⊕ Bilan d'extension

- Clinique = HEM, Ascite, egg de troisinier
- Para clinique =
 - TDM TAP +++ . OREM
 - Pet scans Opérabilité, extension, récidives, métastases
 - Uroscamer/UIV (si) signes d'appel.

Cancer du colon & Rect

I Introduction

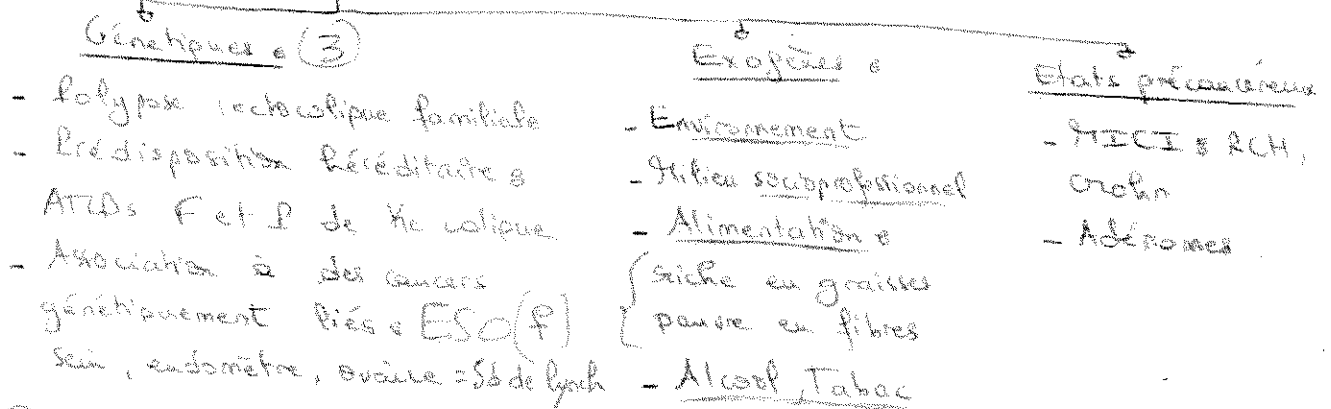
- * Définition : Tumeur maligne développée au départ de la paroi colique
- * Intérêt :
 - Fréquence
 - Connaître les facteurs de risque et les signes d'appel
 - Dg et histologie (coloscopie + biopsie)
 - TRT : chirurgical + chimiothérapie

II Epidémiologie

- * 1er cancer digestif au Maroc
- * Age = 50-70 ans
- * Sexe ratio = 1
- * Facteurs génétiques (+++) et environnementaux.

III Physiopathologie

* Facteurs de risque



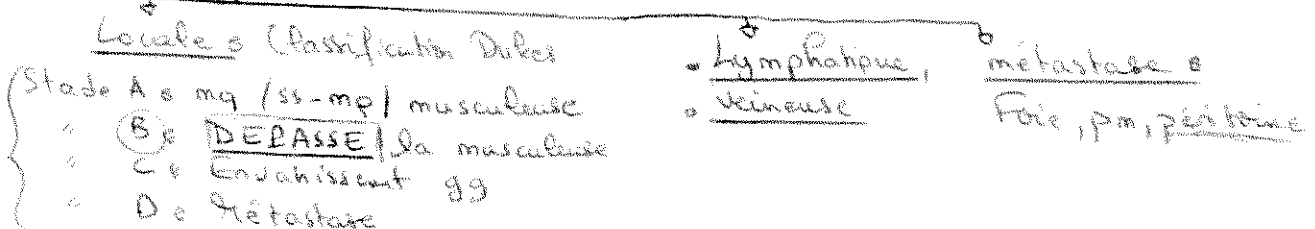
* Le type histologique le plus fréquent : Adénocarcinome

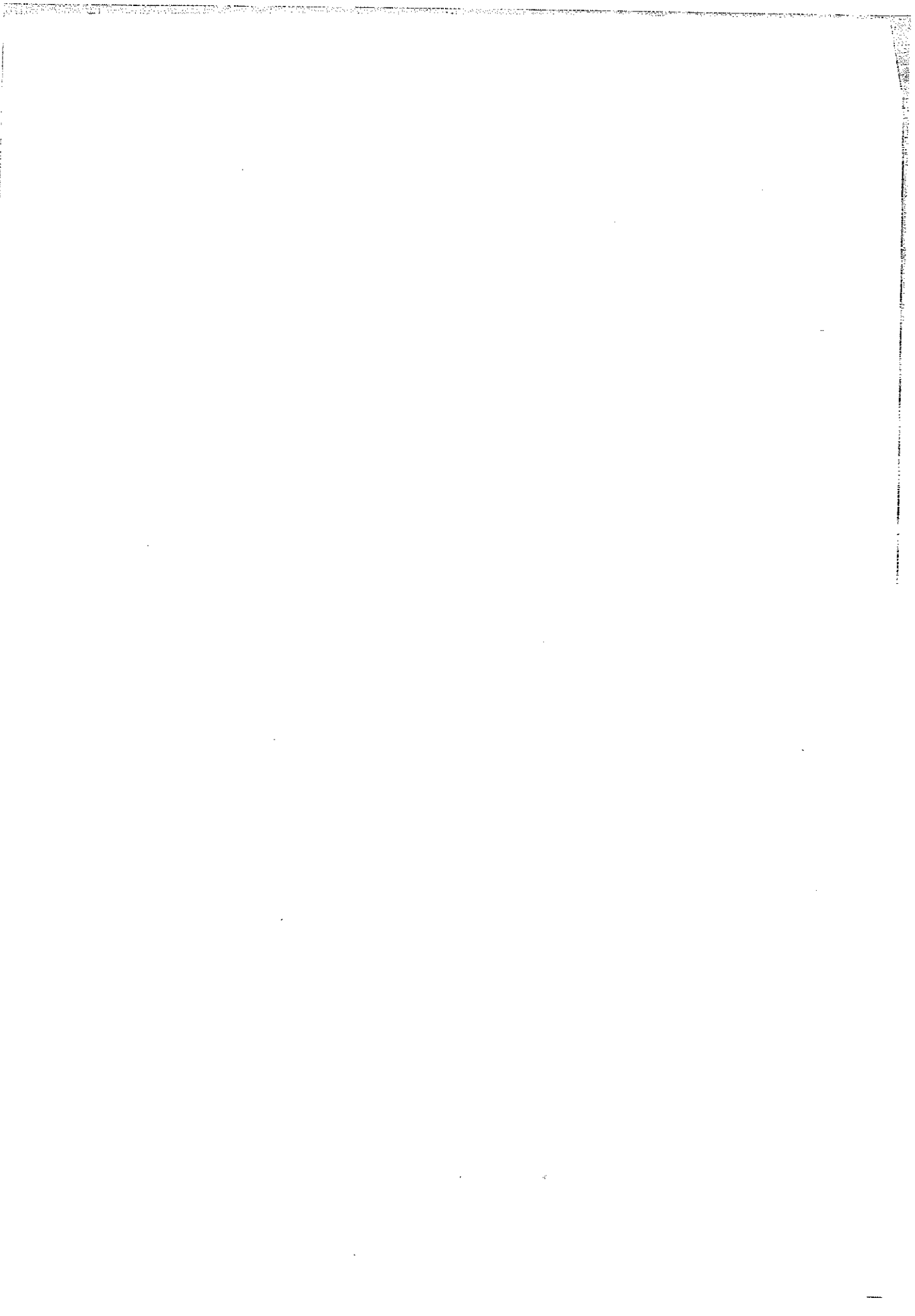
* Macroscopie :

- Colon DRÔITE : Tm végétantes caephaloides
- Colon GAUCHE : Tm infiltrantes

* Siège : Sigmoïde (50%) > Caecum > Colon dt > Colon gauche > Colon T

* Extension





- TDM TA-D & métastases pleu et hépatiques
- Cystoscopie ou URD scanner (si) signes d'appel

④ Prognosis tumoraux & ACE => Intérêt (diag, thérapeutique, Pronostic)

⑤ Bilan d'opérabilité.

⑥ Traitement

① Objectifs : Exérèse carcinologique et gg + Rétablissement de la continuité
Améliorer la qualité de vie.

② Moyses

+ Chirurgie curative & Large de sécurité = 2cm

Chirurgie conservatrice :
Chirurgie mutilante = amputation abdomino-périnéale + colostomie définitive
Locale = transanale

+ Chirurgie palliative :
- exérèse de proctite
- anastomose définitive

+ Radiothérapie
+ Chimiothérapie } ↑ survie, ↓ récidives

③ Indications

-> Tumeur du Haut rectum / moys rectum & Chirurgie conservatrice
(> 5cm) par rapport à la marge anal.

-> Tumeur du bas rectum (Hauteur < 5cm) & Chirurgie mutilante

-> Tumeur de petite taille (< 3cm & Exérèse locale transanale)

④ surveillance

- clinique & trimestrielle puis semestrielle

- paraclinique :
Ediographie abdominale
Rx thorax
Coloscopie
ACE

⑤ Conclusion

- * Cancer très fréquent
- * Importance du toucher rectal
- * Prévention & Dépistage
- * EEC multidisciplinaire

⊛ Classification TNM

T	N	M
T ₁ = sous muqueuse T ₂ = musculaire T ₃ = <u>grosse péristectale = mésorectum</u> T ₄ = <u>peritone réctal / organes de voisinage</u>	N ₁ = 1 à 3 gg N ₂ = <u>> 4 gg</u>	M ₁ = métastase à distance

⊛ Diagnostique

⊛ Interrogatoire : Age, sex, ATCDs médicaux, chirurgicaux, familiaux de RC, Durée d'évolution des symptômes

⊛ Signes fonctionnels

- Syndrôme sacral : Faux besoins, épaves, tenesmes
- Troubles de transit : Alternance diarrhée - constipation
- Hémorragies digestives : Rectorragies
- AEG

⊛ Examen clinique

- Examen général : T₀, TA, FC, FR, conjonctives, pâleur, Poids, taille, Etat d'hydratation
- Examen ano-rectal : TR
 - masse palpable : siège, caractères, extension locorégionale !!!
 - masse non palpable : Haut rectum
- Examen abdominal : recherche d'HDH, d'ascite
- Examen des aires ganglionnaires : gg du Troisième

⊛ Examens complémentaires

- Rectosigmoidoscopie + biopsies multiples :
 - siège, aspect
 - Dg histologique

⊛ Bilan d'extension

- clinique
- Paraclinique :
 - Coloscopie : seconde localisation
 - Echoendoscopie : extension parietale lymphatique
 - IRM pelvienne : +++
 - Infiltration du mésorectum (et marges latérales)
 - Hauteur de la tumeur (et taille)
 - Rapport avec le sphincter
 - Extension lymphatique

Cancer du rectum et de l'anus 1er

I Introduction

- * Définition : Tumeur maligne développée au départ de la pari rectale
- * Intérêt :
 - Fréquence
 - Connaître les FR et les signes d'appels
 - Dg est histologique
 - TRT :
 - chirurgical = essentiellement
 - Radio-chimiothérapie

II Epidémiologie

- * 1er cancer digestif en maroc = cancer colorectal
- * Age = 50 - 70 ans
- * Ka ratio = 1
- * Facteurs génétiques et environnementaux +++

III Physiopathologie

⊕ Facteurs de risque

<u>Génétiques</u>	<u>Environ</u>	<u>Etats précancéreux</u>
<ul style="list-style-type: none">- Polypose rectocolique familiale (RCF)- Prédilection génétique- Association à des cancers génétiquement liés : sein, endométric, ovaire.	<ul style="list-style-type: none">- Environnement- Milieu socio professionnel- Alimentation :<ul style="list-style-type: none">riche en graissespoivre en fibres- Alcool, Tabac	<ul style="list-style-type: none">- <u>AIICI</u>- Adénomes

⊕ Le type histologique : c. Ⓢ Adénocarcinome

⊕ Diagnose : forme ulcéro bourgeonnante

⊕ Siège : Ampeule rectale (75%)

⊕ Extension

<u>Locale</u> : <u>Dukes</u>	<u>Lymphatique</u>	<u>Métastases</u>
<ul style="list-style-type: none">A : muq / sr muq / musculaireB : <u>DÉPASSÉ m</u> (serre + graisse péritonéale)C : <u>Envolvement gg.</u>D : <u>Métastase.</u>	<ul style="list-style-type: none">• <u>Veineuse</u>	<ul style="list-style-type: none">Tdix, pm, péritone<u>Cerveau, os, surrénales</u>

2) HH par roulement

- TRT chirurgical

- Réduction de la hernie
- Résection du sac herniaire
- Suture des piliers
- Mise en place de prothèse
- Fundoplicature complète

- TRT chirurgical en urgence d'un volvulus gastrique

- Réduire la hernie
- Vérifier l'intégrité de l'estomac
- Refermer l'orifice hiatal

⊕ Etude para clinique

- FOGD ⊕ Œsophagite peptique ⊕ perte de substance au niveau du 1/3 inf de l'œsophage (classification de Savary Miller)
 - Sténose peptique ⊕ Diminution du calibre du bas œsophage
↳ sa biopsie est systématique (Dg ≠ Kc)
 - Endobrachyœsophage ⊕ suspectée à l'endoscopie mais confirmée par l'histologie ⇒ ADK
 - Adénocarcinome ⊕ confirmé par l'histologie
- ↳ Dou l'intérêt de biopsies étagées et de surveillance endoscopique de l'EBO
- TOGD ⊕ Sténose peptique ⊕ Aspect concentrique à bords réguliers !!
- ASR ⊕ Niveaux hydrochloriques sur et sous diaphragmatiques
- TDR ⊕ SI volvulus gastrique

⊕ IV Traitement

1) HH par glissement

⊕ TRT médical du RGO ⊕ IRP +++, Antiacides
MHD ⊕ Eviter repas riches en graisses

⊕ TRT chirurgical

- Réduire la hernie hiatale
- Rapprochement des piliers diaphragmatiques
- Confection d'une valve antireflux ⊕ manchonnage du bas œsophage par la grosse tubérosité (fundoplicature)
 - ↳ Nissen ⊕ Valve circulaire 360° = complète
 - ↳ Toupet ⊕ Hémivolve post 180° = complète

⊖ Etude clinique

1) Complications des HH par glissement

• Souvent associée au RGO

- Tableau typique : Pyrosis, régurgitations, sd postural, survenue post prandiale
 - Tableau atypique : Epigastralgies, éructations
 - Signes extradigestifs : Enrouement chronique, otalgie, toux
- Le RGO peut être responsable de complications

⊖ Œsophagite peptique & Hématémèses

- Sténose peptique : Dysphagie d'installation progressive intermittente puis permanente
- Endobrachyœsophage (métaplasie glandulaire)
↳ Pas de tableau clinique spécifique
- Adénocarcinome : du bas œsophage

2) Complications des HH par roulement

→ Etranglement herniaire ou volvulus gastrique

⚠ complication très grave & risque de nécrose et perforation et donc de médiastinite

- Douleur épigastrique, vomissements, Intolérance alimentaire
- Dyspnée, collapsus

↳ Lors problème de dg ⊕ avec l'IDH ⇒ d'ou

⚠ d'intérêt de réaliser un ECG !!

→ Ulcère du collet : Hémorragies digestives voire même nécrose et perforation et médiastinite

→ Compressions :
⊖ Dysphagie
⊖ Retenissement pulmonaire ou cardiaque

Complications chirurgicales des hernies hiatales

8

I Introduction

* Définition :

- Hernie hiatale : protrusion permanente / intermittente d'une partie de l'estomac à travers le hiatus œsophagien du diaphragme.
- Donne lieu à des complications nécessitant une prise en charge chirurgicale.

* Intérêts :

- Complications de l'hernie hiatale sont fréquentes
- Elles peuvent engager le pronostic fonctionnel et le pronostic vital
- Posent problème dg du fait de leur diversité

II Rappel physiopathologique

- Différents types :

- Type 1 : Hernies par glissement (85%) : Cardia en intra
- Type 2 : Hernies par roulement : Cardia rest en intra
- Type 3 : Hernies mixtes
- Type 4 : Hernies avec un autre organe abdominal ascensionné dans le médiastin.

⚠ Les Hernies type 1 n'ont pas de sac herniaire

⊕ des hernies type 2, 3, 4 qui possèdent un sac péritonéal herniaire

III Complications de la hernie hiatale

1 Diagnostic

III Traitement :

- ① Objectifs :
- Evacuation TOTALE du parasite
 - Traitement de la cavité résiduelle
 - vérification de la vacuité des voies biliaires
 - Traitement des complications.

② Moyens :

→ TRT médical : Albendazol 10 à 20 mg/kg/j

ES : Tératogène, Toxicité hépatique, Neutropénie, Alopecie

- TRT chirurgical :
- TRT conservateur & RDS
 - TRT radical
 - TRT des complications

③ Indications :

① Rupture du KH :

• Dans la cavité péritonéale :

- PEC de l'état de choc & mesures de réanimation
- lavage abondant de la cavité péritonéale puis cure du KH

• Dans le thorax :

- Cure du KH
- Contrôle des voies biliaires
- Réparation de la brèche diaphragmatique
- Cure des lésions pleuro-pulmonaires par thoracotomie

• Dans les voies biliaires & Fistule kystobiliaire

- Selon son calibre & suture / drainage externe

② Compressions & TRT du Kyste

- ③ Suppuration :
- Drainage chirurgical
 - Antibiothérapie adaptée à l'antibiogramme

* Etude paraclinique *

7

- Biologie *
 - NFS - P₂ * PNN * si suppuration !
 - Sérologie Pydatique *
 - { Permet le diagnostic du KH et de surveillance
 - { Toujours associer 2 méthodes
 - Signes de cholestase *
 - ↑ Bilirubine
 - ↑ γ GT, PAL

- Imagerie *

• Echographie abdominale *

- Type I * Image lipidienne avec chogène univésiculaire
- Type II * Image lipidienne à paroi DEDOUBLEE
- Type III * Image MULTI vésiculaire MULTI cloisonné
- Type IV * Image hétérogène
- Type V * Calcifications

Préciser le type, le siège, recherche des complications et d'AUTRES localisations

- TDM abdominale *
 - Etude précise des complications
 - Rapports avec les vaisseaux et les voies biliaires

• Rx thorax / TDM thoracique *

- recherche une localisation thoracique
- recherche des complications

! Clinique + Echo + Rx thorax + Sérologies * Surveillance
semestrielle la 1ère année puis annuelle

→ Dans le thorax :

- Tableau de pleurésie : Toua sèche, dyspnée, douleurs tor
- Tableau de broncho pneumopathie : Toua + Expectorations
- Vomique hydatique : signe typique de la rupture du KH
MAIS ne présume pas de sa localisation pulmonaire ou hépatique
- Biliophysie : Fistule bilio bronchique = MAUVAIS Pc

→ Dans des voies biliaires : Fistule chystobiliaire

- Forme TYPIQUE : Angiocholite aiguë (Fièvre, Ictère, Dlr)
- Forme Atypique : Fièvre, prurit

→ Dans d'autres organes :

- Tube digestif : Rejet par vomissements = hydatimése
ou dans les selles = hydatidénésie
- Vaisseau :
 - Latente : localisation métastatique (Ppm ++)
 - Latente : Choc anaphylactique

(b) Compression : (5)

- Veine porte : Hypertension portale (SII, CVC, Asuite)
- Veines sus hépatiques : Sd. de Budd Chiari
- Veine cave inférieure : SMI, CVC
- Voies biliaires : Ictère rétentif
- Tube digestif : Vomissements

(c) Suppuration :

- Forme mineure : Douleurs de l'HCDr + Fièvre
- Forme majeure : Douleur + Fièvre ⊕ Défense ⊕ Etat de choc septique

(2) Dg de gravité :

- Tachycardie, hypotension, marbrures, polypnée, confusion, obnubilation.

Complications du KH

6

I Introduction

- Définition
 - Affection parasitaire kystique due au développement au niveau du foie de la larve d'un *Toenia* (Hôte habituel du chien) : *Echinococcus granulosus*
 - Donne lieu à des complications bruyantes pouvant être mortelles
- * Intérêt
 - Ces complications sont fréquentes et graves
 - Pose problème diagnostique du fait de leur diversité, ainsi qu'un problème thérapeutique nécessitant une prise en charge multidisciplinaire
 - Les récurrences sont fréquentes, d'où l'intérêt de la prévention

II Diagnostic

1 Dg positif

* Interrogatoire : Notion de contact avec les chiens - Origine rurale - Profession - Niveau sanitaire

* Tableau clinique

Dépendent du type de complication

a Rupture du KH (4)

→ Dans la cavité péritonéale : MAUVAIS pronostic

Spontanée ou post-traumatique

- Tableau AIGU : { Sd péritonéal (Défense généralisée)
Choc anaphylactique
- Tableau ATTENUÉ : Défense localisée à l'HC.Dr
- Tableau DISCRET : Echinococque péritonéal

→ DTRT chirurgicale

- * TRT conservateur = Résection du dôme saillant
- * TRT radical =
 - Périlystectomie partielle (ou) totale
 - Périlystectomie
 - Résection péjorative

③ Indications

→ DTRT chirurgicale : Traitement de référence !!!

- Indications selon :
- * Siège
 - * Aspect anatomico-clinique du kyste
 - * Complications

→ DTRT percutanée

Si type I ou II et superficiels

→ DTRT médicale

- Si KH disséminé (ou) multiple
- Si I aux méthodes précédentes
- En conservateur des méthodes précédentes

④ Surveillance

- Clinique, Echographique, Ra thorax, sérologies
tous les 6 mois, la 1^{ère} année
puis tous les ans.

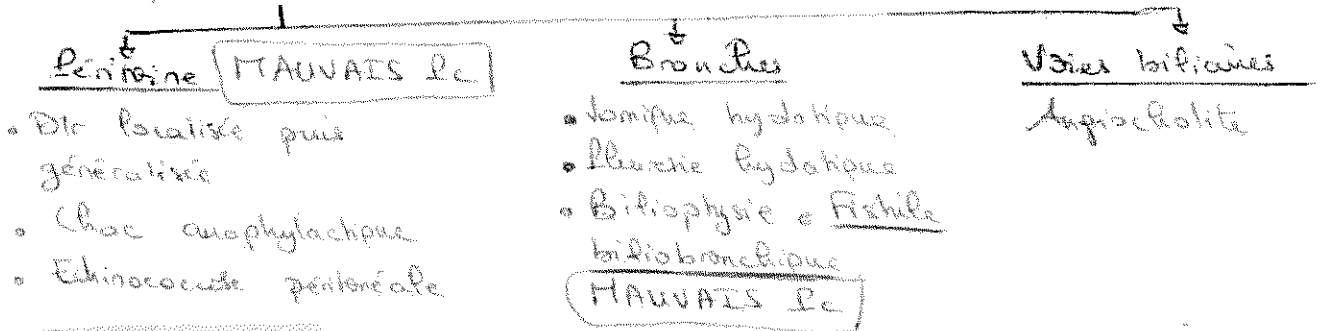
⑤ Conclusion

- * Affection non immunisante ⇒ Récurrentes
- * Récurrentes fréquentes !!!
- * Intérêt de la prévention

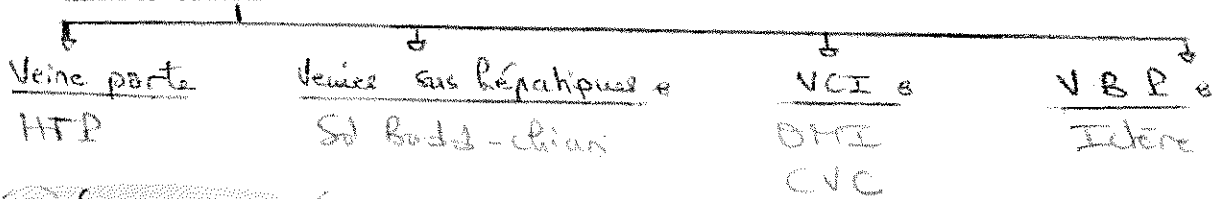
- Éducation sanitaire
- Lutte contre les chèvres orants
- Contrôle vétérinaire strict des abattoirs
- Incinération des abats infectés

V Complications ④

① Ruptures du kyste



② Compressions



③ Suppuration { Douleur + Fièvre
Image échographique type ④ 4

④ Calcifications { Dépôts de calcium de l'adhérence
Image échographique type ⑤ 5

VI Traitement

- ① Objectifs
- Evacuation **totale** du parasite
 - Traitement de la **cavité résiduelle**
 - **Vérification** de la **vacuité** des **voies biliaires**
 - TRT des complications

② Moyens

→ TRT médical : Albendazole 10 à 20 mg/kg/j

Effets secondaires (TITHAN) : Toxicité hépatique, Neutropénie, Anémie, Tératogène (BACOS)

→ TRT percutané : PAIR (CI en cas de fistule)

- P : Ponction
- A : Aspiration
- I : Injection d'un agent **stérilisateur**
- R : Réaspiration

⊕ Signes fonctionnels

- Douleur de l'HCDr en posant
- Plaque de l'HCDr

⊕ Examen clinique

- Examen général : T°, FC, FR, TA, conjonctives
- Examen abdominal :
 - o HLM nodulaire indolore, sentente
 - o Examen des aires gg.
 - o Rechercher une ascite
- Examens des autres appareils

⊕ Examens para cliniques

- Biologie :
 - NFS - Rp = PNET ou RNNT si surinfecté
 - Étiologie bactérienne
 - { Intérêt dans le dg + surveillance
 - { Toujours associer 2 méthodes !!!
- Imagerie (3)

→ Echographie abdominale

- + Type :
 - (I) = Image lipidique anchofée univentriculaire ○
 - (II) = Image lipidique avec paroi dédoublée ○
 - (III) = Image MULTI ventriculaire, MULTI cloisonnée ●
 - (IV) = Image hétérogène ●
 - (V) = Calcifications ●

• Siège, recherche des complications et d'autres localisations

→ TDM abdominale : (5) doute sur le dg.

• Rapports avec les vaisseaux (et) les voies biliaires (+ Dg ≠

→ Radio-thorax : recherche systématique d'une localisation thoracique.

⊗ Dg différentiel

- { Cliniquement : Tumeur benigne / Hydrocyste
- { Radiologiquement (Type III) : Tumeur maligne / Abcès Réparé

Δ En faveur du KH :

- Conservation de l'EG
- Evolution insidieuse
- Absence de SF importante

Kystes hydatiques du foie

I Introduction

- Définition : Affection parasitaire typique due au développement au niveau du foie de la larve d'un taenia hôte habituel du chien : Echinococcus Granulosus.
- Intérêt :
 - Fréquence élevée
 - Complications bruyantes voire mortelles
 - TRT chirurgicale à large place !!!
 - Prévention ++ car récurrentes.

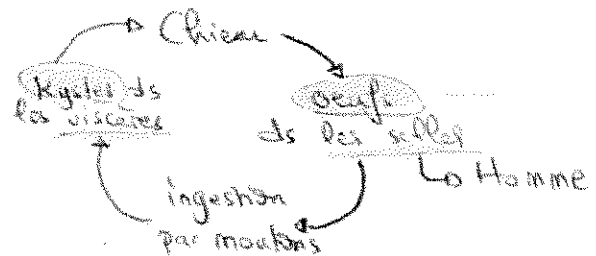
II Épidémiologie

- Pathologie très fréquente au Maroc.
- Endémique dans les zones d'élevage et de le milieu rural.
- Peut survenir à tout âge.

III Physiopathologie

• Cycle parasitaire

- Hôte habituel = Chien
- Hôte (intermédiaire) = Mouton
- Hôte accidentel = Homme



• Contamination de l'homme

- Ingestion d'oeufs par voie directe et contact avec le chien
- « Indirecte et Aliments souillés

• Gravité moyenne : 6 - 15 mm / an

• Taille moyenne : 1 - 15 cm

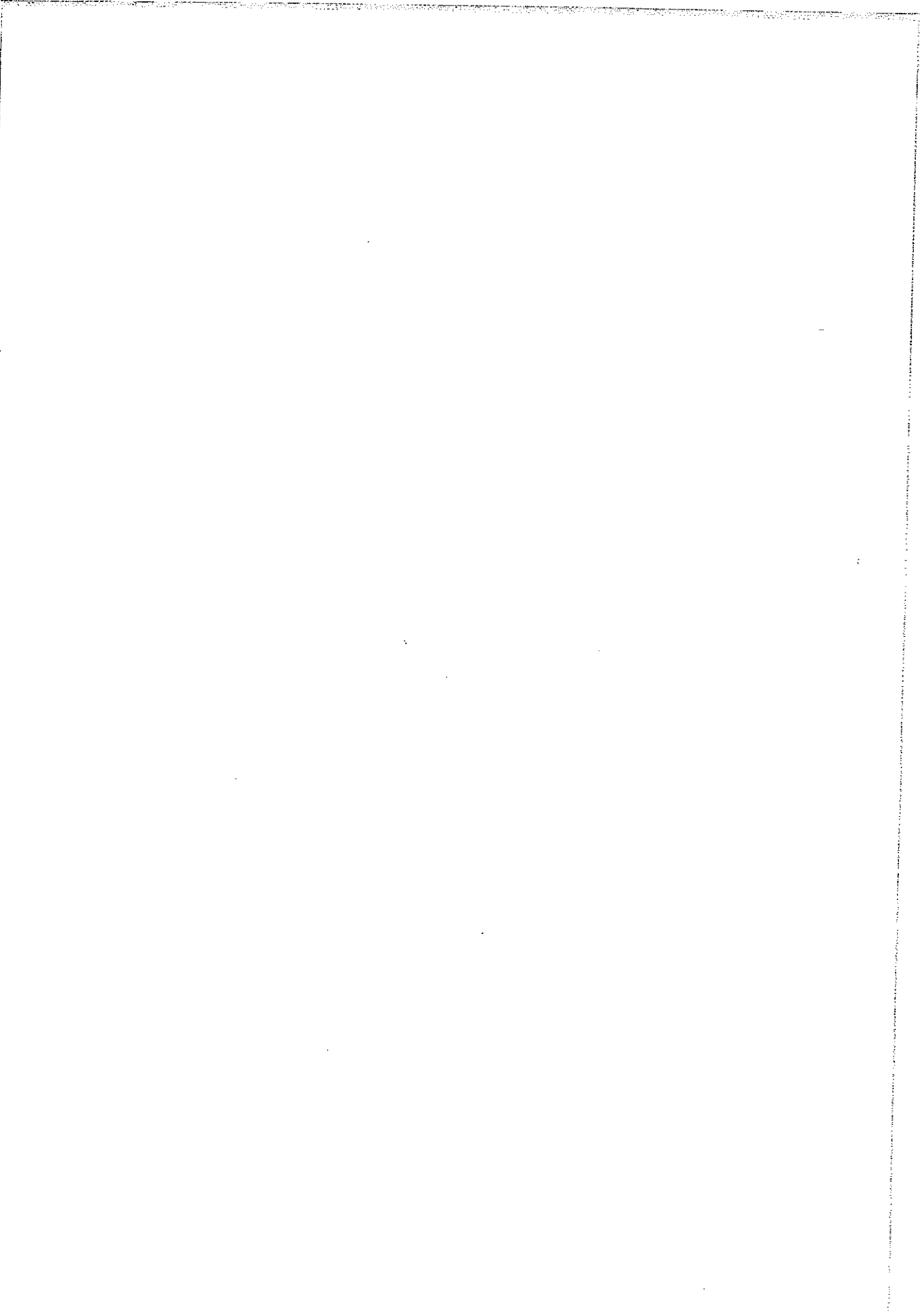
• Localisations

- Foie et la rate
- Poumon et gène localisation
- Reins, Rates.
- Autres : Tout organe peut être touché

IV Diagnostic TDD à KH non compliqué

1. Dg positif

- Interrogatoire : Notion de contact avec les chiens - Dogues souillés - Profession - Niveau sanitaire



VI Traitement

- ① Objectifs : Resection de la tumeur + angi SS
Améliorer la qualité de vie

② Moyens

* TAT curatif : Chirurgical

- Duodéno pancréatectomie céphalique (SI) cancer de la tête
- Spléno pancréatectomie gauche (SI) cancer du corps/puere

* TAT palliatif

- Chirurgie : Déviation bilio digestive
- Chimio thérapie
- Radio thérapie

VII Conclusion

- De péjoratif.
- TRS chirurgical = curatif !!
- PEC multidisciplinaire.

- Urines foncées, selles décolorées (cholestasiq.)
- Prurit ± lésions de grattage
- Douleurs abdominales & épigastriques / ACDr irradiation post
- AEG & AMG + Anorexie + Asthénie
- Apparition d'un diabète ou déséquilibre d'un diabète préexistant

⊙ Examen clinique

- Examen général
- Examen abdominal
 - HLM
 - Grosse VB palpable & cancer de la tête du pancréas
 - Ascite, ADP
- Examen des autres appareils

⊙ Examen paraclinique

- Biologie
 - Sd inflammatoire
 - Sd de cholestase
 - Marqueurs tumoraux : ACE, CA19,9
- Infectie
 - Echographie abdominale
 - Masse pancréatique échogène
 - Déformations hépatiques, ascite
 - Dilatation des voies biliaires et du Wirsung
 - TDM thoraco-abdominale & Bilan d'extension et de résectabilité
 - Echo endoscopie
 - Détection d'une tumeur de petite taille
 - Cytoponction de la lésion

- ⊙ Dg ≠
- Pancréatite chronique
 - Tumeurs périampullaires
 - Tumeur duodénale
 - Cancer gastrique (autre)

- ⊙ Complications
- Pancréatite AIGUE (sténose du Wirsung)
 - Sténose duodénale ⇒ promissements
 - Hypertension portale (HTP)

Cancers du pancréas

I Introduction

- * Définition = Tumeurs développées à partir des cellules pancréatiques
- * Intérêt =
 - Comprendre les facteurs de risque et les signes d'appel
 - Dg de certitude histologique est difficile !!!
 - TRT est chirurgical + chimio + radioth

II Epidémiologie

- * Incidence en augmentation ↗↗↗
- * Age = 50-70 ans
- * Sexe = légère prédominance masculine

III Physiopathologie

- * Facteurs de risque =
 - Tabac
 - Pancréatite chronique
 - ATCDs familiaux de cancer du pancréas
- * Type histologique le + fat = Adénocarcinome canalair !!!
- * Classification TNM :

T	N	M
T ₁ = limitée au pancréas < 2cm	N ₁ = gg régionaux	M ₁ = méta à distance
T ₂ = limitée au pancréas > 2cm		
T ₃ = Au delà du pancréas <u>SANS</u> atteinte du <u>tronc coelique/ATS</u>		
T ₄ = Au delà du pancréas <u>AVEC</u> atteinte du <u>tronc coelique/ATS</u>		

- * Sièges =
 - Tête du pancréas +++ (70%)
 - Corps du pancréas
 - Queue du pancréas

IV Diagnostic

1 Dg positif

⊕ Interroatoire

⊕ Signes fonctionnels

- Jctère nu, rapidement progressif et permanent

- Asate, ADP sus clav gche (Tromier)
- Examen des autres appareils.

④ Examens paracliniques

- Bilologie
 - SD inflammatoire
 - SD de cholestase
 - SD de cytolyse
 - Marqueurs tumoraux : CA19.9, ACE
- Imagerie
- Echographie (et bili-IRH ETP)
 - Dilatation des VBIH et VBEH
 - siège de l'obstacle
 - extension
- TDR abdominale • Bilan d'extension et de résectabilité
- CPRE

⑤ Traitement

- Objectifs
 - lever l'obstacle (résection chirurgicale + curage GB)
 - Permettre le flux biliaire

-> Moyens

- Cancer du Hile selon la classification de Bismuth

Type I = Résection de la confluence
 Type II et III = Résection biliaire + hépatique
 Type IV (non) résectable

- Cancer du 1/3 moy = exciser la 1^{ère} de la VBP

- Cancer du 1/3 inf = Duodéno pancréatocœctomie cephalique

⑥ Conclusion

- Dénomination commune mais PEC différente
- Dg tardif => la perforatif.
- Adresser [toute pièce] de cholecystectomie pour étude anatomopathologique!

① Classification TNM

T	N	M
<ul style="list-style-type: none"> • T_{1a} = <u>Lamina propria</u> • T_{1b} = <u>musculaire</u> • T₂ = <u>Tissu conjonctif périmusculaire</u> • T₃ = <u>Péritoine viscéral</u> (foie / 1 organe adjacent) • T₄ = <u>2 organes adjacents</u> 	<p>N₁ = gg régionale</p>	<p>M₁ = métastase à distance</p>

② Traitement

→ Objectifs = { Resection chirurgicale + curage gg
améliorer la qualité de vie

→ Moyens =

T_{1a} = Cholecystectomie + curage gg Lamina propria

T_{1b} et plus = {

- Cholecystectomie
- curage gg
- Resection hépatique = resection du lit vésiculaire
4 et 5 ± Bisegmentectomie III et IV
ou hépatectomie de réserve
- Resection de la VBL (si envahie)

③ Cancer de la voie biliaire principale

① Dg positif

② Interrogatoire

③ Signes fonctionnels

- Douleurs de l'HCDE.
- Ictère progressif et permanent ± prurit
- AEG = ATG, Anorexie, asthénie

④ Examen clinique

- Examen général
- Examen abdominale
 - HPH
 - Grosse VB palpable

IV) Cancer de la vésicule biliaire

1) Dg positif

⊕ Interrogatoire : Age, sexe, ATCDs médicaux (coliques hépatiques à répétition), chirurgicaux (Cholecystomie)

⊕ Signes fonctionnels

- Douleur de l'HCDr résistante aux antalgiques ± nausées, vomissements
- Ikter de l'HCDr
- AEG et ATG, asthénie, anorexie
- Iktere

⊕ Examen général

- Examen abdominal
- Recherche de la fièvre hépatique (HFT)
- Consistance du foie et aspect de son bord inf.
- Grasse de l'HCDr : Consistance, taille, mobilité
- Ascite
- Examen des aires ganglionnaires = ADP de troisième
- Examen des autres appareils

⊕ Examens paracliniques

- Biologie

- Sd inflammatoire = Hyperleucocytose = PMN, CRP
- Sd de cholestase = (i) envahissement de la VBR
- Sd de cytolyse = (ii) envahissement hépatique
- Marqueurs tumoraux = CA 19,9 et ACE

- Imagerie

- Echographie :
 - Ikter / échofne / zones / hépatique
 - Paroi / vésiculaire / épaisse / AD
 - Bouffon / intravésiculaire

• TDH : Bilan d'extension et de résectabilité

↳ Bili-IRM : Etat des VBIM et VBEM

↳ Cholangio pancréatographie rétrograde endoscopique :
Etat des voies biliaires, CPRE

Cancer des voies biliaires extra-hépatiques

I) Introduction

- Définition = Tumeurs malignes développées au départ de la paroi biliaire des VBEH.
- Intérêt = * connaître les facteurs de risque et les signes d'appel
- * 2 types =
 - Cancer de la VB (Voie biliaire ascendante)
 - Cancer de la VBL = Cholangiocarcinome
- * Dg de certitude histologique est difficile !!!
- * RT est chirurgical

II) Épidémiologie

- * (37) des cancers digestifs = Adénocarcinomes ++
- Incidence en augmentation ↗↗↗
- Age = 50 - 70 ans
- Sexe = Prédominance féminine (Cancers de la VB)

III) Physiopathologie

1) Classification

- Cancer de la vésicule biliaire
 - Cancer de la VBL = du tige du foie vers la terminaison du cholédoque
- 1/3 sup = tige du foie → Abouchement du cystique (tm de Klatskin)
- 1/3 moy = Abouchement du cystique → Bord sup duodénum
- 1/3 inf = rétro duodéno pancréatique

2) Facteurs de risque

- | <u>Cancer de la VB</u> | <u>Cancer de la VBL</u> |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Lithias vésiculaire +++- Adénomes vésiculaires- Kystes biliaires | <ul style="list-style-type: none">- Cholangite sclérosante primitive <u>CSP</u>- Hépatopathies- Kystes congénitaux du cholédoque |

3) Extension

- | Locale ++ | Lymphatique | Hématogène |
|---|-------------|------------|
| <ul style="list-style-type: none">- Arbre biliaire- foie | | |

② Cancer de la tête du pancréas

Clinique	PARA clinique	TRT
<ul style="list-style-type: none"> * Ictère <u>INTENSE</u> * Prurit <u>INTENSE</u> * VB palpable 	<ul style="list-style-type: none"> → <u>Echographie</u> VB(EH) et JB(EH) dilatées → <u>TDM</u> Bilan d'extension et de résectabilité 	<ul style="list-style-type: none"> ① <u>TRT curative</u> Duodéno pancréatectomie céphalique ② <u>TRT palliative</u> Dérivation bilio digestive

③ Tumeurs périampullaires (idem cancer tête du pancréas)

- * Ampoule de Vater
- * Bas cholédoque rétroduodéno pancréatique
- * paroi interne du duodénum D₂

④ Lithiase de la VB et Angiocholite

Clinique	PARA clinique	TRT
<ul style="list-style-type: none"> * <u>Triade</u> - Ictère - Fièvre - Douleur * HPT * VB non palpable 	<ul style="list-style-type: none"> → <u>Echographie</u> VB <u>multilithiasique</u> <u>Dilatation</u> du cholédoque → <u>Bili IRM</u> <u>Retrouve</u> le <u>calcul</u> 	<ul style="list-style-type: none"> * <u>Sphinctérotomie endoscopique</u> et évacuation des calculs * <u>Cholédoctomie</u> et extraction des calculs ⊕ <u>Cholecystectomie</u> ⊕ <u>Drainage biliaire</u>

⑤ Pathologies intra hépatiques

- Hépatites aiguës virales / médicamenteuse / alcoolique / AI
- Tumeurs hépatiques bénignes / malignes

⑥ Conclusion

- * Ictère cholestasique d'origine multifactorielle
- * Echographie abdominale examen clé de 1ère intention
- * Traitement chirurgical
- * Prothésique Dg + IEC précoce

⊙ Examens paracliniques :

- NFS - Pp :
 - * Hb ↓ (si) anémie
 - * Hyperleucocytose (à PNV) (si) lithase de la VBE
 - Angioblastose
- ASAT - ALAT : ↓ ou ↑
- γGT, PAL, BC ↑ = Cholestase biologique
- TP bas avec :
 - Facteur II normal (si) obstacle
 - Facteur II bas (si) insuffisance hépatocellulaire
- Urée, créat

- Imagerie :

• Echographie : demandée en 1^{ère} intention

- * Etat des VBIH et des VBCH
- * Organes de voisinage : pancréas, foie, arête, AOE
- Bili-IRM : demandée (si) dilatation des VB à l'échographie
- TDH : demandée (si) suspicion d'une origine néoplasique
- FOOD : demandée (si) anéplome ⇒ Biopsie

Ⓜ Étiologies et principes du traitement :

① Cancer du Foie du foie :

Clinique	PARACLINIQUE	TRT
* Sujet âgé	→ <u>Echographie</u> :	① <u>TRT curatif</u>
* Ictère <u>NU</u>	• <u>VBIH dilatés</u>	① = Resection <u>convergente</u>
* <u>AEG</u>	→ <u>Bili-IRM</u> :	①, ② = resection biliaire et hépatique
* VB non palpable	• Siège + Classification de <u>Prismuth</u> :	② <u>TRT palliatif</u>
	① = Aspect <u>convergent primaire</u>	- Dérivation bilio-digestive
	② = Atteinte <u>convergente primaire</u>	
	③ = Atteinte <u>convergente</u> ① <u>Dt</u>	
	③ = Atteinte <u>convergente</u> ② <u>Gchc</u>	
	④ = Atteinte <u>convergente</u> ③ <u>BIZAT</u>	
	→ <u>TDH</u> : bilan d'extension et de résectabilité	

- Lourcit + lénoir de grattage
 - Douleurs abdominales $\left\{ \begin{array}{l} \text{soulagées par les antalgiques} \\ \text{permanentes non soulagées par antalgiques} \end{array} \right.$
 - Fièvre
 - AEG + ATC + Anorexie
 - Sol anémique + pâleur, asthénie
(anémie)
- \Rightarrow Conclusion anamnesticque

- Triade (Douleur + Fièvre + Ictère) \rightarrow lithiase de la VBL
- Ictère seul ou ictère \pm douleurs permanentes \Rightarrow Nés

\oplus Examen clinique

- Examen général : FC, TA, FR, T°, conjonctives
- Examen abdominal :
 - Mesure de la flèche hépatique ($\perp = 11$ à 12 cm)
 - Consistance du foie : ferme, dure / irrégulière, régulière
 - Aspect du bord inférieur : mou / tranchant
 - Etat de la VB :
 - Grosse VB palpable, mobile avec la respiration + Obstacle au dessous du confluent cystochalédozien
 - VB (non) palpable $\left\{ \begin{array}{l} \text{Obstacle au dessus du confluent} \\ \text{VB sclérotrophique (lithiasique)} \end{array} \right.$
- Rechercher le signe de Murphy.
- Rechercher un ascite, des ADL
- Examen des autres appareils.

\Rightarrow Conclusion clinique

- Ictère + HPM + VB palpable $\left\{ \begin{array}{l} \text{Cancer de la tête du pancréas} \\ \text{Tumeurs périampullaires} \end{array} \right.$
 - Ictère + HPM + VB non palpable :
 - Lithiase de la VBL
 - Cancer de la tête du pancréas
 - Tumeurs périampullaire
 - Cancer du hile hépatique.
- \oplus VB multi lithiasique

Ictères rétentionnels de l'adulte

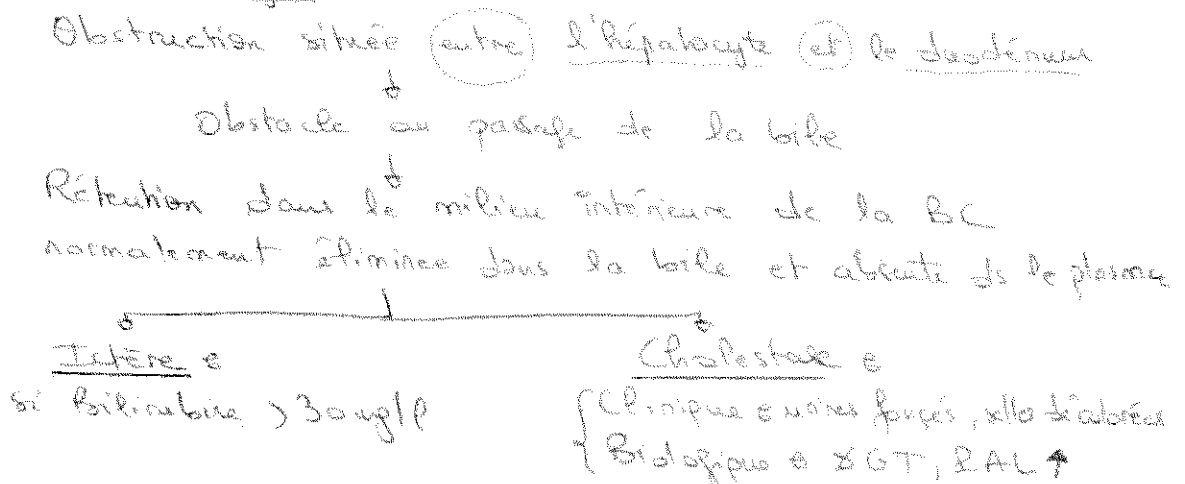
I Introduction

- * Définition : coloration jaune des conjonctives et/ou des téguments et de la peau, suite à un obstacle au passage de la bile
- * Intérêt :
 - fréquence élevée
 - Gravité variable
 - Etiologies variées
 - Traitement chirurgical

II Epidemiologie

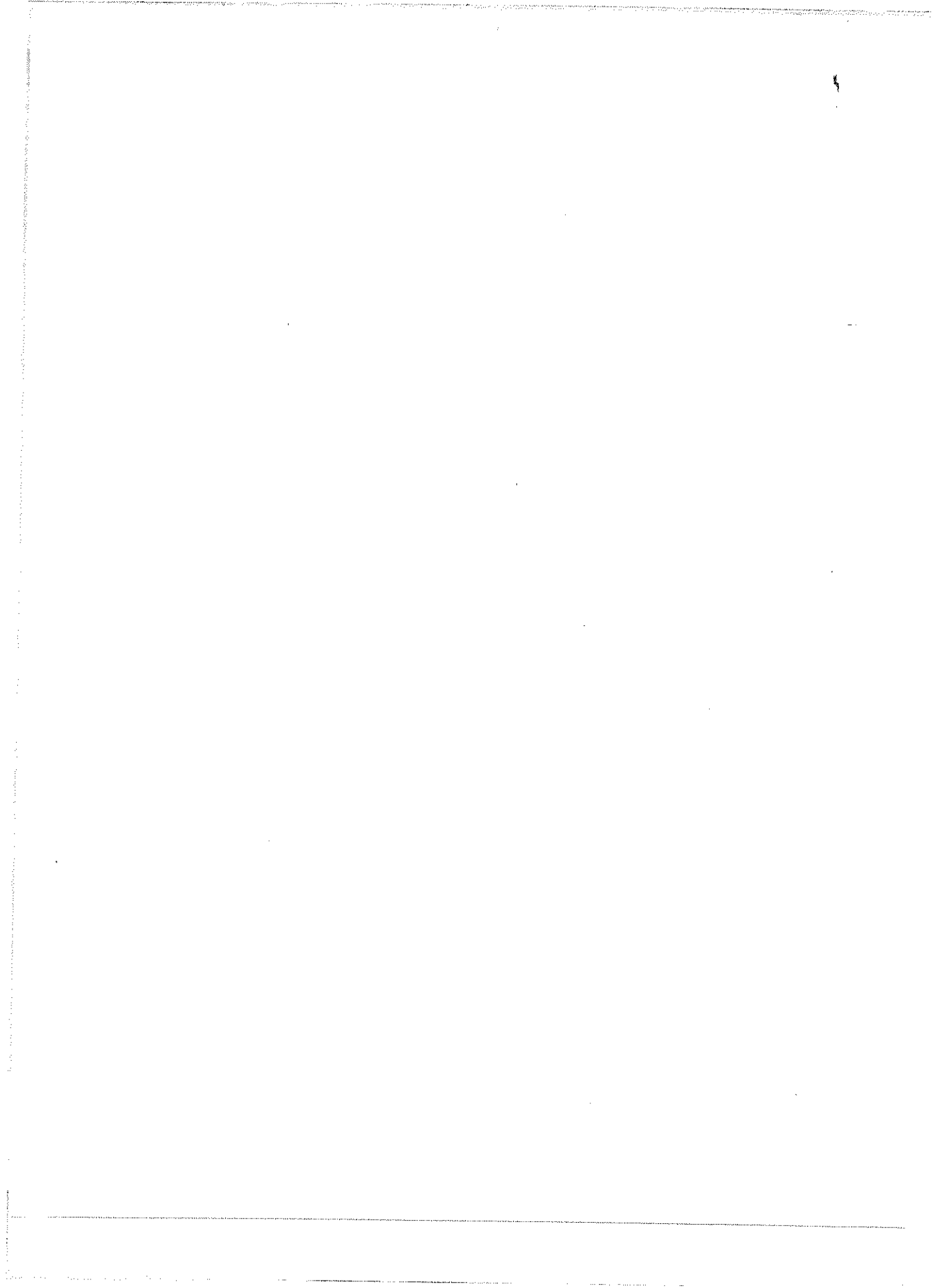
- * Pathologie fréquente au Maroc
- * Etiologies :
 - Lithiasiques
 - Néoplasiques = sujet âgé
 - Intra hépatiques
- * Age :
 - sujet jeune : Hépatites virales et lithiase de la VBL
 - sujet âgé : Néoplasmes

III Physiopathologie



IV Diagnostic positif

- ⊗ Interrogatoire : Age, sexe, ATCDs médicaux - chirurgicaux, prise médicamenteuse, éthylisme.
- ⊕ Signes fonctionnels
 - Ictère : mode d'installation : aigu / progressif
durée d'évolution : intermittent / permanent.
 - Selles décolorées, urines foncées



- ⊗ Angiopathie de la VBP :
- Angiocholite = lithiase de la VBP
 - Pancréatite aiguë lithiasique
 - Icère cholestasique

⊗ La cancérisation.

(VII) Conclusion :

- Pathologie fréquente et bénigne
- Complications redoutables : Infection, migration, cancérisation
- Intérêt d'une cholécystectomie de précoce si une lithiasie vésiculaire devient symptomatique. !!!

⊛ Examen clinique :

- Examen général : T°, TA, FC, FR, Conjunctives, Pâleur
- Examen abdominal :

• Signe de Murphy ⊛ :

Douleur de l'HCDr bloquant l'inspiration profonde, lors de la palpation douce, en demandant au malade de respirer.

- Mesure de la flèche hépatique (12 à 14cm)
- Consistance du foie : ferme / dure, régulière / non
- Aspect du bord inférieur : mou / tranchant
- Etat de la VB : une VB normale n'est pas palpable (ou subcostale)
- Toucher rectal : systématique.
- Examen des aires ganglionnaires.
- Examen des autres appareils

⊛ Examens complémentaires :

- Biologique : NFS - Lq, VS, CRP ⇒ **Normal** dans la lithiase vésiculaire simple
- Radiologique :

• Echographie abdominale : **Examen clé !!**

- 1) Aspect de la **VB** : Taille < 10mm Épaisseur 4mm
- 2) Aspect de la **bile** : sludge si elle est épaisse ⇒ témoin d'une stase
- 3) Présence de calculs : image hyperéchogène avec cone d'ombre postérieur
MOBILE avec les changements de position
(≠ polype)
- 4) Les voies biliaires **IH** et **EH** : fines et régulières
- 5) Aspect des **organes** de voisinage : foie, pancréas, ADP.

II Traitement :

- 1) Objectifs : soulager la douleur, Prévention des complications.

2) Moyens :

* TRT médical : Antalgiques, Antispasmodiques.

* TRT chirurgical : Cholecystéctomie (souvent coelioscopie) avec cholangiographie peropératoire.

III Complications :

- Infection :
 - Cholecystite aiguë lithiasique
 - Péritonite biliaire
 - Fistules bilio-digestives.

Lithiase vésiculaire

I) Introduction

- * Définition : Présence d'un ou de plusieurs calculs dans la vésicule biliaire
- * Intérêt :
 - Fréquence élevée
 - Pathologie le plus souvent bénigne
 - Evolution peut être émaillée de complications graves.
 - TAT = chirurgical

II) Epidémiologie

- * Pathologie très fréquente au Maroc
- * Touche l'adulte jeune
- * Prédominance féminine

III) Physiopathologie

<u>Type de Calculs</u>	<u>Stades de formation</u>	<u>Facteurs de risque</u>
<u>Calculs cholésteroliques jaunes (80%)</u> <ul style="list-style-type: none">• sursaturation de la bile par le <u>cholestérol</u>• radio-transparente	<u>1) Stade (CHIMIQUE)</u> Sursaturation de la bile	1/ <u>Augmentation de la sécrétion biliaire du (cholestérol)</u> <u>Obésité</u>
<u>Calculs pigmentaires bruns-verts (20%)</u> <ul style="list-style-type: none">• sécrétion en excès de <u>bilirubine</u> mélangée à du Ca^{++} (<u>bilirubinate de Ca^{++}</u>)	<u>2) Stade (PHYSIQUE)</u> Précipitation de cristaux	2/ <u>Diminution de la concentration en (sels biliaires) et acide</u>
	<u>3) Stade de (CROISSANCE)</u> formation de <u>calculs</u>	3/ <u>Hypotonie vésiculaire</u> <u>Gste</u>

IV) Diagnostic positif

- * Interrogatoire : Age, sexe, antécédents médicaux-chirurgicaux, régime alimentaire, prise médicamenteuse, mode d'installation, durée d'évolution
- * Signes fonctionnels
 - Colique hépatique : Douleur de l'ACD ou de l'épigastre, brutale, déclenchée par un repas copieux, à irradiation postérieure en hémicentre vers l'omoplate (et) l'épaule dte, dure de qlq min à qlq heures, disparaît spontanément !!
 - Nausées et vomissements.

0 L'hyper-tension intracrânienne

I Introduction

- Définition : augmentation de la pression intracrânienne (PIC > 15 mmHg)
- Intérêt :
 - Pathologie fréquente
 - Étiologies variées
 - Gravité variable.
 - Prognostic conditionné par la précocité du dg et de la prise en charge.

II Épidémiologie

- HTIC = conséquence fréquente de pathologies intracrâniennes
- HTIC benigne isolée = touche la ♀ jeune
- Étiologies :
 - parenchymateuse
 - vasculaire
 - lipidienne

III Physiopathologie

1 Rappel

- Le SNC est composé de 3 systèmes :
- parenchymateux : neurones, et gliales
 - vasculaire : artères, veines, capillaires
 - Liquidien : LCR.

2 Mécanisme

③ causes principales

- parenchymateuses : tumorales, infectieuses
- vasculaires : Hématome, HTA
- lipidieuses : hydrocéphalie

3 Conséquences

③ conséquences

- sur l'encéphale : Engagement

- Engagement sous falx et supratentorial.
- Engagement temporal : le ⊕ grave, risque de compression du TC
- Engagement amygdalien transforaminal descendant : risque de compression du TC
- Engagement amygdalien transtentorial ascendant

d'engagement cerebral peut être déclenché ou aggravé par la FL

- sur l'œil : stase veineuse
œdème papillaire vs atrophie optique

- sur le crâne :
• Dysfonction des sutures
• Empreintes digitoformées
• Élargissement de la selle turcque / érosion de la lame criblée

IV Diagnostic :

1) Dg + e

* Interrogatoire : Age, sexe, ACD, personnelle et familiale, prise medoc

+ circstances de découverte : TRIADE

- Céphalées : Typiques : surviennent le matin / déno moitié de la nuit
localisées en diffuse
augmentent : à l'effort, jaquettes au autalgiques

• Atypiques : banales, calmes par autalgiques

- Vomissements : Épisodique à jet
Soulagent les céphalées

- Troubles visuels (TARDIFS) : BAV au - dioptrie

- Autres : Troubles de la vigilance et de la conscience

* Examen clinique :

- Examen général : T°, TA, FL, FR, pâleur, conjonctives, cyanose,
mydriase poide, taille -

- Examen neurologique complet avec examen de la zone crânienne
(convulsions - Déficit moteur ou sensitif - marche - reflexes)

- Examen ophtalmologique avec FO : Atrophie optique / œdème papillaire
bilatérale

AV FO normale n'écarte pas d'HTIC ↓

- Examen des autres appareils : Examen abdominal, cardiovasculaire,
pulmonaire ...

* Examens paracliniques :

- TDM cérébrale : Dg étiologique + Dg de gravité (Engageant)

↳ Processus expansif : masse, œdème périlésionnel, Effet de masse

↳ Hydrocéphalie : Dilatation ventriculaire + resorption transépendymale

- IRTI cérébrale est plus précise
- Angiogramme / angiographie IRTI = Étude la vascularisation cérébrale.

② Dg étiologique

- Parenchymateux :
 - Tumeurs intracrâniennes
 - Abcès / Empyème cérébral
 - Taberculome
- Vasculaires :
 - Hématome
 - HTA
- Hydrogénées : Hydrocéphalie
- Autres :
 - Traumatismes crâniens
 - Encephalopathies
 - Causes métaboliques

⑤ Traitement

- ① Objectifs :
 - Baisser la PIC
 - TRT et prévention des complications
 - TRT étiologique

② Moyens

- TRT médical :
 - * Position demi-assise, liberté des VAS
 - * Antalgiques
 - * Diurétiques : furosémide → inhibe la réabsorption du LCR
 - * Solutés hypertenseurs, Mannitol → lutte contre l'œdème cérébral
- TRT chirurgical :
 - * Dérivation d'une Hydrocéphalie
 - * Excision d'une tumeur expansive intracrânienne

③ Indications

- TRT médical est toujours de mise
- TRT chirurgical est selon l'étiologie (secondaire après baisse de la PIC)

④ Surveillance

- 48h post-op : T°, conscience
- ultérieure : clinique et IC, Développement BIL, mental, physique
- ↳ Paraclinique : TDM

⑥ Conclusion

- HTIC = conséquence agressive des pathologies cérébrales pouvant engager le LV et LF.
- TDM = Dg étiologique et de gravité.

AVC H

Déficit neurologique focal due à la rupture d'une artère cérébrale

Sd HTIC = { Céphalées (moin/rém nâhî nuit) localisées/diffuses, Nébules Vomissements profonds en jets soulagent les céphalées Tbs visuels TARDIFS Tbs de la conscience - vigilance

AVC lobaire

- Hémiplégie, Hémianesthésies
- crises convulsives
- Aphasie

• TDHc = Hyperdensité spontanée (sans EDC) entourée d'une zone hypodense (œdème)

• AngioTDH

• IRTc si AVCH du TC

1/ HTA

2/ Malformation vas & Aneurysmes - Angiomes

3/ Vasculites

4/ Tbs de l'hémostase

* Mesures de réa

* Chirurgie (si) & Hématome superficiel avec effet de masse

* TRT étiologie & clip ou embolisation

AVC I

Déficit neurologique focal due à une obstruction artérielle

Sd HTIC = { Céphalées (moin/rém nâhî nuit) localisées/diffuses, Nébules Vomissements profonds en jets soulagent les céphalées Tbs visuels TARDIFS Tbs de la conscience - vigilance

AVC cérébelleux

- Sd cérébelleux
- Risque de compression TC

• TDHc = Artère hyperdense

• IRTc = Hypodensité ds un territoire d'une artère

• IRT de diffusion et de perfusion & PRÉCOCÉ

1/ Athérosclérose

2/ Cardiopathie emboligène (ACFA)

3/ Vasculites

4/ Tbs de l'hémostase

* Mesures de réa

* Thrombolyse jusqu'à 4h30 après AVC

1) Evaluation des fonctions vitales

2) Prise en condition :

1/ - Hospitalisation

2/ - Libérer les VAS + O₂ : usage inhalation

3/ - Prise de VUE

4/ - sondage urinaire

3) TRT initial &

TRT de l'HTIC &

{
Positron demi-assise
Antalgiques
Diurétiques & Furosemide
Solutés hyperosmotiques & transit

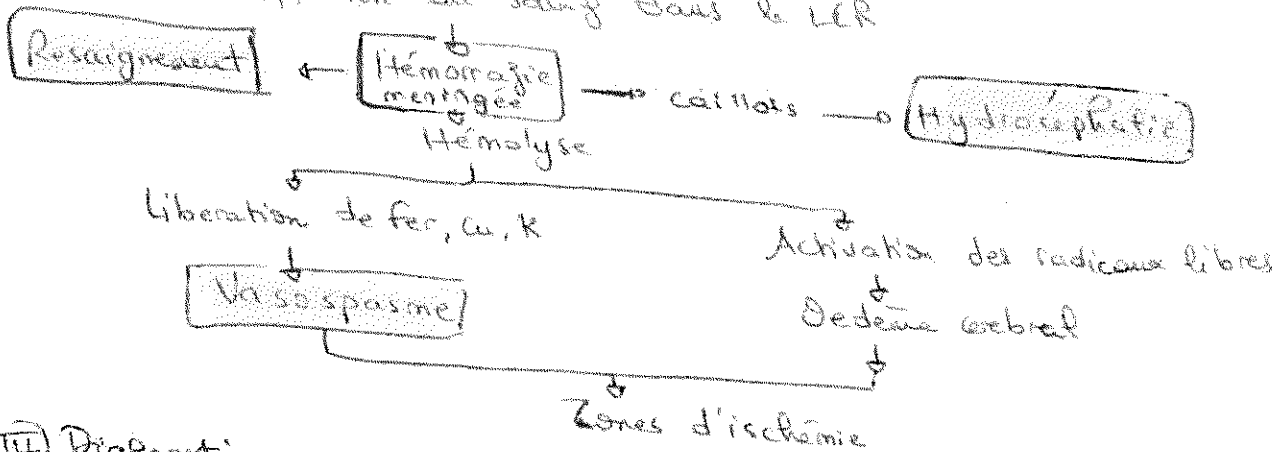
Hémorragie méningée

I Introduction

- * Définition : Eruption brutale de sang dans les espaces sous arachnoïdiens = Hémorragie sous arachnoïdienne
- * Intérêt : Affection fréquente
 - Touchée l'adulte jeune
 - Prédominance féminine
 - Etiologies : Rupture de malformation (la @ fate)
 - Engage le LF (surtout les neurologues) et le LV (mort subite)

II Rappel physiopathologique

Diffusion du sang dans le LCR



III Diagnostic

1 Dg positif

- * Interrogatoire : Age, sexe, ATCD médicaux - chirurgicaux, prise médicamenteuse, mode d'installation, et durée d'évolution

* Circonstances de découverte

- Apparition brutale d'un syndrome méningé
 - céphalées brutales et explosives, d'emblée maximales
 - Nausées, vomissements
 - photophobie
 - Troubles de la vigilance : Obnubilation → Coma
 - convulsions, parfois
- Favorisés par : émotion intense / effort / modification de la posture

② Examen clinique

- Examen général & T° (parfois fébrile), TA, FC, pâleur, conjonctives, pupilles
- Examen neurologique
 - Raideur de la nuque
 - Signe de Brudzewski et Kernig
- Examen des autres appareils.

③ Examens paracliniques

- TDM crânien sous injection de LDC

Hyperdensité spontanée des espaces sous arachnoïdiens, des citernes de base de crâne, région inter-hémisphérique.

- Ponction lombaire (si TDM normale)

Épreuve de trou tubes positive ⊕

- Artériographie cérébrale des 4 axes vasculaire ou Angiogramme

Dg étiologique

② Dg différentiel & Meningite (LL)

③ Dg étiologique

→ Malformations vasculaires

- Aneurysmes intracrâniens & 80%

Dilatation sacculaire de la paroi artérielle due à une malformation structurale de la paroi.

- Malformations artériovéineuses & cavernome - Angiome - Téléangiectasies.

→ autres étiologiques

- Tumeurs intracrâniennes
- Troubles de la coagulation
- HTA.

IV Prise en charge

① Évaluation des fonctions vitales

② Prise en condition & stabilité hémodynamique

③ Monitoring des constantes vitales

- ### ④ TRT initial
- Antalgique - Repos dans un milieu calme isolé
 - Éviter tout stress
 - Anxiolytiques
 - Inhibiteurs calciques (Prévention du vasospasme)

⑤ TRT secondaire & NEUROCHIRURGICAL

- mise en place de clips (ciel ouvert)
- TRT endovasculaire (embolisation)
- Derivation d'une hémisphère

Abcès cérébral

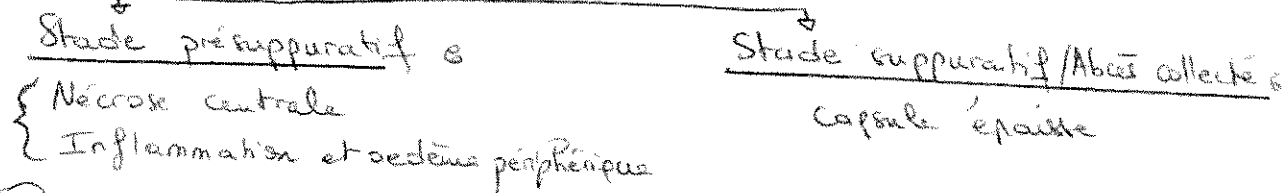
I Introduction

- * Définition = collection intraparenchymateuse purulente focale
- * Intérêt =
 - Affection fréquente
 - Age = variable mais touche surtout le sujet jeune
 - Prédominance masculine
 - Origine médico-chirurgicale
 - Engage le PN et LF

II Rappel physiopathologique

- * Germe =
 - Streptocoques, Staphylocoques, BGN
 - Bacille de Koch.
 - Toroplasma, salmonella, listeria & VIH ⊕
- * Extension par =
 - Contiguïté = cause locale (Plaie crânio-cérébrale, postop)
 - Contiguïté = cause LR (Otitis, sinusite)
 - systémique = cause métastatique (infections pleuropolm, Endocardite, septicémie)
- * Conséquences =
Lésion bilobulaire → Déficit neurologique ⊕ HTIC → Engorgement.

* 2 Stades



III Diagnostic

① Dg positif

⊕ Interofaune

⊕ Circonstances de découverte

- Triade de Bergman = Apparition progressive
- Syndrome infectieux = Fièvre, AEG
- Syndrome d'HTIC = Céphalées, nausées-vomissements, tbs cérébrales, tbs de vigilance
- Syndrome neurologique de localisation =
 - * Déficit moteur / sensitif
 - * Atteinte des nerfs crâniens
 - * Crises convulsives
 - * Sd cérébelleux

III Examen clinique

- Examen général = TA, FC, FR, T°, conjonctives, pupilles.
- Examen neurologique avec examen des paires crâniennes.
- Examen ophtalmologique avec FO = atrophie optique / œdème papillaire.
- Examen des autres appareils.

III Examen paraclinique

- Biologie = NFS - Lp, CRP ↑, VS ↑
- Imagerie =
 - TDR crâniale = sans et avec injection de LDC
 - "Hypodensité" avec prise de contraste périphérique
 - Œdème périlésionnel et effet de masse
 - IRM crâniale = Intérêt ds le stade présuppuratif / post-abcs
- Bactériologie = Hémo-cultures
- Prélèvements du pus de la porte d'entrée
pus de la suppuration (per-op)

III Dg différentiel

- Gliome nécrotique
- Méningite bactérienne

IV PEC

- 1 Evaluation des fonctions vitales.
- 2 Soins en condition.
- 3 Monitoring.
- 4 TRT initiale = Antalgique
TRT de l'HTIC
Anticonvulsivants.

5 TRT secondaire

- Objectifs =
 - Traiter l'infection
 - Prévenir et traiter les complications
- Moyens =
 - TRT médical = Antibiothérapie adaptée = C3G + FA en IV x 3sem
 - TRT chirurgical = Ponction = drainage par trou tapan
 - Craniotomie et excision de la crosse
 - TRT de la porte d'entrée
- Indications =
 - TRT médical seul = Abscs petit / Profond / multiples
 - TRT chirurgical = Echec du TRT médical / volumineux / superficiel / doute
- Surveillance = Clinique = T°, TA, FC, conscience
Paraclinique = TDR toutes les semaines

V Complications

- Engorgement cérébral - ventriculite - Hydrocéphalie
- Séquelles neurologiques

Compressions médullaires lentes

I Introduction

* Définition : Ensemble des signes cliniques neurologiques en rapport avec le développement progressif d'un processus expansif comprimant la moelle épinière, prenant naissance à partir des éléments nerveux, du radius ou des structures avoisinantes.

- * Intérêt :
- Pathologie fréquente
 - Urgence neurochirurgicale dg et thérapeutique
 - Rôle important de l'IRM
 - Engage le PF et PV
 - Le conditionné par la rapidité de la PEC

II Epidémiologie

- * Touche l'adulte jeune 50-60 ans
- * Légère prédominance masculine

III Physiopathologie

1 Rappel anatomique

* La moelle épinière est contenue dans le canal vertébral, et enveloppée par la dure mère qui s'étend du trou occipital à S₂ - formant le CDS dorsal.

2 Mécanisme

- 1 - Cause mécanique : compression nerveuse directe entraînant à long terme des lésions nerveuses qui peuvent aboutir à des paralysies définitives
- 2 - Cause vasculaire : compression vasculaire, entraînant une ischémie des structures nerveuses → lésions définitives

3 Anatomopathologie

1 Compressions extradurales

- a - compressions osseuses :
 - Tm bénignes
 - Tm maligne primitive ou secondaire
- b - Spondylodiscite infectieuse
- c - Epidurite infectieuse ou métastatique

② Compressions intra-durales

- a - Extramédullaire { méningiome
Neurinome
- b - Intramédullaire { Astrocytome, Ependymome
Mélastases
Abscès, tuberculome

④ Diagnostic

① Dg positif

⊕ Interrogatoire : Age, sexe, Antécédents médicaux/chirurgicaux, mode d'installation, durée d'évolution.

⊕ Circonstance de découverte : 3 syndromes.

1) Syndrome lésionnel périphérique

- souvent isolé au début
- correspond à la souffrance radiculaire
- Montre le niveau avec précision = Localisation

Douleurs radiculaires

trajet fixe : le long des racines, aggravées par la toux + étirement

Hypoesthésie

en bande tactile et douloureuse

Paralytie

Déficit moteur localisé

Areflexie

ROT et réflexes cutanéo-musculaires abolis selon la racine comprimée

2) Syndrome sous-lésionnel central : Phase d'état !!

Troubles moteurs

- Déficit moteur complet spastique au début (tetraplegie / tetraplégie) (paraplegie / parapésie) puis devient flasque

Tbs sensitifs

- Douleurs en étau associées à une aesthésie au-dessous de la compression médullaire = Niveau sensitif (Niveau mammelonnaire : D₁₁) (Niveau ombilical : D₁₀)

Tris sphinctériels

- Incontinence ou rétention
- Tbs génitales

3) Syndrome rachidien : Inconstant

- Rigidité segmentaire (Torticollis)
- Déformation du rachis (cyphose / scoliose)

⊕ Examen clinique

- Examen général : T°, TA, FC, FR, conjonctives, Poids, taille.
- Examen neurologique complet
- Examen des autres appareils.

② Diagnos et indications

* Chirurgie en URGENCE !!!

- Décompression & laminectomie par voie postérieure
- Ablation de la tumeur
- Stabilisation du rachis si besoin

* Médical

- Antibiotiques & spondylodiscite à germes banaux
- Antibiotiques & Spondylodiscite tuberculeuse
- Corticostéroïdes & lutte contre l'œdème
- Chimiothérapie en cas d'hémopathie.

* Radiothérapie & Tumeurs malignes.

* Rééducation (motrice) et (sphinctérienne).

* Nursing & Prévention des complications de décubitus

③ Surveillance

- Clinique & T°, conscience, TA (en postop)
- Paraclinique & IRM.

VII Conclusion

- * Urgence dg et thérapeutique.
- * IRM & examen de choix
- * Décompression chirurgicale en urgence.
- * Rééducation ++
- * ETC multidisciplinaire.

① Examens para-cliniques :

- IRM rachidienne : (en 1ère intention)
(Plus performante)
 - Dépister une tumeur
 - Bilan d'extension (lésions multiples)
 - Importance de la compression des structures nerveuses
- TDM du rachis
 - Analyse des structures osseuses
- Biologie : Héмограмme, VS, CRP
- Autres : Angiographie médullaire (MAV et angioscans)
 - ↳ ETG (Formes associées à l'amyotrophie)

② Dg différentiels :

- Maladie de Charcot (SLA) : (pas) de troubles sensitifs
- Syngomyélie : Dissociation de sensibilité thermoalgique et tactile épidermique

③ Formes topographiques :

④ Cervicale :

- Haut (C1 - C5) :
 - Rigidité cervicale importante isolée
 - Tétraplégie
 - Hapnet insensibilisable
 - Paralyse hémidiaphragmatique et troubles respiratoires
- Bas (C5 - C7) :
 - Neurologie en corde radiculaire NCB
 - ↳ Tétraplégie

⑤ Dorsale : PROVOSTIC SEVERE car VA PRECAIRE !!!

- Douleur en rencolement
- Paraplégie
- Abolition des reflexes cutanés abdominaux RCA

⑥ Cône terminal (D12 - L1) :

- Radiculalgies et sciatalgies ou cruralgies
- Paraplégie
- Sd pyramidal : Babinski (+)
- Troubles sphinctériens

④ Traitement :

- ① Objectifs :
 - ↳ Décompression de la moelle et des racines en urgence
 - ↳ Dg histologique de la lésion
 - ↳ Stabiliser le rachis

Hernie discale cervicale

30

I Introduction

* Définition = Compression des racines cervicales par une hernie discale.

* Intérêt =

- Pathologie fréquente
- Dg clinico-radiologique (IRM ++)
- TRT médico-chirurgical

II Epidémiologie

* Hernie discale = 80% des NCB

* Touche le sujet jeune

* Prédominance masculine

III Physiopathologie

1 Rappel anatomique

* Les nerfs rachidiens = Réunion des racines antérieures motrices qui naissent du sillon latéral ventral et des racines postérieures sensitives qui naissent du sillon latéral dorsal

* Enveloppés par la dure mère, jusqu'à leur émergence par le trou de conjugaison

* Le ligament dentelé sépare les racines antérieures et postérieures et annule la moelle à la dure mère

* Le disque intervertébral fait de 2 parties

- Périphérique = Annulus fibrosus
- Centrale = Nucleus pulposus

2 Mécanisme

- 1 - Compression mécanique
- 2 - Compression vasculaire (artère radiculaires)
- 3 - Phénomènes inflammatoires

3 Étiopathogénie

→ NCB communes = Hernie discale

- HD molle
- HD dure ou nodule ostéophytique = myélopathie cervicoarthrosique

IV) Diagnostique

① Dg positif

* Interrogatoire : Age, sexe, ATCDs medico-chirurgicaux, notion de traumatisme, port de charges lourdes, Profession, Mode d'installation et durée d'évolution des NCB

* Circonstances de découverte

- Cervicalgie + Torticolis
- NCB d'allure mechaniques systematisées (C6, C7), survenant à l'effort et aidant ou repos.
- NCB inflammatoires nocturnes
- Type de NCB : douleurs ou paresthesies.

* Examen clinique

- Examen general : T°, TA, FC, FR, conjonctives, Poids, taille,
- Examen neurologique

- Raideur (et) limitation de la mobilité du cou

- Altitude antalgique et Rechétive du cou
(Inflexion laterale)

• Syndrome rachidien cervical

- + Pression axiale sur le vertèbre provoque la douleur

- + Abduction (et) Retropulsion (et) Ext du bras provoque les radiculalgies

• Signes de compression radiculaire

- + Douleur scandale

- + Déficit moteur LOCALISE

- + Abolition des reflexes selon la racine concernée

Racine	Reflexe	Territoire
C5	Bicipital	Deltoides + rotateurs de l'épaule
C6	<u>Stylo-radial</u>	Flexionneurs du coude + doigts
C7	<u>Tricipital</u>	Extenseurs du coude + poignet.
C8	Cubito-pronateur	Inte-rosseux

• Signes de compression médullaire

- + Déficit moteur generalisé = Paraplegie / Tetraplegie

- + Déficit sensitif = Anesthésie / Hypoesthésie en bande

- + Syndrome pyramidal, signe de Babinski

- Examen somatique des autres appareils.

② Examens paracliniques :

31

- Bilan biologique & Hémogramme, VS, CRP

- Bilan radiologique :

- IRM cervicale { Dg étiologique
- TDM cervicale { Importance de la compression des structures nerveuses
- Radiographies F, P, 3/4

- ## ③ Dg différentiel :
- NCB symptomatiques !
 - Sd du canal carpien !
 - Tendinopathies de l'épaule !

④ Traitement :

- ### ① Objectifs :
- Soulager la douleur
 - traitement étiologique
 - Prévention et traitement des complications

- ### ② Moyens :
- * TRT médicale Symptomatique
 - Repos, AINS, Antalgiques
 - Décontractants, vitaminothérapie
 - Rééducation +++.
 - * TRT chirurgical
 - Discectomie microchirurgicale
 - Greffon ± ostéosynthèse
 - Prothèse discale

③ Indications :

- * TRT médical : 1^{ère} intention si HD non compliquée
- * TRT chirurgical (si) :
 - NCB rebelles > 3 mois
 - NCB hyperalgiques
 - NCB avec Hb neurologiques

④ Surveillance :

- 48h post op : TO, TA, FC, conscience (Meningite postop)
- ultérieurs : clinique & signes neurologiques
- Intradisque : IRM.

⑤ Conclusion :

- NCB communes par HD & les pts des NCB
- Examens cliniques essentiels :
 - Topographie
 - Atteinte neurologique

- IRM e examen de referenta
- PEC multidisciplinara.
- Prognostic depinde de bunele indicatii terapeutice

Tumeurs de la FC P de l'enfant

28

I Introduction

* Définition : Tumeurs développées à partir du cervelet, du TC et du 4ème ventricule

* Intérêt :

- Tumeurs fréquentes
- Gravité double : engage le PF (symptômes neurologiques) et le PV (HTIC / tbs de déglutition)
- Chirurgie longue et difficile
- IRT : Examen de référence

II Epidémiologie

* Tumeurs intracrâniennes les plus fréquentes chez l'enfant

* Ordre de fréquence :

- Hémisphères cérébelleux (astrocytomes) : les + fqs (1/3)
- Vermis (médulloblastome)
- TC (gliomes infiltrants)
- 4ème ventricule (Ependymomes)

III Physiopathologie

1 Rappel

* FC P est située entre la base du cervelet en haut et le trou occipital en bas = espace clos inextensible lbb

* Contient le tronc cérébral + Cervelet

* Écoulement du LCR = 4ème ventricule et aqueduc de Sylvius

2 Anatomopathologie

→ TOLOGRAPHIE

- Tumeurs des hémisphères cérébelleux : astrocytome
- Tumeurs du vermis : médulloblastome
- Tumeurs du TC : gliomes infiltrants
- Tumeurs du 4ème ventricule : épendymomes

→ Histologie

• Tumeurs gliales

- Surtout benins, parfois malin
- Localisation : Cervelet, TC
- Histologie : fibroblastique, pilocyrique, protoplasmique

• Médulloblastomes

- Origine neuroectodermique = très malin

- Localisation e Vermis,
- Histologie e petites cellules disposées en cordons ou en palissade
- Diffuse dans le LCR !!!

e Ependymome e

- Localisation e Ependyme du V4
- Diffuse dans le LCR !!

II Diagnostic e TDD e Ad Enfant.

① Dg e Signes clinique chez le petit enfant sont de révélation tardive

- * Interrogatoire e Age, sexe, ATCDs médico-chirurgicaux (personnels et familiaux)
- * Circonstances de découverte e

- HIC e céphalées, vomissements, Hs visuels (diplopie par atteinte du III)
 Troubles de comportement
FO e oedème papillaire Lésion localisatrice

- Sd cérébelleux e

- stabilité e { Ataxie cérébelleuse (marche ébrieuse)
 (vermis) { Élargissement du polygone de sustentation
 Dans des trépidos e contraction incessante des jambiers ant.
 (Hémipalé)
 • cinétique e Ipsilatérale à la lésion (Hémisphères)
 • Dysmetrie, asynergie, dyschronométrie, adiadochokinésie
 • Dysarthrie, macrographie
 • Nystagmus
 • Troubles du tonus e Hypotonie, ROT pendulaires.

- Atteinte des nerfs crâniens e troubles de déglutition → DV !!!

* Examen clinique e

- Examen général e T°, FC, TA, FR, conjonctives, Lsds, taille, pupilles
- Examen neurologique complet avec examen des paires crâniennes
- Examen ophtalmologique (FO)
- Examen des autres appareils

* Examens paracliniques e

- TDM cérébrale e sans et AVEC injection de BDC
siège, caractéristiques (homogène, hétérogène, kystique, calcifications),
conséquences (Effet de masse, hydrocéphalie, oedème perilesionnel)

- IRM cérébrale e Plus précise que la TDM

⚠ Ce n'est qu'un dg de présomption, le dg de certitude est histologique

II) Traitement :

29

- 1) Objectifs :
- Supprimer la tumeur
 - Améliorer la qualité de vie
 - Traiter et prévenir les complications

2) Moyens :

- Chirurgie : Exérèse chirurgicale de la tumeur
Derivation d'une hydrocéphalie
- Radiothérapie
- Chimiothérapie

3) Indications :

- * Astrocytomes du cerveau \Rightarrow Exérèse chirurgicale **complète**
- * Medulloblastome et épendymome :

 - Age \leq 3 ans : chirurgie + chimiothérapie
 - Adulte et grand enfant : chirurgie + chimio + **RTT**

4) Surveillance :

- 48h post op : T₁, conscience
- ultérieure :
 - clinique : périmètre crânien
Développement PH, scolaire, mental
 - paraclinique : TDM

III) Conclusion :

- Tumeurs fréquentes chez l'enfant
- Pronostic :
 - Précocité du dg
 - Type histologique
 - Localisation de la tumeur
- PEC multidisciplinaire

Tumeurs sus tentorielles de l'enfant

26

I Introduction

* Définition : Tumeurs développées à partir des structures situées au dessus de la tente du cervelet.

- * Intérêt :
- Gravité double : engage le FF (séquelle neurologiques) et le EV (HTIC)
 - Chirurgie lourde et difficile
 - IRM : examen de référence

II Epidémiologie Les tumeurs cérébrales représentent 25 % des tumeurs pédiatriques

* Les tumeurs sus tentorielles sont moins fréquentes que les tumeurs de la FCV chez l'enfant

* Les gliomes et les craniopharyngiomes sont très fréquents chez l'enfant

Le vient au 1er plan

III Physiopathologie

1 Rappel

- Etage sus tentorial : situé au dessus de la tente du cervelet.
- Contient :
 - les hémisphères cérébraux
 - structures profondes : Centre ovale, NGC, ventricule latéral
 - structures médianes : corps calleux, région sellaire, V3
- Le tout est maintenu en place par des structures rigides : faux du cerveau + Tente du cervelet.

2 Anatomopathologie

• Tumeurs glioblastes de type astrocytome pilocytique.

- Tumeurs intraparenchymateuses bénignes.
- Localisation : plancher du V3, Chiasma, et nerf optique ⇒ lésions visuelles

• Craniopharyngiomes

- Tumeur épithéliale bénigne de croissance lente (reliquat du tractus hypophysaire)
- Localisation : Tige pituitaire et hypophyse
- Grave par sa triple atteinte :
 - Neurologique
 - Endocrinienne (Diabète insipide - Retard - de croissance)
 - Ophthalmologique

• Ependymomes

- Tumeurs dérivées des ependymaires

- Localisation = intra ventriculaire

⑩ Diagnostic

① Dg +

* Interrogatoire : Age, sexe, ATCDs médicaux, chirurgicaux, Personnels et familiaux, Mode d'installation et date d'évolution

* Circonstances de découverte : 60 Enfant

⚠ Signes cliniques chez le petit enfant sont de révélation tardive car :
- Extensibilité du crâne
- largeur des espaces sous arachnoïdiens

- HIC :
- céphalées, vomissements, troubles visuels (diplopie)
- Troubles de comportement
- FO : œdème papillaire

- Crise d'épilepsie : le ⊕ est partielles, mais une généralisation rapide est possible.

↳ D'où l'intérêt de l'imagerie devant des crises convulsives

- Déficit neurologique focal :

⊕ Hémiplégie (ou) hémiparésie progressive
⊕ Aphasie (si) atteinte de l'hémisphère majeur.

* Examen clinique :

- Examen général : T°, FC, FR, TA, conjonctives, pupilles, poids, taille
- Examen neurologique avec examen des paires crâniennes
- Examen ophtalmologique avec FO.
- Examen des autres appareils

* Examens paracliniques :

- TDM cérébrale : cause (et) AVEC injection de EDC
siège, caractéristiques (homogène, hétérogène, kystique, calcifications)
conséquences (œdème périlésionnel, effet de masse, hydrocéphalie)

- IRM cérébrale : plus précise (multiplicité des séquences et des coupes)

⚠ AG n'est qu'un dg de présumption, le dg de certitude est histologique.

② Dg ≠ :

- Abcès cérébral
- Malformations vasculaires

II Traitement

- 1) Objectifs
 - Supprimer la tumeur
 - Améliorer la qualité de vie
 - Traiter et prévenir les complications

2) Moyens

⊕ TRT médical

- TRT de l'HTIC
 - Position demi-assise, repos
 - Antalgiques
 - Diurétiques
 - Solutés hypertoniques = Mannitol
- TRT prophylactique anticonvulsivant

⊕ TRT chirurgical

- Derivation d'une hydrocéphalie
- Exérèse chirurgicale de la tumeur

⊕ Radiothérapie

3) Indications

Si HTIC = Hospitalisation et neurochirurgie

⊕ TRT médical = Toujours indiqué

⊕ Astrocytomes et ependymomes = exérèse large

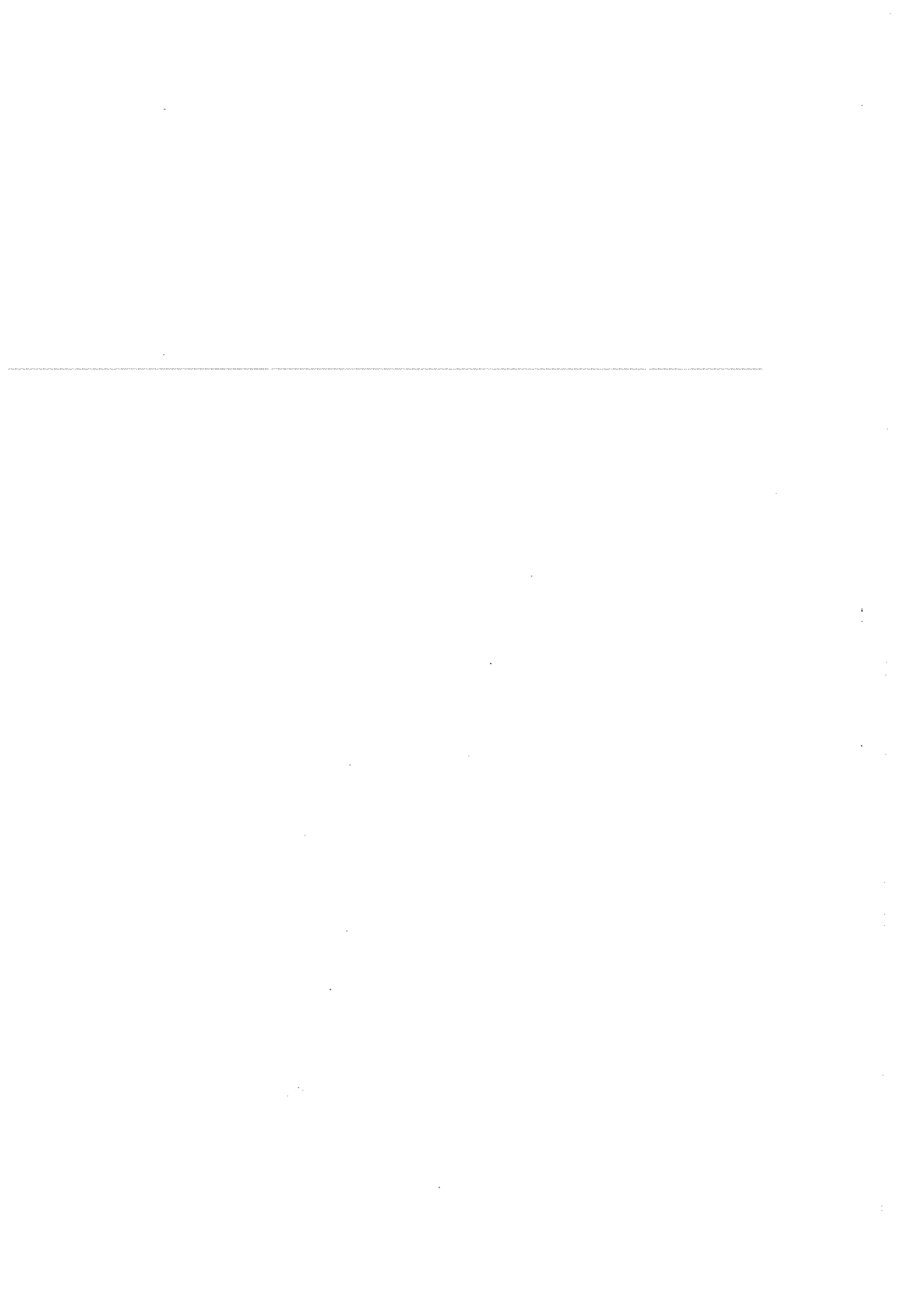
⊕ Craniopharyngiome = exérèse ⊕ Radiothérapie

4) Surveillance

- 48h post op = Risque d'infection (T°, conscience, FC, TA)
- ultérieure
 - op-clinique = Périmètre crânien
 - Paraclinique = TDR

III Conclusion

- Assez fréquentes
- Pronostic dépend de
 - Précocité du dg
 - Type histologique
 - localisation
- PEC multidisciplinaire



Tumeurs de l'angle ponto-cerebelleux

24

I) Introduction

- * Définition = Tumeurs de l'étage sous-tentorial entre les hémisphères cérébelleux et la bulbe (APC)
- * Intérêt =
 - Gravité double et engageant le LF (sequelles neurologiques) et le LV (HTIC)
 - Chirurgie lourde et difficile
 - IRM = examen de référence

II) Epidémiologie

- * Assez fréquentes chez l'adulte (Sexe féminin)
- * Dominées par le neurinome de l'acoustique. !!!

III) Physiopathologie

1) Rappel

- * Espace prismatique situé dans la FCL, limité par
 - en avant = la face post. du rocher
 - en arrière et en dd = TC
 - en arrière et en dr = Hémisphères cérébelleux

* Traversé par le paquet acoustico-facial (1) (1) (1)

2) Anatomopathologie

• Neurinome de l'acoustique

- Tm bénigne au dépend de la 2ème paire crânienne
- Shwannome développé à partir des c. de Schwann du nerf vestibulaire
- le plus souvent unilatéral

• Meningiome du rocher

- Tm bénigne au dépend des méninges à la face endocrânienne du rocher

III) Diagnostic

1) Dg +

- * Interrogatoire = Age, sexe, ATCDs médico-chirurgicaux, personnels et familiaux, mode d'installation, durée d'évolution.

2) Circonstances de découverte

- signes otologiques = surdité de perception unilatérale progressive
 - acouphènes unilatéraux
- signes vestibulaires = Vertiges, ataxie (aggravée par la fermeture des yeux)

- Atteinte des nerfs crâniens =
 - Paralytie faciale périphérique 7
 - Atteinte des nerfs mixtes III, V, VI
 - tbs de déglutition / phonation 9, 10, 11
- Syndrome cérébelleux
- HTIC = céphalées, vomissements, tbs visuels, tbs du comportement.

① Examen clinique

- Examen général = T°, TA, FC, FR, conjonctives, pupilles, Brûli, Taille
- Examen neurologique complet avec examen des paires crâniennes.
- Examen ophtalmologique FO
- Examen des autres appareils.

② Examens paracliniques

- TDM cérébrale = sans ET AVEC injection de PDC
- Siège, caractéristiques (homogène, hétérogène), conséquences (œdème, ETI)
- IRM cérébrale = Plus précise (multiplicité des séquences et coupes)
- Le Neurinome =
 - Elargissement du méat acoustique interne
 - forme arrondie
 - angle de raccordement aigu avec la face post du rocher.
- Le Meningiome =
 - Large base d'implantation dure-mérienne
 - plus épais que large.
 - angle de raccordement obtus avec la face post du rocher
- Audiométrie = surdité de perception subcochléaire et AEA perturbées

④ Traitement

- ① Objectifs =
 - Supprimer la tumeur
 - Améliorer la qualité de vie
 - TRT et prévention des complications.

② Moyens

* TRT médical

- TRT de l'HTIC =
 - repos, position semi-assise
 - Analgiques
 - Diurétiques = furosemide
 - Solutés Hypertoniques = Mannitol

- ① TRT chirurgicale =
 - Denatation d'une hydrocéphalie
 - Exérèse chirurgicale de la tumeur

③ Indications

- ⑤ HTIC = hospitalisation en neurochirurgie

* Neurinome = Exérèse totale de la tumeur et du conduct 8^e
auditif interne et de l'APC.

* Géométrie = exérèse chirurgicale.

④ Surveillance =

- G8h post op = TO, conscient, TA, FC.
- ultérieurs = - clinique = examen neurologique
- Paraclinique = TDM.

⑥ Conclusion =

- * Tumeurs de l'APC font partie des tumeurs de la FCP
- * fréquentes chez l'adulte
- * Tumeurs bénignes mais leur gravité =
 - Difficulté chirurgicale
 - séquelle neurologiques
- * GEC multidisciplinaire = ORL, neurochirurgiens

Hydrocéphalies de l'enfance

22

I) Introduction

* Définition = trouble de l'hémodynamique du LCR avec augmentation du volume du LCR dans le crâne.

* Intérêt :

- Pathologie fréquente.
- Etiologies variées
- Grave et par l'HTIC qu'elle engendre
- Dg clinico-radiologique
- Pronostic amélioré par un dg précoce !!

II) Épidémiologie

- Très fréquentes chez l'enfant
- ③ tableaux cliniques :
Nourisson - Enfant - Grand enfant
- Etiologies : causes prénatales
locales post-natales +++ (les plus fréquentes)

III) Physiopathologie

① Rappel

- Sécrétion du LCR = Plexus choroïde ventriculaire (principalement)
- Écoulement = dans les espaces sous-arachnoïdiens et ventricules
- Résorption = au niveau des sinus veineux (principalement)

② Mécanisme

- ① Hyperproduction du LCR = Tm du plexus choroïde
- ② Trouble de la circulation = Obstacle à l'écoulement du LCR
- ③ Trouble de résorption du LCR = Processus inflammatoires (méniges)
Fibrose des voies d'écoulement et hémorragies méningées

③ Conséquences

Dilatation ventriculaire

↓
Amincissement du moelleau cérébral

↓
Oedème dans la substance blanche périvertebraire

↓
Démyélinisation et atrophie cérébrale

IV Diagnostic

1 Dg positif

* Interrogatoire : Age, sexe, ATCDs personnels et familiaux, prise médicamenteuse

* Circonstances de découverte

→ NOURISSON :

- Bombement de la fontanelle antérieure
- Dilatation des sutures
- Peau du crâne fine, luisante, parcourue de veines
- Macrocéphalie
- Regard au coucher de soleil, strabisme convergent, œdème papillaire ou atrophie optique (cécité)

→ ENFANT : céphalées, vomissements, tb de conscience, hcs oculomotrices

→ GD ENFANTS :

- céphalées avec douleurs abdominales et vomissements
- Troubles du comportement et BAV
- Troubles endocriniens

* Examen clinique

- Examen général : T°, TA, FC, FR; conjonctives, pupilles, Poids, taille
- Examen neurologique complet avec examen des points crâniens
- Examen ophtalmologique : fond d'œil
- Examen des autres appareils.

* Examens paracliniques

Échographie trans fontanelleaire : Dilatation ventriculaire, surveillance

TDM cérébrale :

- Dilatation ventriculaire, sa topographie
- Resorption trans ependymaire (hydrophilie active)
- Surveillance

IRM cérébrale :

- Plus précise que la TDM +++
- Dg étiologique !!!

* Dg + :
- Macrocéphalie familiale
- HSDC

* Dg étiologique

→ CAUSES prénatales :

- Sténose de l'Aqueduc de Sylvius
- Malformation d'Arnold Chiari (cervelet)
- Malformation de Dandy Walker et malformation de la FCP

→ Causes postnatales

- Processus expansif (+++)
- Anévrisme de l'artère de Galien
- Hémorragie méningée et méningite

23

IV Traitements

- ① Objectifs
- Dériver l'hydrocéphalie
 - Traiter et prévenir les complications
 - Traitement étiologique

② Moyens

- TRT médical : Furosémide, Acétazolamide (Diurétiques)

- TRT chirurgical

- Dérivation interne : ventriculo péritonéale : cathéter ventriculaire relié à un cathéter péritonéal par une ligature
- Ventriculo cisternostomie : légeration du plancher de V3 sous contrôle endoscopique
- Dérivation externe : cathéter ventriculaire relié à une poche de drainage externe

③ Indications

- TRT médical : PROGRESSIF !
- TRT chirurgical

- Dérivation interne : TRT de choix !!
- Ventriculo cisternostomie : TRT de réserve de l'aqueduc de Sylvius
- Dérivation externe : solution d'attente en cas de méningite !!

④ Surveillance

- à risque d'infection post opératoire (méningite) : T, conscience
- suivi :
 - clinique :
 - Perimètre crânien (PC)
 - Fonction visuelle, développement (IQ, mental, scolaire)
 - Fonctionnement de la valve
 - paraclinique :
 - Echographie transfontanelle ETF
 - Scanner cérébral TDMc

VI Pronostic

- TRES BON : Hydrocéphalies congénitales dg et ttt rapidement !!
- TRES BON : Hydrocéphalies post infectieuses et hémorragiques

(VII) Conclusion

- Hydrocéphalie = conséquence de pathologies malformatives, tumorales ou infectieuses -
- Découverte d'une hydrocéphalie (→ IRT) !!! doit faire rechercher la cause
- IRT est chirurgical !
- Pronostic dépend de
 - Précocité du diagnostic
 - Étiologie
 - Qualité de la surveillance !!!

Accident vasculaire cérébral hémorragique

I Introduction

- * Définition : Rupture d'une artère cérébrale entraînant une hémorragie intraparenchymateuse.
- * Intérêt :
 - Pathologie fréquente
 - Touche l'adulte jeune (55 ans)
 - Touche les 2 sexes.
 - Urgence neurochirurgicale
 - Engage le LV et RF

II Rappel physiopathologique

- * Conséquences de l'hémorragie sont complexes.
- * Taille de l'hématome = Equilibre entre pression artérielle et la résistance mécanique du parenchyme
- * Gravité liée à :
 - Rôle des structures lésées
 - Importance de l'hématome
 - Œdème cérébral
 - Age du patient.

III Diagnostic

1 Dg positif

⊕ Interrogatoire : Age, sex, ATCDs H-C, prise médicamenteuse, mode d'installation, durée d'évolution

⊕ Circonstances de découverte

- Apparition brutale et sans prodromes : Sol d'HTIC
 - céphalées brutales et atroces
 - vomissements
 - Tbs de vigilance et perte de connaissance → coma

⊕ Examen clinique

- Examen général : TA, FC, FR, conjonctives, pupilles, T°
- Examen neurologique :
 - Hémiplégie contralatérale à la lésion
 - Rotation de la tête et des yeux du côté de la lésion

(Malade regarde sa lésion et se détourne de son hémiplégie)

- Examen des autres appareils.

Hémorragies lobaires	Hémorragies cérébelleuses	Hémorragies du TC
<ul style="list-style-type: none"> • Hémiplegie, hémianesthésie • Cistes: bravis Jacksoniennes • Aphasie si lésion de lésion de l'hémisphère dominant 	<ul style="list-style-type: none"> • Vertiges • Ataxies • Signes de compression du TC = sd altérée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Syndrome altéré • Déficit moteur controlat + paralysie d'un nerf crânien homolatéral • Pc très sombre

④ Examens paracliniques :

- TDM cérébrale : Dg \oplus pronostic \oplus thérapeutique
- Hypodensité spontanée entourée d'une zone hypodense (oedème) (siège, taille)
- Angiographie / Angioscanner : Dg étiologique (Malformation vas)
- IRM cérébrale : AVC du tronc cérébral ++

② Dg étiologique

- HTA : 70 à 80%
- Anévrismes intracrâniens
- Angiome cérébraux } le \oplus souvent \Rightarrow Hémorragie méningée
- Autres :
 - Hémopathies
 - Artérites
 - Troubles de l'hémostase

⑤ Complications :

- Mort subite
- séquelles neurologiques et complications de décubitus
- risque de récurrences.

④ PEC :

- ① Evaluation des fonctions vitales
- ② Mise en condition et stabilité hémodynamique !!
- ③ Monitoring des constantes vitales.
- ④ TRT initial :
 - Antalgiques, Repos
 - Antihypertenseurs
- ⑤ TRT secondaire : NEUROCHIRURGICAL
 - Hématome superficiel avec effet de masse
 - TRT de l'étiologie :
 - Chirurgie (clip) ou embolisation

Sd de la queue de cheval

I Introduction

* Définition : Atteinte pluriradiculaire sans atteinte médullaire au n° du CDS dorsal

* Intérêts :

- Urgence

- Gravités & séquelles fonctionnelles

- Pronostic : Malgré PEC 46h

↳ séquelles invalidantes : sphinctériennes & sexuelles

II Dg

1 Dg ⊕ : * signes cliniques

- Douleur radiculaire (uni/pluri)

- Déficit moteur : Paralytie flasque

- Abolition des réflexes :

- ↳ Achilléen, rotulien

- ↳ R cutané anal

- ↳ R bulbo caverneux

- Déficit sensitif :

Anesthésie / hyposthésie en selle et des 4I

- Tbs génito sphinctériens :

- Incontinence / Rétention d'urine
- " " " fécale
- Impuissance sexuelle

* Paraclinique

- IRM en urgence (Dg ⊕, Dg ≠, étiologique)

- Autres : TDM, EMG [Pas en urgence]

② - Dg ≠ } - Compression du cône terminal de la RE
 } - Polyradiculonévrite

③ Dg étiologique :

Causes brutales

- 1/ Hernie discale
↳ urgence neurochir
↳ ATCDs de sciatalgies
- 2/ Hématome épidual
ou sous dural
- 3/ Traumatisme du rachis

Causes progressives

- 1/ Canal lombaire étroit
- 2/ Tumeurs (ependymomes)
- 3/ Infections (spondylodiscite)

III TRT e

① But e { Décompression rapide < 6h
 } Éviter complications

② Moyens :

- TRT neurochirurgicale e {
 } • Laminectomie décompressive
 } • Libération des racines
 } • ± stabilisation rachidienne

- TRT médicale e { Nursing
 } • Kinésithérapie et rééducation
 } sphinctérienne

- TRT étiologique

③ Surveillance e - sondage urinaire (SAU)

IV IC e {
 } • Décompression sévère, prolongée (Rapidité IEC)
 } • Déficit neurologique irréversible
 } • Atteinte urinaire + génitale

Traumatismes du rachis

I Introduction

- Définition : Lésions osseuses-ligamentaires du rachis à la suite d'un traumatisme
- Incidence : Affection fréquente, adulte jeune, sexe masculin
 - Traumatismes à haute énergie multiple (polytraumatisme)
 - AVP, AT, Aggression, AS
 - Engage le PF et LV
 - Urgence neurochirurgicale

II Rappel physiopathologique

* Rappel anatomique

- segment vertébral antérieur : corps vertébral
- segment vertébral moyen : mur vertébral post / pédicules / Ap. articulaires
- segment vertébral postérieur : lames / ap. transverses / ap. épineuses
- segment mobile rachidien : éléments capsulo-disco-ligamentaires qui unissent 2 vertèbres.

LLA - Disque - LLL - Lig. jaune - Capsules articulaires - Lig. intercervicaux

* Notion d'instabilité intervertébrale

Atteinte du segment mobile rachidien ou du segment vertébral moyen est une lésion instable !!

* Niveaux médullaires importants : ++

- C₄ : Paralytie diaphragmatique
- C₇ : Tetraplegie
- T₁-T₆ : Centres SNA cardiaque → hypoTA, bradycardie
- S₁ : Centres SNA sphinctériques → tbs sphinctériques

III Diagnostic

* Interrogatoire : Age, sexe, ATCDs IT-CH, prise médicamenteuse, mécanisme lésionnel, heure du traumatisme

* Signes fonctionnels : Douleurs rachidiennes, torticolis, gêne respiratoire, paresthésies et/ou faiblesse des membres, Réaction aiguë d'angoisse, priapisme

* Examen clinique

- Examen général : éliminer une urgence vitale (respiratoire, cardio-circulatoire ou neurologique)

- Bilan lésionnel : crâne, thorax, abdomen, bassin, membres
- Examen du rachis :

- Echymose, déformation
- Pont douloureux ou contracture

- Examen neurologique : bilatéral, comparatif, écrit (+++)

- Syndrôme radiculaire (lésionnel) périphérique

- Déficit sensitif motoriel, ROT abolis
- Permet la dg du niveau lésionnel.

- Syndrôme de compression médullaire (ou lésionnel) central

- Contusion médullaire : récupération instantanée
- Contusion médullaire : récupération aléatoire
- Section médullaire définitive, évolue en 2 phases :

Choc spinal

- Phase initiale
- Au dessus du niveau lésionnel :

- Paralytie flaccide
- Anesthésie à tous les modes
- Areflexie ostéotendineuse
- Rétention aigue d'urine
- Atonie du sphincter anal

- Syndrome neurovégétatif :
Hypotension, bradycardie

- Réponse à 2 questions :

- * Niveau lésionnel :
 - D_u = mamelon
 - D_c = xyphoïde
 - D₁₀ = ombilical
 - D₁₂ = Ili de l'aîne

- * Lésion complète ou incomplète :
Sensibilité de pensée conservée = lésion incomplète

Automatisme médullaire

- Phase secondaire
- Délai d'apparition variable :
q^{lq} jours à q^{lq} semaines

- Au dessous du niveau lésionnel :

- SD pyramidal spastique spastique
- ROT vifs
- Anesthésie à tous les modes
- Vesicé autonome (neurofjue)
- Récupération des réflexes (anal et bulbo-caverneux)

⊖ Examens paracliniques : 1) Radios standards :

- Rachis cervical :
 - Radio face bouche ouverte
 - Radio rachis cervical (F, P, 3/4)

- Rachis dorso-lombaire :
 - Rx Rachis dorsal (F, P, 3/4)
 - Rx Rachis lombaire (F, P, 3/4)

⚠ Chez le patient inconscient, il faut réaliser d'emblée les clichés de l'ensemble du rachis.

- Résultats :

- Incidence bouche ouverte : Apophyse odontoïde
Masses latérales de C2
- Incidence de face :
 - Alignement des ap. épineuses
 - Intégrité des processus transverses
- Incidences de profil :
 - Alignement des bords ant et post des corps
 - Hauteur des corps et des disques
 - Alignement des ap. articulaires post
 - Ecart entre les processus épineux
- Incidence des 3/4 : Isthme + Ap. articulaires

2 - TDR du rachis :

Systematique devant toute fracture avec atteinte du SOT

Lo Dg ⊕ : Diamètre du canal rachidien
Intégrité du mur postérieur

3 - IRM du rachis :

systematique si atteinte neurologique avec bilan radiologique ↓

IV Complications :

- + Neurologiques
- + troubles cardio-circulatoires : hypoTA, bradycardie
- + troubles ventilatoires : lésion au dessus de C4
- + complications du décubitus
- + complications locales : déplacement II, cal vicieux, pseudarthros

V REC initiale :

- 1 Evaluation des fonctions vitales
- 2 Prise en condition : O₂, UVB
- 3 Monitoring
- 4 TRT initial : - Linéaire cervicale, immobilisation sur plan dur
- Antalgiques

VI REC secondaire :

- 1 Objectifs : Stabilité - Indolence - Stabilité - TRT complications
- 2 Moyens :

+ TRT orthopédique :

- Rachis cervical : Linéaire cervical plâtre x 3 mois

- Rachis dorso-lombaire : Corset plâtre x 3 mois

+ Rééducation systematique

- * TRT chirurgicale =
 - Réduction des foyers de fractures.
 - Contention = ostéosynthèse ± greffe osseuse
 - Décompression nerveuse.
 - Immobilisation

③ Indications :

- * TRT orthopédique =
 - { PAS de lésion neurologique
 - { lésion stable
- * TRT chirurgicale =
 - { signes de compression médullaire
 - { lésion instable

- ### ④ Surveillance :
- clinique = examen du rachis, neurologique.
 - paraclinique = Radio de contrôle

⑤ Conclusion :

- * Traumatismes du rachis cervical sont les + fréquents
- * Engagent le RV (tbc végétatifs)
- * Engagent le SF (sequelles neurologiques)
- * prise en charge multi disciplinaire
- * prévention = lutte contre ASEP.

Hématome extradural

I Introduction

- Définition : Épanchement sanguin entre la table interne du crâne et la dure-mère.
- Intérêt :
 - Affection fréquente
 - Conséquence des traumatismes crâniens
 - Traumatisme à haute énergie cinétique : APL, AT, apressions
 - Touche surtout le sujet jeune, prédominance masculine
 - Urgence neurochirurgicale
 - Étape la IV (Risque d'engagement) et la LF (repnelles neurologiques)

II Rappel physiopathologique

Plaie de l'artère meningée moyenne ou une de ses branches

↓
Saignement

↓
Collection entre la voûte et la dure-mère

↓
Lésions associées → Engagement + HTIC.

Trauma
Cranien

III Diagnostic

① Interrogatoire : Age, sexe, ATCP, mécanisme lésionnel, Hese du traumatisme

② Signes fonctionnels

- Perte de connaissance initiale
- Intervalle libre : durée variable (Absent → MAUVAIS R)
- Céphalées, vomissements, Hvs visuels
- Déficit moteur

③ Examen clinique

- Examen général
- Examen neurologique
 - Score de Glasgow
 - Pupille : mydriase unilatérale (Engagement temporal) → MAUVAIS R
 - Déficit moteur / sensitif
 - crises convulsives
 - Troubles de langage

④ Examens paracliniques

- Biologie : NFS-Rp, BH, BHE, Gazométrie

- TDM crâniale & Examen clé

- Lentille biconvexe spontanément hyperdense, homogène, à bords nets reposant sur la voûte (nége, taille, effet de masse)
- Lésions associées & Fractures, anévrismes, HSD, HIR, H-IT, œdème

④ PEC initiale & Voir traumatisme crânien

⑤ PEC secondaire

- ① Objectifs :
- Evacuation de l'hématome
 - TRT des lésions associées
 - Prévention des complications

② Prognostic & Urgence chirurgicale

* TRT chirurgical :

- Trépanoponction
- Craniectomie et évacuation de l'hématome

* Abstention - surveillance :

clinique & Conscience (Glasgow), FR, FC, TA, TE
Paraclinique & TDM.

③ Indications :

- * TRT chirurgical indiqué si HED > 30mm avec effet de masse

④ Surveillance :

Risque infectieux & T°, conscience, examen neurologique

⑤ Conclusion :

- Conscience forte des TC
- Urgence neurochirurgicale
- Dg par TDM
- TRT chirurgical & large place
- PEC multidisciplinaire
- Prévention ++ (AVP)

Plaies crâniocérébrales

I Introduction

- Définition : Traumatisme crânien par pénétration d'un objet vulnérant entraînant une brèche durale et mettant en communication directe les espaces sous arachnoïdiens et l'environnement extérieur
- Intérêt :
 - Affection grave
 - Urgence neurochirurgicale
 - Engage le SF (sexuelles neurologiques) et le PV (mort subite)

II Physiopathologie

- Objet pénétrant (couteau) } → lésion focale
- Objet contondant (baton) } → lésion focale
- Accélération / décélération } → lésion focale et diffuses
- Choc } → Coma d'entrée

III Diagnostic

- Interrogatoire : âge, sexe, ATCDs, mécanisme lésionnel, heure du traumatisme, vaccination

Examen clinique

- Examen général : T°, TA, FC, FR, Pâleur, conjonctives
- Examen neurologique complet :
 - Déficit moteur/sensitif, crises convulsives
 - Reflexes ostéotendineux
 - Examen des paires crâniennes
- Examen cutané :
 - Ilot / délabrement
 - Abondance de saignement
 - Orifice d'entrée et de sortie
 - Issue de matière cérébrale
 - Localisation : sinus veineux - orbite - face
- Bilan lésionnel : Rachis, thorax, Abdomen, Pelvis, membres

⊕ Examens para-cliniques :

- TDM crâniale : Examen clé

- Embarrure, Corps étranger, pneumocephalie
- Lésions associées.

- Artériographie préopératoire : si objet de la région d'une grosse artère
si proximité d'un sinus dural

- Biologie : NFS - Lp, BA, BHE, Gazométrie.

Ⓧ REC initiale et voir cours traumatisme crânien

Ⓨ REC secondaire et NEUROCHIRURGICALE

* Chirurgie :

* Embarrures :

- Parage cutané
- Lever des fragments osseux
- Parage dure-mère
- Ablation du tissu cérébral dévitalisé, hémostase, drainage éventuel
- Fermeture durale
- Reconstruction osseuse et fermeture cutanée sans tension

* Plaies pénétrantes :

- Craniotomie autour de l'objet
- Ablation des fragments osseux
- Si possible, ouvrir la dure-mère avant de retirer l'objet
- Retirer l'objet selon la trajectoire d'entrée
- Débridement / Parage.

* Plaies par arme à feu :

- Accéder aux points d'entrée et de sortie
- Evacuation d'hématomes
- Enlever les fragments osseux et les fragments de balle.
- Hémostase
- Fermeture durale.

* TRT médical : ATB - SAT - VAT

Ⓩ Complications :

- Infectieuses : Absces cérébral, méningite
- Crises convulsives et séquelles neurologiques.

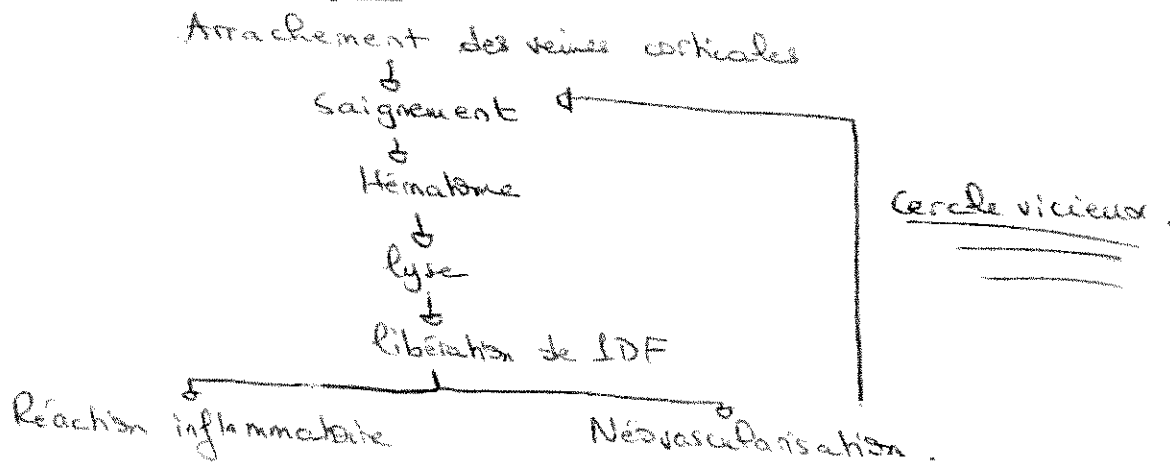
Hématome sous dural chronique

I Introduction

* Définition : Collection sanguine entre la dure-mère et l'arachnoïde secondaire le plus souvent à un traumatisme béni, survenant quelques semaines après le traumatisme.

- * Intérêts
- Affection fréquente
 - Touche surtout le sujet âgé et les nourissons
 - Prédominance masculine
 - Engage le LF (séquelle neurologique)

II Physiopathologie



III Diagnostic

1) Dg positif

* Interrogatoire : Age, sexe, ATCDs médicaux-chirurgicaux, prise médicamenteuse, notion de traumatisme, ethylisme, mode d'installation et durée d'évolution

* Circonstances de découverte

- Apparition tardive et progressive

- Céphalées de topographie imprécise, influencées par le changement de position.
- Syndrome frontal : Troubles de mémoire, de l'humeur et indifférence affective.
- Troubles psychiques mineurs
- HTIC avec œdème papillaire au FO.
- Déficit moteur → mauvais pronostic

⊕ Examen clinique

- Examen général : TA, FC, FR, T°, Pâleur, conjonctives, pupilles
Etat d'hydratation (pli de déshydratation)
- Examen neurologique
 - Déficit moteur
 - Crises convulsives
 - Déficit sensitif
 - Paralytie des nerfs crâniens
- Examen des autres appareils

⊕ Examens paracliniques

- TDM crâniale : Confirme le dg
 - Hypodensité biconcave en croissant, peut être bilatérale ou isocôtée
 - Effet de masse
- IRM crâniale : si doute dg

② Dg différentiel

- Accident vasculaire cérébral : Déficit brutal
- Tumeur intracrânienne : devant les aphasies
- Abscès cérébral : fièvre

Ⓧ PEC initiale

- ① Evaluation des fonctions vitales
- ② Mise en condition
- ③ Monitoring des constantes vitales
- ④ TRT initial :
 - Antalgiques
 - TRT de l'HTIC

Ⓧ PEC secondaire : NEUROCHIRURGICALE

- ① Objectifs :
 - Evacuer l'hématome
 - Prévenir et traiter les complications

② Moyens : TRT est chirurgical

- 1 ou 2 trous trepan
- Evacuation de l'hématome
- Mise en place d'un drain sous durale à 45°

③ Surveillance : Risque d'infection post op et de récidence

- clinique : T°, TA, FC, conscience
- Paraclinique : TDM

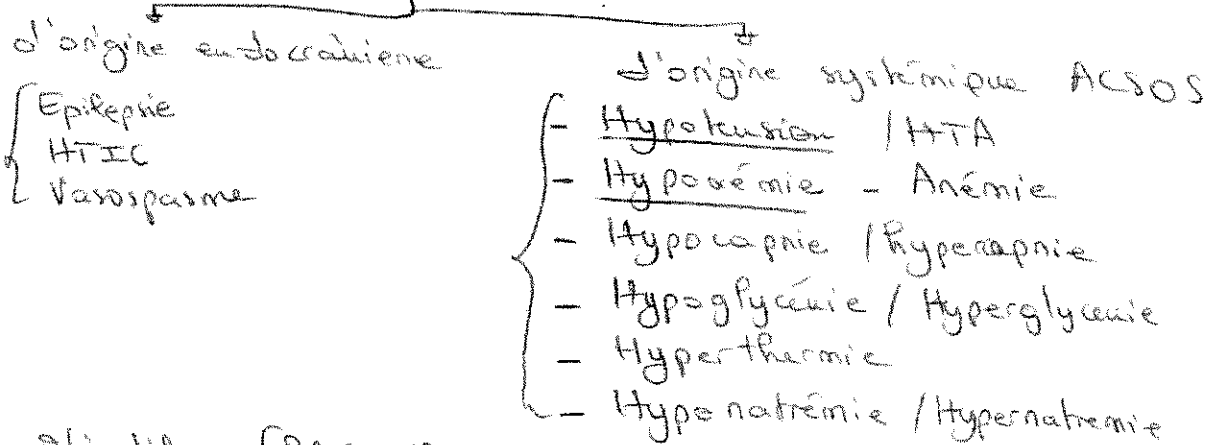
Traumatismes crâniens

I Introduction

- * Définition : Traumatisme à point d'impact crânien
Tout traumatisme crânien est un polytraumatisme jusqu'à preuve du contraire
- * Intérêt :
 - * Traumatismes très fréquents
 - * Mécanisme : Haute énergie cinétique
 - * Étiologies : AVP + + +, AT, Agressions
 - * Touche l'adulte jeune, prédominance masculine
 - * Engage le PV et le IF (seuilles invalidantes)

II Rappel physiopathologique

- ① Lésions primaires : dues au traumatisme (HED, HSDA)
- ② Lésions secondaires \Rightarrow Destruction neuronale



Objectifs : $\left\{ \begin{array}{l} \text{PAS} \geq 120 \text{ mmHg} \\ \text{SpO}_2 \geq 95\% \end{array} \right.$

III Diagnostic positif

- Examen général : T°, FC, FA, TA, conjonctives, pupilles, pâleur, marbrures, conscience, agitation
- Examen neurologique
 - * Score de Glasgow : si $\leq 8 \Rightarrow$ Traumatisme crânien grave \Rightarrow Intubation - ventilation
 - * Examen de la motricité et de la sensibilité, des ROT, RCA, flais vasa-cerebrales, Otorragies, Anisocorie

- Examen des autres appareils & systématiques !!!

IV) PEC initiale

1) Evaluation des fonctions vitales

- Respiratoire : FR, cyanose, SLR, Auscultation RR
- Circulatoire : FC, PA, Pâleur, moirures, auscultation CV
- Neurologique : score de Glasgow, pupilles, déficit moteur, convulsions.
- Dextro, T°.

2) mise en condition

- Oxygenothérapie au masque voire intubation-ventilation
- si détresse vitale, polynée ou $SpO_2 \leq 94\%$
- 2 voies veineuses périphériques de gros calibre si collapsus (TA < 90 mmHg).
- PAS de sonde NASOGASTRIQUE
- Sondage vésical pour surveiller sa diurèse (Sondage vésical CI si suspicion de traumatisme du bassin associé)
- Minerne verticale, position demi-assis 30°
- Pansements et sutures des plaies, couverture isotherme

3) Monitoring

- PARI, SpO₂, Electrocardiogramme

4) Bilan lésionnel

3) Catégories de patients

INSTABLE

STABILISE

STABLE

↓
Ne jamais déplacer un malade instable pour bilan lésionnel.

↓
Mobiliser le malade pour bilan lésionnel

- Imagerie :
 - TDM cérébrale
 - TDM du rachis cervical
 - Rx thorax - Rx rachis dorsal - Rx rachis lombaire
 - Rx du bassin
 - Echographie abdominale

- Biologie :
 - Hémogramme (Taux d'Hb, de Hp)
 - Bilan d'hémostase (TP, TCA, Fibrinogène)
 - Ionogramme (Troubles hydroélectrolytiques)
 - Fonction hépatique et rénale
 - Gazométrie artérielle (Hypoxémie, Hypercapnie, troubles acido-basiques)

5) Traitement initial

- * Remplissage par SS isotonique 20cc/kg en 20 min si instabilité hémodynamique, ± vasoconstricteurs: Noradrénaline

Dose de NA = 0,1 à 1 µg/kg/min.

(IAS de 65 → aggrave l'œdème et pas de Ca²⁺ → vasospasme)

- * Transfusion si nécessaire :

- CG * si Hb < 7 (ou) Hb < 10 si agression neurologique autres associées.
- PFC * si TP < 50%.
- CP * si Hp < 50 000.

- * Analgésie - sédation : BZD - morphiniques

- * Antibiothérapie : non systématique indiquée si plaie du scalp (antistaph)

- * Prévention Thromboembolique : Bas de contention

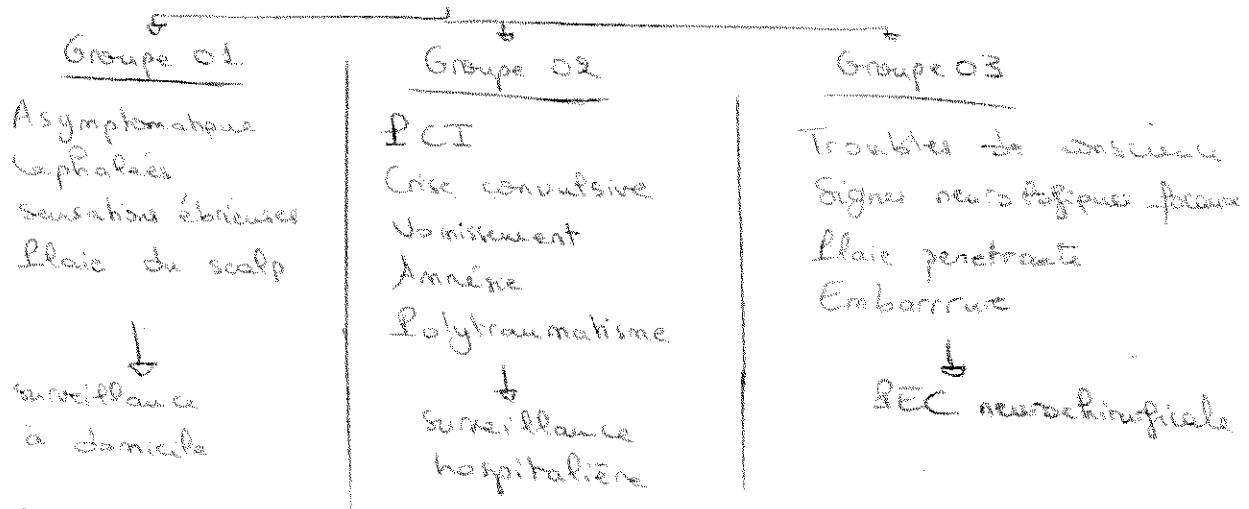
- * Antiulcère de stress : IPP avec alimentation entérale à J2

- * Anticonvulsivants si :
 - Glasgow < 10 (ou) convulsions
 - Plaies / embarras
 - Hématomes / contusions

- * Nursing : Soins des yeux et de la bouche

- * Contrôle des ACSOS

Au total :



IV) Traitement secondaire Neurochirurgical

- Evacuation d'un HED / HSD / Hématome intraparenchymateux
- Volet de décompressif.
- Réduction d'une embarrure
- Déviation du LCR

V) Surveillance :

- Clinique : TA, FC, FR, SpO₂, T_{PO}, Electrocardiogramme
- biologique : NFS - Ig, Bilé, ionogramme, Set urale, lipidique
- radiologique : TDM devant toute aggravation neurologique

VI) Pronostic :

- Age extrêmes
- Glasgow ≤ 5 ou anisocorie pupillaire
- Instabilité hémodynamique
- Infection nosocomiale

VII) Conclusion :

- Traumatisme crânien : mortalité élevée
- Intérêt de la PEC préhospitalière
- PEC multidisciplinaire
- Prévention : mesures de prévention contre les AVC

0 Kyste hydatique du poulmon

I Introduction

* Définition : Affection parasitaire kystique due au développement dans l'artère pulmonaire de la larve d'un taenia hôte habituel du chien : *Echinococcus granulosus*.

- * Intérêt :
 - fréquence élevée
 - Complications bruyantes voire mortelles
 - TRT chirurgical à large place
 - Prévention

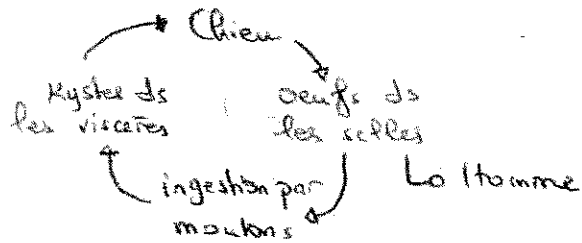
II Epidémiologie

- * Pathologie très fréquente au Maroc
- * Endémique ds les zones d'élevage et au milieu rural
- * survient à tout âge

III Physiopathologie

* Cycle parasitaire

- Hôte habituel : chien
- Hôte intermédiaire : mouton
- Hôte accidentel : Homme



* Contamination de l'homme

Ingestion d'œufs par :

- voie directe : contact avec les chiens
- voie indirecte : aliments souillés

* Croissance moyenne = 6-15 mm/an

* Taille moyenne = 1-15 cm

- * Localisation :
- Foie & la rate
 - Poulmon & même localisation
 - Reins, rate
 - autres organes & tout organe peut être touché

IV Diagnostic

1 Dg positif d'orientation

* Interrogatoire : Notion de contact avec les chiens - D'origine rurale - Profession - Niveau sanitaire

④ Etude Pinowa

→ KH SAIN

- ① signes fonctionnels
 - Latex clinique (Découverte fortuite)
 - Douleur thoracique, dyspnée
 - Toux, hémoptysie minime
 - Bon état général

- ② signes physiques
 - Sd d'épanchement liquidien (signes kyste)

③ Radio thorax F - siège, taille, forme, stade évolutif.

- Opacité ronde, dense, homogène à contours nets
- Opacité de tout l'hémithorax

④ Radio thorax Profil & Topographie de l'image.

→ KH romain

① KH romain & Décollement du kyste du péricyste

- ① signes fonctionnels
 - Toux, hémoptysie, fièvre
 - Choc anaphylactique

② Rx thorax

- Image en grelot

② KH rompu dans des bronches

① signes fonctionnels

Nomique hydatique & AIGUE

- Douleur - thoracique déclatante - Anfrax
- Hydatidopsie
 - liquide salé (en eau de roche)
 - membranes hydatiques & blanc nacré
- Toux, hémoptysie
- Choc Anaphylactique

Suppuration bronchique

- AEG progressive
- Hippocratisme digital
- Toux, hémoptysie, fièvre
- Expectoration purulente / pyo-hémoptysie

② Rx thorax

- Image H-A avec niveau surmonté de ponts membranaires
- Image H-A à surface indurée = membrane flottante
- Image H-A à paroi épaisse
- Rétention sèche des membranes
- Cavité résiduelle à paroi épaisse

③ - KH composé de la pierre = $\begin{cases} \text{Pyopneumote} \\ \text{Pyo kimo pneumote} \end{cases}$

KH multiples

- ① Echinococose multiple primitive
- ② Echinococose multiple secondaire métastatique
Rupture d'un KH de un tronc veineux
- ③ Echinococose multiple bronchopulmonaire
Rupture d'un KH de les bronches

② Dg positif de certitude

- 1 - Membranes / liquide hydatique & Expectorations / bronchoscopie
- 2 - Scolex & Examen parasitologique des expectorations
- 3 - sérologies
- 4 - Thoracotomie.

③ Recherche d'une seconde focalisation & systématique !!!

④ Dg différentiel

Opacité unique	Image H-A	Opacité multiples
<ul style="list-style-type: none"> • Tumeur • Foyer calcéux TBK • Pleurésie enkystée • Aneurysme 	<ul style="list-style-type: none"> • Caverne abscessé • Caverne TBK • Pyopneumote localisé • Abscès / aspergillome 	<ul style="list-style-type: none"> • Métastases • Foyers calcéux • Abscès • Aneurysmes

⑤ Traitement

- ① Objectifs
- Evacuation totale du parasite
 - Traitement de la cavité résiduelle
 - Traitement des complications

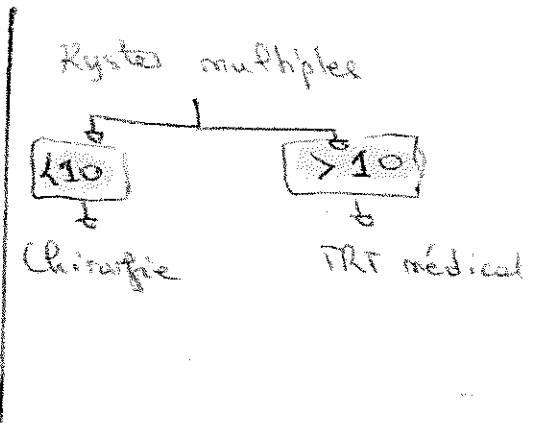
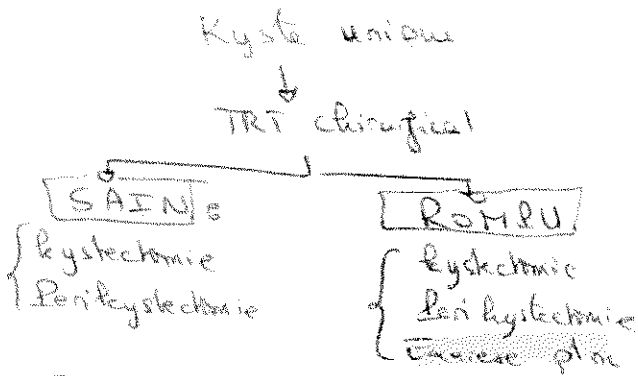
② Moyens

- TRT médicale Albendazole 800mg/ja 3 à 6 mois

- TRT chirurgicale

- kystectomie
- Lenkystectomie
- Excisée pulmonaire

③ Indications :



④ Surveillance :

Clinique, Rx thorax, sérologies, Echographie abdominale
tous les 6 mois la 1^{ère} année
puis toutes les années.

⑤ Conclusion :

- Affection non immunisante !!
- Récidives fréquente
- Intérêt de la prévention
 - Lutte contre les chiens errants
 - Education sanitaire
 - Contrôle vétérinaire strict des abattoirs
 - Incinération des abas infectés.

0

Cancer de la Langue

I) Introduction

- * Définition : Tumeur maligne développée à partir de la muqueuse de la langue
- * Intérêt : - fait partie des causes des VADS
 - Connaître les facteurs de risque et signes d'appel
 - Dg de certitude est histologique
 - 2 entités :
 - cancer de la langue mobile le + fréquent
 - cancer de la base de la langue
 - Profiter en matière de LEC thérapeutiques

II) Épidémiologie

- * Age : 50 - 70 ans
- * Sexe : prédominance masculine
- * Habitudes toxiques +++ : Tabac - Alcool, et facteurs génétiques
- * Cancer de la langue mobile :
 - Dg précise
 - Traitement aisé
 - Pronostic favorable
- * Cancer de la base de la langue :
 - Dg souvent tardif
 - Traitement plus difficile
 - Mauvais pronostic
- * T₁ lymphopiles !!!

III) Physiopathologie

1) Rappel anatomique

- Langue est divisée en 2 parties
 - Partie antérieure mobile : en avant du V lingual
 - Partie postérieure ou base de la langue : en arrière du V lingual

2) Facteurs de risque

- Facteurs toxiques : Tabac - Alcool + mauvaise hygiène bucco-dentaire
- Lésions précancéreuses :
 - Leucoplasie
 - Lichen plan
 - Erythroplasie
 ⇒ biopsie + excision
- Facteurs génétiques

3) Type histologique

- Le carcinome épidermoïde est le + fpt.
- ulcère, bourgeonnant ou infiltré

④ Classification TNM :

T	N	M
T ₁ ≤ 2cm	N ₁ = ADP unique homolat < 3cm	M ₁ = métas à distance
T ₂ = cube d et 4cm	N ₂ = 3 (ADP) bcc	
T ₃ > 4cm	1 (a) = 1 homolat.	
T ₄ = structures voisines	(b) = ≤ homolat	
	(c) = Bilat / contralat.	

④ Diagnostic

① Dg positif

⊗ Interrogatoire = Age, sexe, ATCDs médicaux, chirurgicaux, Habitudes tabagiques, Prothèses dentaires, prise médicamenteuse.

⊗ Circonstances de découverte

- Lésion au niveau de la langue (Difficulté à la mastication / bécotage)
- Douleurs violentes avec châleux réflexes
- Hémorragies autochtones
- ADP cervicale isolée

⚠ La persistance d'un signe, son unilatéralité, sa localisation toujours au m endroit doivent attirer l'attention !

⚠ Toute ADP cervicale chez l'adulte → rechercher le VADS.

⊗ Examen clinique

- Examen général = Etat général, Poids, TA, FC, FR, T°_o, conjonctives
- Examen de la cavité buccale = Lésion mal limitée, à bords iréguliers et saillants, avec une induration dépassant les limites, et une douleur et un saignement au contact bbb
- Etat bucco-dentaire
- Examen de l'oropharynx = Amygdales, Épiglotte.
- Examen des aires ganglionnaires
- Examen somatique complet = Localisation secondaire

⊗ Examens paracliniques

- Histologie = Examen anatomopathologique d'une biopsie de la lésion
- Laryngoscopie = rechercher un VADS atypique

⊗ Bilan d'extension = clinique et paraclinique

- TDM / IRM, Pathologie osseuse (Rx panoramique dentaire)
- Rx thorax, Echographie hépatique, scintigraphie osseuse

- ② Dg différentiel :
- Aphte géant
 - ulcération traumatique
 - " tuberculeuse
 - " syphilitique

⑤ Traitement

- ① Objectifs :
- Eradication de la tumeur
 - Résultat de \odot fonctionnel possible
 - Améliorer la qualité de vie

② Moyens

- * Chirurgie : Exerce large de la tumeur suivie d'une reconstruction immédiate
 - o Curage ganglionnaire

- * Radiothérapie : externe et curiethérapie
- * Chimiothérapie

③ Indications

- * T₁ : Curiothérapie ou chirurgie
- * T₂ : Chimio neoadjuvante puis chirurgie
- * T₃ : Chimio neoadjuvante puis chirurgie puis RT post-op
- * T₄ : Chimiothérapie - Radiothérapie concomitante
- * Curage cervical (S^o) :

ADL palpable = T ₂ , T ₃ , N ₀ =	<u>T₂ lymphopile</u>
--	---------------------------------

④ Surveillance

- clinique : Examen ORL et examen général
- paraclinique : (TSH, Pancendoscopie, Rx thorax, Echo abdominale, scintigraphie osseuse)

- ⑥ Pronostic :
- Siège : langue mobile de bon dc
 - TNM (extension gg)
 - Efficacité du TRT

⑦ Conclusion

- Cancer lymphopile
- Pronostic est favorable pour le cancer de la langue mobile
- Intérêt du dg précoce et de la biopsie des lésions précancéreuses
- Prévention = lutte contre Alcool - Tabac
- EC multi disciplinaire.

Otite moyenne aigüe

I Introduction

* Définition : Inflammation aigüe d'origine infectieuse (virale/bactérienne) des cavités de l'oreille moyenne, responsable d'un épanchement

- * Intérêt :
 - Pathologie fréquente
 - Dg clinique = OTOSCOPIE !!!
 - Source de complications pouvant engager la prothèse vitale et fonctionnel
 - Respect du indicateur de l'antibiothérapie !!!

II Épidémiologie

- * L'infection la plus fréquente chez enfant !!!!!!
- * Pic entre 6 et 24 mois = Trompe d'Eustache courte !!!
- * Facteurs favorisants :
 - lié au terrain
 - lié à l'environnement

III Physiopathologie

* Facteurs favorisants

lié au terrain	liés à l'environnement
<ul style="list-style-type: none"> - Faible poids de naissance, prématurité - Trisomie 21, Fente vélopalatine - végétations adénoïdes <u>VA</u> - <u>RGO</u>, Allergie 	<ul style="list-style-type: none"> - Tabagisme <u>passif</u> - <u>Hiver</u> - Séjour en <u>crèches</u> - <u>Infections</u> des <u>VAS</u>

- * Germe :
 - Virus : par extension d'une infection virale des VAS
 - Bactéries :
 - Haemophilus influenzae → conjonctivite
 - Pneumococque → Fièvre élevée
 - Brachamella catarrhalis

* Mécanisme : Multifactorielle

Infection des VAS (congestion du nasopharynx et de la trompe d'Eustache)
 ↓ (+)
 Dg fonctionnel tubaire
 ↓
Aspiration de germes pathogènes à l'oreille moyenne.

IV Diagnostic

1 Dg positif

③ Interrogatoire : Age, sexe, HCCs médicaux-chirurgicaux (prematurité, trisomie 21, fente vélopalatine, infection VAS à répétition)

④ Circonstances de découverte

- Otalgie : constante (peurs multiples ou enfant gâté)
- Otite : Témoigne de la rupture du tympan, soulage la douleur.
- Signes généraux : Fièvre, troubles digestifs, troubles du sommeil
- Complications :
 - 1. Mastoidite
 - 2. Labirynthite, PRP
 - 3. Méningite, Abcs cérébral, thrombophlébite du sinus latéral

⑤ Examen clinique

- Examen général : T°, TA, FC, FR, TRC, SpO₂, diurèse, poids, taille
- Examen ORL complet
- Otoscopie : bilatérale et comparative,

3 Phases

- Otite congestive : Tympan rouge vif avec disparition du triangle lumineux
- Otite purulente : Tympan bombant avec disparition des reliefs osseux
- Otite perforée : Perforation punchiforme avec discharge

- Examen des fosses nasales et du nasopharynx
- Examen de la cavité buccale
- Examen neurologique
- Examen somatique complet

⑥ Dg différentiel

- Otite externe
- Otalgie réflexe
- Otite transmissive

⑦ Evolution - Complications

• Guérison spontanée

• Récidives → TRT des facteurs favorisants 

• Complications

- Mastoidite :
 - Ostéite (Oedème retroauriculaire avec effacement du sillon et décollement du pavillon)
 - Abcs sous périoste (si fluctuation) ⇒ Plastron de Rowe

• Labirynthite : Vertiges + Nausées + Vomissements + Nystagmus + Hypoacousie

• Otalgie : Localisée postérieure et brutale, de bon pronostic

- Complications en de rares cas :
 - Otite moyenne
 - Abscès / empyème cérébral
 - Thrombo-phlébite du sinus latéral

A) Toute OMA + troubles de conscience ou signes d'HTIC
 ↳ TDR cérébrale en urgence.

- Surveillance :
 - o perforation tympanique séreuse
 - o Otite séro-muqueuse ou cholestéomatueuse

VI Traitement

- ① Objectifs :
- Soulager la douleur et la fièvre
 - Traiter l'infection
 - Prévention et traitement des complications

② Projetés :

- TRT médical :
 - TRT symptomatique : Antalgiques - Antipyrétiques
 Désinfection rhinopharyngée
 - Antibiotiques : Amoxicilline Acide 80mg/kg/j
 en 3 prises / j x 10j chez enfant 2 ans
 x 5j chez enfant 2 ans

- Paracentèse :
 - Drainage avec prélèvements bactériologiques et antibiogramme

③ Indications :

- * TRT symptomatique est toujours indiquée !!!
- * Antibiothérapie :
 - o Enfant 2 ans
 - o Signes bactériels
 - o Immunosuppression / ATCDs de complications
- * Paracentèse :
 - o Immunosuppression
 - o OMA hyperalgique / résistante / compliquée

④ Surveillance : à 48h

- CLINIQUE : T°, douleur, otorrhée

VII Conclusion

- Pathologie très fréquente chez l'enfant
- Risque de complications
- Intérêt de la complémentation de la paracentèse + antibiothérapie
- Devant toute fièvre ou signe de DOR : Examen par otoscopie

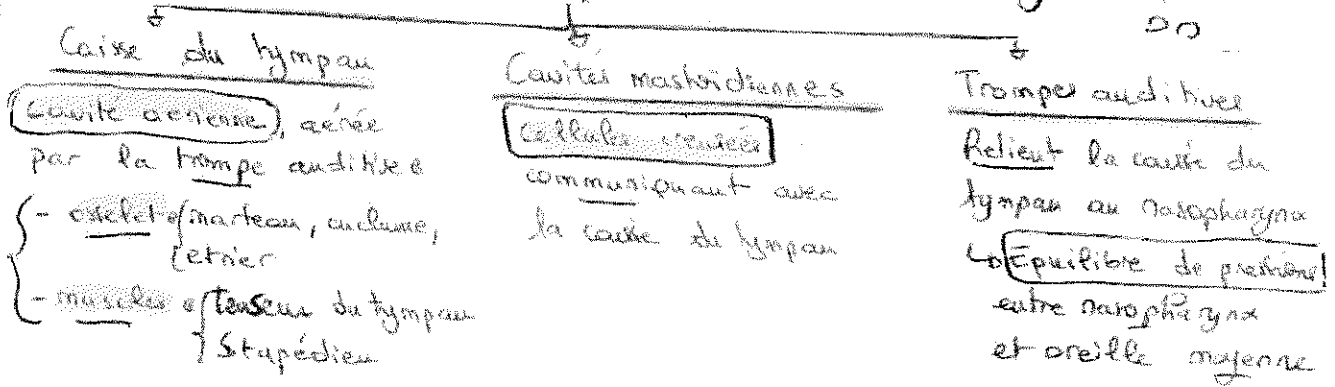
Otitis moyennes chroniques

10

I Généralités

- Définition : Inflammation chronique et active du revêtement de l'oreille moyenne avec ou sans perforation tympanique.

II Rappel anatomique 3 segments de l'oreille moyenne



III Otitis moyennes chroniques

- 2 types :
 - Otite séromuqueuse à tympan fermé
 - Otite cholestéomateuse

IV Otite séromuqueuse

1 Introduction

- Définition : Présence dans les cavités de l'OM d'une effusion durant > 3 semaines, en absence de signes inflammatoires aigus, derrière un tympan intact.
- Intérêt :
 - Pathologie fréquente
 - Diagnostic = Otoscopie (+) Tympanogramme
 - Retentissement fonctionnel (RF)
 - EC médic. chirurgicale.

2 Epidémiologie

- Très fréquente chez l'enfant
- Pic = 4 ans
- Bilatéralité
- Facteurs favorisants liés au terrain et environnementaux

③ Physiopathologie

⊕ Facteurs favorisants

lié au terrain	lié à l'environnement
<ul style="list-style-type: none"> - Trisomie 21, Fentes velopalatines - RGO, Allergie - Vegetations adénoïdes, sinusites - Dysfonctionnement oto-scolaire, prématurité 	<ul style="list-style-type: none"> -hiver, printemps - Tabagisme passif - Crèches - Infections des VAS

⊕ Mécanismes & théories



④ Diagnostic

⊕ Diagnostic positif

⊕ Interrogatoire : Age, sexe, AtCDs médico-otologiques (Prématurité, trisomie 21, Fente velopalatine, infections VAS à répétition)

⊕ Circonstances de découverte

- Hypoacusie & comportement at, retard de langage, retard scolaire
- Otalgies fugaces !!
- DTA à répétition !!!
- fortior : examen systématique scolaire

⊕ Examen clinique

- Examen général : T°, FC, FR, TA, TRC, SpO₂, diète, poids, taille
- Examen ORL complet
- Stratègie bilatérale et comparative
↳ Tympan cont et stépi, Bulles d'air, examen l'après
- Examen des fosses nasales et du nasopharynx
- Examen de la cavité buccale
- Examen des aires ganglionnaires
- Examen des autres appareils

⊕ Examen paracliniques

- Audiométrie mixte si > 5ans & surdité de transmission (25-30 dB)
- Audiométrie comportementale si < 5ans
- Impédancemétrie
- ↳ Tympanogramme & courbe tym (B ou C)
- ↳ Réflexe stapédien absent

② Ohte cholesteomatuse *

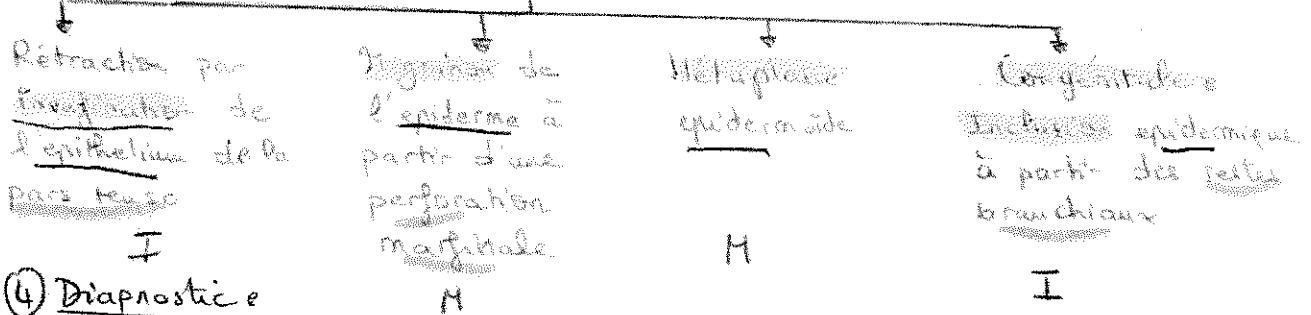
① Introduction *

- * Définition : pseudo-tumeur épidermique au pouvoir **hyperplasique** et **dyshéno** auto-extinctive.
- * Intérêt :
 - Pathologie fréquente
 - Evolution d'une OSTI **mal suivie**
 - TRT **chirurgicale**
 - Ohte chronique douloureuse pouvant engager le pronostic vital & complications **neurologiques**
 - Pronostic fonctionnel & **surdité**, **PFR**...

② Epidemiologie *

- * Fréquente chez **le fœtus** et **l'adulte**
- * Forme **sporadique**, **sauf** **héréditaire**

③ Physiopathologie & ④ Théories



④ Diagnostic *

⑤ Dg positif *

⑥ Interrogatoire *

- ⑦ **CDD** :
 - Otorrhées : **ESPRIMENTES, FÉTIDES, ABONDATEL**, résistantes au traitement médical
 - **Hyposouris** & progressive, binaudiale
 - Complications
 - **Fistule**

⑧ Examen clinique *

- Examen général : TP, TAs, FC, FR, conjonctives
- Examen ORL complet :
- * Otoscopie : **BILATÉRALE** et comparative
 - ↳ **La poche de rétraction** **non** contrôlable, **non** auto-extinguante
 - ↳ **La perforation marginale**
 - ↳ **La fosse branchiale** (ectopie branchiale / congénitale)

- Examen des fosses nasales et du nasopharynx
- Examen de la cavité buccale
- Examen des aires ganglionnaires
- Examen des autres appareils (Neurologique +++)

③ Examens paracliniques :

- Audiométrie { surdité de transmission du mixte
 surdité de perception voire cochléaire
- TDM des osselets :
 (++) { - Cas douteux ! → Dg
 - Extension ! → limite / extensif
 - Complications !
 - Anomalies anatomiques !

- ④ Dg différentiel : { - Pathologie épidermique du CAE
 - Tympanosclérose

④ Evolution - Complications :

⊕ Récidives

⊗ Complications :

- Mastoïdite : { - Ostéite (ostéite retroauriculaire avec effacement du sillon et décollement du pavillon)
 - Abscess sous périoste si fluctuation
- Labyrinthite : vertiges, nausées, vomissements, Nystagmus
- Paralyse faciale périphérique
- Complications endocrâniennes : { - Meningite
 - Abscess / encéphalite
 - Thrombophlébite du sinus latéral

⑤ Traitement :

- Objectifs : { Excise totale du dis ostéotome
 Prévention des complications et des récidives.
 Restaurer la fonction auditive.

- Moyens :

- TRT médical : Antalgiques, Antibiotiques

- TRT chirurgicale :

• Technique fermée : Antro-otitomie = excise du cholestéatome avec respect du parois du CAE

• Technique ouverte : Exérèse rétro-mastoïdienne = excise du cholestéatome avec sacrifice du CAE

→ Indications

- TRT médical e toujours, préparation à la chirurgie

- TRT chirurgical e

• Technique fermée { sujet JEUNE
Cholesteatome limité
Audition CONSERVÉE

• Technique ouverte { Cholesteatome extensif
Audition ALTÉRÉE

→ Surveillance

{ Clinique e otoscopie, audiométrie
Laryngoscopie e TDR

⑥ Conclusion

* Pathologie trè fréquente.

* Engage le RF et d1 ⇒ surface dg

* Surveillance choix des OSM

Cancer du larynx

I Introduction

- * Définition : Tumeur maligne développée sur dépend de la muqueuse du larynx
- * Intérêt :
 - Pathologie fréquente
 - connaître les facteurs de risque et les signes d'appel
 - Dg de certitude est histologique
 - progrès en matière de prise en charge thérapeutique
 - pronostic amélioré par le dg précoce

II Epidémiologie

- * 1/4 des tumeurs des VADS
- * Age : Entre 50 - 70 ans
- * Sex : Prédominance masculine
- * Facteurs professionnels et Habitudes toxiques (Alcool-Tabac)

III Physiopathologie

1 Rappel anatomique

- * Organe situé à la partie médiane et antérieure du cou entre :
 - En avant : les plis de couverture
 - En arrière : le pharynx (hypopharynx)
 - En haut : os hyoïde
 - En bas : la trachée

* Rôle : (Respiration) - (Phonation) - (Déglutition)

* 3 Etages :

- ↳ sup glottique
- ↳ glottique (cordes vocales)
- ↳ sous glottique

2 Facteurs de risques

- * Alcool-Tabacisme + mauvais état buccodentaire
- * Facteurs locaux :
 - ↳ Laryngite chronique avec dysplasie
 - ↳ Papillomes laryngés
- * Facteurs professionnels : Professions de voix, Ac. sulfuriques, Amiante

3 Type histologique

Carcinome épidermoïde est le + fréquent

4 Classification TNM

T	N	M
T ₁ : Localisée	N ₁ : ADI unique < 3cm	M ₁ : N/A
T ₂ : Étendue sans perte de la mobilité des CV	N ₂ : 3 < ADI < 6cm	M _{1a} : N/A
T ₃ : Perte de la mobilité des CV	<ul style="list-style-type: none"> ⊙ = unique homolat ⊙ = multiples homolat ⊙ = Bi lat ou contralat 	M _{1b} : N/A
T ₄ : Déborde le larynx	N ₃ : ADI > 6cm	M ₂ : N/A

⑩ Diagnostic

① Dg positif TDD = cancer de la corde vocale.

② Interrogatoire : Age, ATCDs médico-chirurgicaux, ATCDs toxicomanie, profession

③ Circonstances de découverte **SP + A**

- Dysphonie **+++** progressive, chronique, sévère, à type d'essouffement de belle au traitement médical
- Dysphagie Haute, mécanique ou douloureuse (odynophagie)
- Dyspnée inspiratoire, tardive
- ADL ex. digastriques (de Kuttner)

④ Examen clinique :

- Examen général : Etat général, Poids, T°, conjonctives, FC, FR, TA
- Examen ORL complet
- Laryngoscopie indirecte visualise la lésion
- Examen de la cavité buccale et de l'oropharynx
- Otoscopie normale
- Examen des aînés ganglionnaires
- Examen somatique complet et localisation secondaire ou autre cancer des UADS

⑤ Examen paracliniques :

- Laryngoscopie directe visualise la tumeur et ses étendus permet la réalisation d'une biopsie
- Histologie et Dg de certitude (Examen anatopath de la lésion)
- **Laryngoscopie** = Bronchoscopie + Oesophagoscopie recherche une autre localisation

⑥ Bilan d'extension :

- clinique et Interrogatoire attentif et examen physique complet
- TDM cervicale ou IAM :
 - **Nature** tumoral
 - **Extension** en **profondeur** et **longitudinale**
 - **Etude des régions adjacentes**
- Rx thoracique + Echo abdominale

⑦ Dg différentiel :

- **Paralysie** laryngée
- Tumeurs **benignes**
- **Laryngites** chroniques
- **Tuberculose** du larynx.

V Traitement

- ① Objectifs
- Supprimer la tumeur
 - Améliorer la qualité de vie
 - Résultat le plus fonctionnel possible.

② Moyens

- Chirurgie
 - * Laryngectomie partielle
 - * Laryngectomie totale ou pharyngolaryngectomie
 - * Curage ganglionnaire
- Radiothérapie : post opératoire ou exclusive
- Chimiothérapie : néoadjuvante ou palliative

③ Indications de la chirurgie

- * T_1, T_2 : Laryngectomie partielle
- * T_3 : Laryngectomie totale / Pharyngolaryngectomie
- * $(gg < 2cm)$: Curage fonctionnel
- * $(gg > 3cm)$: Curage radical

④ Surveillance

- clinique : Examen somatique complet
- paraclinique :
 - { TDM cervicale.
 - { Ra Thorax, Echo abdominale

VI Pronostic

- * Localisation : cancer supraglottique de la moins favorable
- * TNM (extension ganglionnaire surte)
- * Efficacité du traitement

VII Conclusion

- * Pronostic caucélique pour les tumeurs limitées aux cordes vocales
- ↳ Intérêt du diagnostic précoce
- * La découverte d'une ADL divise par 2 la chance de survie
- * Prévention et lutte contre Alcool-Tabac
- * EEC multi disciplinaire

Cancers thyroïdiens

I Introduction

- * Définition : Tumeur maligne développée au départ de la glande thyroïde
- * Intérêt :
 - Pathologie fréquente
 - connaître les facteurs de risque et les signes d'appel
 - Dg histologique
 - Le pronostic dépend du type histologique !!!
 - La scé thérapeutique est basée essentiellement sur la chirurgie et IRA thérapeut.

II Epidémiologie

- * ~~Cancer endocrinien le plus fréquent~~ III^{es}
- * Age : Adulte jeune
- * Prédominance : sexe féminin
- * Facteurs génétiques et environnementaux

III Physiopathologie

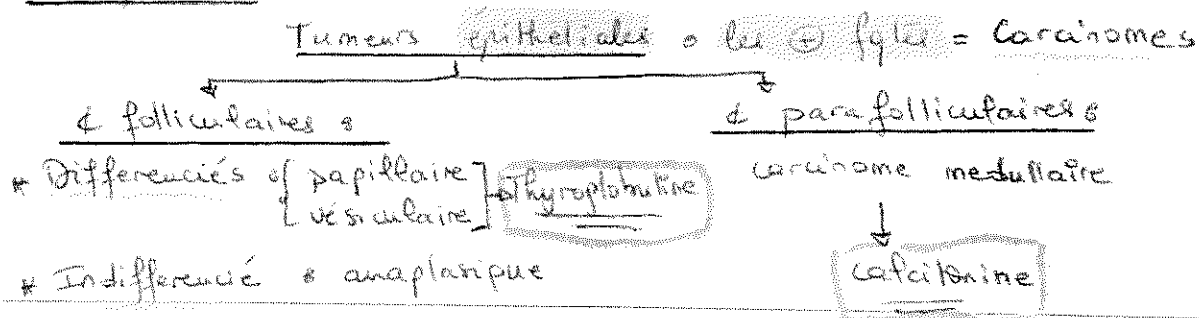
1 Rappel anatomique

- * La thyroïde est une glande endocrine impaire, située dans la région cervicale médiane, en avant du larynx et de la trachée.
- * 2 lobes latéraux réunis par un isthme (en forme de H)
- * Rôle : sécrétion des hormones thyroïdiennes

2 Facteurs de risque

- * Facteurs environnementaux : carence en iode
- * Irradiations
- * Facteurs génétiques : ATCDs familiaux du cancer de la thyroïde

3 Classification



Papillaire	Vésiculaire	Anaplasique	medullaire
* Nécrose * Non encapsulé	* Nécrose hémorragique * Encapsulé	* Nécrose fg et hémorragique * Très agressif	* Nécrose fg et hémorragique * Sporadique ou familiale

IV Diagnostic

1 Dg positif

⊕ Interrogatoire : Age, sexe, origine géographique, apport iodé, ATCDs familiaux de Kc de la thyroïde, mode d'installation signes d'hyper ou d'hypothyroïdie, ATCDs d'irradiation, ATCDs de ~~hypertension artérielle~~ (\rightarrow lymphomes)

⊕ Circonstance de découverte

- Nodule thyroïdien isolé : ferme/dur, mobile ou fixe
- Goitre : volumineux, dur, fixé et compressif
- Adénopathie cervicale isolée

⊕ Examen clinique

- Examen général : Etat général, poids, TA, FR, FC, conjonctives
- Examen DRL complet
- Examen de la région cervicale : Tumefaction associée par la déglutition : volume, siège, consistance, sensibilité, poêle inf
 - Examen buccopharyngé
 - Nasofibroscope
- Examen des aires ganglionnaires
- Reste de l'examen : Localisation secondaire, signes d'hyper/hypothyroïdie

⊕ Examen paracliniques

- Étiologie cervicale : signe en faveur de la malignité
 - Hypoechogénéité, limites irégulières (Absence) d'Calc périphérique
 - Microcalcifications, hypervascularisation centrale
 - ADL
- Sanguin : Nodules froids
- Étiologie :
 - Indispensable pour tout nodule supracarotidien
 - Diminue les indications opératoires pour les lésions benignes
 - Risque de faux ⊖
- Histologie :
 - Examen zotempore de la lobectomie
 - Guide l'attitude thérapeutique

② Dg différentiel

- * Adénome de la Thyroïde
- * Thyroïdites
- * Goitres hyperplasiques

⑤ Traitement

① Objectifs

- Excision de la tumeur
- Lever la compression
- Améliorer la qualité de vie

② Mojeux

* Chirurgie

- Lobaisthrectomie { Ablation d'un seul lobe et de l'isthme
Évite un traitement substitutif.
- Thyroïdectomie totale { Ablation de toute la glande thyroïde
Nécessite un traitement substitutif.

④ AVANTAGES

- Diminue les récurrences
- Multifocalité des lésions
- Totalisation par l'irathérapie
- Suivi fiable par la thyroglobuline
- curage ganglionnaire

③ IRATHÉRAPIE

{ Destruction sélective des thyrocytes
TPT et abats des métastases

③ Indications

Carcinome papillaire / vésiculaire	Carcinome anaplasique	C. médullaire
<p>T < 4cm sans métastases</p> <ul style="list-style-type: none"> * Thyroïdectomie TOTALE * IRATHÉRAPIE * TSH 	<p>Chimiothérapie Palliative Suivi à 2ans = 0%</p>	<p>* Thyroïdectomie TOTALE + <u>curage</u> * TSH</p>
<p>T > 4cm ou extensions</p> <ul style="list-style-type: none"> * Thyroïdectomie totale + <u>curage</u> * IRATHÉRAPIE * TSH 		

④ Surveillance

- Clinique et cicatrice, T₃, FC, lb
- Paraclinique { TSH, calcémie, PTH
 - Thyroglobuline (c. papillaire / vésiculaire)
 - Calcitonine (c. médullaire)

VI) Pronostic

- Age (45 ans)
- Sexe (Homme)
- Extension
- Type histologique : Carcinome papillaire = BON PC
Carcinome anaplasique = MAUVAIS PC

VII) Complications de la chirurgie

- ⊕ Hémiplégie des nerfs récurrents
 - Dysphonie post op si paralysie unilat
 - Dyspnée laryngée si paralysie bilat ou fermeture
- ⊕ Hypoparathyroïdie = crises de tétau et hypocalcémie
- ⊕ Hématome compressif = { Dyspnée post op
Urgence à l'évacuation
- ⊕ Crise aiguë thyrotoxique = Urgence thérapeutique
- ⊕ Hypothyroïdie

VIII) Conclusion

- * Cancres fréquents au Maroc
- * Intérêt de la chirurgie et des médicaments
- * Intérêt de la thyroïdectomie totale
- * IEC multidisciplinaire

Goitres et nodules thyroïdiens

I Introduction

♀ > 18 cm ♂ > 20 cm

- * Définition = Hypertrophie de la glande thyroïde, peut être diffuse (goitre diffus) ou localisée (Goitre nodulaire)
- * Intérêt = - Pathologie fréquente
 - Origine benigne ou maligne
 - La prise en charge thérapeutique est basée sur la Chirurgie et l'IRA thérapie

II Epidémiologie

- * Fréquence élevée au Maroc
- * Age = adulte jeune
- * Prédominance féminine (Liberté et grossesse)
- * Facteurs génétiques et environnementaux

III Physiopathologie

1 Rappel anatomique

- * La Thyroïde est un organe impair, situé dans la région cervicale médiane en avant du larynx et de la trachée
- * 2 lobes latéraux réunis par l'isthme (forme de H)

2 Facteurs de risque

- * Facteurs environnementaux = carence en iode
- * Irradiations / médicaments
- * Facteurs génétiques = ATCDs Familiaux de Goitre

3 Classification des cancers thyroïdiens

Papillaire 60%	vésiculaire 30%	Anaplasique	Folliculaire
* \neq vésiculaires	* \neq vésiculaires	* Indifférencié	* \neq para-folliculaires
* Stéatoglycogène	* Stéatoglycogène	* Stéatoglycogène	* Stéatoglycogène
	* hémato	* hémato	* hémato

IV Diagnostic

1 Dg positif

- * Interrogatoire = Age, sexe, origine géographique, Apport iodé, ATCDs Familiaux de goitre, Mode d'installation, signes d'Hyper ou d'Hypothyroïdie.

① Circonstances de découverte = 3

- Tuméfaction cervicale antérieure
- Signes de compression = Dysphagie, Dyspnée, Dysphagie
- Signes de dysthyroïdie = Hyper ou hypothyroïdie

② Examen clinique =

- Examen général = Etat général, poids, TA, FR, FC, conjonctives
- Examen ORL =

• Examen de la région cervicale = Tuméfaction associée par déglutition =
- Volume, siège (Fib.), consistance (ferme, dure, nœuduse) - sensibilité -
- pôle inférieur, triple à la palpation

• Si le pôle inférieur est non palpé, il s'agit d'un goitre plongeant

• Examen bucco-pharyngé

• Nasofibroscope

- Examen des axes ganglionnaires

- Reste de l'examen = signe d'hyper / hypothyroïdie

③ Examens paracliniques =

- Echographie cervicale = Nodule infectieux, calcifications

↳ Distinction entre nodule benin et suspect

- Dosage de TSH, T3, T4 = Hyper ou hypothyroïdie

- Scintigraphie = Fixation de l'iode radioactif par la glande

↳ Si nodule ne capte pas l'iode = Nodule froid = suspect

↳ Si nodule fixe l'iode = nodule chaud

- Cytométrie =

• Permet la distinction entre nodule benin et carcinomateux

• Possibilité de faux = !!!

- Radiographie thoracique =

↳ Déviations trachéales

↳ Calcifications basicaudales

④ Dg différentiel =



- ADQ cervicales
- Kyste du tractus thyroïdien
- Abcs du cou
- Tumeur neurovasculaire / Lipome

VI Traitement

- ① Objectifs
- * Traitement d'une dysthyroïdie
 - * lever la compression
 - * Améliorer la qualité de vie

② Moyens

CHIRURGIE +/- ITRAthérapie

- * Lobectomie Ablation d'un seul lobe et de l'isthme
Evite un traitement hormonal substitutif
- * Thyroïdectomie totale Ablation de toute la glande thyroïde
Nécessite un traitement hormonal substitutif

AVANTAGES

- * Diminue les récidives
- * Multifocalité des lésions
- * Totalisation par l'iode radioactif
- * Suivi fiable par le dosage de la thyroglobuline

* Curage ganglionnaire (si) ADP associée (ou) cancer prouvé

③ Indications

Simple diffus	Multifocaux/nodulaire	Basedow	Nodule	Nodule toxique
Thyroïdectomie TOTALE (si) • Gêne esthétique • Compression	Thyroïdectomie TOTALE (si) • nodules froids	Thyroïdectomie TOTALE (si) • Echec du traitement médical	• Ponction surélevée (si) kyste bénin • Lobectomie • exécutée (si) fœtale/mixte ↓ Adénome Cancer ↓ Totalisation	• Thyroïdectomie totale (si) • nodules • Lobectomie • exécutée (si) 1 seul nodule

⚠ Toujours obtenir une euthyroïdie avant la chirurgie pour éviter la crise thyrotoïdique postopératoire !!

④ Surveillance

- Clinique & T°, weight, FC !!!
- Paraclinique & TSH, thyroglobuline, calcitonine, calcémie, PTH

⑤ Pronostic

- * Type & Adénome, cancer
- * Carcinome papillaire & Pronostic excellent (si traité)
- * Carcinome anaplastique & Pronostic sombre (mortalité 100%)

VII Complications de la chirurgie 5

⊗ Atteinte des nerfs récurrents

- Dysphonie postopératoire si 1 seul nerf atteint
- Dyspnée laryngée ⊗ paralysie bilatérale en fermeture

⊗ Hypoparathyroïdie suite à une lésion des parathyroïdes

- hypocalcémie et crises de tétanie

⊗ Hématome compressif ⊗ Dyspnée post opératoire

- [Urgence à l'évacuation]

⊗ Crise aigue thyrotoïdique ⊗ Urgence thérapeutique

⊗ Hypothyroïdie

VIII Conclusion

- * Pathologie fréquente au Maroc
- * Importance de l'échographie cervicale !!
- * Multifocalité et récidives !!!
- * Intérêt du traitement chirurgical
- * PEC multidisciplinaire

Cancer du cavum

I Introduction

- * Définition : Tumeur maligne développée au dépend de la muqueuse du nasopharynx.
- * Intérêt :
 - Pathologie fréquente
 - Connaître les facteurs de risque et les signes d'appel
 - Dg de certitude est histologique
 - Traitement basé essentiellement sur la radiothérapie
 - Dg précoce permet d'améliorer le pronostic

II Epidémiologie

- * Problème cancérologique majeur au 2^e et 3^e rang
- * Age : 2 pics (10-25 et 60-70)
- * Sexe : Prédominance masculine
- * Facteurs génétiques et professionnels
- * Cancer virus induit (EBV).

III Physiopathologie

1 Rappel anatomique

- Partie supérieure du pharynx (ou) nasopharynx.
- Rôle : respiratoire + ventilation de l'oreille moyenne + phonatoire
- Rapports :
 - En haut : sinus sphénoïdal + sinus caverneux (Etage sup de la base du crâne)
 - En arrière : Etage post de la base du crâne + rachis cervical
 - En bas : oropharynx
 - En avant : cavité nasale
 - Latéralement : Trou de Eustache.

2 Facteurs de risque

- * Infection par Epstein Barr virus
- * Nitrosamines, caoutchouc, matières plastiques
- * Facteurs génétiques.

3 Types histologiques

Le carcinome indifférencié (UCNT) est le 1^{er} fréquent

③ Classification TNM:

T	N	M
T ₁ = localisée	N ₁ = ADL unipue homolat < 3cm	M ₁ = Méta à distance
T ₂ = Étendue aux parties molles de l'oropharynx / fosses nasales	N ₂ = 3 < ADL < 6cm a) unipue, homolat b) multiple homolat c) bilat / controlat	
T ₃ = Envahit l'os sinus maxillaire		
T ₄ = Envahit crâne / nefs crâniens	N ₃ = ADL > 6cm	

④ Diagnostic

① Dg positif

② Interrogatoire = Age, sexe, ATCDs d'infections ORL à répétition, ATCDs familiaux du Kc de cavum, profession

③ Circonstances de découverte = NORA

- Sd otologique = Hypoaecouie et transmission et der signe ++
 (O)
 • sensation de plénitude de l'oreille
 • obstruction tubaire
 • acouphènes ou otalgies

- Sd rhinologique =
 (R)
 • Obstruction nasale
 • Epistaxis récurrente
 • Sinusite maxillaire unilatérale
 • Voie nasale = signe tardif

- Sd neurologique =
 (N)
 • Céphalées rebelles
 • Neuralgies faciales rebelles
 • Paralysie du VI oculomotrice
 • Atteinte du III = Trismus

- Sd gy cervical =
 (A)
 • ADL retromandibulaire, sous mastoïdienne, jugulaire otidiennes hautes et postérieures

④ Examen clinique

- Examen général = T°, TA, FC, IR, conjonctives, diurèse, Etat général, poids

- Examen ORL complet =

- Rhinoscopie antérieure / Nasofibroskopie = Visualise la tumeur et son étendue
- Otoscopie = Normale ou rétraction tympanique (OSR)
- Examen de l'oropharynx = Étendue de la tumeur
- Examen des aires ganglionnaires

- Examen neurologique centré sur les nerfs crâniens
- Examen somatique complet & localisation secondaire.

① Examens paracliniques

- Rhinoscopie & Examen des fosses nasales et du cavum. Permet la réalisation d'une biopsie
- Histologie & Dg de certitude (Examen anatopath de la biopsie)

② Bilan d'extension

- Examen clinique minutieux et attentif (interrogatoire + examen physique)
- TDM cervicale
- IRM cervicale & Extension endocrânienne (+), plus précise
- Ra thorax et Echographie abdominale
- Scintigraphie osseuse

③ Dg différentiel

- Végétations adénoïdes = Obstruction nasale bilatérale & épistaxis & ADP
- Fibrome nasopharyngien = tumeur bénigne va à ne (pas) biopsier
- Léiomyosarcome
- Tuberculose du cavum

④ Traitement

- ① Objectifs & - Supprimer la tumeur
- Améliorer la qualité de vie.

- ② Moyens

- * Radiothérapie & sur la tumeur et sur la région cervicale
- * Chimiothérapie
- * Chirurgie & curage ganglionnaire de reliquats gg persistant après RTT

- ③ Indications

- * T₁, T₂ et N₀ & Radiothérapie
- * T₃, T₄ et N₁, N₂, N₃ & Radiothérapie + Chimiothérapie concomitante (Lynch)
- * M₁ & Chimiothérapie palliative

- ④ Surveillance

- Clinique & Examen ORL complet et examen général
- Paraclinique & TDM cervicale
Radié thorax, écho abdominale, scint osseuse

(VI) Pronostic :

- * Type histologique & survie des UCNi est meilleur
- * Osteolyse de la base du crâne (T₄)
- * Importance de l'endométriose (TNM)

(VII) Conclusion :

- * Cancer fréquent au Maroc
- * se distingue des autres cancers des VADS par e
- Situation profonde => accès chirurgical difficile
- symptomatologie d'emprunt (atteinte des structures voisines)
La Dg tardif !!
- Radiosensibilité
- Absence de facteurs étiologiques tabagiques ou alcooliques
- * Devant une adénopathie chez le jeune, penser à un cancer des VADS.
- * PEC multidisciplinaire.

Stomata

Foyers infectieux d'origine dentaire

① Foyer PRIMAIRE : DENTAIRE

- * Parodontopathies
- * Péricoronarite
- * Apex résiduels
- * Granulomes apicaux / kystes radiculaires
- * Desmodentite
- * Dents surnuméraires

② Foyer secondaire QE

Endocardite d'Osler	Autres
<ul style="list-style-type: none"> * Germes : Strepto ++, Hemoph, Staph * Dg : Clinique QE { Echo + hémocultures { Foyers infectieux dentaires 	<ul style="list-style-type: none"> * RAA, Rhumatismes subaigu de l'adulte * GNA * Omphale infectieuse ou inflammatoire * DERMATO

③ Prévention et hygiène bucco dentaire

QE

- { Eradication systématique des foyers infectieux
- { Antibio prophylaxie lors des soins dentaires

QE ⚠ Carie touche : Email - Dentine - cément - chambre pulpaire

QE ⚠ Rage de dent : { Pulpite aigue séreuse
 { Pulpite rouge

↳ Dlr spontanée intense, localisée exacerbée par variations T° à
Paroxysme NOCTURNE

Tumeurs / Kystes maxillo-mandibulaires

②

* Fréquente, TOUT âge, 2 sexes

* Tm benignes odontogènes sont les plus fréquentes / Tm malignes = ostéosarcome ++

① CDD e

- * Douleur, Fracture patte
- * Tuméfaction, Déformation
- * Mobilité ou malposition dentaire
- * OPHTALMO (Exophtalmie, BAV, diplopie), RHINO (obstruction nasale)
- * Cellulite, fistule
- * FORTUITE.

②

② PARACLINIQUE e TDM est l'examen de référence //

* Image radio opaque / claire, géodique / lacunaire

* Contours nets et réguliers → BENIGNITE

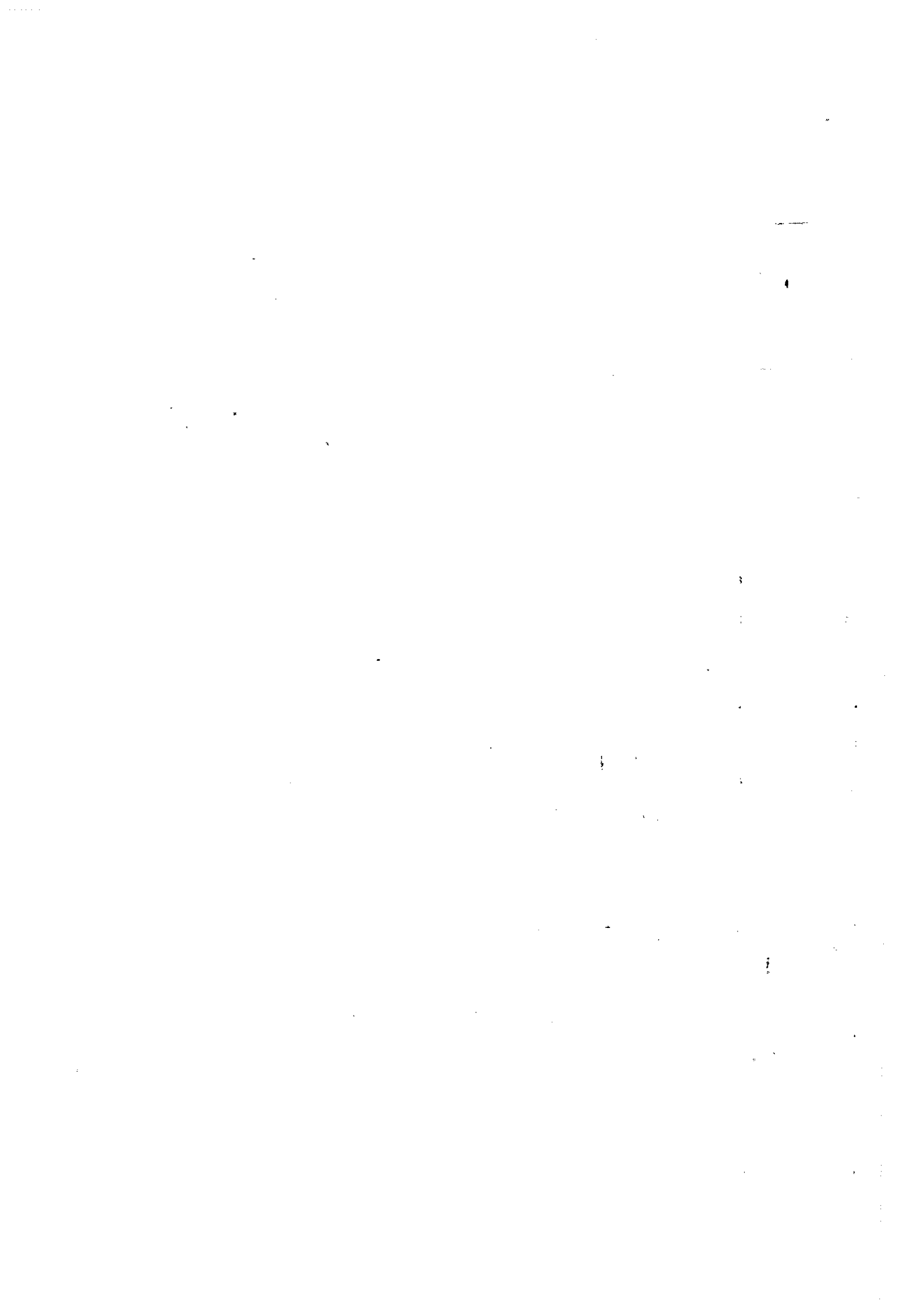
* Contours mal limités, irréguliers, sans livres de condensation, avec réaction périostée (Bulbe d'ignon, Feu d'herbe) → MALIGNITE

③ Dg ≠ e OSTEITE

④ Formes cliniques:

Tm Benignes odontogènes +++	Epithélioïde = Améloblastome	* Localement invasive * En bulles de savon * Rare au maxillaire, reliquat <u>admantoblaste</u>
Tm benignes NON odontogènes	Conjonctive = Myxome	* Localement invasive * ≲ lacunes
	Dysplasie fibreuse	* Déforme la face, aspect en verre dépoli
	Tm brune de l'hyperparath	* Ostéolytique e Dg par histo + Bilan phosphocalcaique
Kystes	Kératocystes odontogènes	<u>Sd de Gorlin et Golz</u> - Kératocystes et naevi basocellulaires - Malformations des côtes - Lésions ophtalmo et NEURO - Hypogonadisme / Tm ovarienne

	Benigne	Maligne
Evolution	<u>Lente</u> Fistulisation et dégénérescence	<u>Rapide</u> Méta locorégio, gg, à distance
TRT	* Chirurgie <u>conservatrice</u> endobucc * Goulière obturatrice * Reconstruction II par lambeaux	* Chirurgie <u>LARGE</u> + <u>RTH</u> + <u>CTH</u> * Si lymphome / tm insérables <u>RTH - CTH</u>
Surveillance	<u>CLINIQUE</u>	Clinique + <u>PARACLINIQUE</u>



Tumeurs des glandes salivaires

(3)

PAROTIDE (++)	SUBMANDIBULAIRE	Gl. Accessoires
<ul style="list-style-type: none"> * Tm <u>bénignes</u> * Adénome pléomorphe * Tuméfaction <u>UNILATÉRALE</u> chez <u>adulte Jeune</u> Δ <u>Paralysie faciale</u> + tm signale presque tjrs la <u>malignité</u> <p>↓</p> <p><u>PARA clinique</u> Echographie TDM / IRM</p> <p>Δ La cytoponction est très <u>utéroire</u> (spécificité & sensibilité) mais a une valeur d'<u>orientation</u></p> <p>Δ <u>(PAS)</u> de Biopsie à l'aveugle! ↓ <u>Parotidectomie</u> (extemporané)</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Fgce des <u>cyndromes</u> et autres <u>carcinomes</u> * Masse indolente, ferme séparée de la mandibule par un <u>sillon</u> Δ Une <u>salive hémorragique</u> <u>Douleurs</u> de la <u>langue / Vg</u>, <u>maladresse linguale</u> Le Penser à la <u>malignité</u> <p>→ <u>TMT</u> parotidectomie superf avec conservation du <u>VIII</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> * Face des <u>cyndromes</u> et <u>ADK</u> * Masse dure bien limitée, indolente d'évolution <u>LENTE</u> chez <u>(♀ 50 ans)</u>

Infections des glandes salivaires e Dg CLINIQUE

	Parotidite virale de l'enfant (++)	Parotidite bactérienne
FR	* Hypohydrie chez (Deshydratés / médicaux) dysfonction enzymes salivaires, ID	IDEM + Diabète mal équilibre + Patient en REA
Clinique (++)	<ul style="list-style-type: none"> * Céphalées, otalgie, <u>fébricule</u> * Tuméfaction <u>BI</u> latérale, douloureuse avec peau luisante, chaude, couleur <u>ABNORMALE</u> * Stomatite autour du conduit, salive <u>CLAIRE</u> * ADP submandibulaire 	<ul style="list-style-type: none"> * AEG, otalgie, Fièvre <u>39°C</u> * tuméfaction douloureuse avec issue de <u>(pus)</u>
PARA clinique	<ul style="list-style-type: none"> * Lymphocytose (sang, LCR), hyperamylasémie * Paromyovirus (sang, LCR, salive) ou sérologies 	Éliminer une lithiase
Evolution	<ul style="list-style-type: none"> • Immunité A VIE • Parotidite <u>chronique</u>, <u>meningite</u>, <u>Orchite</u>, <u>ovante</u> 	FAVORABLE ss TLT
TRT	<ul style="list-style-type: none"> • Eviction scrofaine et repos • Vaccin (BoF) 	<ul style="list-style-type: none"> • Réhydratation, hygiène • ATB par voie générale

→ Parotidite chronique

- Récurrente de l'enfant e Étiologie inconnue
 - " de l'adulte e Plus rare
 - Calcinosé salivaire e calcification du parenchyme (φ intracanalair)
- Concretions calcaires à la RADIO

Lithiases Salivaires submandibulaire +++

① Circonstances de découverte

* FORTUITE

* Signes mécaniques { - Hernie salivaire (tuméfaction INDOURE)
 (systémés par repas) { - Colique { (Dt qui irradie vers l'oreille)

* Signes infectieux : Evoluent vers la fistulisation si TRT

- Whartonite
- Périvhartonite (abcès péricanalaire)
- submandibulite aiguë
- Cellulite cervico faciale

② Examens PARACLINIQUEs

1. RADIO { * Clichés occlusaux
{ * Profil strict
{ * Panoramique

2. ECHOgraphie / TDR si doute avec Tumeur

3. Sialographie * En dehors d'un épisode inflammatoire

4. Sialogoscopie Dg et thérapeutique

③ Dg ≠ { * Adénite / Cellulite d'origine dentaire
{ * Tumeur / Apex dentaire résiduel

<u>④ TRT</u>	Médical	Chirurgical
	<ul style="list-style-type: none"> * Antispasmodiques * Sialogogue * <u>ATB</u> adaptée à l'ATBgram 	<ul style="list-style-type: none"> * Ablation du calcul * Submandibulectomie * Drainage d'un abcès

↳ Autres Lithiases

Parotidienne	Sublinguale	Glondes accessoires
<ul style="list-style-type: none"> • Mêmes symptômes • Rare, Dg <u>difficile</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Mêmes symptômes • calcul en dehors du conduit <u>submandibulaire</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Tuméfaction endobucc avec liquide séropurulent • Exceptionnelle, sujet âgé

⚠ Parotide = Tm + Infections

⚠ Submandibule = Lithiases

Traumatismes de la face

(4)

① URGENCES

Respiratoires	Hémorragiques	Lésions associées
* Obstruction des VAS (dent, caillot, prothèse, langue, vomiss)	* Epistaxis * Plaie du Scalp * Plaie du Cou	* HED, Fr rachis * Fr du Globe * Rupture de rate

② Examens complémentaires

- * Radio & Panoramique, Nez, Blondeau, Rachis
- * TDM +++ / IRM (si) issu de LCR

③ Plaies de la face

Organes NOBLES	C A T	Sequelles
* Nerf V, VII * Globe oc, muscle RPS * Voies lacrymales, Conduit parotidien * Vu de la face	* Avant de suturer <u>éliminer une lésion</u> d'un organe noble et faire un <u>parage économe</u> → Si Plaie <u>superficielle</u> • Antiseptie à la bétadine, SAT • Suture en 1 plan avec ablation à J6 Pansement quotidien (15j), aspect définitif à 1m → Suture <u>profonde</u> & suture en 2 plans	* Décalage des orifices * Paralysie VII * Brides / Chéiloptose * Larmoiement / Bystr, fistule salivaire

④ Fractures du nez

- * Œdème, Epistaxis, hématome périorbitaire diffus
- * 2 types
- Déplacement latéral = STABLE
- Déplacement antéropost = INSTABLE
- ↳ Déviation de la cloison } Rhinoplastie
- ↳ Cal hypertrophique

⑤ Fracture du Zygoma

- * Effacement de la pommette (coup de hache)
- * Trismus du à (QE)
- ↳ Rétrécissement du défilé temporozygomatique
- ↳ Brouge du corné

⑥ Fractures mandibulaires

Arc	* Hypoesthésie labio-mentonnaire & Br horizontale et <u>parasymphysaire</u> (QE) ou à partir de la 2ème prémolaire (5) * Glossoptose si fracture BILAT
Angle	* Trismus du à la douleur * Tb articulé et sensitif (V3)
Processus coronoïde	* Trismus * ϕ Tb occlusal <u>ni</u> sensitif
Condyle (+++) Choc INDIRECT	* Dlr-prétargienne et à la pression symphysaire avec trismus * Tb articulé & Contact molaire prématuré homolat * Otorragie (CAE) sans hémotympan ni hypoacousie
Ramus	* Trismus sévère du à hématome des muscles masticateurs * Tb articulé & Contact molaire prématuré homolat

⑦ Fractures du massif facial

- 3 risques
 - Vital au dessus (NEURO)
 - Fonctionnel au dessous (Articulé dentaire)
 - Esthétique au niveau (morphologique)

Lefort I	Lefort II	Lefort III
<ul style="list-style-type: none"> * Tb occlusaux - Rétrusion maxillaire - Bécance interincisive - Contact molaire prémaxillaire 	<ul style="list-style-type: none"> * Tb occlusaux & Bécance * Tb <u>oculomoteurs</u>, <u>tb sensitifs</u> * Association <u>possible</u> à fracture de la base du crâne * Enfoncement nasoethmoïdal, kyste périorbitaire, œdème facial 	<ul style="list-style-type: none"> * Peu de Tb occlusaux * ϕ <u>tb sensitifs</u> * Association <u>systema</u> à fracture base crâne * Kyste périorbitaire * <u>Rhinorrhée</u> (LCR) et anosmie <u>+++</u>

⚠ Lefort I + II + III = Fractures occluso-faciales

⚠ Fractures de l'orbite =

- * orbite - zygomatico maxillaire
- * orbite - nasale
- * orbite - crânienne

⚠ Fracture nasoethmoïdo maxillo fronto orbitaire (NEMFO) = Anosmie et Rhinorrhée

⑧ Fractures alvéolo-dentaires

- Incisives centrales sup sont les + touchées.

Lésions des tissus de soutien	Lésions des tissus mous
<ul style="list-style-type: none"> * <u>Contusion</u> = Dlr modérée * <u>Luxation complète</u> = Dlr, alvéole vide * " <u>partielle</u> = Rupture fibres desmodentales 	<ul style="list-style-type: none"> * Si Choc violent
Fractures dentaires	Lésions osseuses alvéolaires
<ul style="list-style-type: none"> * <u>Fêlures</u> = Dg difficile par <u>transillumination</u> peuvent toucher la pulpe * <u>Fr coronaire</u> = <u>avec</u> exposition pulpaire (Dlr) <u>Sans</u> " " (ϕ Dlr) * <u>Fr radiculaire</u> = Dlr + mobilité <ul style="list-style-type: none"> * test de <u>vitalité</u> = sidération nerveuse * <u>Rx</u> = niveau de fracture 	<ul style="list-style-type: none"> * <u>Fr FERT apicale</u> <ul style="list-style-type: none"> - La \oplus forte, douleur, déchirure gingiv - mobilité dent + os alvéolaire - test <u>vitalité</u> perturbé - Peut être due à une <u>luxation</u> * <u>Fr SUS apicale</u> <ul style="list-style-type: none"> - choc \oplus violent, douleur, déchirure - mobilité d'un groupe (dent + os)

MANDIBULE (+) MASSIF FACIAL	DENTS
<p>TRT</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>But</u> = Restituer l'articulé dentaire • <u> Moyens</u> <ul style="list-style-type: none"> * <u>Blowage</u> maxillo-mandibulaire * <u>Ostéo-synthèse</u> * <u>Rééducation active</u> en propulsion <u>BE</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>But</u> = Arrêter le saignement Diminuer la Dlr • Si <u>luxation partielle</u> = Réduction contention • Si lux <u>complète</u> = réimplantation contention • TRT médical (SAT, ATB) • Alimentation molle

Dysmorphose maxillo-mandibulaire

① Classes

Classes d'angles (GE)	Classe squelettiques (GE)
Classe 1 : \perp (Pointe de la molaire ^{supralignée} avec <u>sillon</u> de molaire ^{inf}) Classe 2 : Proalvéolie maxillaire ou rétroalvéolie mandibulaire Classe 3 : Proalvéolie mandibulaire ou rétroalvéolie max	Classe I : \perp (max et mandib en rapport) Classe II : Promaxillaire / Rétromandibulaire Classe III : Promandibulaire / Rétromaxillaire

② Malocclusions

- * Peuvent se révéler au moment des ③ dentures (temporaire, mixte, définitive)
- * Les facteurs extrinsèques agissant sur la croissance sont : (GE)
 Respiration - Déglutition - Phonation - Posture

③ Diagnostic (Position de la langue)

Anomalies des bases osseuses	Anomalies des procès alvéolaires	Anomalies fonctionnelles (GE)
* Sagittale : { - Pro/Rétromaxillaire " mandibulaire * Transversale : asymétrie * Verticale : - Excès (face longue) - Insuffisance (face courte)	* sagittale : - Proalvéolie / rétroalvéolie * transversale : - Endoalvéolie / exoalvéolie * verticale : - Supraclusion / inclusion * Formes combinées fyles	* <u>Déglutition I</u> avec propulsion de la langue centre incisives * <u>Succion</u> doigt/objet * <u>Position basse</u> langue * <u>Ankyloglossie</u> * <u>Macroglossie</u>

④ Examens complémentaires

- Etape céphalométrique : Télé Radiographie (de profil +) (GE)
 Permet le Dg ⊕ et la précision chirurgicale
- Etape occlusal : Montage en plâtre et montage sur articulateur pour simulation préchirurgicale.

⑤ TRT

- Orthodontique préop : 12 à 18 mois (Alignement des dents)
- Chirurgicale :
 - * Ostéotomie maxillaire (Le fort 1) : section horizontale palatine bilat de la jonction pterygoid-max au septum nasal (GE)
 - * Ostéotomie mandibulaire (Obwegeser - Dalpont)
 - * " bimaxillaire (les 2)
 - * " inter "
- Post-op : { Blocage maxillo-mandibulaire
 Orthodontie post-op.

Complications / Sequelles & Traumatismes

MANDIBULE	MAXILLE FACIALE	DENTS				
<ul style="list-style-type: none"> • Displasie • Carotidienne, pseudo-artrose, retard condyliothese • Constriction des mâchoires <p>Δ Si fr condylienne &</p> <table border="1"> <tr> <th>Enfant</th> <th>Adulte</th> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> • Hb croissance & • Retromandibulaire • Latéromandibulaire/asymétrique </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> • DART </td> </tr> </table> <ul style="list-style-type: none"> • Ankylose temporomandibulaire • Tb scléreuse 	Enfant	Adulte	<ul style="list-style-type: none"> • Hb croissance & • Retromandibulaire • Latéromandibulaire/asymétrique 	<ul style="list-style-type: none"> • DART 	<ul style="list-style-type: none"> → INFECTIEUSES & • Sinusite, méningite, mucocele → TORPHOLOGIEUSES & (OE) • Également romette / Asymétrie • Anomalies du nez / Retromaxillaire → FONCTIONNELLES & (OE) • Tb oculaire et respiratoires → OPHTHALMO & • Exophtalmie, dystopie, diplopie • Dacryocystite 	<ul style="list-style-type: none"> • Abscès, cellulite • Néofolliculose purpurique • Rhizalgie, métrorhion de l'os alvéolaire • Déplacement des dents • Dysharmonie dentomaxillaire et tb de l'arcade • Anomalies des germes & dyschromies
Enfant	Adulte					
<ul style="list-style-type: none"> • Hb croissance & • Retromandibulaire • Latéromandibulaire/asymétrique 	<ul style="list-style-type: none"> • DART 					

<ul style="list-style-type: none"> * Incisive centrale & 7 ans * " lat & 8 ans * Canine & 10 ans * 1ère prémolaire & 9 ans * 2ème & 11 ans * 3ème " & 12 ans * 4ème molaire & 13 ans * 5ème " & 16-18 ans * 6ème " & 19 ans 	<p>→ la plus pourvoyeuse de cancérs -</p>
--	---

Peut être en inclusion/désincluasion, déplacer les dents
 Dir poussent focalisées incisive/archivaleur TH
 Pénicromante, Gengivostomatite
 Kyste améloblastique
 Trismus

! Extraction simultanée des 4 dents de sagesse &
 • Compléter TRT orthodontique, prévenir une éruption patho / pénicromante
 • sous AG
 • Perte de sensibilité rétro, Rémi-arcade, Hémi-langue

Neuries Racinaires

Essentielle		Essentielle		Essentielle		Essentielle					
Symptomatique		Symptomatique		Symptomatique		Symptomatique					
Essentielle		Essentielle		Essentielle		Essentielle					
Symptomatique		Symptomatique		Symptomatique		Symptomatique					
<p>Agé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paroxysmique • Unilatérale • Localisée au territoire du V (1 ou 2 branches) • Zone gachelle • E. neuro 		<p>Jeune (<50ans)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Démablée • Perçant • Touche d'ombée des 3 branches • Pas de zone gachelle • Déficit sensif du territoire du V & abouction R. cornéens • Déficit à la mastication (Atteinte de tout autre N. craniens) 		<p>C.B.Z (Tegrehol)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hydantoïne / Carbamazepine • Neuroleptique / ATDI • Anxiolytique • chirurgie si échec • Alcoolisation (Neurolyse) • Thermocag. gg de Gasser • Injection en retro-gasser de glycerol et compression du nerf par ballonnet • Décompression vasculaire • Chirurgicale 		<p>Traitement</p> <p>Symptomatique</p> <ul style="list-style-type: none"> → Axiale: SEP, Tm, AVCI → APC: Neuroinfect, cholestérol → Etage moyen: * Sd pointe du rocher / Gradenigo * Oite moy + NuraBie IX + paralyse VI * Sd Apex orbitaire / Raeder: rechercher un méningiome * Sd du s. caverneux / Tolosa-Hunt: ophthalmoplogie bilatérale * Sd Ra Perle sphéroïdale: Atteinte III, IV, VI, V₁ → Lésion périphérique: Tml infection 		<p>Carbamazepine (Si) échec décompression Vx</p> <p>Evolution</p> <ul style="list-style-type: none"> • AVF épisodique 9 à 85 ans • AVF chronique • Ø à crise avec l'âge <p>Prognostic</p> <p>Mauvais (Si):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Q - Début tardif - Evolution > 20ans 		<p>Crise</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oxigénotherapie • Sumatriptan (agoniste serotonin) • Anesthésie locale • Lidocaïne + cocaïne (cas réfractaire) <p>TRT</p> <p>Grand</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dérivés Plegol de café • durée courte, heure pie • B-bloquant • Inhibiteur calcaïque • Lithium • CTC 	
<p>Algies Vasculaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • S₁ = ♂ • 30-40 ans • Début rapide • Orbitaire • Myosis, ptosis, oedème palpiaire • → Rougeurs face, sueurs, rhinorrhée • Déclenchée par: Aérood, nitrate stress, sommeil • Saive: 1 à 2 crises / J durant 15 à 180 min pendant 3 à 10 sem à heures fixes, la nuit 		<p>Algies Vasculaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Algie intense, brève, unilat de Pa base de Pa Rague + Amygdale • Irradie vers l'angle mandibule + oreille • Zone gachelle: Mug pharyngée + Amygdale • plus rare / mygale • très sévère • unilat striée 		<p>glosso-pharyngie essentielle</p>							

* Horton (arterite à 4 geante) : Dlr épisodique, Sujet Agé

* Sd de la bouche brûlante : f en péri.menopause / sujet sous ATB Longue durée

* Associées : Affection naso-sinusienne : sinusite aigue et chronique

Affection otologique

Affection ophtalmologique : GFA, Trb refractif, Trb de la convergence

Affection stomato : DAN, Algie d'origine dentaire (heterophonie)

Bobus etc

VE

AV, VS + CRPF

(H)

• L 47 ± 7 mm

• Limitation de l'ouverture buccale :

Légère > 20 / Modérée 10-20 / Serrée < 10

Trismus (Aigu)

• Limitation passagère en rapport avec une contraction des muscles éleveurs de la mandibule

-> Causes Locales

- * Infectieux (ostéite, périostite, thrombophtérite & Abscès, arthrite)
- * Traumatique (fracture ramus, coréon & angle & zygoma, contusion facial)
- * Tumorale (Ka commissure intermax, amygdalien & cavum, pterigo-Pdhn)

-> Généralises

- * Tetanos
- * Toxique (Hédoc (neuroleptiques, barbiturique, strychnine)
- * Métabolique (carencielle (B₁₂, hypoglycémie, Tétanie)
- * Neuro (épilepsie, hm, encéphalite, parainfluenza ...)

△ Trauma de la symphyse ne donne pas de trismus

Constriction permanente (chronique)

* Séquelle d'un processus de cicatrisation ou de sclérose
• fixées ne cèdent jamais sous anésth.

-> Articulaires = Ankylose

- temporo-mandibulaire
- Asymétrique (bilatérale)
- Symétrique + rétrogénie (bilatérale)
- * post trauma (fracture négligée du condyle)
- * post infectieuse (ostéomyélite, septicémie, oto-mastoidite)

-> Extra-articulaires

- * Osséuse (ostéome/hypertrophie du coréon, cal coronoïdo-zygomatique)
- * Musculaire (RTH, Retraction)
- * Cutanée (brûlure, sclérodermis, noma)
- * Nerveuse (noma, retractions)

DAN 60-70%

- Patho bilieuse complexe Bonchomell
- ♀ et ♂ tout âge (♀ 20-40ans +)
- DCRS = Dlr & craquement rassant, subluxation

Nanigestation musculaire :

- Spasme, Myalgie, hypertrophie muscle
- Céphalée, acouphène, vertiges & Dlr du trapeze et scH
- Nanigestation articulaire :
- Dlr + bruits articulaires

F.predisposant

F. de déclenchants	F. d'entretien
• Anomalie cellulaire (hyperfixité rigamenteraire)	• hyperalgies (Remoide/age articulaire)
• Paraganglion	• choc émotionnel
• Terrain Psycho (anxiété ...)	• Trauma (ouverture buccale serrée)

-> DTR :

- 1- Hédoc : **antalgique**, **AINS**, **cur**, **myorelaxant**
Toxine botulique
- 2- Rééducation
- 3- Thérapie occlusales : gouttière, orthodontie, prothèse
- 4- Psychogénération, anxiolytique ...
- 5- chirurgie : échec

Luxation temporo-mandibulaire

Définition	Variétés	F. Favorisants (10)	Examen clinique
<ul style="list-style-type: none"> • Perte des rapports anatomiques normaux entre le processus condyalaire et la bosse mandibulaire du temporal 	<ul style="list-style-type: none"> → Antérieure <ul style="list-style-type: none"> - Le condyle franchit le tubercule du temporal (↻ réintégration spontanée) → Latérale → Postérieure <ul style="list-style-type: none"> → Supérieure (exceptionnelle) 	<ul style="list-style-type: none"> • Trauma ancien (coroné) • Trib de l'articulé dentaire • Dysharmonie dento-maxillaire ou dento-dentaire <u>DDR/DDD</u> • Diminution de la dimension verticale de l'étage inf de la face • Malformation osseuse • Terrains prédisposés (Marfan) 	<ul style="list-style-type: none"> • Aspect du menton • Incontinence salivaire fréquente • Saillie des processus condyloires luxés • Vacuité des bosses mandibulaires • Aspect irréductible de la luxation

Fractures du bassin

I) Introduction

• Définition : Toute fracture intéressant l'anneau pelvien (cà d) les os iliaques + sacrum
 - On peut avoir : Fractures avec / sans ouverture de l'anneau

* Intérêt :
 - Fréquence des lésions associées surtout vasculaires (Vx I.Ia)
 - engageant le LV
 - Violence du traumatisme, pouvant engager le LF surtout chez la femme.

II) Epidémiologie

* Traumatisme fréquent, grave et à haute énergie cinétique (jeune) (AVL ou chute de grande hauteur) ou à faible énergie (sujet âgé) (chute de sa hauteur).
 * Mortalité importante d'origine mixte
 - Hémorragies +++
 - Lésions viscérales associées

III) Physiopathologie

1) Mécanismes

Compression antéro-postérieure	Compression latérale	Cisaillement vertical
Au niveau des <u>ailes</u> iliaques La fracture <u>Open Book</u>	Fracture des <u>ailes</u> iliaques	Chute d'un lieu élevé avec réception sur <u>2 talons</u>
Au niveau du <u>Pubis</u> La rupture des branches ischio-pubiennes.	Fracture des <u>échaucrées</u>	Ascension d'un <u>hemi bassin</u>

2) Classification (de Tile)

A	B	C
Sans ouverture de l'anneau + Fr <u>parallèles</u> - EIAI + EIAI - Crête iliaque - Ischion - Sacrum	Rupture <u>simple</u> de l'arc postérieur " instabilité <u>horizontale</u>	Rupture <u>complète</u> de l'arc postérieur " instabilité <u>verticale</u> et <u>horizontale</u> .

IV) Diagnostic

1) Dg de gravité

* Signes d'instabilité hémodynamique, conscience.
 * Lésions associées viscérales, TC...
 * Lésions vasculaires +++ et nerveuses : Examen vx nerveux +++

② Dg positif e

① Examen clinique e

- Douleur spontanée de la région pelvienne
- Déformation du bassin e Asymétrie des épaules iliaques
- Hématomes / échymoses pelviens ou périécal
- Rétention d'urines (Globe vésical), hématurie
- Recherche de fracture ouverte e Touches pelviens +++
- Attitude vicieuse et IFT (si) luxation associée

② Bilan radiologique e

- Radi bassin Face + 3/4 alaie + 3/4 obturateur
- TDR (indispensable) pour une meilleure étude du trait de fracture

③ Dg différentiel e

- Fr du bassin
- Fr du col fémoral ou du massif trochantérien

I Complications e

Général e //	Orthopédique //
* vasculaires e Branches de l'hyogastrique	* Nécrose de la tête <u>luxation associée</u> en post-op
* nerveuses e Nerf sciatique	* Instabilité
* urinaires e rupture vessie / uretre	* Coxarthrose ++
* genitales e rupture vaginale	* Cal vicieux ++
* de compensation des fesses + complications du décubitus	* Infections

VI TRAITEMENT e Après REC de lésion à PV

① Objectifs e Stabilité - Indolence - mobilité - HB PM

② Moyens e { Traitement médical e Antalgiques - HB PM
Traitement chirurgical e ostéosynthèse - ITH
Rééducation

③ Indications e • Sujet jeune < 50 ans e ostéosynthèse (visage / l'apex vissée)
TRT (traumatisme retardé) • sujet âgé (ITH secondaire) e loin de l'accident
2 voies : ant e post • Fr compléx e après préparation locale et générale

④ Surveillance e { Pas d'appui (2 mois)
Position assise interdite (3sem et 6sem si l'axe lost)
Atelle sur l'épaule (si) atteinte du nerf sciatique

VII Conclusion e

- Pathologie grave, mortalité élevée
- Multidisciplinaire e Traumatologue, rééducateur, chirurgie
- Surveillance de la névrose de la tête si luxation associée
- Choix thérapeutiques difficiles e chirurgie lourde

Fractures du col du fémur

I Introduction

- * Définition : Toute fracture dont le siège est entre la tête fémorale et à 2,5 cm au-dessous du petit trochanter et dont le trait de fracture passe par la zone cervicale.
- * Intérêt :
 - Fractures fréquentes chez le sujet âgé ostéoporotique, avec risque de décompensation de tares et des complications du décubitus engageant le PV
 - Fractures articulaires qui se compliquent de nécrose de la tête fémorale pouvant engager le PF de la hanche

II Epidemiologie

- * Fractures fréquentes, à faible énergie mécanique chez le sujet âgé (sur un os fragilisé) ou à haute énergie chez le sujet jeune
- * Morbidité importante : complications fréquentes + consolidation longue

III Physiopathologie

1 Rappel anatomique

- * Nature de l'os cortical + prédominance des forces de cisaillement sur les forces de compression ⇒ Retard de consolidation + Pseudarthrose (3 mois) (> 6 mois)
- * Vasularisation précoce par interruption de la vx endomédullaire = cause de la fracture ⇒ Nécrose de la tête fémorale

2 Classification : Intérêt pronostique et thérapeutique

- * Classification de Garden basée sur le déplacement des travées :

- Type I :
 - Verticalisation des travées
 - ouverture de l'angle cervico-diaphysaire en coxa valga :
- Type II :
 - Travées osseuses NON modifiées
 - Angle cervico-diaphysaire non modifié.
- ⇒ Type I et II : Risque de nécrose faible
- Type III :
 - Horizontalisation des travées
 - Fermeture de l'angle cervico-diaphysaire en coxa vara
- Type IV :
 - Travées ont une orientation normale, mais décalées
 - Fracture désolidarisée = Déplacement TOTAL (capsule rompue)
- Type III et IV : Risque de nécrose élevé

IV Diagnostic

① Dg de gravité

- signes de thrombophlébite à palpation du mollet - signe de Homan
- lésions vasculaires / nerveuses (prise des pouls périphériques)

② Dg positif

(examen de la sensibilité + motricité du membre)

③ Examen clinique

- Impotence fonctionnelle absolue & ne peut pas élever le pied du lit
- Douleur au niveau du pli de l'aîne
- Attitude vicieuse en raccourcissement, adduction et RE inconstante

④ Bilan radiologique & Classification de Garden.

- Ra Bassin Face
- Ra Hanche Face et Profil

⑤ Dg différentiel

- Luxation de la hanche
- Fracture trochantérienne

V Complications

Général	Orthopédiques
<ul style="list-style-type: none"> ① Décompensation de lésions préexistantes : <u>CVA</u>, <u>respiratoires</u>, <u>rénales</u>, <u>métaboliques</u> ② Complications du décubitus : <ul style="list-style-type: none"> - thrombophlébite et embolie p/m - infection <u>respiratoire</u>, <u>urinaire</u> - escarres cutanées 	<ul style="list-style-type: none"> ① Ostéonécrose de la tête ② Coxarthrose ③ Pseudarthrose du col : favorisée par un trait <u>vertical</u> + ostéosynthèse <u>insuffisamment stable</u>

VI Traitement OMS

① Objectifs : stabilité - mobilité - Indolence MJS

② Moyens : - TRT chirurgicale : vissage ou prothèse intermédiaire ou ITH - TRT médical : Antalgiques - HBPT + Rééducation

③ Indications

T ₁ , T ₂	T ₃ , T ₄ < 60 ans	T ₃ , T ₄ > 70 ans	FCV + coxarthrose
Vissage	Vissage	Prothèse intermédiaire	ITH

④ Surveillance

- * Clinique : Douleur, examen mollets, examen vasculaire
- * Radiologique : J2, J8, J15, J21, J28, J35

VII Conclusion

- * Problème de santé publique : fréquence et conséquences
- * Traitement est chirurgical sauf si patients avec lésions
- * Prévention par traitement de l'ostéoporose : mesures hygiéno-diététiques et médicamenteuses

Fractures du massif trochantérien

I Introduction

- * Définition : Toute fracture dont le siège est entre la tête femorale et 2,5 cm au dessous du petit trochanter et dont le trait passe par le massif trochantérien
- * Intérêt : - Fractures fréquentes chez le sujet âgé ostéoporotique, avec risque de décompensation de tares pouvant engager le RV
- Fracture la plus souvent instable se compliquant de caul vicieux pouvant engager le IF du membre.

II Epidémiologie

- * Fractures fréquente, à faible énergie chez le sujet âgé
- * Morbidité importante : complications du décubitus.

III Physiopathologie

1 Rappel anatomique

- * Trochanter est extra-articulaire, composé d'os spongieux avec prédominance des forces de compression
- * Vasculatisation est riche.

2 Classification

« Selon la situation du trait de fracture »

- cervico trochantérienne
- per trochantérienne
- trochantéro diaphysaire
- sous trochantérienne

* Element essentiel : stabilité de la fracture évaluée par :

- Détachement du petit trochanter
- Rupture du mur postéro externe

IV Diagnostique

1 Dg de gravité

- signes de thrombo phlébite surtout si la fracture est ancienne
- lésions vasculaires et nerveuses :

{ Douleur périphérique + poplite - tibial post - pédiéux } Examen comparatif, répété

{ Instabilité extension des orteils

{ Insensibilité du dos du pied (1er commissure)

2 Dg positif

- Examens cliniques :
- Impotence fonctionnelle absolue
 - Douleur au regard du gd trochanter
 - Attitude en recoarçement + Adduction + RE

- ⊕ Bilan radiologique ⊆
 - Rx bassin face
 - Rx hanche face et profil.

- ③ Dg différentiel ⊆
 - luxation de la hanche
 - fracture cervicale vraie

Ⓘ Complications

Générales	Orthopédiques
⊕ Décompensation de l'axe CVA - respiratoires - rénales ...	⊕ Col vicieux (la ⊕ fct)
⊕ Complications du décubitus	⊕ nécrose ⊆ <u>Gros trochantérienne</u>
	⊕ pseudarthrose ⊆ <u>sous trochantérienne</u>

Ⓣ Traitement

- ① Objectifs ⊆ Stabilité - mobilité - Indolence
- ② Moyens ⊆ TRT chirurgical à foyer fermé ⊆ Clou gamma / à foyer ouvert ⊆ Vis / clous DHS
- ③ Indications ⊆ TRT médical + Rééducation

Toute fracture trochantérienne doit être traitée par ostéosynthèse (Matériel dynamique à appui épiphysaire) sauf chez les patients avec contre indications à la chirurgie.

- ④ Surveillance ⊆ Clinique ⊆ Douleur, examen des mollets, examen vasculaire
- ⊆ Radiologique ⊆ J1, J3, J7, J14, J30.

Ⓥ Conclusion

- * Problème de santé publique ⊆ Fréquence et conséquences
- * Traitement chirurgical sauf si patient avec foyers
- * Prévention par traitement de l'ostéoporose ⊆ mesures hygiéno diététiques et TRT médicamenteux.

Fractures du fémur

I Introduction

- * Définition : Toute fracture qui siège à 2,5 cm au dessus du petit trochanter et GTDD au dessus de l'interligne du genou.
- * Intérêt :
 - Fréquence des lésions associées dans le cadre d'un polytraumatisme engageant le PV
 - Violence du traumatisme, pouvant engager le PF (inégalité des MI chez l'enfant)

II Epidémiologie

- * Traumatisme fréquent, grave, à haute énergie cinétique (AVP)
- * Mortalité importante : lésions associées ++ (viscérales)
} Risque hémorragique -

III Physiopathologie

1 Mécanismes

- 1) INDIRECT : Accident du tableau de bord, choc sur genou
↳ Risque = lésions associées : Fr. cotyle, luxation hanchée ...
- 2) DIRECT : Choc sur la cuisse
↳ Risque = Ouverture cutanée.

2 Anatomopathologie

- 1) Fracture SIMPLE : transversale - oblique - spirale (TAS)
- 2) Fracture COMPLEXE : bifocale - avec 3^{ème} fragment - comminutive

↳ La fracture du fémur est toujours déplacée = INSTABLE

IV Diagnostic

1 Dg de gravité

- * Signes d'instabilité hémodynamique, conscience.
- * Lésions associées : viscérales, Traumatisme crânien ...
- * Lésions vasculaires et nerveuses : Examen des nerfs en aval et cutanées.

2 Dg positif

* Examen clinique

- Oedème de la cuisse
- Raccourcissement avec attitude vicieuse en RI ou RE
- Douleur exquise en regard du foyer de fracture

⊕ Bilan radiologique

- Radio du fémur face et profil
- Rx du bassin + Radio du genou.

Ⓜ Complications

PRECOCES	TARDIVES
<ul style="list-style-type: none"> * Ouverture cutanée. * Vasculaire : artère fémorale profonde * Nerveuse : <u>Sciaticque</u> branches du <u>crural</u> 	<ul style="list-style-type: none"> * Cal vicieux du a { TRT orthopédique Déplacement II * Pseudarthrose aseptique ou septique * Retard de consolidation * <u>Inégalité des MI.</u> enfant
<ul style="list-style-type: none"> * Déplacement secondaire * Infection * Phlébite et embolie graisseuse 	

Ⓜ TRAITEMENT

① Objectifs : Stabilité osseuse - Indolence - Mobilité.

② Moyens :

- TRT orthopédique
- TRT chirurgical
 - * Embrochage centromédullaire
 - * Plaque vissée } verrouillage statique
 - * Enclouage CT } verrouillage dynamique
 - * Fixateur externe
- TRT médicale
- Antalgiques - HBET
- Rééducation

③ Indications

< 8 ans	Entre 8 et 12 ans	> 12 ans	Adulte
<ul style="list-style-type: none"> • TRT orthopédique • Traction au Zenith suivie d'un plâtre aéro-pédieux 	<ul style="list-style-type: none"> • Embrochage centromédullaire selon Nétaiseau 	<ul style="list-style-type: none"> • Plaque vissée 	<ul style="list-style-type: none"> • Enclouage centromédull • Plaque vissée • Fixateur externe si fracture ouverte

④ Surveillance : Clinique : Douleur, Palpation mollets, Examen vasculaire.
Radiologie : Jr, Jr, Sjr, Jr, Jus, Jsa

Ⓜ Conclusion

- * Traumatisme grave et fréquent
- * Dg facile
- * Fracture toujours instable, son traitement est toujours chirurgical chez le gd enfant et l'adulte.
- * Information et éducation sur le AVP.

Fracture de l'extrémité distale du fémur

I Introduction

- * Définition : Toute fracture qui siège entre l'interligne du genou et l'horizontale passant à GTDD, au dessus de l'interligne.
- * Intérêt :
 - Fréquence des lésions associées dans le cadre d'un polytraumatisme engageant le PV
 - Fracture intéressant une articulation portante, pouvant se compliquer d'arthrose et de raideur engageant le PF du genou.

II Epidémiologie

- * Traumatisme grave, à haute énergie cinétique (AVP)
- * Mortalité importante à cause des lésions associées
risque hémorragique

III Physiopathologie

1) Réanimes

- 1) INDIRECTE : Accident du tableau de bord, choc sur genou
↳ Risque : lésions associées = Luxation fémorale, Fr. costale
- 2) DIRECTE : choc sur la cuite
↳ Risque : ouverture cutanée

2) Classification

- 1) Fractures supra-condylienne : extra-articulaire
 - ↳ Déplacement antérieur du fragment proximal → menace la peau
 - ↳ Déplacement postérieur du fragment distal → lésions vasculonerveuses
- 2) Fractures sus et inter-condyliennes : articulaires
 - ↳ Bascule postérieure asymétrique avec écartement des 2 condyles
 - ↳ Translation antérieure du fragment proximal
- 3) Fractures unicondyliennes : Détachement d'un des 2 condyles

IV Diagnostic

1) Dg de gravité

- * Signes d'instabilité hémodynamiques
- * Lésions associées : viscérales, Traumatisme crânien ou autre
- * Lésions vasculonerveuses +++ et cutanées
↳ Douls périphériques et examen de la motricité + sensibilité

III Dg positif

* Interrogatoire : Age, profession, couverture sociale, heure de l'accident, mécanisme, nature de la PEC initiale, heure du dernier repas, ATCDs médico-chirurgicaux.

* Examen clinique :

- Douleur du genou avec impotence fonctionnelle absolue
- Déformation du genou et raccourcissement du HI

* Bilan radiologique :

- Rx du genou Face et profil
- Rx fémur Face et profil
- Ra Bassin FACE
- TDM indispensable ++

IV Complications

PRECOCES	TARDIVES
<ul style="list-style-type: none"> * Ouverture cutanée * Vasculaire : artère <u>poplitee</u> * nerveuse : nerf <u>sciatique</u> * Déplacement secondaire * Infection * Phlébite et embolie graisseuse * <u>Lésions méniscoligamentaires</u> 	<ul style="list-style-type: none"> * <u>Cal vicieux</u> +++ Plan frontal : <u>varus - valgus</u> Plan <u>sagittal</u> : <u>recurvation - flexum</u> * Pseudarthrose septique / aseptique * Retard de consolidation * <u>Raideur</u> * <u>Arthrose</u>

V Traitements

① Objectifs : Stabilité - Indolence - Mobilité.

② Moyens : TRT médical : Antalgiques - HBPT
 TRT chirurgical : flapex vissée - clou rétrograde
 Rééducation physique

③ Indications : Toute fracture de l'extrémité inférieure du fémur doit être traitée par ostéosynthèse pour éviter l'apparition de cal vicieux.

④ Surveillance : Clinique : Douleur - Palpation mollets - Examen vs nerf
 Radio : Je, J5, J15, J30, J45, J60

VII Conclusion

- * Pathologie grave : par violence du traumatisme et par ses conséquences sur la mobilité du genou
- * TRT chirurgical : ostéosynthèse stable.

Fractures des plateaux tibiaux

I) Introduction

* Définition : Toutes fractures articulaires de l'extrémité proximale du tibia

- * Intérêt : - Fréquence des lésions associées loco régionales et à distance dans le cadre d'un polytraumatisme pouvant engager le PV
- Fractures articulaires au niveau d'une articulation portante pouvant se compliquer de lésions chondrales et méniéligementaires engageant le PF du genou.

II) Epidémiologie

- * Traumatisme fréquent, grave, le plus souvent à haute énergie cinétique chez le sujet jeune (AVP)
- * Mortalité importante à cause des lésions associées
- * Morbidité importante et se complique d'arthrose et de raideurs mal tolérées par le sujet jeune.

III) Physiopathologie

1) Mécanisme

- 1) Compression axiale : Fracture - séparation
- 2) Compression latérale : Fracture - enfoncement
- 3) Compression mixte : Fracture mixte

2) Classification

DU PARC et FICAT	SCHATZKER
* <u>Unitubérositaire</u> : 1 tubérosité	<u>I</u> : Fracture <u>séparation</u> du plateau (<u>lat</u>)
* <u>Spino-tubérositaire</u> : 1 tubérosité @ massif spinal	<u>II</u> : Fr <u>séparation - enfoncement</u> "
* <u>Bitubérositaire</u> : sépare les @ tubérosités de la diaphyse	<u>III</u> : Fracture - <u>enfoncement</u> "
* <u>Complexe</u>	<u>IV</u> : Fr <u>séparation</u> du plateau (<u>médial</u>)
	<u>V</u> : Fr <u>bitubérositaire</u>
	<u>VI</u> : Fr <u>tubérositaire</u> @ <u>diaphysaire haute</u>

△ Fracture du plateau externe est la plus fpte car (valgus) physiologique

IV) Diagnostic

1) Dg de gravité

- * Signes d'instabilité hémodynamique et consciente.
- * Lésions associées : viscérales, TC ...
- * Lésions vasculaires, nerveuses +++ et CUTANÉES (+++)

④ Dg positive

* Interrogatoire

* Examen clinique

- Douleur du genou avec impotence fonctionnelle absolue
- Echymose (lésion sous jacente)
- Elythères (souffrance cutanée)
- Déformation (Déplacement important)

* Bilan radiologique

- Rx genou Face et Profil
- TDR du genou = Indispensable avec reconstruction 3D pour mieux apprécier le trait et l'enfoncement

⑤ Complications

PRECOCES	TARDIVES
<ul style="list-style-type: none"> * Ouverture cutanée * vasculaire = artère <u>poplitée</u> * nerveuse = Nef <u>sialique</u> 	<ul style="list-style-type: none"> * Cal vicieux * Luxation * Retard de consolidation
<ul style="list-style-type: none"> * Infection * Phlébite et embolie graisseuse * Lésions <u>ménisco ligamentaires</u> (++) et <u>chondrales</u> 	<ul style="list-style-type: none"> * Raideur * Arthrose * <u>Instabilité chronique du genou</u>

⑥ Traitement

① Objectifs = Stabilité - Mobilité - Indolence.

② Moyens = $\left\{ \begin{array}{l} \text{TRT médical = Antalgiques - HBEM} \\ \text{TRT orthopédique = rarement utilisé} \\ \text{TRT chirurgical = A foyer fermé - A foyer ouvert + Fixateur externe} \\ \text{Rééducation physique} \end{array} \right.$

③ Indications = TRT chirurgical, sauf si CI à la chirurgie.

- * Osteosynthèse à foyer ouvert = Schatzker IV, II, VI
- * Osteosynthèse à foyer fermé = Schatzker I, II, III

* Fixateur externe = Fractures OUVERTES.

④ Surveillance = $\left\{ \begin{array}{l} \text{clinique = état cutané, douleur, molette, examen VN} \\ \text{radiologique = J0, J5, J15, J30, J45, J60, J75, J90} \end{array} \right.$

⑦ Conclusion

- * Fractures fréquentes et graves par leur composante articulaire et ménisco ligamentaire
- * TDR indispensable, a résolu leur PEC
- * TRT chirurgical suivi d'une rééducation.

Gonarthrose femorotibiale sur déviation axiale

I Introduction

- * Définition = Affection chronique et dégénérative du cartilage articulaire, conduisant à sa destruction, secondaire à une déviation axiale.
- * Intérêt =
 - Pathologie très fréquente
 - Son diagnostic est clinico-radiologique
 - Cause majeure de morbidité et d'invalidité avec retentissement socioéconomique.

II Epidémiologie

- * La plus fréquente des maladies articulaires, son incidence augmente avec l'âge
- * Touche les 2 sexes mais avec prédominance féminine après 60 ans
- * Touche surtout le compartiment interne.

III Physiopathologie

1 Rappel : Constituants du cartilage Autorégulé!!!

MATRICE

Réseau de fibres de collagène formant une armature solide. À l'intérieur de ce réseau, se trouvent les protéoglycanes qui ont un pouvoir hydrophile important

CHONDROCYTES

Cellules du cartilage avasculaires, se nourrissent par imbibition à partir du liquide synovial. Assure le renouvellement de la matrice grâce à des stimuli

2 Mécanisme

synthèse ⊖ bonne des protéoglycanes Nombre des chondrocytes décroit
↓
diminution des résistances Répondent ⊖ bien aux stimuli

Déséquilibre des mécanismes de construction / dégradation en faveur de la DEGRADATION

3 Effet des troubles statiques

* Axe du PI passe par le Centre de tête fémorale - ligne tibioastragaliennne basse par le genou au niveau du milieu des épines tibiales

(Si) Axe passe ⊕ en dd = Genu Varum

(Si) l'axe passe ⊕ en dh = Genu Valgum

↓
Surcharge pondérale dans le compartiment femorotibial interne

↓
Surcharge pondérale ds le compartiment externe

IV Diagnostic

1 Diagnostic positif

- Interrogatoire : Age, sexe, ATCDs de traumatismes, activité sportive et professionnelle, ATCDs de chirurgie articulaire menisectomie
- Douleur localisée du compartiment atteint, de type mécanique (à la marche, la montée et descente escaliers) soulagée par le repos. ± dérèglement

2 Examen physique

(Debout, à la marche puis assis)

- Déviation axiale : genu varum / valgum / recurvatum
- Craquement audible - Attitude en flexion.
- Recherche du choc rotulien.
- Etude de la stabilité ménisco-ligamentaire
- Absence de signes inflammatoires.

3 Bilan radiologique

- Radio du genou (F + D) + Défilé fémoro-patellaire

- Les signes cardinaux :
- Lésion localisée
 - Géodes d'hyperpression
 - Ostéosclérose sous chondrale
 - ostéophytes

- 2 Dg :
• Arthrite septique - microcristalline - rhumatoïdale
• Atteinte ménisco-ligamentaire • Algodystrophie

V Traitement

1 Objectifs : Indolence - mobilité - corriger la désaxation

2 Moyens

1 TRT médical

- Mesures de management du genou : Éviter la marche + position debout prolongée
Éviter le port de charge lourde
Léger du poids
- Antalgiques ++, AINS (si possible long durée), Antiarthrosiques à action lente
- Infiltrations : corticoïdes (si épandement) (max 3 par an et par articulation)
Acide hyaluronique (dans les formes debutantes)
- Rééducation : Antalgique - Renforcement m - mobilité et lutte contre flexion

2 TRT chirurgical

- Ostéotomie de réaxation : Valgisation si varum / valgisation si valgum (retarde la mise en place de prothèse de 10 ans)
- Prothèse totale du genou

3 Indications

- TRT médical + Rééducation : Quelque soit le cas
- TRT chirurgical par ITG (si arthrose mal tolérée du sujet âgé ou par ostéotomie de réaxation (si) sujet jeune avec désaxation

4 Surveillance

- Clinique : Douleur, périmètre de marche, retentissement socio-prof.
- Paraclinique : Radiologique (1 x 1 an) avec mesure (l'interligne)

VI Conclusion

- Fréquente, invalidante.
- REC médios chirurgicale (1 = 0,6 mm/an)

Lésions méniscales du genou

I Introduction

- * Définition : Toute atteinte d'un des 2 ménisques du genou, d'origine traumatique, dégénérative ou congénitale
- * Intérêt :
 - Le plus souvent d'origine traumatique, favorisés par une lésion du LCA.
 - Test cliniques précis permettant de poser le dg
 - Apport de l'IRM dans le diagnostic et le choix thérapeutique
 - Evolution possible vers l'arthrose femorotibiale, mal tolérée chez le sujet jeune.

II Epidémiologie

- * Pathologie fréquente, touche l'adulte jeune de sexe masculin
- * Etiologies :
 - o Accident de sport +++
 - o AVI plus rarement (associé à une fracture des plateaux tibiaux)

III Physiopathologie

1 Rappel anatomique

- * En nombre de 2, le ménisque lat en forme de D et le médial en C
- * Fibrocartilages interposés entre les plateaux tibiaux et les condyles fémoraux possédant 2 bords :
 - Bord périphérique (bien va)
 - Bord libre (mal va)
- * Rôle fondamental :
 - Protection du cartilage
 - Absorption des contraintes et leur répartition
 - augmentent la congruence articulaire

2 Mécanisme

- * RE du tibia, pied fixé au sol en appui monopodal
- * Hyperflexion prolongée suivie d'une hyperextension (brutale) en appui monopodal.

3 Classification

- * Stade ① : Fente verticale postérieure
- * Stade ② : Fente étendue en avant formant une bandelette en ans de serpe
- [Blocage aigu & luxation de l'axe de serpe dans l'échancrure intercondylienne]
- * Stade ③ : Luxation permanente de l'axe de serpe ds l'échancrure

IV Diagnostic

1 Dg positif

- * Interrogatoire :
 - Mécanisme lésionnel si notion de traumatisme
 - Douleurs en regard de l'interligne, Blocage aigu
 - sensation d'instabilité avec décrochement du genou (présence d'une languette mobile), Hydarthrose

* Examens cliniques

- Trouble statique : Genou varum / valgum (intérêt Lc)
- signes de souffrance articulaire = amyotrophie du quadriceps
- Douleur à la palpation de l'interligne = Signe de OUDARD
- Manœuvre de Mc Murray = Extension progressive sur genou en RE-Valgus
- Grading test d'Apley = Décubitus ventral, genou fléchi à 90°
- Choc rotulien : douleur à la compression axiale RRE/RI
- Laxité ligamentaire, Tirailant

- * Bilan radiologique :
 - Radio genou { F = lésions associées
 - IRT = Intérêt dg, Lc, thérapeutique

2 Dg différentiel

- Devant blocage aigu : CE (F ostéochondrale) ou lésion ancienne LCA
- Devant crises douloureuses : Arthrose débutante.

- ### V Complications
- Instabilité persistante / Hydarthrose récidivante
 - Sd algodystrophique
 - Arthrose femoro-tibiale

VI Traitement

1 Objectifs : Récupérer la fonction du genou : stabilité, mobilité, indolence.

- 2 Moyens :
- * TRT médical : Antalgiques - repos et éviction sports prest.
 - * TRT fonctionnel : Attelle amovible pd 15 jours
 - * TRT chirurgical : sous arthroscopie
 - suture méniscale si lésion périphérique
 - ménisectomie partielle économique
 - TRT des lésions associées

- 3 Indications :
- * TRT fonctionnel : Gène fonctionnelle MINIME
 - * TRT chirurgical : Gène IHT PORTANTE - Blocage AIGU - Lésions associées

VII Conclusion

- * Ds ⊕ ou ⊖ fréquente : Pratiquer sportive
- * Importance des tests cliniques et de l'IRM dans le dg
- * Appart technique : Arthroscopie.

Fractures pathologiques

I Introduction

- * Définition : Fracture est dite pathologique quand elle survient sur un os qui est le siège d'une fragilité osseuse
 - localisée ou généralisée
 - On élimine :
 - Fractures de fatigue / stress
 - Fractures sur os fragilisés par ostéoporose

* Intérêts - Devant une fracture

- Faire le dg d'une fracture pathologique
- Etablir un bilan d'extension
- Traitement de la fracture et de l'étiologie
- Etablir un pronostic.

II Epidémiologie

- survient à tout âge, mais les étiologies sont différentes chez l'enfant par rapport à l'adulte.
- Affection connue ou fracture révélatrice de la maladie.

III Physiopathologie

	ENFANT	ADULTE
Fragilité osseuse localisée	<ul style="list-style-type: none"> • Tumeur osseuse : bénigne / maligne • Ostéomyélite chronique 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Défectives</u> osseuses • Tm osseuse / maligne / bénigne • Ostéomyélite chronique
Fragilité osseuse généralisée	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Ostéopénie</u> imparfaite • Hémopathies malignes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hémopathies malignes • <u>Hypoparathyroïdisme</u> • Maladie de <u>Paget</u>

IV Diagnostic

1) Dg positif et démarche étiologique

- * Interrogatoire : âge, sexe, Activité professionnelle et sportive, couverture sociale, circonstances du traumatisme (Traumatisme minime / inexistant, période douloureuse pré-fracturaire) ATCDs médicaux chirurgicaux et patient atteint d'un cancer ostéophile.

- * Examen physique : Examen de l'appareil locomoteur (rechercher une tuméfaction, déformation) suivi d'un examen général +++

2) Examens paracliniques

- Radio standard : Fracture au sein d'une lésion ostéolytique
 - Caractère homogène / hétérogène
 - Extension ou non aux parties molles

- TDR / IRM :
 - Extension & non de la lésion aux parties molles
 - Rapports avec les éléments va nerveux
 - Autres foyers au sein de l'os adjacents
 - Guide de biopsie +++
- Scintigraphie : lésions infra radiologiques (métastases multiples)
- Artériographie : si lésion vasculaire
- **Biologie** :
 - VS, CRP, PAl, PAC, Calcémie, Phosphorémie, PTH, EPP;
 - Marqueurs tumoraux (PSA)
 - Bilan pré anesthésique (NFS - Ep, BH, Gā, j, urée, créat)
- Biopsie : Confirme le diagnostic (si doute sur la dg)

II Principales étiologies :

Etiologie	ENFANT	Etiologie	ADULTE
Kyste <u>ostéoclast</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Lacune métaphysaire soufflant les corticales sans RL, au contact du cartilage de conjugaison * Extrémité sup humérus + Femur ↳ TRT évident - greffe 	Métastases <u>ostéolytiques</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Réfaste osseuse de cancers ostéophytes (ERST) * Lésion ostéolytique / mixte / ostéosclérotique (vertèbre isolaire) * <u>Squelette axial</u> car bien va + extrémité sup fémur ↳ TRT palliatif
Kyste <u>anévrysmal</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Cavité remplie de sang, lacune métaphysaire ↳ TRT Curetage + greffe osseuse 	Tum <u>malignes primitives</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Osteosarcome ++, fibrosarcome ↳ TRT la fracture est une CI au TRT conservateur
ostéogénèse <u>impairée</u>	<ul style="list-style-type: none"> * Défaut de production de collagène au niveau de l'os = maladie des os de verre ↳ TRT préventif excoelavage diaphysaire fémur + tibia 		

III Traitement :

- Objectifs** : Indolence - Stabilité - mobilité - TRT de la pathologie causale
 - Moyens** :
 - TRT médical : Antalgiques - ATB si origine infectieuse
 - TRT orthopédique : Réduction suivie d'une immobilisation plâtrée
 - TRT chirurgical :
 - à foyer fermé : Embrochage / excoelavage CI
 - à foyer ouvert : Staque vissée / prothèse
 - Fixateur externe (si origine infectieuse)
 - Amputation
 - Indications** : Dépend de :
 - Age (Enfant ≠ Adulte)
 - Nature de la lésion (benigne/maligne/infectieuse)
 - Type / siège de la fracture
- Au total : origine benigne : Traitement (en un temps) de la fracture + no étiologie
 origine maligne : Orientation paraclinique + Biopsie (+++) pour différencier l'origine I ou II de la lésion
- Surveillance** :
 - Clinique : Douleur - Cicatrice - Examen des mollets - Examen GENERAL

- * Paraclinique :
 - o Radiographies de contrôle (consolidation)
 - o Bilan d'extension selon l'origine I ou II de la tumeur.

VI Complications :

- * Récidive ou persistance de la lésion
- * Fractures itératives
- * Retard de consolidation
- * Cal vicieux
- * Inégalité des membres inférieurs chez l'enfant

VII Conclusions :

- * Toujours penser à une fracture pathologique devant un contexte clinique particulier ou des circonstances de traumatisme inhabituel.
- * Examen de l'appareil locomoteur doit toujours finir par un examen général
- * L'approche dg doit être rigoureuse et adéquate (Examen clinique attentif, analyse radiologique minutieuse suivis d'examen complémentaires selon l'orientation)
- * IEC multidisciplinaire
- * Surveillance étroite des patients porteurs de néoplasme

Fracture de Loubeau - Colles

I Introduction

- * Définition : fracture de l'extrémité distale du radius, entre l'interligne radiocarpien et une ligne horizontale à 4cm au dessus de l'interligne.
• Fracture EXTRA articulaire.
- * Intérêt :
 - Fractures très fréquentes
 - Dg facile basé sur l'examen clinique et bilan radiologique
 - Embrochage de Kapandji est un TRT chirurgical qui réduit et stabilise parfaitement la fracture.
 - Principale complication : col vertèbres, source de plusieurs autres complications engageant le pronostic fonctionnel du poignet

II Epidémiologie

- * 1^{ère} fracture en traumatologie, touche la ♀ ménopausée
- * Mécanisme le plus souvent INDIRECT
- * Traumatisme à faible énergie (Chute / AS) ++ ou à haute énergie cicépique (AVI / AT)

III Physiopathologie

- 1 Rappel anatomique
- * Gêse radiale est orientée en avant (10°) en dedans (30°)
- * ligne bi-styloïdienne oblique en bas et en dehors
- * Diastasis radio-ulnaire NUL
- * Index radio-ulnaire distal négatif à -2mm .
- * Rapports avec :
 - Canal carpien (nerf médian et tendon flexP) en avant
 - Tendon extenseurs en sous cutané en arrière
 - Tabatière anatomique (artère radiale) en dehors
 - Lésion cubitale (artère et nerf) en dedans.

2 Mécanismes

- * INDIRECT est le \ominus fréquent, chute sur la paume de la main poignet en extension
- Lo bascule postérieure, avulsion et tassement est du fragment distal
- * DIRECT est rare, ouverture articulaire et lésion vasculonerveuse ++

3 Classification

- * Fr de Loubeau Colles : Extra-articulaire à déplacement POST
- * Fr de Gerard Marchand : Loubeau Colles + Fr styloïde cubitale
- * Fr de Geyraud-Smith : Extra-articulaire à déplacement ANT Dg \oplus

VI Diagnostic

1 Dg de gravité

- * Instabilité hémodynamique et lésions associées à AVL (Polytraumatisé)
- * Lésions vasculaires & palpation systématique du pouls radial, cubital, TRC
- * Lésions nerveuses & territoires du médian, cubital, br. sensitives du radial
- * Lésions cutanées & ouverture, contusion
- * Lésions tendineuses & incarceration du long extenseur du carpe **forte extension ACTIVE**
- * Lésions osseuses & fractures des os du carpe - Polyfracturé.

2 Dg positif

⑥ Interrogatoire & main dominante ++

⑦ Examen physique

- + Attitude du traumatisé du NS - IFT
- + Oedème, déformation en dos de fourchette, inclinaison radiale, ligne bistyloïdienne horizontalisée
- + Douleur à la palpation au regard du foyer de fr

⑧ Bilan radiologique

- Radios poignet $\left\{ \begin{array}{l} F \\ P \end{array} \right.$ Trait, déplacement, Absence de refend articulaire
 [Analyse des os de CARPE **+++**]

III Complications

PRECOLES	TARDIVES
<ul style="list-style-type: none"> * Cutanées, vasculonerveuses, osseuses * Déplacement II, Sd de l'os * Osteite (Infection) 	<ul style="list-style-type: none"> * <u>Cul névral</u> $\left\{ \begin{array}{l} \text{réduction imparfaite} \\ \text{Déplacement II} \end{array} \right.$ * Sd du canal carpien - Rupture tendineuse * Raideur - Arthrose - Algodystrophie

VII Traitement

① Objectifs & Stabilité (réduction anatomique) - Indolence - mobilité

② Moyens

- TRT orthopédique & Réduction par manœuvre externe puis PLÂTRE BABE 6sem (coude à 90°, poignet en rectitude, NCL libres), coude libéré à 3 semaines
- TRT chirurgical & Embrochage de Kapandji percutanée (2 broches post fichées ds corticale ant, 1 broche ext fichée ds corticale interne) puis plâtre BABE x 3sem.
- Rééducation PRECOLE et prolongée
- TRT médical & Antalgiques - AINS

③ Indications

- * NON déplacée & Plâtre BABE x 6w
- * Déplacée & Réduction puis BLAP x 6sem
- * Si réduction imparfaite / Déplacement II & Embrochage

Critères de bonne réduction $\left\{ \begin{array}{l} * \text{Rétablissement ligne bistyloïdienne} \\ * \text{Index à u distal } \approx 2\text{mm} \end{array} \right. \left\{ \begin{array}{l} * \text{Glène en av, en bas} \\ * \text{Alignement corticales} \end{array} \right.$

④ Surveillance

- Clinique & Etat cutané - Oedème, douleurs - examen VAS NERVEUX
- Radiologique & Te, Pe, Tris, Per, Sus.

Fractures du scaphoïde

I Introduction

* Définition : Fracture articulaire intéressant le scaphoïde carpien

* Intérêt : Fractures fréquentes

- Nombre de fractures découvertes au stade de pseudarthrose est très important = méconnaissance diagnostique par manque de rigueur de l'examen clinique et le bilan radiologique.

- Retardissement non négligeable sur la fonction du poignet surtout par elles s'associent souvent à des lésions ligamentaires étendues.

Evolution vers pseudarthrose + nécrose aseptique.

II Epidémiologie

- * La plus fréquente des fractures du carpe, touche l'adulte jeune, de sexe masculin, suite à traumatisme à faible énergie (chute)
- * Cause de morbidité & source d'invalidité avec retentissement socio-économique et professionnel.

III Physiopathologie

1) Rappel anatomique

- * Représente l'os le plus externe de la 1ère rangée des os du carpe
- * Divisé en 3 parties : Pôles proximal - corps - Pôles distal
- * Relié au radius et aux os du carpe par des ligaments,
- * Vascularisation de type terminale et retrograde.

2) Mécanismes

- * INDIRECT : le + fréquent
Chute sur la main en extension et en inclinaison radiale
- * DIRECT : exceptionnel

3) Classification de Schenberg

- Type I : fractures polaires
- Type II : fractures corporeales (haute)
- Type III : " " (BASSE)
- Type IV : fracture traustuberculaire
- Type V : fracture du poignet
- Type VI : fracture du tubercule distal (parallèles a, b, c)
(a = 1/3 externe
a + b = 1/2 externe
a + b + c = Globale)

IV Diagnostic

1) Dg positif

- 2) Interrogatoire : Age, sexe, activité professionnelle, main dominante, circonstances du traumatisme, ATCDs médicaux-chirurgicaux
- SF : { Douleur du poignet.
Impotence fonctionnelle + faiblesse poignet

3) Examen physique

- Oedème comblant la tabatière anatomique
- Douleur exquise à la pression de la tabatière anatomique
- Douleur à la traction/pulsion du lobe
- Douleur radiale en déviation ulnaire forcée.

⚠ Devant un traumatisme du poignet sans déformation évidente toujours suspecter une fracture du scaphoïde jusqu'à preuve du contraire

4) Bilan radiologique

- Radio poignet $\left\{ \begin{array}{l} F \\ P \end{array} \right.$
- Incidences de Schnek \rightarrow { Siège, déplacement, Classification Schenberg
- TDR du poignet. { Diastasis scapho-lunaire ou triquetro-lunaire
Quantité per-lunaire
Fr du radius distal / autres os du carpe

⚠ Parfois le trait de fracture n'apparaît que (2 à 3 mm) après à cause de la résorption post-fracturaire

↳ d'où l'intérêt d'une immobilisation (15) suivie d'une Rx

2) Dg de gravité

- 1) Radiologie { siège de la pôle proximal \rightarrow Pseudarthrose + Nécrose
Atteintes ligamentaires et osseuses associées

3) Dg différentiel = Sd de Fenton = Fr scaphoïde + Fr capitulum + luxation radio-lunaire

4) Devant un poignet douloureux post-traumatique

- Fracture des autres os du carpe
- Fracture du radius distal
- Entorse du poignet

V Complications & Consolidation moyenne = 3 mois

- Pseudarthrose aseptique : la \oplus fréquente
- Nécrose aseptique du fragment proximal } les \oplus redoutables
- Cal vicieux + TRT orthopédique d'une fracture déplaçée.
- Instabilité du carpe + lésions ligamentaires négligées
- Arthrose radio-carpienne
- Raideur + manque de rééducation.

Syndrome du canal carpien

I Introduction

- * Définition = Compression du nerf médian dans un canal ostéo-ligamentaire situé à la partie proximale de la région palmaire
- * Intérêt = Pathologie fréquente, primitive ou secondaire (Hypoth-RR)
 - Dg de gravité essentiel dans le choix du trt
 - source d'invalidité avec retentissement socio-éco et professionnel

II Epidémiologie

- Syndrome canalaire le plus fréquent, touche surtout la femme de 40-50 ans, le plus souvent BIATERAL
- Reconu comme maladie professionnelle
- Morbidité élevée.

III Physiopathologie

1 Rappel anatomique

- * Canal carpien = canal ostéo-ligamentaire limité en arrière par un plancher osseux (os du carpe) et en avant par le lig annulaire ant du carpe
- * Contient = Nerf médian + Tendons flexisseurs 1 et 5 et leur gaine synoviale
- * Fonction PISTE
 - Motrice = Innervation de la loge thenar (court abducteur + opposant du pouce)
 - Sensitive = Face palmaire de ce dt d'une ligne passant par l'axe de l'annulaire
{ Face dorsale de l₂, l₃ de l'index, médus et annulaire

2 Etiologies

Canal carpien

idiopathique

le + fréquent

Dg D'ELIMINATION !!

Canal carpien secondaire

- Microtraumatismes / Traumatisme = Activité professionnelle avec activité manuelle lente/répétitive
- Endocrinienne = Diabète, hypothyroïdie
- Rhumatologiques = IR, LES ...

IV Diagnostic

1 Dg positif

- Interrogatoire p. âge, sexe, activité professionnelle, main dominante, couverture sociale, ATCDs médico-chirurgicaux
- SF = Acroparesthésies douloureuses dans le territoire du nerf médian irradiant vers Av bras / Épaule, nocturnes aggravées par l'activité manuelle répétitive.
- Fatigabilité et maladresse des doigts = gêne fonctionnelle

④ Examen physique = BILAT et symétrique

- Atrophie de la 1^{re} phalange
- signe de Tinel et fermeture par un marteau réflexe la face ant du poignet reproduit la symptomatologie
- Test de Phalen et flexion du poignet x 1 min reproduit la symptomatologie
- Examen sensitivo-moteur : sensibilité de la pulpe de l'index
↳ opposition du pouce
- Examen général (Autre localisation)

④ Examen paraclinique = ECG

- Dg positif ④ Dg de gravité (Présence de signes de dénervation)

↓
Indication thérapeutique et facteur Pronostic

② Dg de gravité :

- clinique = Atrophie + Hypocathésie ou anesthésie du territoire de radial
- ECG = signes de dénervation

③ Dg différentiel :

- Compression haute du nerf médian
- Compression du nerf ulnaire
- NCB

⑤ Evolution - Complications :

- ① Evolution : Formes mineures sans signes déficitaires, bien tolérées
Formes sévères avec signes déficitaires avec acc. douloureux

② Complications liées à la chirurgie :

AIGUES

- Hématome
- accident neurologique et lésion de la branche cutanée palmaire ou de la branche thénarienne
- sepsis

TARDIVES

- retard de cicatrisation
- Sd algodystrophique
- persistance de la symptomatologie "échec"

⑥ Traitement :

① Objectifs : Indolence - Réhabilité

↳ la sédation de la dr. confirme Dg + Intérêt de

- ② Moyens : TRT médical = Infiltration de CTC ④ Atelle de repos
TRT chirurgical = Décompression du nerf médian ④ Arthroscopie

③ Indications :

- TRT médical = Sans signes déficitaires (ni) de dénervation et jamais infiltré
- TRT chirurgical = Avec signes déficitaires ou de dénervation à l'ECG
↳ Echec du TRT médical
↳ Sd canal carpien secondaire

④ Suivi : Douleur - Cicatrice - Examen sensitivo-moteur

⑦ Conclusion :

- Pathologie fréquente
- ECG = Intérêt dg, lc et thérapeutique
- ① seule infiltration !!

VI Traitement

① Objectifs : Stabilité - mobilité - Indolence
} Consolidation dans le plus bref délai +++

② Moyens

- * TRT médical : Antalgiques - AINS
- * TRT orthopédique : plâtre auté brachio-palmar (lance et coudé libres)
- * TRT chirurgical : vissage sous arthroscopie ou à ciel ouvert.
- * Rééducation +++ systématique

③ Indications

- * Fracture non déplacée du pôle distal ou du corps : TRT orthopédique (3 mois)
 - * Fracture non déplacée du pôle proximal
 - * Fracture déplacée / comminutive
 - * Fracture associée aux lésions ligamentaires
- } TRT chirurgical

④ Surveillance

- Clinique : Douleur - Mobilité du poignet -
- radiologique : J1, J7, J15, J21, J45, J90

VII Conclusion

- * Fracture très fréquente et grave par son retentissement fonctionnel sur le poignet
- * Retard diagnostique est très fréquent :
 - ↳ Examen clinique attentif et analyse radiologique minutieuse devant tout traumatisme du poignet.
- * 2 complications majeures : l'ankylose et la nécrose aseptique intéressant souvent le pôle proximal
 - ↳ Le traitement chirurgical est le \oplus adopté et pratiqué
- * Importance de la rééducation pour récupérer un poignet fonctionnel et indolore.

Lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs

I) Introduction

- * Définition = atteinte des structures capsulo ligamentaires, musculotendineuses, et des bourses sécrées, d'origine dégénérative,
- * Intérêt =
 - Pathologie fréquente
 - Tableaux cliniques différents
 - Source d'invalidité avec ralentissement socioéconomique et professionnel.

II) Épidémiologie

- * Motif de consultation fréquent = 3ème rang après les pathologies lombaires et cervicales.
- * Incidence corrélée à l'âge (lésions dégénératives)
- * Morbidité élevée +++

III) Physiopathologie

1) Rappel anatomique

- * Articulation très mobile +++
- * Sa stabilité est assurée par =
 - éléments ligamentaires
 - éléments musculotendineux = Coiffe des rotateurs
 - Muscle sous scapulaire - sus épineux - sous épineux - petit rond et tendon de la longue portion du biceps.

2) Pathogénie des lésions de la coiffe

- * Tendons les plus touchés = sus épineux + tendon long biceps
- * Causes du conflit sous acromial =
 - Traumatismes / ultra-traumatismes
 - Arthrose acromioclaviculaire
 - Instabilité de l'épaule
 - Fracture / cal vicieux de l'acromion
 - Ossification du lig acromioclaviculaire
- * Dégénérescence des tendons avec l'âge et par l'existence d'une zone de fragilité vasculaire = zone critique.

IV) Diagnostic

1) Diagnostic positif

- * Interrogatoire = Age, sexe, Activité sportive et professionnelle, ATCD médicaux et chirurgicaux
 - SF ex. Douleur d'allure mécanique, cède au repos, chronique
 - ↳ Diminution de la force musculaire

⊙ Examen clinique

- Atrophie, gêne lors des mouvements, attitude antalgique
- Points douloureux
- Etude de la mobilité active, passive et contrainte
 - Mouvements tendineux: Loss'es (si) résistance réduite.
 - * Tendon du long biceps = Lain up = Antéflexion contrainte en supination
 - * Tendon du sus-épineux = Jobe = Abduction contrainte, paume en arrière
 - * Tendon du sous-épineux = Latte = RE contrainte
 - * Tendon du sous-scapulaire = Lift off = RI contrainte
- Etude du conflit sous-acromial
 - Tests de conflits = points (si) douloureux
 - * Neer = Abduction du bras, scapula bloquée par l'examineur
 - * Hawkins = RI du bras, épaule en élévation 90°, coude fléchi
 - * Yocum = élévation du coude fléchi, main posée sur l'épaule saine controlatérale
- Examen neurologique et général.

⊙ Bilan radiologique

- Radiographie épaule $\langle \text{E} \rangle$
 - Peut être normale
 - Hauteur de l'espace acromioclaviculaire
 - Forme de l'acromion (classification Bigliani)
 - Type ① = plat Type ② = concave Type ③ = coché
 - en bas
 - Calcifications / arthropathie acromioclaviculaire
- Echographie = opérateur dépendant, facile et accessible
- Arthroscanner et l'IRM = recher du traitement médical.

⊙ Dg différentiel

- NCB
- Arthrose
- Sol algodystrophique

⊙ Formes cliniques

Tendinopathie SIMPLE	Tendinopathie rompue
<ul style="list-style-type: none"> * <u>Épaule douloureuse simple</u> - Douleur mécanique au moignon de l'épaule irradiant vers le bras - Stabilités actives et passives normales - Stabilité contrainte douloureuse ds un movt électif selon le tendon touché. 	<ul style="list-style-type: none"> * <u>Épaule pseudo-paralytique</u> - Abaissement des tendinites chroniques - Douleurs chroniques avec rupture progressive - <u>Perte</u> de la mobilité <u>(active)</u>, mobilité <u>(passive)</u> <u>conservée</u>. - <u>Mouvements</u> tendineux positifs selon le tendon rompu

Tendinopathie calcifiante ⊙ ♀ de 40-50 ans

- * Épaule aigue hyperalgique = Douleur d'allure inflammatoire permanente, nocturne, insomniante avec impotence fonctionnelle TOTALE
- Bursite microcristalline

VI Traitements

① Objectifs Indolence - mobilité.

② Moyens

- * TRT médical
 - Antalgiques, AINS
 - Infiltrations de corticoïdes
 - Rééducation
 - o Physiothérapie antalgique
 - o Renforcement musculaire

* TRT chirurgical = réparation tendineuse sous arthroscopie

③ Indications

* TRT médical = est toujours de mise

* TRT chirurgical = Tendinopathie (rompue) récente du sujet (jeune) actif.

④ Surveillance clinique = Douleur, raideur, amyotrophie

VII Conclusion

- Affection très fréquente, dominée par l'atteinte du supra-épineux.
- Dg clinique radiologique
- TRT médical qd soit la forme clinique
- Rééducation systématique.

