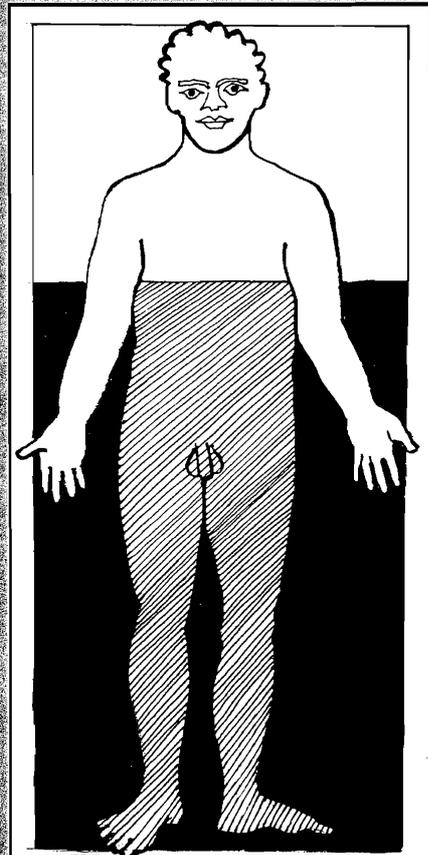
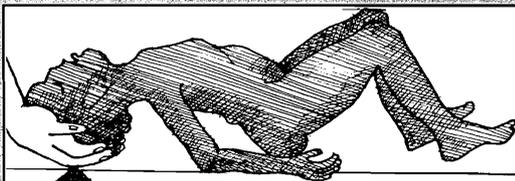


Où il n'y pas de Neurologue

Un manuel pour le personnel paramédical aux pays en voie de développement

Edition française du livre:

Where There is No Neurologist



A manual for paramedical professionals in developing countries

Gretchen L. Birbeck MD, MPH

Préface de l'édition française

Ce livre est la version française du livre «Where there is no neurologist» du Dr. Gretchen Birbeck de Michigan State University. En accord avec le docteur Birbeck, nous avons essayé de traduire précisément son ouvrage pour permettre au personnel paramédical de l'Afrique francophone l'accès aux informations de la neurologie.

Ainsi nous exprimons nos sincères remerciements principaux au Dr. Gretchen Birbeck et son équipe.

Nos remerciements s'adressent aussi à la gtz, Coopération Technique Allemande, pour avoir rendu financièrement possible la publication de ce livre. Notre gratitude s'adresse également au DED, Service Allemand de Développement, pour avoir permis notre séjour au Rwanda.

Enfin une reconnaissance spéciale va à l'endroit des traducteurs, à savoir Dr. Edouard Ngendahayo, Dr. James Nkurunziza, Dr. Julien Nyombayire Mutagisha, Dr. Jean de Dieu Nzambaza et Dr. Innocent Uyisabye, tous anciens collègues au service de la Médecine Interne/ Neurologie, au Centre Hospitalier Universitaire de Butare au Rwanda.

La section verte nous présente le répertoire des médicaments, répertoire qui a été adapté à la situation du Rwanda.

Dr. Kirsten Pörtner, médecin

Dr. med. Ruth M. Rottbeck, neurologue, MSc Santé Internationale

Centre Hospitalier Universitaire de Butare

Butare/ Huye, Rwanda

Novembre 2008.

Comité Consultatif Editorial

Dr. Francis Bwalya
Dr. Bella Sterling Carroll
Dr. Costatine Malama
Dr. Ignace Gasana
Captain Raphael Mukomba, AMO¹
Mrs. Ellie Kalichi, RN
Mavis Kapumba, COG²
Michael Lemba, COG
N.Singogo, COG
B. Sichone, CO Anesthésiste
Charles Mang'ombe, COG
Dr. Kennedy Malama, SMO
Chimuka Shatika Sikapande, COG
Banda James Wilbroad, COG
Muria Simuyaba, COG
Max Makuyu, COG
Moses Kayuma, COG
Harold K. Nkhoma, COG
Margaret Mukeleka Banda, COG
Beenzu Hamando, COG
Warren Mweemba

¹ Agent d'Assistance Médicale

² Le clinicien général

Remerciements

Le financement de ce livret et des séminaires de formation associés a été fourni par la Fédération Mondiale de Neurologie (FMN), le Mouvement International de Lancet 2001 et l'Université d'Etat de Michigan.

Un grand merci à Angela Stead pour les excellentes illustrations fournies dans le présent manuel. Merci également à Peter Crumpler pour l'assistance technique opportune et Alexa Brandt pour le soutien administratif inlassable.

Un merci tout spécial aux membres du Comité Consultatif de Rédaction dont la révision et le pilotage ont permis le brouillon précoce de ce texte d'être amélioré significativement. En outre, merci aux 85 prestataires de soins de santé en Zambie qui ont participé à un cours de *Neurologie* pendant l'été. Leurs commentaires sur le matériel de formation ont été extrêmement utiles.

Les opinions exprimées ici sont uniquement celles de l'auteur et ne représentent pas la Fédération Mondiale de Neurologie, le Lancet, l'Université d'Etat de Michigan, ou l'une des organisations ou des personnes qui ont généreusement offert l'aide pour la révision du manuel. Tous les erreurs ou les omissions sont les miens. Les commentaires et les suggestions, en particulier ceux qui peuvent contribuer à améliorer les versions ultérieures de ce manuel, sont les bienvenus.

Gretchen L. Birbeck, MD, MPH
World Federation of Neurology
Medical Education Committee
Assistant Professor
Michigan State University
Clinical Center A-217
138 Service Road
East Lansing, Michigan 48824-1313
USA
Tel: (1) 517-353-8122
Fax: (1) 517-432-9414
Email: gretchen.birbeck@ht.msu.edu

Comment utiliser ce manuel

La TABLE DES MATIERES énumère tout dans ce manuel. La TABLE DES MATIERES est un outil facile pour vous lorsque vous êtes à la recherche d'un sujet particulier dans le manuel. Vous devriez probablement commencer par la lecture de la TABLE DES MATIERES.

Tous les CHAPITRES sont nommés par les plaintes que les patients neurologiques présentent quand ils viennent vous voir. Par exemple, il y a un chapitre sur " PIEDS BRULANTS OU ENGOURDIS". Il y a également une section spéciale (la bleue) sur L'EXAMEN NEUROLOGIQUE. L'examen du *système nerveux* vous aidera à *diagnostiquer* le problème du patient. C'est comme l'auscultation des poumons d'un patient qui tousse.

LE REPERTOIRE DES MEDICAMENTS (en vert) se trouve à la fin du livre. Il décrit comment utiliser tous les médicaments décrits dans ce manuel sans danger pour le traitement des problèmes neurologiques. Beaucoup de médicaments ont plus d'un nom. Nous avons essayé d'énumérer tous les noms différents pour chaque médicament, mais vous risquez de recevoir un nom commercial d'un médicament qui n'est autre que le nom figurant dans le REPERTOIRE DES MEDICAMENTS. Si vous connaissez le nom du médicament que vous obtenez, essayez de l'écrire dans l'espace prévu. Un médecin ou un pharmacien peut vous aider à trouver les noms génériques (sans marque) pour les médicaments dans votre hôpital ou clinique.

Le GLOSSAIRE (dans la section jaune) énumère quelques uns des mots plus difficiles utilisés dans le manuel. Les mots longs ne sont pas toujours meilleurs et peuvent parfois prêter à confusion, mais certains mots ont un sens spécial et sont importants pour vous de connaître. Si un mot est répertorié dans le GLOSSAIRE, il apparaît *en italique comme ceci*. Si un mot apparaît en italique et que vous ne savez pas ce qu'il signifie, vous pouvez chercher dans le GLOSSAIRE en regardant la première lettre du mot que vous ne connaissez pas. Les termes du GLOSSAIRE sont classés par ordre *alphabétique* (vous pouvez vérifier ce mot déjà).

Souvent en médecine nous raccourcissons ou abrégeons les noms. Il se peut par exemple que vous n'écrivez pas «tuberculose» dans vos notes, vous écririez probablement «TB». Toutes les ABREVIATIONS utilisées dans ce manuel sont indiquées par ordre *alphabétique* à la fin du manuel dans la section rose.

Tout au long de ce manuel, certaines sections sont spécialement marquées avec des symboles différents.



Quand vous voyez cette main, ayez une attention particulière car les points clés en soins neurologiques y sont élaborés.



Quand vous voyez ce crayon, ceci vous rappelle de quelque chose qui devrait être écrit dans le dossier médical du patient.

Idéalement, vous devriez essayer de lire l'ensemble de ce livre au moins une fois. Puis quand quelqu'un arrive avec une plainte qui, selon vous, vient d'un problème du *système nerveux*, il vous suffit de jeter un coup d'œil dans le livre (probablement d'abord regarder la TABLE DES MATIERES) pour vous rappeler ce qu'il faut faire. Après avoir utilisé ce livre chez plusieurs patients atteints des problèmes neurologiques, il se peut que vous vous retrouviez sans la nécessité de relire le livre! Malheureusement, vous risquez de ne pas avoir assez de temps pour lire le livre entier à la fois. Si vous n'avez pas le temps de lire l'ensemble du livre tout à la fois, pensez à lire un chapitre par semaine. Choisissez les chapitres qui mentionnent une plainte que vous voyez souvent. Par exemple, beaucoup de professionnels de la Santé Maternelle et Infantile prennent soin des enfants qui ont des crises d'épilepsie lors de fortes fièvres. Si vous voyez beaucoup d'enfants avec ce problème, alors Chapitre 1 - Chutes, évanouissements, convulsions et crises serait un bon chapitre à lire en premier lieu. Quel que soit le type de patients que vous voyez, lisez la section bleue sur l'EXAMEN NEUROLOGIQUE. La plupart des chapitres se réfère à cette section.

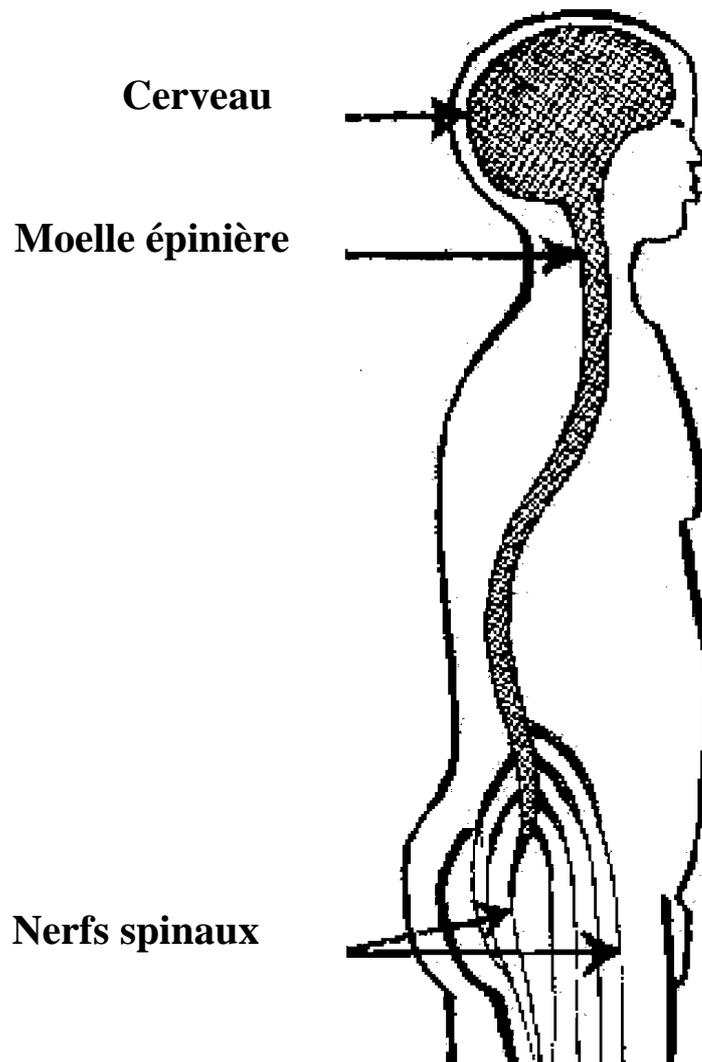
Envisager de garder ce manuel disponible dans votre clinique ou salle d'hospitalisation. Lorsque quelqu'un voit un patient avec une plainte neurologique, il peut simplement consulter la section appropriée pour l'aide. Chaque chapitre a un résumé d'une page à la fin. Le "résumé" vous propose un rappel rapide sur la façon d'aborder le problème neurologique discuté dans ce chapitre. Le manuel sera probablement plus utile s'il est conservé à proximité des patients plutôt que dans une bibliothèque éloignée!

Table des matières

Introduction	page 8 à 9
L'examen neurologique (bleu)	page 10 à 21
Chapitre 1 - Crises, évanouissements, convulsions et absences	page 22 à 28
Chapitre 2 - Convulsions fébriles	page 29 à 34
Chapitre 3 - Trémulations, tics et autres mouvements étranges	page 35 à 38
Chapitre 4 - Pieds brûlants ou engourdis	page 39 à 46
Chapitre 5 - Paralyse faciale	page 47 à 50
Chapitre 6 - Maux de tête (aigus)	page 51 à 58
Chapitre 7 - Maux de tête (récurrents)	page 59 à 64
Chapitre 8 - Mal au dos	page 65 à 71
Chapitre 9 - Mal à la nuque	page 72 à 76
Chapitre 10 - L'enfant lent	page 77 à 87
Chapitre 11 - Paralyse aiguë	page 88 à 93
Chapitre 12 - Traumatisme crânien	page 94 à 100
Chapitre 13 - Paludisme cérébral	page 101 à 105
Chapitre 14 - Plusieurs crises d'épilepsie	page 106 à 110
Chapitre 15 - Coma	page 111 à 117
Sujets Particuliers	
A. La lèpre	page 118 à 120
B. VIH/SIDA et le système nerveux	page 120 à 123
Répertoire des Médicaments (vert)	page 124 à 141
Glossaire (jaune)	page 142 à 147
Abréviations (rose)	page 148 à 149
Annexes	page 150 à 152

Introduction

Un *neurologue* est un médecin avec une formation spéciale pour soigner les patients atteints des problèmes liés au *système nerveux*. La *Neurologie* est l'étude du *système nerveux*. Le *système nerveux* comprend le cerveau, la *moelle épinière* et les nerfs. Le cerveau est contenu dans le crâne (la tête). La *moelle épinière* est dans votre dos. Les nerfs quittent le cerveau et la moelle épinière vers votre visage et votre corps entier jusqu'à votre gros orteil. Certaines personnes (même certains médecins!) croient que les patients avec des problèmes dans le *système nerveux* ne peuvent pas être aidés. **Ce n'est pas vrai!** Il y a plusieurs problèmes neurologiques communs que vous voyez probablement chaque jour qui ont de très bons traitements.



Le cerveau est le centre de l'information qui dit à notre corps ce qu'il faut faire. Il détient nos mémoires afin que nous puissions apprendre. Il nous permet de marcher, de parler et de manger. Lorsque ça va mal avec notre cerveau, nous pouvons avoir des douleurs comme des maux de tête. Mais aussi les problèmes du *système nerveux* peuvent causer des problèmes étranges. Les *crises d'épilepsie* prennent l'origine dans le cerveau et peuvent ressembler à des évanouissements ou des crises. Les comportements bizarres, comme ceux observés chez les patients psychotiques, peuvent être liées à des problèmes cérébraux. Les traumatismes de la *moelle épinière* provoquent une *parésie* (faiblesse). Les médicaments, les infections ou la mauvaise nutrition peuvent endommager les nerfs et par conséquent causer des pieds douloureux, brulants ou engourdis. La lèpre est aussi une maladie des nerfs.

Les problèmes neurologiques peuvent souvent être traités avec des conseils, un changement de régime ou par des médicaments disponibles à la pharmacie locale. Certaines plaintes neurologiques viennent des graves problèmes de la santé. Les patients atteints des graves problèmes neurologiques doivent être adressés à un médecin pour obtenir une aide supplémentaire, s'il en existe.

Ce livre vous aidera à :

1. Reconnaître (ou *diagnostiquer*) les problèmes communs du *système nerveux* chez vos patients.
2. Traiter plusieurs problèmes neurologiques avec des conseils ou des médicaments qui vous sont disponibles.
3. Reconnaître quand les problèmes neurologiques doivent être révisés par un médecin.

Les gens avec des problèmes affectant leur *système nerveux* ont besoin de beaucoup d'aide et de soutien. Les maladies du *système nerveux* peuvent rendre les personnes incapables de travailler et peuvent leur causer de nombreux problèmes sociaux. Ce manuel est conçu pour vous aider à les aider. En tant que prestataires de soins de santé ayant des connaissances spéciales sur les maladies neurologiques, vous serez des travailleurs encore plus précieux de votre communauté. D'autres cliniciens et infirmiers peuvent se rendre compte que vous avez un intérêt particulier à aider les patients atteints de problèmes neurologiques. Ce qui est bien car si vous voyez beaucoup de patients atteints des problèmes neurologiques, vous saurez encore mieux vous occuper d'eux. Le partage de ce manuel et vos connaissances avec les autres cliniciens et les infirmiers est une autre manière d'améliorer les soins pour les personnes atteintes des problèmes neurologiques.

L'examen neurologique

Croyez-le ou pas, vous avez probablement déjà examiné le *système nerveux* de vos patients. Quand vous dites "bonjour" à un patient, le regarder quand il marche dans la salle et l'écouter quand il parle, vous êtes en train d'observer leur *système nerveux* au travail. Vous ne pouvez pas faire la totalité de l'examen neurologique indiqué ici sur chaque patient que vous voyez. Dans chaque chapitre de cet ouvrage, les parties de l'examen qui sont les plus importantes à remplir pour chaque plainte sont notées. L'ensemble de l'examen neurologique est décrit ici, mais vous vous retrouverez en faisant seulement les parties les plus importantes de l'examen pour chaque patient sur la base de leur plainte.

L'une des plus précieuses choses que vous pouvez offrir comme infirmier ou clinicien avec des compétences particulières en *neurologie* consiste à effectuer un bon examen neurologique et une bonne histoire. Quand quelqu'un a un problème neurologique, son examen peut changer et les observations précoces sont très importantes. En outre, vous ne pouvez pas vous souvenir exactement comment chaque patient que vous voyez était à la consultation antérieure. Des commentaires précis dans leurs dossiers médicaux vont vous permettre de savoir si leur état s'améliore, s'aggrave ou reste le même. Cela peut être important lorsqu'il s'agit de déterminer s'il convient ou non d'envoyer un patient à l'hôpital pour les soins par un médecin.



N'oubliez pas de noter des choses importantes que vous constatez quand vous examinez le patient.

Le niveau de la conscience

La première partie de l'examen neurologique est d'évaluer le *niveau de la conscience* du patient. Il existe différentes façons de décrire le *niveau de la conscience*.

Etat de la conscience	De quoi le patient ressemble-t-il?
Normal	<u>Adultes</u> -éveillés, vigilants, ils savent ce qui ils sont, pourquoi ils sont en train de vous voir et reconnaissent les membres de la famille. S'ils dorment, ils devraient se réveiller rapidement par votre voix ou un toucher léger et ne devraient pas être réveillés encore et encore. <u>Enfants</u> -éveillés, vigilants, regardent aux alentours. Si effrayés, ils peuvent s'accrocher à leur mère. Si endormis, ils devraient se réveiller assez facilement.
Léthargique	Endormi, exigeant un effort pour les réveiller. Si vous les laissez seuls, ils peuvent s'endormir de nouveau. Ils peuvent être quelque peu confus. Les <u>enfants</u> peuvent sembler irritables et pleurer beaucoup quand ils sont léthargiques.
Obnubilé	Sommeil profond se réveillant seulement s'ils ressentent la douleur induite par une secousse vigoureuse ou pression. Une fois que la douleur s'arrête, ils s'endorment de nouveau.
<i>Coma</i>	Sommeil profond avec peu ou pas de réaction à la douleur ou à la voix.

Quand vous parlez à quelqu'un d'autre (peut-être un autre clinicien ou un médecin) du *niveau de conscience* d'un patient, vous devriez décrire le patient et ne pas utiliser un seul mot comme «*coma*». Les patients peuvent être léthargiques à cause d'un médicament, en particulier des médicaments anti douleurs stupéfiants. Les patients peuvent même sembler un peu léthargiques s'ils sont très fatigués et n'ont pas dormi pendant un certain temps. Les patients obnubilés et les patients en *coma* sont habituellement très malades et ont besoin de soins urgents. Vous avez probablement vu des gens avec le paludisme cérébral qui sont dans le *coma* ou obnubilés.

Une façon d'attribuer l'état de la conscience d'un certain nombre de valeur est le Score de Coma de Glasgow (SCG). Le SCG peut être un très bon moyen de communiquer rapidement l'état du patient, mais le nombre seul ne suffit pas comme information. Noter le score de Glasgow et ajouter une description brève du patient est la meilleure façon d'indiquer son niveau de conscience.

SCORE DE COMA DE GLASGOW	
Meilleure réponse motrice	1 = pas de mouvement; les membres restent encore flasques même avec des stimuli douloureux 2 = avant-bras se met en extension 3 = avant-bras se met en flexion 4 = le membre se retire de la douleur 5 = localise et tente d'enlever les stimuli douloureux 6 = suit les commandes simples
Meilleure réponse des yeux	1 = pas d'ouverture, même à la douleur 2 = ouverts à la douleur 3 = ouverts à la parole 4 = ouverture spontanée
Meilleure réponse verbale	1 = pas de sons de toute nature effectué 2 = gémissements ou geignements mais aucune parole 3 = mots intelligibles, mais pas de phrases bien construites 4 = conversant mais confus 5 = orienté et conversant

Score de Coma de Glasgow =

(Meilleure Rép. Motrice) + (Meilleure Rép. Verbale) + (Meilleure Rép. des Yeux)

Après avoir relevé le *niveau de la conscience*, prêtez attention à la façon dont le patient regarde et parle. Son discours est-il clair? A-t-il un sens? Notez chaque problème avec la parole. Si un patient peut avaler et sourire normalement, mais il ne peut pas parler ou que la parole est très lente, il peut avoir une *aphasie*. Si un patient ne peut pas bouger sa bouche et que son discours est difficile, il peut avoir une *dysphasie*.

Notez aussi tous les mouvements étranges. Sont-ils des mouvements saccadés? Y a-t-il des secousses ou des trémulations? Celles-ci sont des choses importantes à considérer et seront examinées dans les chapitres suivants.

Le problème avec le Score de Coma de Glasgow est que les nourrissons et les jeunes enfants ne peuvent pas s'exprimer par des phrases bien qu'ils soient en bonne santé. Pour les enfants atteints de paludisme, le mieux est d'utiliser *l'échelle de Coma de Blantyre*.

Score de Coma de Blantyre chez les jeunes enfants

<u>Réponse</u>	<u>Résultats</u>	<u>Score</u>
Meilleur réponse motrice	Localise les stimuli douloureux	2
	Retire le membre des stimuli douloureux	1
	Pas de réponse ou réponse inappropriée	0
Meilleure réponse verbale	Crie d'une façon appropriée avec des stimuli douloureux ou s'il parle déjà, il parle	2
	Gémissement ou crie anormale aux stimuli douloureux	1
	Pas de réponse verbale aux stimuli douloureux	0
Mouvement des yeux	Regarde et suit	1
	Echoue de regarder et de suivre	0

Score de Coma de Blantyre =

(Meilleure Rép. Motrice) + (Meilleure Rép. Verbale) + (Mouvement des Yeux)

Les nerfs crâniens

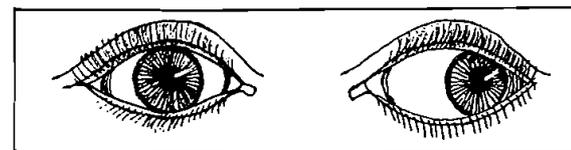
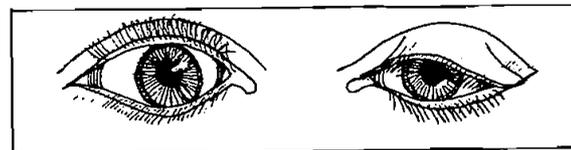
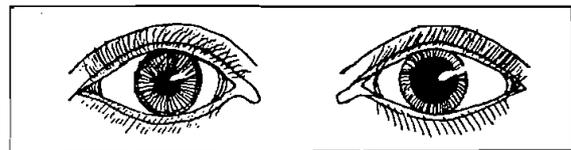
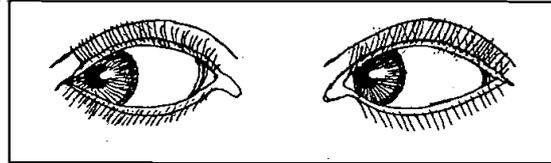
Les nerfs crâniens sont des nerfs venant du cerveau vers la tête, le visage et le cou. Il y a 12 nerfs crâniens. Parfois, un seul nerf a un problème. Parfois, beaucoup de *nerfs crâniens* sont malades ou lésés simultanément. Les problèmes des *nerfs crâniens* causent souvent des anomalies sur seulement la moitié de la tête ou du visage!

Nerf Crânien	Comment examiner le nerf	Si le nerf est malade ou endommagé
1 (un) - pour le nez Nerf olfactif	Le patient peut-il sentir les herbes fortes?	Le patient ne peut sentir aucune chose et peut ne pas être capable de sentir le goût des aliments convenablement.
2 (deux) - pour les yeux ³ Nerf optique	Est-ce que le patient peut compter vos doigts et vous dire combien vous montrez?	Le patient perd la vision d'un œil ou des deux yeux sans cataracte ou blessure.
3 (trois), 4 (quatre), 6 (six) - pour les muscles qui font bouger les yeux, les paupières et les <i>pupilles</i> . 3 - Nerf oculomoteur 4 - Nerf pathétique 6 - Nerf abducens	Le patient peut-il ouvrir ses yeux, regarder de haut, en bas et vers chaque côté? Est-ce qu'il se plaint de voir double? Les <i>pupilles</i> ont-elles le même diamètre? Elles devraient en avoir le même. En envoyant une lumière dans l'œil d'un patient ses <i>pupilles</i> deviennent petites? Dans une chambre noire les <i>pupilles</i> devraient être plus grandes.	Les patients peuvent avoir une paupière baissée ou une <i>pupille</i> très grande ne diminuant pas même lorsqu'on envoie la lumière dans l'œil. Si une <i>pupille</i> est plus grande que l'autre, l'un des yeux peut avoir un nerf lésé. Les patients peuvent se plaindre d'une vision double.  Si la vision double vient d'un problème d'un <i>nerf crânien</i> , il serait mieux si vous couvrez un œil!!  Parfois vous verrez qu'un seul œil ne bouge pas très bien. Ceci peut être un problème d'un <i>nerf crânien</i> aussi.
5 (cinq) - pour la sensibilité du visage Nerf trijumeau	Touchez légèrement le visage du patient avec un linge mou sur chaque côte. Peut-il sentir le linge mou sur les deux côtés?	Les patients peuvent avoir un engourdissement sur un seul côté du visage, peut-être sur une petite partie. Parfois on peut avoir des douleurs terribles au visage sans avoir un autre problème.

³ S'il y a un docteur pour les yeux, un ophtalmologue, il peut être capable d'utiliser son équipement pour regarder dans l'œil du patient et vraiment voir le nerf crânien 2!

<p>7 (sept) - pour les mouvements du visage</p>  <p>Nerf facial</p>	<p>Demandez au patient de fermer ses yeux. Demandez-lui de sourire. Demandez-lui de lever les sourcils comme s'il était surpris.</p>	<p>Le patient peut avoir un visage faible sur un seul côté qui paraît tombant. Il peut ne pas être capable de sourire d'un seul côté ou fermer un seul œil. Il peut avoir de la salive qui coule de la bouche.</p>  <p>Les sourcils sur le même côté que le visage faible seront aussi faibles si ceci est un problème du <i>nerf crânien</i>.</p>
<p>8 (huit) - pour les oreilles Nerf vestibulo-cochléaire</p>	<p>Examinez la capacité auditive et l'équilibre du patient.</p>	<p>Les lésions du huitième <i>nerf crânien</i> ne sont pas la cause fréquente des problèmes de l'audition car nous avons une double innervation (deux oreilles), mais une lésion aiguë du NC8 peut souvent se manifester avec les nausées, le vomissement et les vertiges sévères.</p>
<p>9 (neuf) et 10 (dix) - pour le derrière de la bouche et de la gorge</p> <p>9 - Nerf glosso-pharyngien 10 - Nerf vague</p>	<p>Demandez au patient d'ouvrir la bouche et de dire «AAAH». Regardez le <i>palais</i>. Il devrait se surélever sur les deux côtés. Si vous avez une spatule (non tranchant) ou un morceau de coton vous pouvez toucher légèrement le derrière de la gorge du patient à côté du <i>palais</i>. Le patient devrait avoir envie de vomir. Regardez le patient en train de prendre une petite gorgée d'eau.</p>	<p>En buvant de l'eau le patient peut avoir envie de vomir. Le <i>palais</i> peut se lever seulement d'un seul côté. Le patient peut ne pas avoir le réflexe de vomir si vous touchez le derrière de sa bouche.</p>
<p>11 (onze) - pour les épaules Nerf accessoire</p>	<p>Demandez le patient de hausser les épaules.</p>	<p>Une seule épaule peut être trop faible pour être haussée.</p>
<p>12 (douze) - pour la langue Nerf hypoglosse</p>	<p>Demandez au patient d'ouvrir la bouche avec la langue gardée à l'intérieure. Examinez la langue lorsqu'elle se repose calmement dans la bouche. Demandez au patient de sortir la langue de la bouche.</p>	<p>La langue peut être faible et inutile d'un seul côté. Lorsque le patient essaie de sortir sa langue de la bouche elle dévie d'un seul côté.</p>

Problèmes avec les nerfs crâniens 3, 4 et 6



Problèmes avec les nerfs crâniens 7-



Problèmes avec les nerfs crâniens 12-



Parce que les nerfs crâniens cheminent ensemble ils sont souvent blessés ou deviennent malades en même temps. Les problèmes des nerfs crâniens peuvent se développer chez les enfants atteints de la tuberculose qui évolue dans le cerveau. Si un enfant avec la tuberculose a des anomalies des nerfs crâniens il doit être examiné par un médecin.



Si vous pensez que quelqu'un a un problème de *nerf crânien* de tout genre, il est très important de tester tous ses nerfs crâniens!!

Examen de la force (Examen de la motricité)

Beaucoup de gens se plaignent de la faiblesse. Les problèmes neurologiques causent habituellement une faiblesse d'un côté du corps seulement ou aux deux jambes. «Une faiblesse de tout le corps» ne vient presque jamais d'un problème neurologique. «Une faiblesse de tout le corps» peut être causée par des infections ou de la dépression. La plupart des gens avec la fièvre se sentent faibles. Il est important de décider si quelqu'un a une faiblesse *focalisée*. Une faiblesse *focalisée* est une faiblesse dans une partie distincte du corps plutôt que l'ensemble du corps. Il y a des mots spéciaux pour les différents types de faiblesse.

Monoparésie - C'est une faiblesse limitée à un seul bras ou une jambe.

Hémi-parésie - C'est une faiblesse d'un côté du corps de sorte que le bras et la jambe de ce côté sont à la fois faibles. Parfois, un seul côté du visage peut également être faible.

Paraparésie - C'est une faiblesse limitée aux jambes.

Parésie, hémi-parésie et paraparésie sont tous des signes d'un problème neurologique et doivent être étroitement examinées.

La *parésie* signifie la faiblesse, mais si quelqu'un est totalement incapable de déplacer une partie de son corps c'est-ce que nous appelons *plégie*. Quand quelqu'un a une *plégie*, il peut avoir une *hémiplégie* ou *paraplégie*. Sachant que la perte complète de la force est rare, tout au long de ce livre, nous ferons référence à la faiblesse comme *parésie*. N'oubliez pas qu'une *parésie* complète est une *plégie*.

Pour tester la force du bras, vous pouvez demander à quelqu'un de tenir les bras en l'air et voir si tous les deux bras ne peuvent pas être maintenus en l'air. Le meilleur test de la force de la jambe est de demander à quelqu'un de déambuler dans la salle pour vous. Traîne-t-il une jambe? Un bras reste-t-il fixé sur son côté quand il marche? S'il peut marcher, demandez-lui de se lever sur ses orteils et après sur ses talons. Puis, demandez-lui de s'accroupir profondément. Si quelqu'un peut faire toutes ces choses, probablement il n'est pas très faible. Parfois il n'y a pas de faiblesse, par contre les gens ont des douleurs qui les empêchent de marcher et de s'accroupir. Chez ces sujets, il peut être très difficile de tester leur force.

Si les gens se plaignent de la faiblesse des jambes, assurez-vous et demandez-leurs s'ils ont des difficultés à contrôler la *miction* ou la *défécation*. Les nerfs des jambes contrôlent également la *miction* et la *défécation*.

Tonicité

L'examen des réflexes a besoin d'un marteau à réflexe, mais vous pouvez vérifier la tonicité du patient simplement en déplaçant passivement leurs bras et leurs jambes. Pour les patients qui sont éveillés, essayez de les amener à se détendre autant que possible. Vérifiez la tonicité de vos collègues et des patients sans problèmes ou plaintes neurologiques pour se faire une idée de ce qui est «normal». Pour une lésion aiguë du SNC, la tonicité est souvent diminuée. Les lésions ou problèmes chroniques sont plus susceptibles d'être associées à une augmentation de la tonicité dans laquelle les muscles du patient sont plus tendus ou serrés que la normale.

Examen de la sensibilité

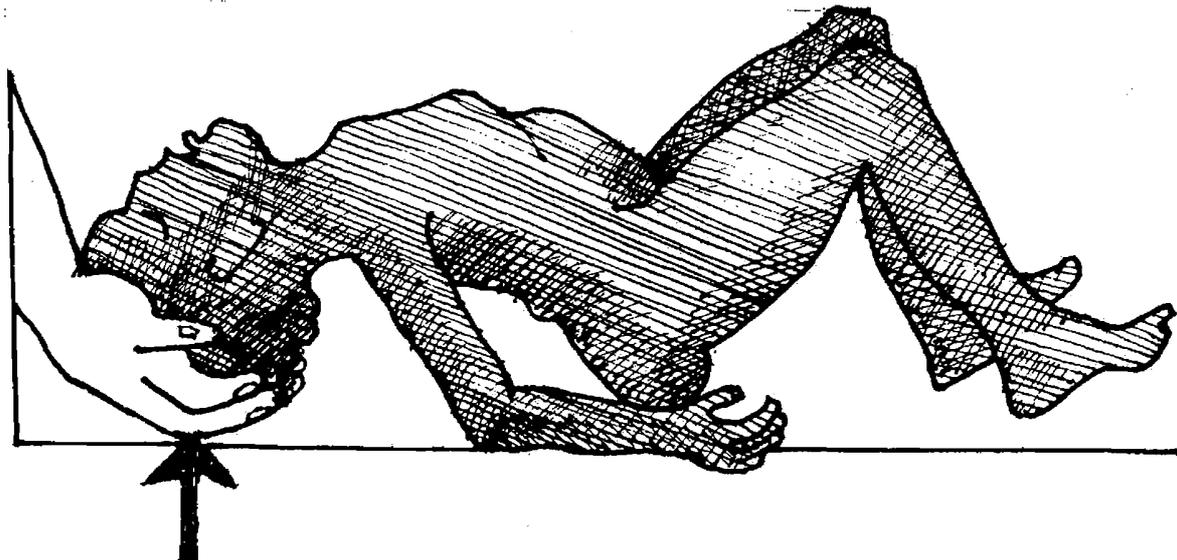
La plupart des gens vous dira qu'ils ont un engourdissement ou de la douleur, mais si quelqu'un se plaint de la faiblesse, il est important de se renseigner au sujet de l'engourdissement ou de la douleur. Vous pouvez tester la sensation avec un morceau de tissu doux et un morceau tranchant. (Ne jamais chatoyer quelqu'un assez fort pour provoquer des saignements!).

Beaucoup de choses compliquées peuvent être faites pour tester le *système nerveux*, mais si vous pouvez faire l'examen neurologique décrit ci-dessus, vous aurez terminé un examen raisonnable. Des nombreuses fois vous risquez de ne pas être certains si un patient a un problème neurologique. Vous pouvez achever l'examen et noter tout ce que vous remarquez. Ensuite, réexaminer le patient dans une semaine ou deux. La comparaison des résultats de deux examens peut être très utile.



Annexe 1 montre un exemple d'une fiche d'enregistrement pour l'examen neurologique qui peut être utile. Utilisez ces feuilles (faites vos propres!) lorsque vous voyez un patient avec des problèmes neurologiques.

L'inflammation cérébrale



Enfin, il existe quelques examens brefs qui indiquent des problèmes très spécifiques. L'un des problèmes les plus importants que vous devez être en mesure de reconnaître est le *syndrome méningé*. Le *syndrome méningé* est la raideur de la nuque et la douleur causé par l'inflammation dans les *méninges*. Les *méninges* sont les enveloppes épaisses qui recouvrent le cerveau et la moelle épinière et se situent entre le cerveau et le crâne. Les *méninges* sont importantes parce qu'elles aident à protéger le cerveau de blessures, mais elles peuvent également être infectées. Lorsque les gens ont une inflammation des *méninges*, nous disons qu'ils ont une «*méningite*».

Pour vérifier le *syndrome méningé*, vous avez besoin d'examiner le patient couché. Essayez de l'amener à se détendre et puis fléchissez doucement son cou en mettant la tête en avant de façon à faire toucher son menton à sa poitrine. S'il a le *syndrome méningé*, il trouve cela très douloureux. Il peut pousser un cri ou courber le dos. La flexion de la nuque étire les *méninges* et produit des douleurs si les *méninges* sont enflammées.

L'enflure du cerveau chez les enfants

Le gonflement du cerveau peut être dû à des nombreux problèmes différents. Chez les enfants de moins de 3 ans, les *fontanelles* nous permettent de voir s'il y a un gonflement autour du cerveau. Les *fontanelles* sont des petits endroits de la tête du nourrisson où le crâne ne couvre pas le cerveau. La plus grande *fontanelle* est dans le centre de la partie antérieure de la tête d'un enfant.

Habituellement, la *fontanelle* est presque lisse comparativement au reste de la tête, mais si l'enfant est très *déshydraté* (manquant de fluides dans le corps), la *fontanelle* s'enfonce en laissant un creux dans la tête. Si l'enfant a une enflure du cerveau, la *fontanelle* peut être très complète et peut même bomber. Le gonflement de la *fontanelle* demande une attention minutieuse. C'est généralement une situation d'urgence.



NORMAL

ENFONCE
(DEHYDRATION)

BOMBE
(MENINGITE)

Vous pouvez examiner les nourrissons pour voir s'il y a une enflure du cerveau!

Chapitre 1 - Crises, évanouissements, convulsions et absences

Cas clinique

Stephen Mgandu est un homme de 22 ans. Sa famille l'amène à la clinique à cause des absences avec d'évanouissement (certains membres de la famille les appellent «crises»). Les absences apparaissent depuis à peu près cinq ans, et Stephen l'éprouve environ deux fois par mois. Sa famille décrit les crises en disant que Stephen commence par regarder fixement dans la distance et puis il fait des mouvements de la mastication avec sa bouche. Si les crises s'arrêtent avec les mouvements de la mastication, Stephen est confus pendant quelques minutes après. Parfois, les crises ne s'arrêtent pas et il tombe par terre tremblant, inconscient pendant plusieurs minutes après et dort à peu près pendant une heure. Quand il tombe par terre, il *urine* souvent sur les vêtements et mord sa langue. Une fois il a *déféqué* même dans ses vêtements. Ce problème a commencé il y a cinq ans, peu de temps après que Stephen ait eu un traumatisme crânien dans un accident de voiture. Aucune autre personne dans la famille ayant eu de crises. Entre les épisodes, Stephen va bien. Les crises inquiètent la femme de Stephen. Elle a peur qu'elle ou les enfants aussi attrapent les crises. Elle est aussi effrayée car une fois Stephen a failli tomber dans le feu. Stephen n'a pas de mémoire des crises mais sait qu'il se réveille parfois dans des lieux étranges avec des plaies sur la langue et des maux de tête.

Discussion

Stephen souffre de l'*épilepsie*. L'*épilepsie* est lorsque les gens ont des *crises d'épilepsie récurrentes*. Les *crises d'épilepsie* sont une *perte de conscience* due à l'activité cérébrale *anormale*. Le problème initial a probablement débuté avec un traumatisme crânien lors d'un accident de voiture il y a cinq ans. Parfois, le cerveau est lésé et développe une cicatrice. Cette cicatrice peut provoquer des crises d'*épilepsie*. Beaucoup de gens épileptiques n'ont pas d'histoire d'un traumatisme crânien. Il existe de bons médicaments pour l'*épilepsie* et **l'épilepsie n'est pas contagieuse**. Les patients épileptiques peuvent être très mal traités par d'autres dans leur village. Parfois même les membres de leurs propres familles les rejettent. Ils ont besoin de votre aide et de votre soutien.

Lorsque les enfants sont épileptiques, leurs parents souvent les retirent de l'école. Chez les enfants avec l'*épilepsie* qui sont normaux à part cela, **il n'y a aucune raison pour que l'enfant soit retiré de l'école**. Malheureusement, parfois les enseignants et les autorités de l'école demandent que les enfants épileptiques soient retirés de l'école. Les enfants avec l'*épilepsie* devraient avoir la même chance de fréquenter l'école que les autres enfants.

Autres points clés

1. Les membres de la famille souvent appellent les *crises d'épilepsie* les crises, les évanouissements, les absences ou les convulsions. Vérifiez toujours lorsque quelqu'un vient à l'hôpital après un évanouissement, si il n'a pas vraiment fait une *crise d'épilepsie* puisque les deux problèmes nécessitent un traitement différent.
2. Parfois, les personnes avec les *crises d'épilepsie* savent que les crises sont à venir et peuvent s'allonger dans un endroit sûr pour se protéger contre les chutes.
3. Les personnes avec les *crises d'épilepsie* peuvent être très réticentes et gênées d'admettre leur problème. Des questions prudentes peuvent vous aider à déterminer si le patient a des *crises d'épilepsie*.
4. Si les gens ont des crises d'épilepsie *récurrentes* (plus qu'une), nous appelons souvent ceci l'*épilepsie*. Les enfants qui ont seulement des crises d'épilepsie avec les fièvres fortes ne sont pas épileptiques (Voir CHAPITRE 2 - CRISES D'ÉPILEPSIE FEBRILES).
5. Certains patients ne regardent pas fixement ou ne font pas de mouvements de mastication avant les crises d'épilepsie. Ils tombent simplement par terre et commencent à trembler. Les secousses peuvent commencer dans un seul membre ou dans tout le corps à la fois.
6. Beaucoup de gens avec des *crises d'épilepsie* prennent les médicaments traditionnels (en particulier les thés de brousse) pour leur problème. Il est important que la famille comprenne qu'**il ne faut pas** mettre les thés de brousse ou n'importe quoi d'autre dans la bouche pendant une crise.
7. Certaines personnes qui boivent trop de bière (ou d'autres *boissons alcooliques* qui provoquent l'ivresse) ont des *crises d'épilepsie* à cause de l'alcool. Habituellement, les crises se produisent un jour ou deux après avoir arrêté la bière. Il est important de demander si la personne avec des crises est un grand buveur.

Questions à poser

1. La personne a-t-elle beaucoup de crises/ absences?
S'il n'a eu qu'une seule crise, peut-être ce n'est pas une *crise d'épilepsie*. Même s'il s'agissait d'une *crise d'épilepsie*, elle n'a peut-être pas besoin d'être traitée.
2. La crise arrivait-elle quand la personne était chaude, malade, faible ou malaise autrement?
Est-ce qu'il y avait une bonne raison pour que la personne se soit évanouit - travaillant dans les champs chauds toute la journée sans eau est plus susceptible de provoquer un évanouissement qu'une *crise d'épilepsie*.
3. S'agit-il d'une personne qui a eu un traumatisme crânien? N'a-t-elle jamais souffert d'une infection cérébrale avec le paludisme cérébral ou une *méningite*?
Ces personnes sont plus susceptibles d'être épileptiques (mais la plupart des personnes atteintes du paludisme cérébral ou d'une *méningite* n'attrapent jamais l'épilepsie).

4. Est-ce que les crises commencent TOUJOURS par des secousses dans un bras ou une jambe? Ou par la confusion?

5. La personne est-elle en plein forme quand elle n'a pas de *crise d'épilepsie*? Est-ce qu'elle a souffert de perte de poids? Des maux de tête? De la tuberculose? Est-ce qu'elle a le VIH ou le SIDA?

6. La personne, est-elle une femme enceinte?

Si c'est le cas, **vérifiez sa tension artérielle**. Elle risque d'avoir l'*éclampsie*.

Examen

Si quelqu'un avec des chutes ou des crises d'épilepsie arrive chez vous et est encore inconscient, semble très malade avec une fièvre forte ou a plus qu'une crise et ne se réveille pas entre les crises d'épilepsie, il peut avoir l'*état de mal épileptique*. Voir CHAPITRE 14 - PLUSIEURES CRISES D'ÉPILEPSIE pour lire sur la façon de prendre soin de ces patients. L'*état de mal épileptique* est une urgence neurologique!

Si la personne est éveillée et alerte dans la clinique, vous devez effectuer un examen neurologique complet. Peuvent-ils marcher normalement? Est-ce qu'un côté de leur corps est faible? Sont-ils engourdis partout? Examinez leurs nerfs crâniens. Si tout semble normal, alors ils ont probablement l'*épilepsie* et ont besoin des médicaments.

Autres problèmes éventuels (Diagnostic différentiel)

1. Les *crises d'épilepsie* peuvent également commencer pendant la grossesse et peuvent être dues à l'*éclampsie*. Si la personne ayant les crises d'épilepsie est une femme enceinte, il s'agit d'une situation d'urgence.



Voir CHAPITRE 14 - PLUSIEURES CRISES D'ÉPILEPSIE



2. Évanouissement - Parfois il est difficile de décider si quelqu'un a eu une crise d'épilepsie ou simplement un évanouissement. Habituellement l'évanouissement survient lorsque quelqu'un a un corps affaibli par quelque autre cause. Les femmes enceintes peuvent s'évanouir si elles sont très anémiques.

3. Les *crises d'épilepsie fébriles*: Les enfants peuvent avoir des *crises d'épilepsie* avec une fièvre forte comme la fièvre palustre. Ces enfants n'ont pas d'*épilepsie* et sortiront des crises d'épilepsie dans le temps. Ils n'ont pas besoin des médicaments pour l'*épilepsie*. Voir CHAPITRE 2 – CONVULSIONS FEBRILES.

4. Crises psychogènes (crises pseudo-épileptiques) - Ce sont des événements qui peuvent sembler comme une crise d'épilepsie mais en fait ce sont des attaques hystériques délibérément «mise en scène» par le patient, le plus souvent pour obtenir l'attention. Les patients qui ont toujours des crises psychogènes le font quand il y a une «audience» autour pour témoigner leur

performance. Si personne ne lui regarde, généralement la crise diminue. Les personnes qui ont des crises psychogènes habituellement ne se blessent pas quand ils tombent, n'urinent pas sur eux-mêmes et ne mordent pas leur langue. Il est important de reconnaître que les personnes ayant des crises d'épilepsie peuvent avoir aussi des crises d'épilepsie psychogènes.

Prise en charge

Si la personne dont vous vous occupez semble avoir une *épilepsie* (elle a des *crises récurrentes* sans raison évidente) alors elle a besoin des médicaments. Il est important de vous assurer qu'elle n'a pas de crises dues à un état grave tel que la *méningite*. Si le patient a des résultats *anormaux* à l'examen, souffre de la tuberculose, a une perte pondérale sévère ou les fièvres nocturnes ou a des maux de tête sévères quotidiens, vous devez le référer au médecin le plus proche pour l'examen.

Si la personne est un grand buveur de bière, il est mieux de lui expliquer que ses crises peuvent être dues à la bière. Il est nécessaire d'arrêter de boire de la bière pour faire disparaître les *crises d'épilepsie*.

Si le patient a des crises *récurrentes* mais aucune anomalie trouvée à l'examen, alors traitez-le avec le PHENOBARBITAL. Si l'examen neurologique de la personne est *anormal* après la crise, il est particulièrement important de le référer à un médecin pour l'évaluation ultérieure.

VOIR LE REPERTOIRE DES MEDICAMENTS pour obtenir des instructions sur la façon d'administrer le PHENOBARBITAL.

Assurez-vous de lire le REPERTOIRE DES MEDICAMENTS pour toutes les informations sur le phénobarbital.

Les autres médicaments pour les crises d'épilepsie que vous pouvez utiliser sont -

PRIMIDONE

CARBAMAZEPINE

PHENYTOINE

ACIDE VALPROIQUE

Ils sont aussi tous discutés dans le REPERTOIRE DES MEDICAMENTS. Le PHENOBARBITAL est le médicament le moins cher et le plus facile à acheter. Il agit aussi bien et ne doit être pris qu'une fois par jour. Le PHENOBARBITAL devrait être le premier médicament à essayer à moins que les autres médicaments antiépileptiques soient facilement disponibles ou que le patient ait beaucoup d'argent et puisse acheter les autres médicaments. Si le patient est atteint d'une grave réaction allergique au PHENOBARBITAL, par exemple il développe une grave éruption cutanée ou une enflure du visage lors de la prise du PHENOBARBITAL, alors il ne peut pas utiliser le PHENOBARBITAL ou PRIMIDONE. Un autre médicament doit être utilisé pour traiter ses crises.

Directives pour le suivi

Après le commencement du traitement avec le PHENOBARBITAL, le patient peut se sentir fatigué

et endormi pendant quelques jours, mais cela devrait s'améliorer. Commencez avec la plus faible dose recommandée. Revoyez le patient après une semaine. S'il a une autre *crise* avant d'avoir pris le médicament pendant deux semaines, encouragez-le à continuer à le prendre car le médicament peut avoir besoin encore du temps pour agir. Si le patient a une autre crise après avoir pris le PHENOBARBITAL pendant deux semaines ou plus, augmentez la dose comme indiqué dans le REPERTOIRE DES MEDICAMENTS.

Si la personne est très, très fatiguée après avoir pris le phénobarbital pendant une semaine, vous devrez peut-être réduire la dose. De plus, si elle commence à apparaître dans un état d'ébriété, a du mal à marcher ou se plaint d'une sensation de vertige la dose devrait être diminuée.



Avant de procéder à toute modification de la dose, il est très important de confirmer exactement quelle dose du médicament la personne était en train de prendre effectivement!

Si le patient a des crises d'*épilepsie*, elles peuvent être dues au fait qu'il ne prend pas le médicament que vous avait prescrit. L'augmentation de la dose du médicament ne sera d'aucun secours car de toute façon il ne le prenait pas. En plus, l'augmentation de la dose du médicament peut le rendre malade s'il commence soudainement à prendre une dose plus élevée.

Autres actions

Les patients qui ont la tuberculose ou le VIH/SIDA peuvent avoir des *crises d'épilepsie* causées d'une infection du cerveau nécessitant un traitement. Ces patients ont besoin d'être vus par un médecin. S'il n'est pas possible pour eux de voir un médecin, vous pouvez commencer le traitement de l'*épilepsie*, mais le problème (comme une infection du cerveau) ne disparaîtra pas. Le PHENOBARBITAL traite les crises d'épilepsie seulement et ne pas le problème du cerveau. Si les crises sont dues à une cicatrice cérébrale causée par un traumatisme crânien, alors traitez les crises. Les cicatrices ne s'aggravent pas. Si les crises sont dues à une infection ou une tumeur, le problème va s'empirer si le patient ne reçoit pas une meilleure prise en charge. Il est préférable de l'envoyer à la clinique ou à l'hôpital le plus proche disposant un médecin.

Si la personne avec des nouvelles *crises d'épilepsie* se plaint également des maux de tête fréquents ou perte visuelle ou vous trouvez quelque chose *anormale* à son examen, vous pouvez commencer par les mettre sur PHENOBARBITAL mais aussi envoyez-les à un médecin pour un contrôle.

Education du patient

Les personnes épileptiques sont souvent gravement blessées quand ils tombent dans les feus.



Si quelqu'un vient chez vous avec des brûlures, demandez-lui s'il s'est évanoui ou s'il a eu une absence/ chute. Peut-être qu'il est tombé dans le feu pendant une crise d'épilepsie.

Vous devriez avertir les gens souffrant d'épilepsie d'éviter de travailler près du feu nu car ils pourraient avoir une crise d'épilepsie et tomber dedans. En plus, les épileptiques ne devraient pas

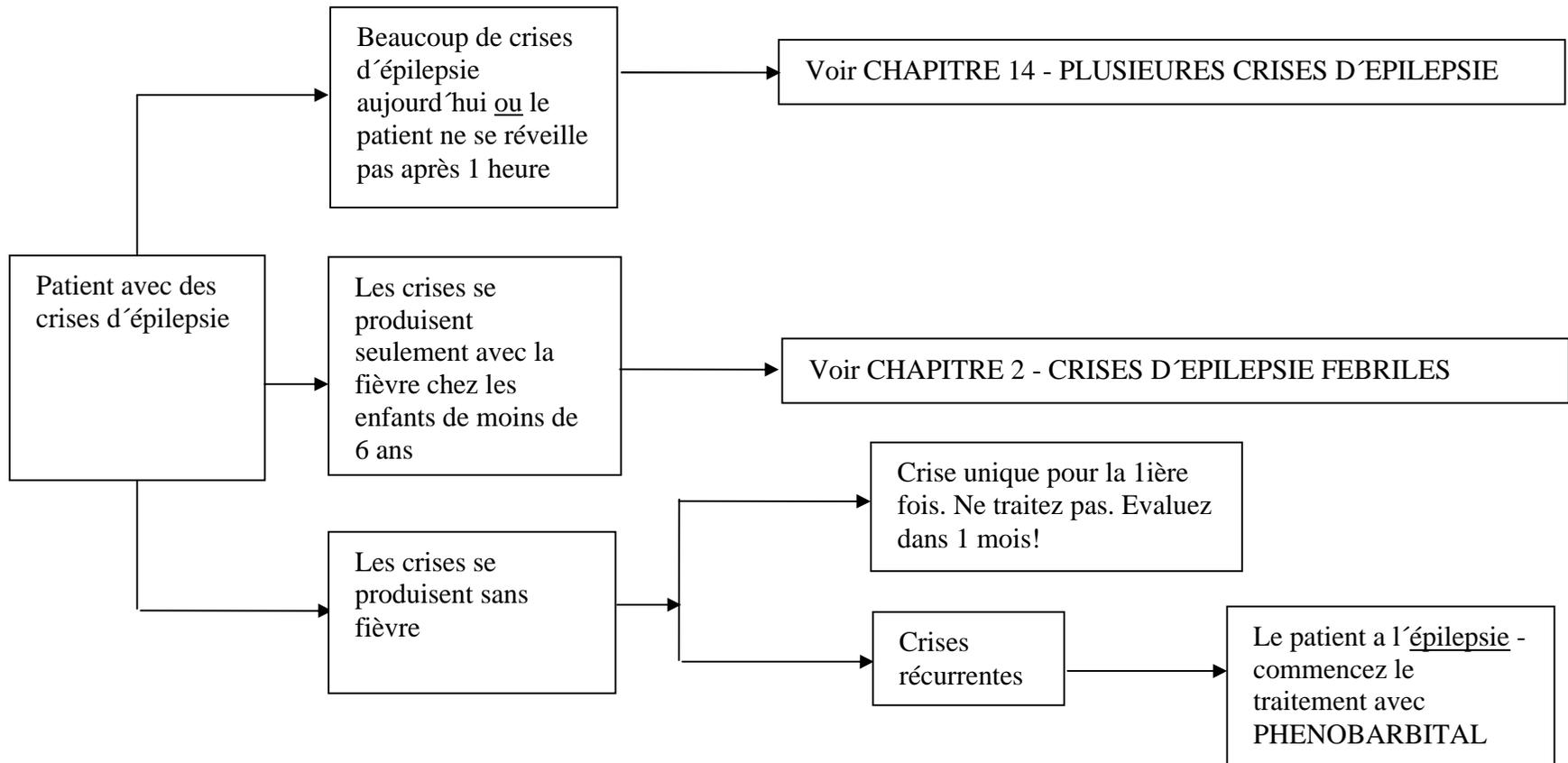
conduire les véhicules ou nager. Les crises peuvent provoquer des accidents de la voie publique ou une noyade.

Les personnes épileptiques doivent être conseillées de dormir sur des heures régulières et d'éviter la bière (ou tout autre *alcool*) car un sommeil médiocre et l'alcool aggraveront leurs crises même si elles prennent des médicaments appropriés. Il est recommandable de dormir au moins 8 heures chaque nuit.

N'oubliez pas que les membres de la famille ont besoin des instructions sur la façon de prendre soin de la personne lorsqu'elle a une crise.

Premièrement, on devrait mettre n'importe quelque chose dangereuse (liquides chauds, des objets tranchants) hors de la personne. **L'épilepsie n'est pas contagieuse, c'est à dire personne ne sera «attraper» des crises d'épilepsie en aidant!** Personne ne devrait mettre quelque chose dans la bouche du patient pendant la crise (pas de thés de brousse, pas de médicaments). Après l'arrêt de la crise d'épilepsie, placez le patient sur le côté avec la tête latéralement de façon que toute la salive ou de vomis sorte de la bouche et ne retourne pas dans les poumons. Si la personne a plus d'une crise ou le réveil n'est pas dans l'heure habituelle (environ 30-60 minutes), la famille a besoin de la porter rapidement à la clinique ou l'hôpital pour des soins.

Résumé: Crises, évanouissements, convulsions et absences



Chapitre 2 - Convulsions fébriles

Cas clinique

Bright Samu est un enfant âgé de 3 ans amené à la clinique pour «les crises et la fièvre». Sa mère rapporte qu'il a eu une température corporelle élevée pour 2 jours avec quelques vomissements. Ce matin, il avait une forte fièvre et sa mère l'a vu se figer et trembler partout. Il s'est endormi après la crise. En clinique, il a l'air d'être malade car il pleure et s'accroche à sa mère. Sa température est de 40 degrés Celsius. Un frottis de sang épais pour la malaria est négatif.

Discussion

Les *convulsions fébriles*, aussi appelées «crises d'épilepsie de lait», sont courantes chez les enfants qui vivent dans des régions touchées par le paludisme. Même aux États-Unis (pas de paludisme là!) les enfants qui font les infections peuvent avoir des crises d'épilepsie quand leur température corporelle devient très élevée.

Les *convulsions fébriles* sont dues à l'activité cérébrale *anormale* provoquée par des températures du corps très élevées. Les *convulsions fébriles* surviennent habituellement chez les enfants de 1 à 5 ans. Chez les enfants de moins d'un an, la fièvre et les crises d'épilepsie sont plus susceptibles d'être dues à des autres problèmes. Si la première *crise fébrile* d'un enfant survient après l'âge de 5 ans, il a besoin d'une observation étroite pour s'assurer que ce n'est qu'une *crise fébrile* et ne pas le développement de l'*épilepsie*.

Les *convulsions fébriles* ne sont pas les mêmes que l'*épilepsie*. Les enfants avec des *convulsions fébriles* vont les abandonner (généralement par l'âge de 6 ans). Les *convulsions fébriles* surviennent parfois chez plusieurs enfants d'une même famille.



Les enfants avec des *convulsions fébriles* devraient récupérer peu de temps après les crises d'épilepsie. S'ils ne se réveillent pas ou semblent très malades, vous devez tenir compte d'autres problèmes. Voir CHAPITRE 13 - PALUDISME CEREBRAL, CHAPITRE 14 - PLUSIEURES CRISES D'EPILEPSIE, CHAPITRE 6 - MAUX DE TETE (AIGUS). Si l'enfant a une infection cérébrale sous-jacente alors ceci est une crise symptomatique et ne pas une *crise fébrile*.

Autres points clés

Lorsque vous voyez un enfant avec des *crises d'épilepsie* et une fièvre forte, il ne faut pas présumer qu'il s'agit d'une *crise fébrile*. Les enfants avec des *convulsions fébriles* simples habituellement ont seulement une ou deux *crises d'épilepsie*. Même s'ils ont une maladie (souvent le paludisme ou une infection virale), après la *crise* ils se réveillent et sont attentifs. Si

l'enfant n'est pas éveillé et alerte dans quelques minutes après la *crise*, vous devez tenir compte s'il peut avoir un problème plus grave, comme le *paludisme cérébral* ou la *méningite* (Voir CHAPITRE 13 - PALUDISME CEREBRALE).

Questions à poser

1. Quel est l'âge de l'enfant?

Les *convulsions fébriles* surviennent généralement entre l'âge de 1-5 ans. Bien que les enfants de moins de 1 an puissent avoir des crises d'épilepsie fébriles, ces jeunes enfants sont plus à risque de faire des situations plus dangereuses telles que le *paludisme cérébral* ou la *méningite*.

2. Est-ce que l'enfant a déjà eu une *crise* avant? Si oui, toutes les précédentes crises se produisaient-elles quand l'enfant était malade?

Les enfants qui ont des *convulsions fébriles* peuvent développer des *crises d'épilepsie* chaque fois qu'ils ont une fièvre forte, ainsi la mère peut vous dire que ceci s'est passé auparavant. Il est important de s'assurer que l'enfant a des *crises d'épilepsie* seulement avec une température corporelle élevée. Si l'enfant expérimente également des crises d'épilepsie sans la fièvre forte, il peut réellement avoir l'*épilepsie*. Les enfants atteints de l'épilepsie peuvent faire beaucoup de *crises d'épilepsie* quand ils sont malades.

3. Est-ce qu'un des frères ou sœurs de l'enfant avait eu des *convulsions fébriles*?

Les *convulsions fébriles* restent parfois une composante familiale. Les mères reconnaissent souvent que les fièvres provoquent les *crises d'épilepsie* chez leurs enfants.

4. Est-ce que l'enfant a été clairement malade? Quel type de maladie? Toux? Diarrhée? Est ce que la mère est certaine qu'il y avait une chaleur du corps?

Si un enfant a des *crises d'épilepsie* sans fièvre, alors il n'avait pas eu de *convulsions fébriles*.

Examen

Tout d'abord, vérifiez la température de l'enfant. Si l'enfant est fébrile, il a probablement eu de la fièvre quand il avait les *crises d'épilepsie*. Examinez la tête et le cou pour s'assurer que rien n'indique l'existence d'un traumatisme ou d'une blessure.

Les simples *crises d'épilepsie* fébriles sont des événements brefs. Ensuite, l'enfant doit se réveiller et être en mesure de se nourrir ou de manger. Si l'enfant ne se réveille pas ou une crise suit une autre rapidement et sans retour à la conscience, l'enfant peut avoir l'*état de mal épileptique*. L'*état de mal épileptique* est une urgence. Voir page 110 sur le traitement des crises d'épilepsie.

Ensuite voir si l'enfant a une raideur de la nuque qui est un signe pour un *syndrome méningé*. Le *syndrome méningé* survient lorsqu'il y a une inflammation des enveloppes couvrant le cerveau et la moelle épinière. Fléchissez doucement le cou de l'enfant. Si cela semble causer de la douleur, l'enfant peut avoir une *méningite* ou une infection du cerveau provoquant les crises. Si le patient est un nourrisson, essayez de voir si sa *fontanelle* est bombée. Le *bombement de la fontanelle* et le *syndrome méningé* ne sont pas expliqués par des crises d'épilepsie fébriles simples et nécessitent un traitement urgent. Voir page 54, CHAPITRE 6 - MAUX DE TETE (AIGUS).



NORMAL

ENFONCE
(DESHYDRATION)

BOMBE
(MENINGITE)

Enfin, essayez de déterminer pourquoi l'enfant a de la fièvre. Une goutte épaisse pour le paludisme est une bonne idée si vous pouvez en obtenir un. Les infections pulmonaires, les maladies diarrhéiques, les infections de la peau - toutes celles-ci peuvent causer la fièvre. Même une maladie virale mineure (comme un rhume) peut provoquer de la fièvre chez certains enfants. Si l'enfant a eu une *crise fébrile*, votre prochaine tâche consiste à déterminer ce qui a causé la fièvre!

Autres problèmes éventuels (*Diagnostic différentiel*)

1. Le paludisme cérébral - Ceci peut causer des crises d'épilepsie et nécessite une prise en charge urgente. Voir CHAPITRE 13 – PALUDISME CEREBRAL.
2. *Méningite* - Inflammation du cerveau peut causer des *crises d'épilepsie* et de la fièvre. Les enfants ont également un *syndrome méningé* (raideur de la nuque). Ils peuvent réagir à la lumière en fermant les yeux et ils ont l'air d'être très malade.
3. *Crise d'épilepsie non fébrile* – Les enfants peuvent avoir une *crise* unique sans raison. (N'oubliez pas qu'on retient l'*épilepsie* lorsque quelqu'un a plus d'une *crise*).
4. *Epilepsie* - Les enfants épileptiques peuvent avoir des *crises d'épilepsie* quand ils sont malades. Il est important d'être certain que la crise est apparue au cours de la fièvre. Si un enfant a des crises d'épilepsie sans fièvre, vous devrez peut-être tenir compte d'un traitement de l'*épilepsie*.
5. Les enfants peuvent avoir des *crises d'épilepsie* s'ils ont eu des traumatismes crâniens. Les traumatismes crâniens peuvent être dus au fait de tomber tête première sur terre ou d'être frappé à la tête. Secouer un enfant est particulièrement dangereux.



Les gens ne devraient JAMAIS secouer les petits enfants violemment! Les secouer peut provoquer des lésions cérébrales graves!

Prise en charge

Si vous croyez qu'un enfant a eu une *crise fébrile*, tentez de le refroidir. Le mettre dans des bains tièdes ou le mouiller avec un linge dans une salle ouverte peut aider beaucoup à faire baisser sa température corporelle. Les enfants avec fièvres ont également besoin d'une grande quantité de liquide. Encouragez la mère à allaiter ou à fournir suffisamment du SRO.

Le PARACETOMOL est un moyen excellent de faire baisser la fièvre. Le BRUFEN fonctionne également très bien. L'ASPIRIN devrait être évité chez les enfants, mais si vous n'avez pas du PARACETOMOL ou BRUFEN et que l'enfant a eu une crise fébrile, utilisez l'aspirine. VOIR LE RÉPERTOIRE DES MEDICAMENTS pour les doses. Si un enfant a une *crise fébrile*, donnez lui les médicaments pour prévenir la fièvre pendant au moins 3 jours. Si l'enfant vomit et ne peut pas garder le médicament, vous pouvez donner PARACETOMOL, ASPIRIN et BRUFEN en suppositoire (par le rectum).

Essayez de déterminer ce que vous pensez comme cause de la fièvre. Traiter la cause sous-jacente de la fièvre est très important.

Si un enfant a plus d'une *crise fébrile* ou a une crise fébrile durant plus de 10 minutes, vous devriez également le traiter avec DIAZEPAM par injection ou par le rectum. VOIR LE REPERTOIRE DES MEDICAMENTS.

Directives pour le suivi

Si l'enfant a eu plus d'une *crise* dans cette journée, envisagez à le maintenir dans l'infirmierie, l'hôpital ou votre clinique pendant au moins une nuit, même si l'enfant ne semble pas terriblement malade. Ceci est particulièrement important si les parents vivent loin de soins médicaux. Observer l'enfant pour une journée vous aidera à être certain que les médicaments importants pour la fièvre et les infections sont donnés.

Education du patient

Les mères doivent être instruits de ne PAS porter les enfants avec fièvres sur le dos. Cela maintient la chaleur dedans et provoque la température corporelle de devenir encore plus élevée. Lorsque les enfants avec des *crises d'épilepsie fébriles* tombent malades, les mères devraient essayer de refroidir leurs enfants avec un linge humide ou les arroser avec de l'eau et donner une petite dose de PARACETOMOL.

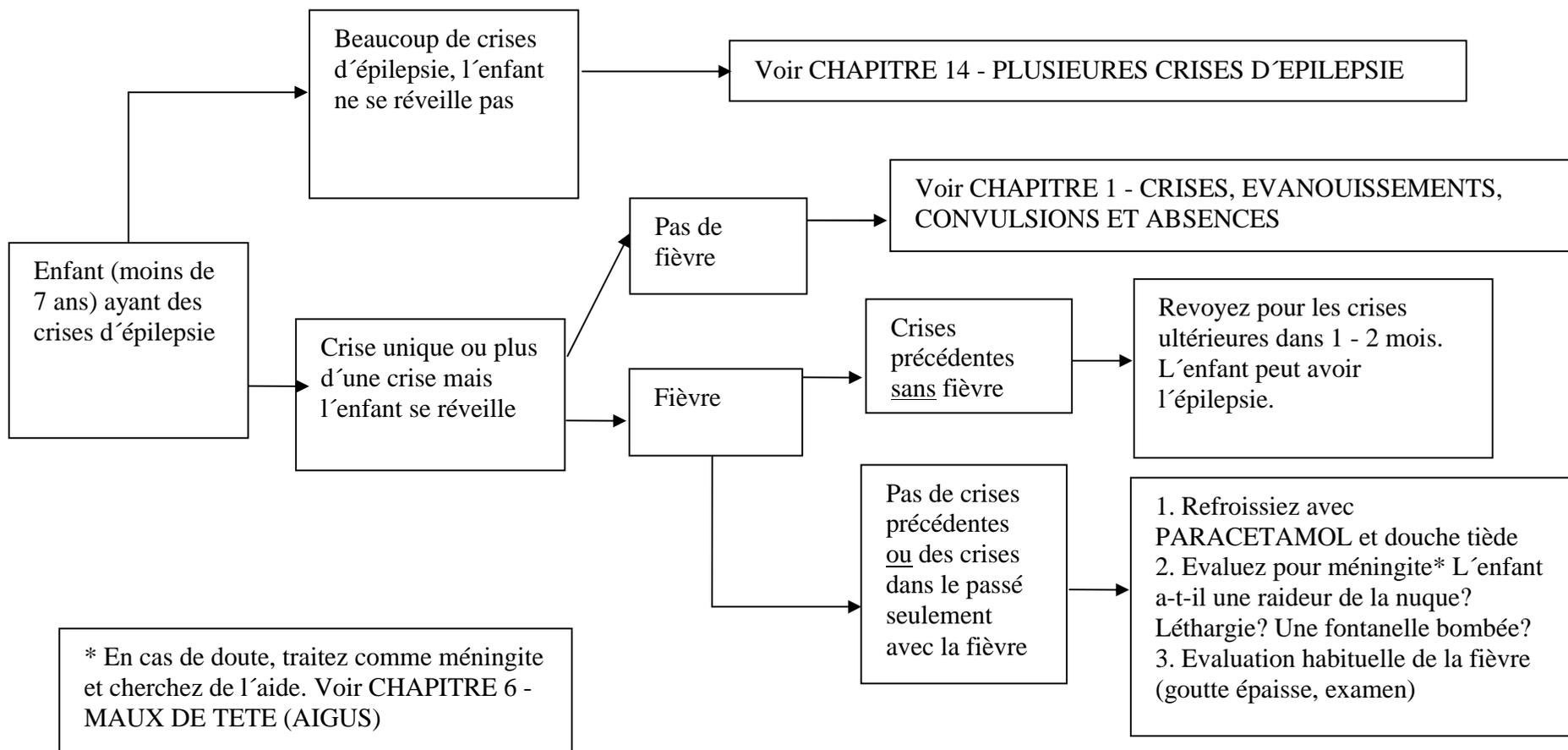
Car les enfants qui ont des *crises d'épilepsie fébriles* une fois en développent encore souvent lorsqu'ultérieurement ils attrapent des infections/fièvres, il est important de dire aux familles comment soigner les enfants lorsque les crises d'épilepsie se reproduisent.

Les familles devraient également être mises en garde de ne pas placer quoi que ce soit dans la bouche de l'enfant au cours d'une *crise*. Des morceaux de bois ou des

autres objets placés dans la bouche peuvent causer des lésions graves. Les liquides ne doivent pas être versés dans la bouche de l'enfant au cours de la crise ou devant l'enfant s'il est pleinement éveillé. Lors de la crise, l'enfant doit être tenu doucement ou placé sur le plancher à l'écart des objets tranchants ou du feu. La tête de l'enfant doit être inclinée sur le côté. La famille devrait essayer d'amener l'enfant à vous pour le traitement quand les crises se produisent.

Parfois il est important d'assurer les parents des enfants avec des *convulsions fébriles* que l'enfant n'a pas d'*épilepsie*. Les *convulsions fébriles* disparaissent avec la croissance des enfants et ne nécessitent pas de traitement avec des médicaments comme le PHENOBARBITAL.

Résumé: Convulsions fébriles



Chapitre 3 - Tremblements, tics et autres mouvements étranges

Cas clinique

1. Lovemore Banda est un garçon de 6 ans amené par ses parents parce qu'il était en train d'agir d'une façon bizarre. Ce garçon a tout d'abord été amené par ses parents au guérisseur traditionnel dans leur village, mais il se comporte encore d'une façon bizarre et ils viennent maintenant pour chercher votre aide. Lorsque vous le voyez, les mouvements de ses mains sont bizarres et tordus (comme un serpent) et il ne peut pas rester assis. Il fait également des sons étranges (reniflement) et continue à clignoter et fermer les yeux hermétiquement.

2. Kenneth Matella a plus de 50 ans et arrive chez vous se plaignant d'un tremblement. Il a un tremblement de ses mains et de la tête, parfois même sa voix tremble! Il a remarqué le tremblement il y a environ 2 ans, mais il semble que la situation est en train de s'empirer. Il a des problèmes avec des tâches motrices fines comme faire les nœuds et transporter de l'eau dans une coupe pleine. Il se souvient que, lorsque sa mère était très vieille, elle avait le même problème.

Discussion

Les mouvements involontaires tels que les tics, les tremblements et les mouvements tordus (appelés «choréoathétose») ne sont pas très fréquents, mais les patients peuvent souffrir énormément si aucun traitement n'est offert.

Les tics peuvent être héréditaires ou peuvent être causés par des infections à streptocoque récente (la même bactérie qui cause des maladies cardiaques rhumatismales).

Les tremblements peuvent être dus à l'anxiété sévère, mais des tremblements graves, appelés «tremblement essentiel» peuvent apparaître chez les adultes plus âgés et peuvent également être héréditaires. Parfois, les gens donnent les benzodiazépines comme le DIAZEPAM pour les tremblements. Malheureusement les patients s'adaptent rapidement aux benzodiazépines tels que DIAZEPAM. Pour continuer à obtenir de bons résultats du médicament, ils doivent prendre des doses de plus en plus élevées. Les gens peuvent développer une dépendance aux benzodiazépines.

Autres points clés

Idéalement les enfants avec les tics et/ou la chorée devraient être vus par un médecin qui peut écouter attentivement à leurs cœurs pour déterminer s'ils peuvent aussi avoir une maladie cardiaque rhumatismale. Ces enfants peuvent avoir besoin d'un traitement régulier avec des antibiotiques pour la protection cardiaque.

Les femmes peuvent aussi développer de la chorée au cours de la grossesse ou à cause de prendre la pilule anticonceptionnelle. Si une femme sur des pilules anticonceptionnelles développe la chorée, arrêtez les pilules! Les mouvements devraient s'améliorer dans quelques jours. Les femmes dont la chorée se développe au cours de la grossesse courent un risque élevé des complications et doivent être envoyées au plus proche hôpital pour examen.

Malheureusement les patients qui recevaient des médicaments antipsychotiques à fortes doses pendant long temps (par exemple pour les patients avec schizophrénie) peuvent également développer des mouvements étranges, surtout dans le visage et leurs lèvres.

Il ne peut pas être sain d'arrêter le médicament incriminé si le patient devient dangereusement psychotique. Essayez d'obtenir l'assistance chez un médecin proche pour la prise en charge de ces individus. Si vous arrêtez les médicaments brusquement chez ces patients, les mouvements peuvent s'aggraver!

Les personnes qui sont des gros buveurs qui arrêtent de boire subitement peuvent aussi avoir un tremblement.

Questions à poser

1. Y avait-il dans la famille quelqu'un avec des problèmes similaires dans le passé?
Beaucoup de ces troubles ont tendance à se produire dans les familles.

2. Le patient a-t-il déjà eu ce problème auparavant?

Les femmes qui avaient des mouvements choréiformes comme enfant peuvent avoir une récurrence de ces symptômes quand elles deviennent enceintes.

3. Est-ce que le patient est en train de prendre des médicaments - en particulier les médicaments avec les hormones féminines comme l'œstrogène?

Tous les médicaments contenant des hormones devraient être arrêtés pour voir si les mouvements s'arrêtent.

4. N'a-t-il jamais pris des médicaments antipsychotiques avant?

Demandez soigneusement s'il a reçu des antipsychotiques n'importe quand dans le passé.

Examen

Regardez le patient avant de l'examiner. Il peut être en mesure de supprimer les mouvements ou les tics dans un laps de temps. Regardez-le donc pendant que vous prenez l'histoire. Examinez de près les changements de la tonicité et de la force musculaire, en particulier dans la région du corps où les mouvements bizarres sont en cours.

Autres problèmes éventuels (*Diagnostic différentiel*)

Tics

1. Tics mineurs - simple tic moteur ou vocal durant moins de 6 mois
2. Syndrome de Tourette - tics moteurs et verbaux commençant dans l'enfance et durant plus d'une année. Ces personnes peuvent aussi prononcer des malédictions d'une façon inappropriée, répéter tout ce qu'ils entendent et agir d'une autre façon étrange.
3. La Chorée de Sydenham - chorée et tics survenant chez les enfants habituellement après une infection à streptocoques. Voir Cas Clinique.

Chorée

1. Les médicaments prescrits pour la psychose, comme l'halopéridol et thiorazine

peuvent provoquer la chorée comme un effet secondaire. Si les patients sous des antipsychotiques développent des troubles de mouvement, les antipsychotiques devraient être arrêtés et un médecin doit être consulté.

2. Chorée gravidique - chorée survenant durant la grossesse ou lorsque les médicaments de la planification familiale qui contiennent des œstrogènes sont donnés.

Tremblements

1. Tremblement physiologique - Nous avons tous une légère secousse, le tremblement «normal» de certaines personnes augmente par l'anxiété, la fatigue, ou de la caféine.
2. Tremblement essentiel - tremblement chez les personnes âgées, qui circule habituellement dans des familles.
3. Maladie de Parkinson

Les troubles du mouvement ne sont pas courants. Si vous voyez quelqu'un avec un problème de mouvement entraînant vraiment une gêne sociale ou une difficulté de fonctionner, essayez les médicaments mentionnés ici. S'ils échouent et que le problème n'est pas résolu dans deux à quatre semaines, envoyez-le chez un médecin pour examen.

Prise en charge

Les tics et les mouvements choréiformes s'améliorent souvent avec les médicaments antipsychotiques tels que CHLORPROMAZINE ou HALOPERIDOL.

Pour les tremblements les bêtabloquants comme ATENOLOL sont des médicaments beaucoup mieux que le DIAZEPAM et ne causent pas de dépendance. Le PRIMIDONE peut également être utilisé pour traiter les tremblements.

La Maladie de Parkinson répond au traitement avec levodopa, mais il est conseillé d'obtenir un avis du médecin avant de poser ce diagnostic et d'introduire le médicament.

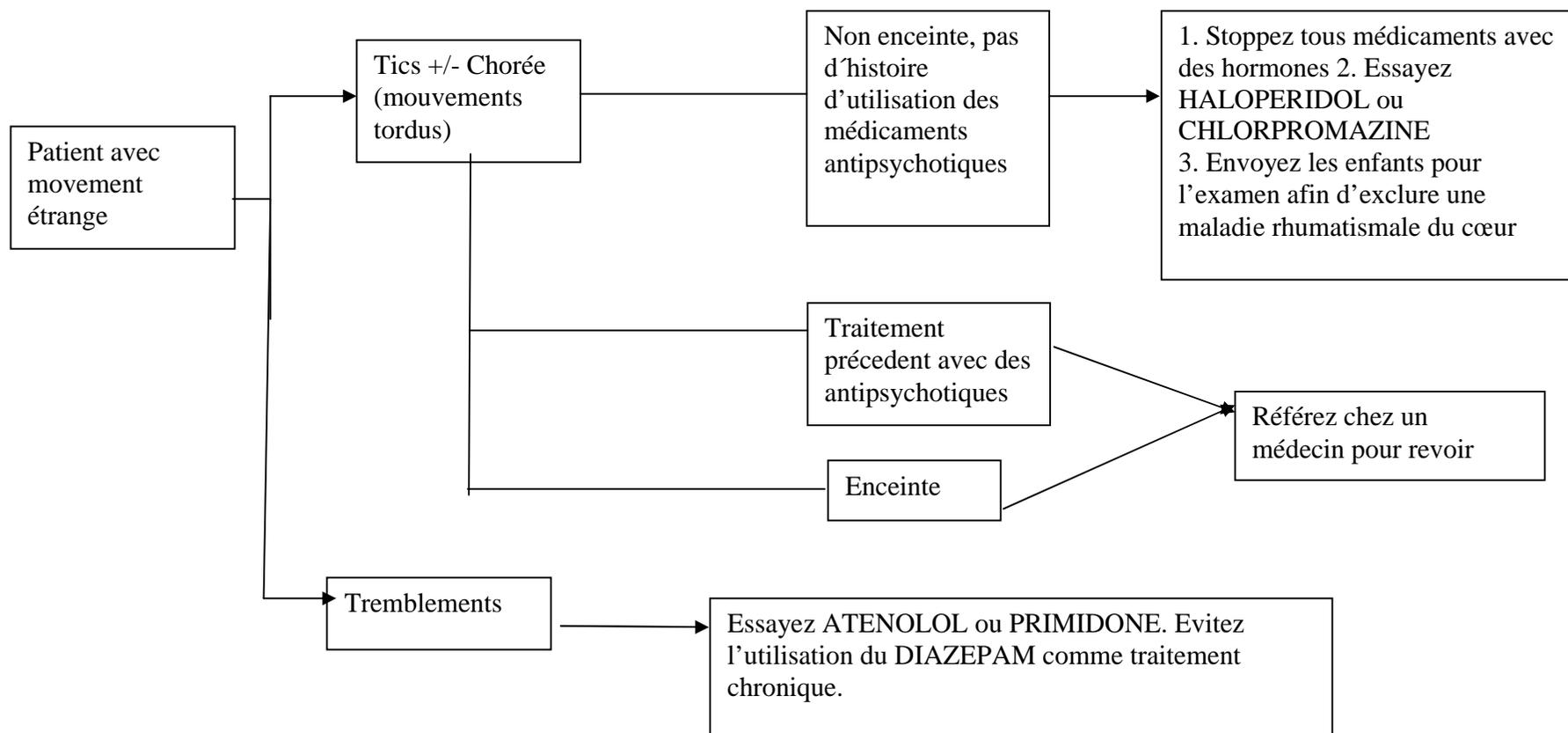
Directives pour le suivi

Si vous démarrez ou arrêtez un médicament, revoyez le patient dans 1-2 semaines afin de s'assurer d'une amélioration.

Les femmes ayant la chorée pendant la grossesse devraient être examinées par un médecin et suivies de près.

Beaucoup de fois, les tics disparaîtront spontanément et ne reviendront jamais.

Résumé: Tremblements, tics et autres mouvements étranges



Si le traitement recommandé échoue et que les mouvements persistent pendant plus de 2 - 4 semaines, tenez en compte la référence du patient à médecin pour revoir

Chapitre 4 - Pieds brûlants ou engourdis



Cas clinique

1. Florence Monze est une femme de 47 ans, qui vient en se plaignant des pieds brûlants et douloureux. Elle a eu ce problème depuis près d'un an. Pour les trois dernières semaines, la sensation de brûlures a été si grave qu'elle ne pouvait pas dormir.

Se déplacer sur une courte distance lui fait mal aux pieds, même avec des bonnes chaussures.

Avant la survenue de la sensation de brûlure, elle a remarqué un peu de picotements et d'engourdissement dans ses orteils. L'engourdissement dans ses pieds a disparu lorsque la brûlure a commencé, mais maintenant elle a des engourdissements et des picotements dans les bouts des doigts des deux mains. Mme Monze est un peu grosse (85 kg), mais elle est par ailleurs en bonne santé.

2. Clever Mwinga a 19 ans, il vient à la clinique se plaignant des pieds brûlants et des douleurs sortants comme une flèche de sa partie inférieure des jambes et projetant vers les pieds. Clever a été vu dans la clinique à plusieurs reprises depuis qu'il a attrapé la tuberculose il ya 5 mois. Il obtient ses antituberculeux dans votre clinique. Clever est un peu mince. Il venait régulièrement

pour ses antituberculeux et semble avoir récupéré de la tuberculose, mais il est en douleur maintenant à cause de ses pieds brûlants. Lorsque vous revoyez le dossier de Clever, vous remarquerez que lorsqu'il était venu premièrement à la consultation pour la TB il n'y avait pas de PYRIDOXINE disponible et il n'a point reçu de PYRIDOXINE pendant le traitement de la tuberculose.

Discussion

Les brûlures ou engourdissement des pieds (et parfois même les mains) sont des symptômes d'une *neuropathie*. Les *neuropathies périphériques* surviennent lorsque l'extrémité d'un *nerf* lointain est endommagée d'une manière quelconque. Sachant que les nerfs qui quittent la moelle épinière doivent parcourir des grandes distances (jusqu' à votre gros orteil•) ils sont très sensibles aux problèmes venant de la malnutrition, des infections, et des *toxines*. Lorsque les nerfs tombent malades, des symptômes différents peuvent se produire.

Ces symptômes englobent:

1. Picotements
2. Brûlures
3. Engourdissement (dont le patient se plaint)
4. Douleurs de l'éclair (tirants)
5. Engourdissement (dont le patient **ne** se plaint **pas**), mais qui peut entraîner des lésions. (Ce type d'engourdissement est ce que vous voyez normalement dans la lèpre.)

Etant donné que les bouts des nerfs qui ont traversé une longue distance à partir de la moelle épinière sont les plus sensibles aux lésions, les personnes atteintes des *neuropathies* habituellement se rendent compte que le problème a commencé au niveau de leurs pieds. La douleur peut commencer dans les bouts de leurs orteils et lentement (pendant plusieurs semaines ou mois) monter pour atteindre leurs chevilles et les parties inférieures des jambes. Par moment la douleur ou l'engourdissement se trouve à mi-jambe, la personne peut aussi avoir des symptômes dans ses doigts.

Autres points clés

Il est important de reconnaître les *neuropathies* pour des nombreuses raisons. Premièrement, les *neuropathies* peuvent être un signe d'un problème sous-jacent comme le diabète, qui a besoin d'un traitement. Deuxièmement, il existe des traitements qui peuvent aider les nerfs malades à guérir. Troisièmement, le traitement peut soulager les symptômes douloureux. Enfin, les personnes atteintes de *neuropathies* peuvent être à risque très élevé pour les lésions traumatiques à leurs pieds engourdis (regardez ce qui arrive aux personnes atteintes de la lèpre, si elle n'est pas traitée!). Avec des bons conseils et des soins, beaucoup de ces traumatismes peuvent être évités.

Les causes courantes de la *neuropathie* incluent:

1. VIH /SIDA
2. Diabète
3. Médicaments antituberculeux (habituellement INH), en particulier lorsqu'ils sont pris sans PYRIDOXINE chez les patients avec une mauvaise alimentation ou quelqu'un qui possède également le VIH/SIDA
4. Malnutrition

5. Abus d'alcool (de la bière)
6. Syphilis
7. Lèpre

Parce que la lèpre est causée par une infection, il agit un peu différemment par rapport aux nombreuses autres *neuropathies*. La lèpre peut provoquer un *engourdissement* simple sans douleur dans la répartition de n'importe quel nerf (et pas seulement dans les extrémités distales), et ces nerfs peuvent être agrandis.

Questions à poser

Les personnes ayant des plaintes des pieds douloureux et brûlants devraient être questionnées afin de voir si elles peuvent avoir l'un des problèmes qui entraînent couramment une *neuropathie* (celles énumérées ci-dessus).

1. Les deux pieds sont douloureux de la même façon?

Les *neuropathies* causent toujours des problèmes dans les deux pieds, et ne pas un seul.

2. Est-ce qu'il s'agit de quelqu'un qui a l'air très mince? Le patient a perdu un mari ou une femme à la suite du VIH/SIDA? A-t-il souffert des problèmes tels qu'un muguet oral et une fièvre étrange? A-t-il bénéficié d'un pré-counseling pour le test du VIH?

3. Celui-ci est-il quelqu'un qui peut avoir le diabète? Est-ce que le patient se plaint de la soif et des mictions fréquentes?

Les personnes obèses comme Florence dans le premier exemple, sont plus susceptibles d'avoir le diabète.

4. Le patient a été traité pour la tuberculose dans la dernière année? A-t-il reçu le PYRIDOXINE à prendre, aussi? Est-ce qu'il l'avait pris?

5. Est-ce que la personne se plaint de la faiblesse dans ses jambes?

Les *neuropathies* causent habituellement des problèmes avec la sensation avant que les problèmes avec la force surviennent (revenir à l'EXAMEN NEUROLOGIQUE dans la section bleue pour revoir les *nerfs moteurs et sensitifs*). Si un patient a un engourdissement et plusieurs faiblesses *focalisées*, ce n'est probablement pas une *neuropathie*.

Bien sûr, certaines personnes ont plus d'une raison d'avoir une *neuropathie*. Le patient qui a le VIH peut perdre beaucoup de poids et avoir un mauvais régime alimentaire (que ce soit en raison d'un manque d'appétit ou parce qu'il ne peut pas s'offrir de bons aliments). Avec l'infection par le VIH, il est plus susceptible d'attraper la tuberculose et avoir besoin d'un médicament comme l'INH. Tous ces problèmes ensembles peuvent provoquer une *neuropathie* très douloureuse!

Examen

Quand quelqu'un vient se plaignant des pieds brûlants ou engourdis, de toute évidence vous voulez examiner ses pieds! Est-ce qu'il y a des escarres ou des plaies paraissant *chroniques*? Regardez toujours ses mains.

Le patient était-il capable de marcher dans la chambre? Voir s'il peut se tenir debout au bout de ses orteils. Peut-il s'accroupir profondément et se lever? Peut-il aussi lever ses orteils du plancher et se tenir uniquement sur ses talons? S'il peut faire ces deux choses, il n'a donc pas beaucoup de faiblesse.

Trois examens des nerfs lointains (aussi appelés *nerfs périphériques*) doivent être exécutés.

1. Un toucher léger - Avec la pointe d'une tige-coton ou d'un chiffon doux, le patient peut ressentir une caresse légère au niveau des pieds? Toujours touchez le bout des pieds, surtout s'il ne porte pas de chaussures. Les callosités dures sur les plantes des pieds protégera les gens de sentir un toucher léger.

2. La douleur - Avec la pointe d'un morceau tranchant, voir aussi si le patient peut ressentir la piqûre. Avec les yeux fermés, peut-il dire que vous êtes en train de toucher ses pieds? Peut-il faire la différence entre un toucher léger et une piqûre?

Rappelez-vous de ne jamais piquer quelqu'un si fort pour briser la peau ou causer des saignements.

3. Place dans l'espace (également appelé *proprioception*) - C'est une chose drôle à tester, mais elle peut être très importante. Si je vous demande de fermer les yeux et je déplace votre gros orteil vers le haut ou vers le bas, même seulement un peu, vous pourrez aisément me dire dans quelle direction je l'ai déplacé. Si quelqu'un ne peut pas dire dans quelle direction son orteil ou même son pied a été déplacé par quelqu'un d'autre, il a une mauvaise *proprioception*. Un bon moyen de tester la *proprioception*, c'est de voir si quelqu'un qui est stable étant debout avec les yeux ouverts continue d'être stable étant debout avec les yeux fermés. Si les gens ont des problèmes de se tenir debout avec les yeux fermés seulement, il est plus susceptible d'avoir un problème de *proprioception*, mais pas d'équilibre!

Autres problèmes éventuels (Diagnostic différentiel)

1. Maladie de la moelle épinière - Si le patient a des problèmes avec la force de la jambe et ne peut pas contrôler ses urines, envisagez une maladie de la moelle épinière. Voir CHAPITRE 8 - MAL AU DOS.

2. Neuropathies aiguës inflammatoires - diphtérie, le Syndrome de Guillain-Barré. Ces problèmes sont associés avec perte de force, mais les premiers symptômes peuvent être des douleurs. Dans ce cas, la douleur est probablement en cours depuis une semaine au plus seulement. Voir CHAPITRE 11 - PARALYSIE AIGUE.

Diagnostic

Essayez de déterminer par l'histoire du patient, ce que vous pensez comme problème et ensuite vérifiez les éléments suivants pour le patient:

Si vous pensez que le problème est...	Alors ...
Diabète	Vérifiez la glycémie (à jeun).
Problème de Nutrition	Les globules rouges peuvent être examinés. Si les cellules rouges sanguines sont basses (<i>anémie</i>) et trop grosses (<i>macrocytaire</i>), le patient peut donc avoir une carence en vitamine B12. Les patients ayant une carence en vitamine B12 ont souvent des problèmes de <i>proprioception</i> .
VIH/SIDA	Référez le patient pour un pré-counselling.
Pour les problèmes avec la <i>proprioception</i>	La vérification de la syphilis, surtout s'il n'y a pas une cause claire de la <i>neuropathie</i> , est une bonne idée.

Prise en charge

Cause de la neuropathie...	Ce qu'il faut faire...
Diabète	<ol style="list-style-type: none">1. Référez pour le traitement du diabète2. Traitez la douleur3. Éduquez les patients pour les soins des pieds
VIH/SIDA	<ol style="list-style-type: none">1. Pré-counselling2. Traitez la douleur
Antituberculeux	<ol style="list-style-type: none">1. Commencez la PYRIDOXINE et poursuivez pendant 6 mois après la fin des médicaments antituberculeux2. N'arrêtez pas le traitement de la tuberculose3. Donnez les MULTI-VITAMINES si disponibles pendant au moins 6 mois4. Traitez la douleur5. Recommandez l'alimentation avec les légumes à feuilles vertes.
Malnutrition	<ol style="list-style-type: none">1. Donnez les MULTI-VITAMINES en double dose de la normale pendant au moins 6 mois2. Traitez la douleur3. Si le patient a des problèmes de la <i>proprioception</i> et une <i>anémie macrocytaire</i>, envisagez de l'envoyer à un médecin pour les injections de B12.4. Conseillez sur la façon adéquate de la nutrition-l'huile, les œufs, la viande <u>et</u> quelques légumes à feuilles vertes sont meilleurs

Syphilis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Demandez le <i>RPR</i> et traitez comme un stade tertiaire si elle est positive. 2. Traitez la douleur
----------	--

Le traitement de la douleur de la *neuropathie* peut inclure des nombreux médicaments. Leurs noms sont énumérés ici. Voir le REPERTOIRE DES MEDICAMENTS pour obtenir des détails sur les doses.

Pour la douleur:

1. PARACETOMOL, BRUFEN, ASPIRIN - Cela vaut la peine d'essayer, mais n'agira probablement pas pour la plupart des personnes. Essayez d'abord des autres médicaments si disponibles.
2. Les antidépresseurs tricycliques - AMITRYPTILINE, NORTRYPTILINE
3. CARBAMAZEPINE - la même dose que celle utilisée pour les *crises d'épilepsie*
4. ACIDE VALPROIQUE
5. PHENYTOINE
6. Pour les patients avec le VIH/SIDA qui souffrent d'une douleur intense due à une *neuropathie*, il est raisonnable d'envisager l'usage des *narcotiques*, tels que MORPHINE, CODEINE, PETHIDINE ou METHADONE si ces médicaments sont disponibles.

Directives pour le suivi

Les personnes ayant une *neuropathie* peuvent avoir besoin d'être traitées pour la douleur pendant une longue période. Vous aurez à examiner leurs autres problèmes aussi (le diabète, la syphilis, la malnutrition). Après avoir commencé à les traiter avec des antalgiques, il faut leur donner un autre rendez-vous au moins dans un mois. À ce moment, vous pouvez augmenter les médicaments en cas de besoin. Cela vous donne également l'occasion de réexaminer leurs pieds et de vous assurer qu'il n'y a pas d'ulcères ou des blessures des pieds.

Autres actions

La PYRIDOXINE est une vitamine très importante. Si vous croyez que quelqu'un a une *neuropathie* due aux antituberculeux, le traitement est de lui donner la PYRIDOXINE. **Mais** si quelqu'un prend plus que la dose recommandée de la PYRIDOXINE, **il peut attraper une neuropathie aussi!** La PYRIDOXINE doit être donnée exactement dans une dose appropriée. Si vous prenez une alimentation saine et ne pas des antituberculeux, votre corps est probablement déjà en train d'obtenir la bonne quantité de PYRIDOXINE. Si vous prenez des antituberculeux, une PYRIDOXINE supplémentaire est nécessaire, mais seulement une petite quantité. Si trop de PYRIDOXINE est prise, elle peut endommager les nerfs et provoquer une *neuropathie*.

Education du patient



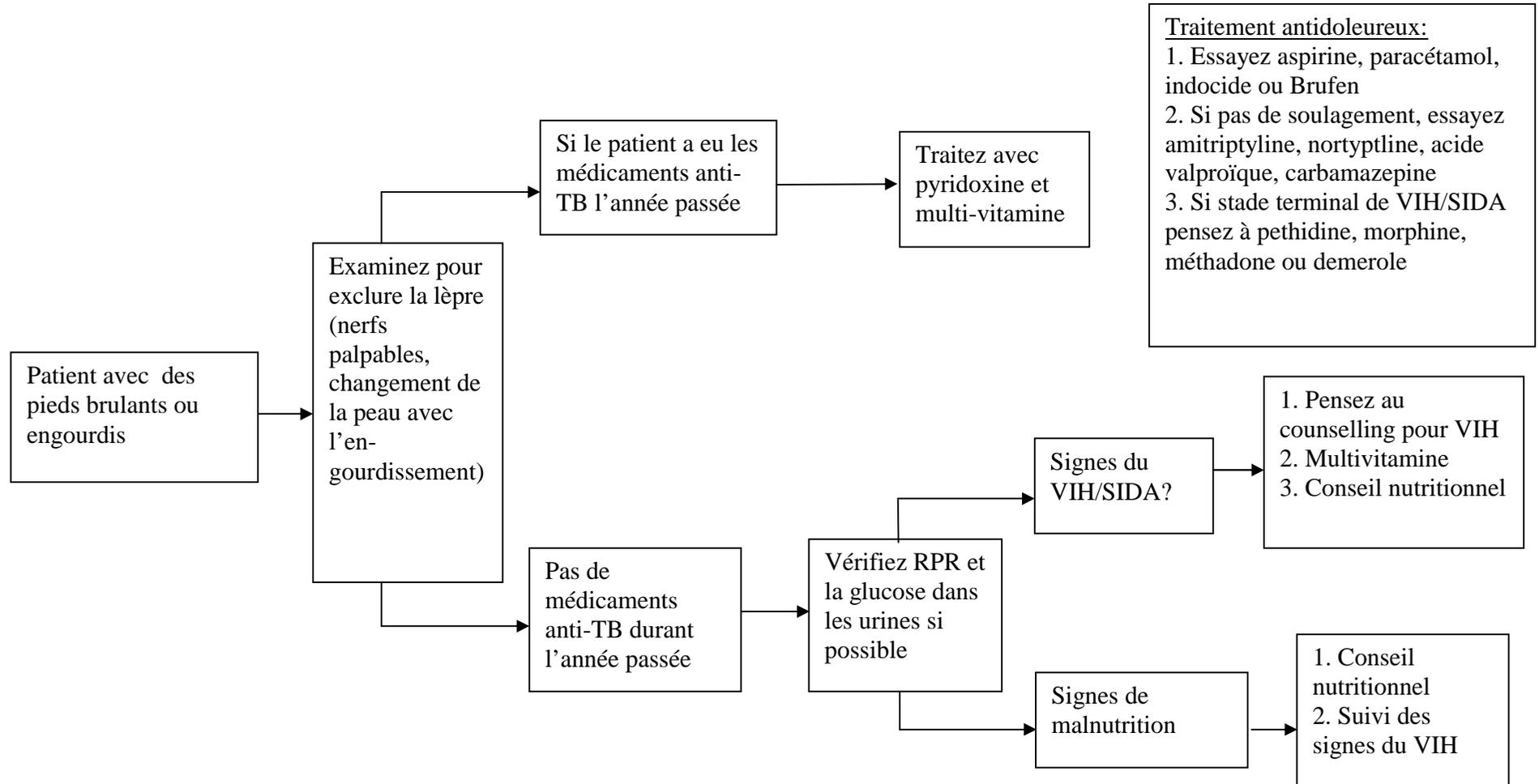
Pour les personnes souffrant des *neuropathies* graves, le feu peut être mortel! Avertissez-les de ne pas s'asseoir avec leurs pieds près de n'importe quel feu, même si elles portent des chaussures!

Car les nerfs dans les pieds sont endommagés, les patients atteints des *neuropathies* peuvent blesser leurs pieds en se heurtant sur des pierres tranchantes ou même dans le feu et ils pourraient ne pas s'en rendre compte. Les patients atteints des *neuropathies* ont besoin d'apprendre comment prendre soin de leurs pieds. Il est important pour eux de porter des chaussures. Les meilleures chaussures pour eux sont les chaussures faites pour les malades de la lèpre, mais n'importe quelles chaussures (qui ne sont pas trop serrées ou frottent les ampoules) sont mieux qu'avec des pieds nus.

Les diabétiques sont particulièrement susceptibles d'avoir des plaies des pieds qui s'infectent et conduisent aux amputations. Les patients devraient porter des chaussures et examiner leurs pieds tous les jours à la recherche des escarres ou des plaies. Toute blessure devrait être nettoyée avec de l'eau savonneuse et vous être amenée pour des soins si la plaie est grave, ne guérit pas en quelques jours ou semble être infectée. Expliquez au patient comment une plaie infectée apparaît - enflée, rouge, chaude et douloureuse.

Les médicaments utilisés pour soulager la douleur d'une *neuropathie* peuvent prendre au moins deux semaines pour commencer à agir. Vous devez expliquer au patient que le médicament pour sa douleur ne peut pas agir tout de suite, mais doit être pris fidèlement chaque jour pendant 2-4 semaines afin de soulager la douleur. Prendre une grande dose du médicament tout de suite ne sera pas utile. La dose doit être donnée quotidiennement et s'accumulera dans le corps progressivement.

Résumé: Pieds brulants ou engourdis



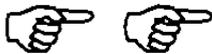
Chapitre 5 - Paralyse faciale

Cas clinique

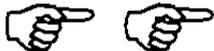
Alice Mweka s'est réveillée ce matin et a remarqué l'affaissement du côté droit de son visage. Elle a des difficultés à fermer son œil droit et quand elle essaie de boire, le liquide sort de ce côté de sa bouche. Son visage est dévié sur le côté et ne bouge pas sur le côté droit quand elle parle. Elle se sentait très bien avant que ceci est arrivé.

Discussion

La paralysie faciale est un problème fréquent et est souvent appelé *Paralysie de Bell*. La paralysie faciale devrait être considérée comme une *Paralysie de Bell* seulement dans les conditions suivantes:



1. La faiblesse inclut la faiblesse de la moitié du front du côté affecté et n'est pas associée à une faiblesse du bras ou de la jambe.
2. Le patient n'a pas de zona sur son visage ou dans l'oreille.
3. Tous les autres nerfs crâniens ont été examinés et sont tout à fait normaux.
4. La personne est par ailleurs en bonne santé sans fièvre, raideur de la nuque ou délire.



Si vous êtes absolument certain que la personne présentant une paralysie faciale ne remplit pas toutes les quatre conditions énumérées ci-dessus, traitez la *Paralysie de Bell* et rassurez le patient qu'il ne souffre d'aucune chose grave.

Plusieurs conditions graves peuvent se présenter avec la paralysie faciale et doivent être envisagés si le patient ne remplit pas toutes les conditions.

Autres points clés

Les patients avec n'importe quel signe d'une infection grave, zona sur le visage, le drainage ou les blessures dans l'oreille, des autres anomalies des nerfs crâniens ou une faiblesse sur un côté du corps N'ONT PAS DE PARALYSIE DE BELL!!!

Questions à poser

1. Est-ce qu'il a de la fièvre? Les maux de tête? Les convulsions récentes?
2. A-t-il un engourdissement du visage? Une vision double?
3. Remarque-t-il une faiblesse sur un côté du corps?
4. A-t-il eu récemment des infections des sinus avec les maux de tête? Ou des infections dentaires graves?

Oui à l'une de ces questions devrait vous inquiéter qu'une autre chose est en train de se dérouler. Voir les «Diagnostics Différentiels».

Examen

Examinez attentivement tous les nerfs crâniens des patients. Assurez-vous que le front est également faible sur le côté avec faiblesse faciale! Demandez-lui d'élever leurs sourcils et ses rides du front. Il ne devrait pas pouvoir le faire!

Recherchez les signes de faiblesse sur un côté du corps. Demandez-lui de maintenir ses bras étendus et de fermer les yeux.

Regardez dans l'oreille du côté de la faiblesse faciale. Regardez aussi dans sa gorge. Si vous voyez des plaies ou du suintement, ceci ne pourrait pas être une *Paralysie de Bell*.

Autres problèmes éventuels (*Diagnostics différentiels*)

Autres que la *Paralysie de Bell*, les problèmes suivants peuvent provoquer une faiblesse faciale:

1. AVC - Habituellement des autres nerfs crâniens seront touchés ou il y aura également quelque faiblesse corporelle unilatérale (un seul côté est affecté).
2. Tumeur - Habituellement des autres nerfs crâniens seront touchés ou il y aura également quelque faiblesse corporelle unilatérale. Le patient peut également se plaindre des maux de tête ou des crises d'épilepsie.
3. Abscesses dans le cerveau - Habituellement des autres nerfs crâniens seront touchés ou il y aura également quelque faiblesse corporelle unilatérale. Les enfants sont particulièrement susceptibles d'avoir des abscesses tuberculeux dans le cerveau qui se présentent avec une faiblesse faciale.
4. Syndrome de Ramsay Hunt - Les infections de Herpes zostère dans l'oreille ou dans la gorge peuvent infecter le nerf du visage. Ceci est particulièrement fréquent chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Toute personne ayant une paralysie faciale qui n'est pas la *Paralysie de Bell* devrait être référée à un médecin pour examen.

Prise en charge

Une fois que vous êtes absolument sûr que la personne a la *Paralysie de Bell* et pas de problème plus grave, vous pouvez l'assurer que le problème n'est pas sérieux et il y a forte chance que le visage s'améliore au cours des 2-4 mois prochains.

Recommandez aussi:

1. Éviter les endroits poussiéreux. Comme il ne peut pas fermer son œil, l'œil peut devenir égratigné et les infections peuvent se produire. Si vous disposez d'une solution saline stérile (sérum physiologique comme fluide IV), le rinçage de l'œil avec cette solution peut apporter un certain soulagement.

2. Si le patient a un œil rouge sécrétant, essayez d'utiliser des pommades antibiotiques de l'œil si celles-ci sont disponibles. Les infections oculaires graves douloureuses avec des sécrétions durant plus qu'un à deux jours devraient être référées chez un médecin, surtout si vous n'avez pas des gouttes ou des pommades antibiotiques.

3. La douleur peut répondre à l'INDOCIDE, ASPIRINE ou BRUFENE.

Autres actions

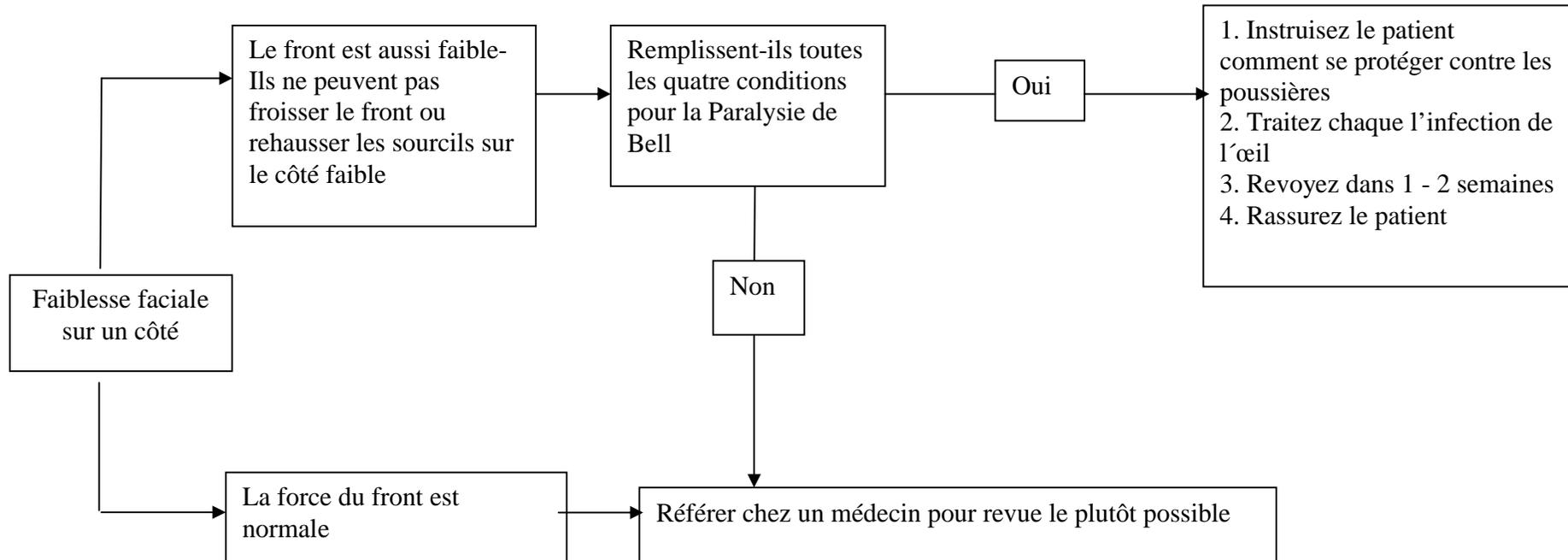
Même si vous êtes certain que celle-ci est une Paralyse de Bell, revoyez encore le patient dans une à deux semaines et revoyez son examen pour se rassurer qu'aucun problème nouveau ne s'est développé qui pourrait suggérer quelques problèmes plus sévères sous-jacents de la paralysie faciale.

Education du patient



Personne ne devrait jamais placer des solutions ou substances souillées dans l'œil! La boue ou la bouse de vache sont particulièrement nocifs et peuvent provoquer des infections graves et une perte visuelle permanente. Avertissez les gens de ne pas appliquer de tels composés à leurs yeux!

Résumé: Paralyse faciale



Les conditions de la Paralyse de Bell

1. La faiblesse comprend une faiblesse du front du côté affecté, et **n'est pas** associée à une faiblesse du bras ou de la jambe.
2. Le patient n'a pas de zona sur son visage ou dans l'oreille - si le patient a des lésions de zona de l'oreille, référez-lui à un médecin.
3. Tous les autres nerfs crâniens ont été examinés et sont tout à fait normaux.
4. La personne est par ailleurs en bonne santé, sans fièvre, sans raideur de la nuque et sans délire.

Chapitre 6 - Maux de tête (aigus)

Cas clinique

Samuel Nzala est un monsieur de 24 ans amené par sa famille à la clinique en raison des maux de tête violents. La famille dit qu'il a «le paludisme». Sa température est de 39,7 degrés, mais sa goutte épaisse est négative. Lorsque vous parlez avec lui, il est couché sur le lit dans la clinique avec ses yeux fermés paraissant très inconfortable. Il conserve ses yeux fermés sous la lumière et bouge peu que possible. Il ne se sentait pas bien hier, mais au début de cette semaine il travaillait sans problème. Il n'a jamais eu des maux de tête avant, sauf quand il a le paludisme. Ceux-ci sont les maux de tête les pires, qu'il a connus.

Discussion

Les maux de tête aigus sont ceux qui viennent à l'improviste. Dans des endroits où il y a beaucoup de paludisme, parfois les gens pensent que tous les maux de tête sont dus au paludisme, mais ce n'est pas vrai! Beaucoup d'autres problèmes peuvent causer des maux de tête et il est aussi important de les traiter que le paludisme. Lorsque les gens ont le paludisme, ils ont souvent des maux de tête, mais ils se plaignent aussi des frissons, des maux de dos, de la polyarthralgie et de la faiblesse.

Si un patient se plaint des maux de tête fréquents (des mauvais maux de tête qui reviennent après quelques semaines et durent quelques heures), ces sont les maux de tête *récurrents*. Voir CHAPITRE 7 - MAUX DE TETE (RECURRENTS). Lorsque les gens vous arrivent avec des maux de tête graves et différents des maux de tête qu'ils ont déjà subis, il y a quelques états graves, à côté du paludisme, que vous devez considérer.

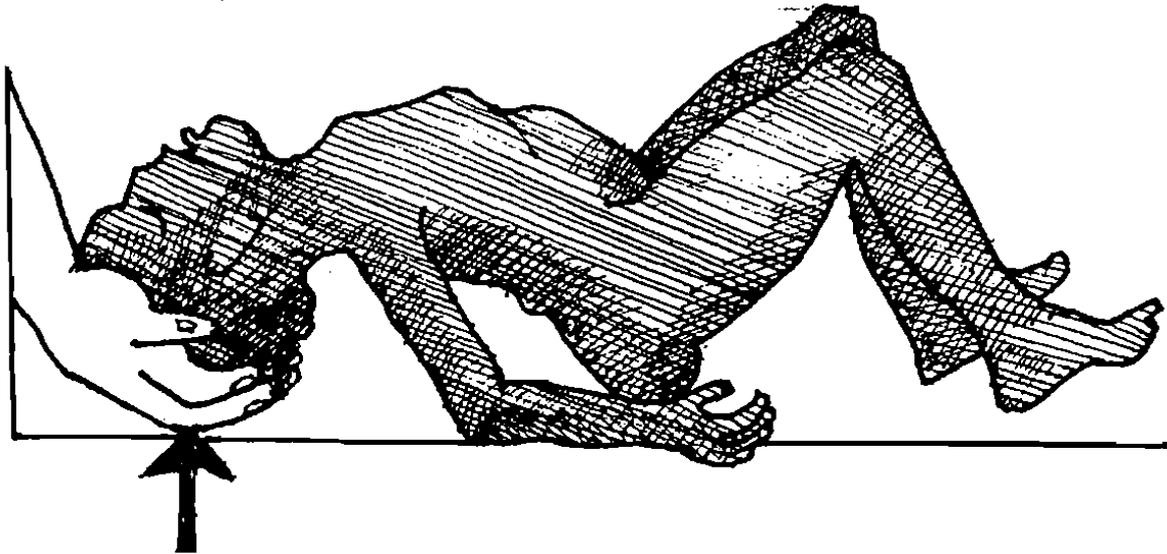
1. *Méningite*
2. *AVC*
3. Autre problème neurologique

Chacun de ces problèmes nécessite un traitement et une évaluation spéciale. Vous pouvez envoyer ces patients à un hôpital ou un médecin proche pour les soins, mais ce que vous faites pour eux dans le début peut faire toute la différence. Juste reconnaître leur problème et les envoyer quelque part à temps pour qu'ils reçoivent un médicament important peut être la différence entre la vie et la mort.

Autres points clés

1. La *méningite* peut commencer avec des maux de tête et est un état très dangereux. Les adultes atteints de la *méningite* se plaignent des maux de tête et des douleurs cervicales. Ils ont généralement une fièvre et peuvent être très sensibles à la lumière et aux sons. S'ils ont été malades pendant quelques jours avant de venir vous voir, ils peuvent sombrer dans le *coma*. Si les patients sont amenés chez vous en *coma*, il est important de parler avec la famille à propos des symptômes du patient (parce que le patient ne peut pas dire!). Les gens avec la *méningite* ont une infection et un gonflement de leurs *méninges* (la couverture épaisse, couvrant l'encéphale et la moelle épinière). Si vous essayez de fléchir leurs cous doucement

(en plaçant leur menton sur la poitrine alors qu'ils sont allongés sur le dos détendu), ils peuvent crier à cause de la douleur. Cela tire les *méninges* gonflées.



2. L'*accident vasculaire cérébral* (AVC) est lorsqu'une partie du cerveau est endommagée par un manque d'afflux de sang ou de rupture de vaisseaux sanguins avec saignement dans le cerveau. Lorsque les AVC sont dus à des ruptures de vaisseaux sanguins, le patient peut tout d'abord se plaindre des maux de tête intenses. Habituellement ceci est suivi d'un engourdissement ou une *paralysie*, soit autour de la bouche ou sur l'un des côtés du visage ou du corps. Ce type d'*accident vasculaire cérébral*, c'est à dire un *accident vasculaire cérébral* qui se présente avec des maux de tête intenses, est plus susceptible de se produire chez un patient qui a eu une *hypertension* (haute tension artérielle) dans le passé.

3. Beaucoup d'autres problèmes dans le cerveau peuvent causer des maux de tête intenses. Quiconque a des problèmes neurologiques *focalisés* (tels que la faiblesse ou un engourdissement d'un côté du corps) ou une perte de la vision avec des maux de tête nouveaux doit être vu par un médecin, si possible.

Questions à poser

Essayez de déterminer si ces maux de tête sont un problème nouveau ou si le patient a souvent tels maux de tête. Les maux de tête *récurrents* sont abordés dans le chapitre suivant.

Si les maux de tête sont un problème nouveau, certaines questions particulièrement importantes à se poser comprennent:

1. Est-ce que le patient a eu un traumatisme crânien?

Assurez-vous de demander au patient ou à la famille sur tous coups sur la tête. Si le patient a été frappé suffisamment fort pour provoquer de tomber dans l'*inconscience* (évanouissement), alors il peut avoir une blessure qui exige des soins urgents. Voir CHAPITRE 12 - TRAUMATISME CRANIEN. Chez les patients plus âgés (ceux de plus de 50 ans), les vaisseaux sanguins du

cerveau deviennent fragiles et peuvent rupturer et saigner même après un traumatisme très léger.

2. Le patient est tombé malade récemment? S'agit-il d'un patient atteint de la tuberculose ou du VIH/SIDA?

Les personnes vivant avec le VIH sont susceptibles d'attraper une différente forme de *méningite* qui exige des antibiotiques spéciaux. Les personnes ayant la pneumonie peuvent également développer une *méningite*. Les femmes enceintes ou les femmes qui ont accouché récemment sont plus sujettes à la *méningite*. Les enfants souffrent de la *méningite* plus que les adultes.

3. Y a-t-il aussi d'autres problèmes? Est-ce que le patient se plaint d'une faiblesse *focalisée*? Un engourdissement? Une vision double?

Tout ceci suggère un *accident vasculaire cérébral* ou un autre problème du *système nerveux*.

Enfin, pour les nourrissons et les enfants atteints d'une *méningite* il peut être difficile à les reconnaître, parce que la *méningite* ressemble beaucoup au paludisme chez ces jeunes. Si un enfant avec le paludisme ne répond pas aux antipaludéens ou réellement il semble que la situation s'aggrave, il est très important d'envisager s'il pourrait avoir une *méningite*. Débuter le traitement avec les antibiotiques est crucial, car **QUININE, CHLOROQUINE et FANSIDAR ne traitent pas la méningite**. Si les *méninges* enveloppant le cerveau sont infectées très longtemps sans traitement adéquat, un endommagement permanent du cerveau peut survenir. Les personnes ayant des lésions cérébrales permanentes dues à la *méningite* peuvent avoir des difficultés d'apprentissage (Voir CHAPITRE 10 - L'ENFANT LENT), la perte d'audition ou même l'épilepsie. La *méningite* peut être diagnostiquée seulement avec une *ponction lombaire*, mais si vous avez un enfant ou un nourrisson avec de la fièvre qui a une goutte épaisse négative ou qui ne s'améliore pas après un jour sous le traitement antipaludique, vous devez tenir compte d'une *méningite*. Débutez le traitement de la *méningite* comme indiqué ci-dessous et référez le patient chez un médecin. Les enfants peuvent développer une infection des voies respiratoires ou des autres infections en plus du paludisme comme cause d'une fièvre persistante malgré la quinine. Faites attention à ne pas attribuer les fièvres aux infections légères si la *méningite* peut-être un problème sous-jacent.

Examen

Peut-être, les personnes souffrant des maux de tête graves ne veulent pas être examinées, mais il est très important que vous remplissiez une grande partie de l'examen neurologique.

Soyez certains de chercher des signes de traumatisme (comme les meurtrissures ou de sang sur la tête), surtout si le patient n'est pas totalement alerté. Chacun qui a commencé par une plainte des maux de tête et développe un *coma* est une urgence neurologique. Voir CHAPITRE 15 - COMA.

Est-ce que le patient a une raideur de la nuque? Y-a-t-il la douleur lorsque vous essayez de fléchir le cou? Y-a-t-il la fièvre?

Gardez à l'esprit s'il y a n'importe quelle anomalie dans l'examen neurologique d'un patient avec des maux de tête nouveaux, ce patient a probablement besoin d'être vu par un médecin. La vraie question est de savoir si VOUS devez donner des antibiotiques ou des antipaludéens pendant que le patient, présentant des anomalies découvertes à l'examen, attend d'atteindre le médecin.

Autres problèmes éventuels (*Diagnostics différentiels*)

Les nouveaux maux de tête intenses peuvent être dus à des nombreux problèmes. Il s'agit notamment de:

1. Le paludisme (en particulier le paludisme cérébral) - Très peu d'Africains adultes attraperont un paludisme cérébral avec des parasites paludéens 0 ou 1. Si un adulte africain a des maux de tête intenses et une fièvre, mais a des parasites paludéens négatifs, **pensez à la méningite**.
2. La *méningite* peut attraper n'importe qui mais probablement en particulier les adultes avec le VIH, les femmes enceintes, les nourrissons, et les enfants qui ont eu des infections chroniques des oreilles.
3. AVC – Pour les AVC c'est le plus typique de se produire chez les patients de plus de 40 ans, surtout ceux qui ont l'*hypertension*.
4. Artérite à cellules géantes (ACG) – Ce n'est pas courant mais si une personne plus âgée vous voit avec des nouvelles maux de tête, surtout si elle a eu des épisodes de perte visuelle, elle a besoin de voir un médecin le plus tôt possible.
5. Traumatisme - Les traumatismes crâniens peuvent provoquer des problèmes aigus en raison de saignements à l'intérieur ou autour du cerveau.
6. D'autres infections - Presque toute infection (comme un mauvais rhume) peut causer des maux de tête. La clé est de savoir si les maux de tête sont vraiment la plainte initiale et s'il y a le *méningisme* ou pas ou des autres preuves d'une maladie, comme une *crise* récente. Est-ce que tout fait mal...ou est-ce que le patient a des maux de tête graves?

Evaluation du diagnostic

La chose la plus importante à faire dans la prise en charge d'un patient atteint des maux de tête intenses est de déterminer s'il existe un problème sous-jacent inquiétant. Si le patient a de la fièvre avec une goutte épaisse négative, ça suggère une infection cérébrale ou si votre examen neurologique montre une faiblesse *focalisée* ou un engourdissement, le patient a besoin d'être vu par un médecin. Le médecin peut décider de faire une *ponction lombaire* ou des autres tests. **Si vous suspectez la méningite et le médecin ne peut pas voir le patient pendant une heure, vous-même vous commencez une thérapie antibiotique.**

Prise en charge

Méningite (maux de tête, fièvre, raideur de la nuque, *photophobie*, *phonophobie*)

Si les parasites paludéens négatifs:

Référez-le à un médecin et traitez la *méningite* (VOIR LE RÉPERTOIRE DES MÉDICAMENTS POUR LES DETAILS).

Si les parasites paludéens positifs:

Traitez le paludisme et la *méningite*. Envoyez-le au médecin le plus proche.

<u>Nourrissons</u>	<u>Enfants</u>	<u>Adultes</u>
Le meilleur médicament est... AMPICILLINE + GENTAMYCIN Si vous en n'avez pas, utilisez CHLORAMPHENICOL + GENTAMYCINE, puis utilisez... CIPROFLOXACIN, puis... PENICILLINE, puis... AMOXACILLIN, puis... BACTRIM, puis... ERYTHROMYCINE, puis... CLINDAMYCIN, enfin... METRONIDAZOLE ou tout autre antibiotique dont vous disposez.	Le meilleur médicament est... CEFTRIAZONE Si vous en n'avez pas, utilisez CHLORAMPHENICOL, puis... PENICILLINE, puis... CIPROFLOXACIN, puis... AMPICILLINE, puis... AMOXACILLIN, puis... BACTRIM, puis... ERYTHROMYCINE, puis... CLINDAMYCIN, enfin... METRONIDAZOLE ou toute autre antibiotique dont vous disposez.	Le meilleur médicament est... CEFTRIAZONE Si vous en n'avez pas, utilisez CHLORAMPHENICOL, puis... PENICILLINE, puis... CIPROFLOXACIN, puis... AMPICILLINE, puis... AMOXACILLIN, puis... BACTRIM, puis... ERYTHROMYCINE, puis... CLINDAMYCIN, enfin METRONIDAZOLE ou toute autre antibiotique dont vous disposez.



Notez que l'ordre des médicaments inscrits est important. Utilisez le médicament le plus haut sur la liste que vous disposez.

Si vous n'avez aucun des antibiotiques mentionnés, utilisez n'importe quels antibiotiques dont vous disposez et référez au médecin le plus proche. Tout antibiotique est mieux que rien si quelqu'un a la *méningite*.

Si vous suspectez un *accident vasculaire cérébral* ou un autre problème du *système nerveux* central et vous trouvez des anomalies *focalisées* après l'examen, envoyez lui au médecin le plus proche.



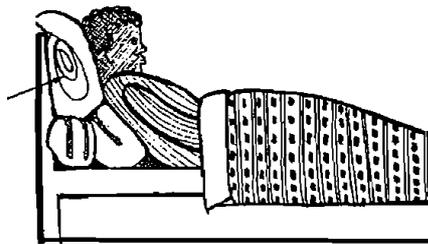
Soyez certain de noter ce que vous avez trouvé d'*anormal* à l'examen neurologique et dont parler au médecin à part de tous les médicaments que vous avez donné avant d'envoyer le patient. Cette information est très utile.

Directives pour le suivi

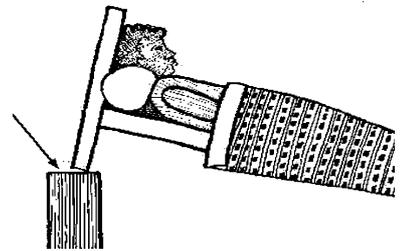
Si vous décidez qu'un patient a besoin de voir un médecin pour une éventuelle *méningite* et le médecin ne peut pas les voir pendant une heure, vous devriez lui donner la première dose des antibiotiques (le mieux c'est CEFTRIAZONE) et l'envoyer chez le médecin le plus rapidement que possible. Si le patient est trop malade pour voyager, vous devrez appeler un médecin et traiter le patient avant que le médecin soit arrivé. Continuez à donner des antibiotiques ainsi qu'il

est indiqué (VOIR LE REPERTOIRE DES MEDICAMENTS) jusqu'à l'arrivée de l'aide. Gardez la tête du patient élevée. Ne les laissez pas coucher à plat. Utilisez des oreillers ou des vêtements pour surélever la tête du patient. Si vous avez des briques ou des blocs disponibles, mettez certains en dessous de la partie supérieure du lit du patient et surélevez toute la moitié supérieure du lit. Si le patient est un nourrisson ou un enfant placé dans les mains de ses parents, il faut être certain qu'ils détiennent la tête de l'enfant en position de surélévation aussi. Continuez les antibiotiques (et aussi les antipaludéens si vous soupçonnez le paludisme) jusqu'à l'arrivée de l'aide.

Comme ça



Ou comme ça



Si vous n'êtes pas sûr si le patient devrait être vu par un médecin, il est préférable pour vous de le voir de nouveau très bientôt. Si vous le pouvez, gardez-le dans votre clinique pendant la nuit pour l'observation et réexaminez-le le lendemain. S'il vit tout près de vous, vous pourrez peut-être lui faire revenir le jour suivant. Jusqu'à ce que vous soyez certain qu'il n'a pas de *méningite* ou un autre problème sérieux, il faut l'évaluer régulièrement.

Autres actions

Si le patient a une fièvre forte, donnez-lui du PARACETAMOL avant de l'envoyer à l'hôpital.



Vous devez être certains et écrire clairement dans le dossier médical du patient exactement ce qu'on vous a dit au sujet de ses symptômes, ce que vous avez trouvé à l'examen (y compris la fièvre), et enfin, mais peut-être le plus important, indiquer clairement tous les médicaments qu'il recevait de vous avant de l'envoyer.

Cela est très important. Si vous lui donnez PARACETAMOL et il arrive sans fièvre, le clinicien ou le médecin qui le verra prochainement ne pourra pas penser qu'il est très malade parce qu'il n'a pas de fièvre. Si vous notez qu'il avait de la fièvre et vous avez donné les médicaments pour chuter la fièvre, alors la prochaine personne assurant les soins médicaux qui le voit saura qu'il est vraiment malade.

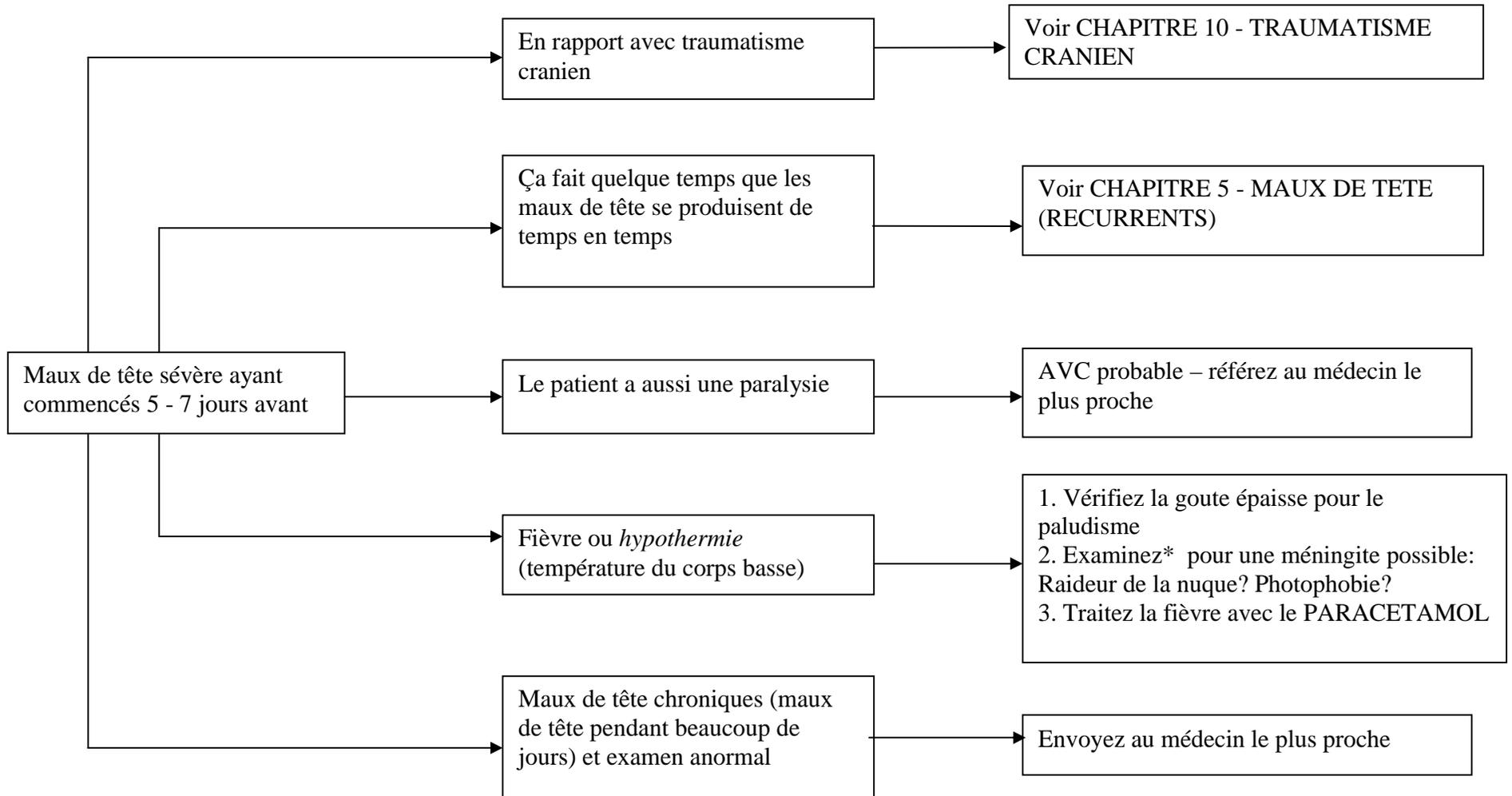
Chez les enfants, il est particulièrement important de ne pas oublier de donner le PARACETAMOL car avec une fièvre élevée et une *méningite*, les enfants peuvent avoir des *crises d'épilepsie*.

Education du patient

Si vous croyez que le patient a un problème sérieux, alors vous devez faire en sorte que la famille et le patient comprennent que c'est très important de voir le médecin et de prendre les médicaments maintenant.

Assurez-vous que la famille ne croit pas que la dose unique de médicament que vous leur aviez donné guérira le patient. Si le patient a une *méningite*, plus d'une dose unique de médicament sera certainement nécessaire.

Résumé: Maux de têtes (aigus)



* En cas de doute, traitez comme méningite et cherchez l'aide!

Chapitre 7 - Maux de tête (récurrents)

Cas clinique

Purity Siame âgée de 26 ans vient vous voir à propos des maux de tête. Elle a souffert des maux de tête avant. A cette visite elle est inquiète parce que les maux de tête sont parfois suffisamment graves pour affecter sa capacité de travailler. Bientôt, il sera temps de la récolte du maïs et elle a peur que les maux de tête la rendront incapable de collecter les aliments nécessaires pour sa famille. Elle a des mauvaises maux de tête presque chaque semaine durant 3-4 heures. Elle sait habituellement quand les maux de tête vont commencer, car elle voit des étincelles avant que la douleur commence. Parfois les maux de tête lui font vomir et quand elle a les maux de tête, la lumière lui fait mal aux yeux (*photophobie*). Si elle peut, elle se couche dans un endroit calme et sombre jusqu'à ce que la douleur passe. Si elle dort, souvent elle se sent mieux après le réveil. Une de ses sœurs a aussi des maux de tête. Sa mère lui dit que sa grand-mère souffrait des maux de tête similaires quand elle était jeune.

Discussion

Les maux de tête «*récurrents*» sont celles qui disparaissent et retournent plusieurs fois. Le patient se sent bien entre les épisodes. C'est ce que Purity est en train de décrire ci-dessus. Les maux de tête *récurrents* peuvent être dus à la *migraine*. La *migraine*, ce sont des maux de tête qui viennent et disparaissent, le plus souvent chez les femmes. Nous ne savons pas pourquoi ces maux de tête dérangent davantage les femmes que les hommes. La *migraine* a également tendance à être plus fréquente au-dedans d'une famille. Les sœurs ou une mère et sa fille peuvent avoir le même type des maux de tête.

Bien que la *migraine* ne soit pas dangereuse en elle-même, elle cause beaucoup de souffrances si elle se produit assez souvent. Ainsi que pour Purity, ces types des maux de tête peuvent être suffisamment terribles pour empêcher les gens de travailler quand il est très important qu'ils soient en bonne santé (comme lorsque le maïs est mûr et doit être récolté).

Heureusement, il existe des nombreux médicaments qui peuvent aider à traiter les maux de tête. Certains médicaments diminuent les douleurs immédiatement et d'autres, s'ils sont pris tous les jours, permettront d'éviter les maux de tête à venir si souvent. Il existe également des choses importantes que les gens peuvent faire eux-mêmes (en dehors des médicaments) qui peuvent aider à diminuer le nombre des *migraines* dont ils souffrent.

Autres points clés

La *migraine* peut se produire chez l'homme. Elle se produit tout juste plus souvent chez les femmes. La plupart des gens avec la *migraine* la développe au moment où ils sont dans leurs années 30. Si vous voyez quelqu'un qui a 40 ans ou plus qui a des maux de tête *récurrents*, vous devez tenir compte d'autres problèmes. Les patients de plus de 50 ans qui viennent à vous avec des maux de tête *récurrents* ont besoin de voir un médecin pour examen, si possible.

Les *migraines* sont plus fréquentes chez les jeunes, qui sont en bonne santé. Si le patient est plus âgé ou qu'il a une maladie sous-jacente, comme le VIH, la syphilis ou la tuberculose, ne

supposez pas qu'il a tout juste des *migraines*. Ces personnes sont à risque pour d'autres problèmes liés aux maux de tête à part la *migraine* et ont besoin de voir un médecin, si possible.

Questions à poser

1. Depuis quand est-ce que le patient a eu ces maux de tête? Est-ce qu'il se sent complètement normal entre les épisodes?

Si c'est la *migraine*, le patient ne devrait pas avoir la faiblesse, un engourdissement ou la fièvre et devrait se sentir complètement bien quand il n'a pas de maux de tête.

2. Le patient souffre-t-il des changements visuels avec des taches foncées ou des étincelles avant l'arrivée des maux de tête?

Ces symptômes sont appelés *auras visuels* et arrivent dans presque la moitié des personnes atteintes de *migraine*. Si le patient dit qu'il a des *auras visuels* qui apparaissent avant que ses maux de tête commencent, vous pouvez être à peu près certain qu'il a la *migraine*.

3. A-t-il eu une faiblesse étrange ou un engourdissement d'un côté? Y a-t-il une perte de poids inexplicable ou la fièvre?

Si c'est le cas, il peut être préférable d'avoir un médecin pour les voir et déterminer si le patient a une infection sous-jacente ou d'autre problème.

4. Lorsque les maux de tête surviennent, trouve-t-il qu'il est très sensible à la lumière (*photophobie*) et des sons (*phonophobie*)? Souffre-t-il de son estomac?

Tels sont les signes communs associés à la *migraine*.

5. Est-ce que le patient a commencé tout récemment de prendre un médicament?

Certains médicaments, notamment la pilule anticonceptionnelle et les médicaments contre l'hypertension, peuvent provoquer une aggravation de la *migraine* chez le patient.

6. Y a-t-il quelqu'un d'autre dans la famille souffrant de telles maux de tête? Rappelez-vous, souvent la *migraine* est une maladie avec une multiplication familiale.

7. Est-ce que le patient avait des *crises d'épilepsie*, des convulsions ou des chutes?

Si c'est le cas, ce n'est probablement pas la *migraine* et il a besoin de voir un médecin dès que possible.

Examen

Les personnes ayant la *migraine* devraient avoir un examen neurologique normal. Il est important que vous examiniez le patient complètement pour s'assurer que tout est normal. S'il y a des problèmes à part l'*aura visuelle* brève, moins d'une heure, comme les anomalies des *nerves crâniens*, la faiblesse, l'engourdissement ou la fièvre, ceci ne peut pas être une *migraine*.

Autres problèmes éventuels (*Diagnostics différentiels*)

La *migraine* est une gêne, mais n'est pas une maladie grave. Les problèmes importants qui peuvent causer des maux de tête *récurrents* et peuvent être confondus avec la *migraine* comprennent:

1. Les tumeurs croissant lentement - Les patients atteints d'une tumeur à croissance lente ont habituellement une faiblesse ou un engourdissement qui ne s'améliore pas. Les membres de la famille peuvent remarquer que le patient n'agit pas normalement. Les personnes ayant une tumeur à croissance lente peuvent avoir une perte visuelle. Les *crises d'épilepsie* peuvent également être un avertissement de ce type de tumeur. N'oubliez pas de demander des informations sur les *crises d'épilepsie* chez toute personne qui se présente avec des maux de tête *récurrents*.

2. Infections - Les infections dans le cerveau ou les sinus peuvent provoquer des maux de tête. Les patients avec la fièvre et un écoulement nasal épais pourraient avoir une infection des sinus. S'il s'agit d'un patient avec une perte de poids ou des problèmes de santé qui suggèrent le VIH/SIDA, les maux de tête peuvent être attribuables à une infection du cerveau, comme la *méningite à cryptocoques*. Il est important que ces patients voient un médecin car une *ponction lombaire* peut être indiquée.

3. *Prééclampsie* – Les maux de tête nouveaux pendant la grossesse peuvent indiquer plusieurs problèmes. Si une femme vient chez vous avec des maux de tête qui ont commencé au cours de la grossesse, il faut la référer pour être examinée par un médecin.

4. *Hypertension artérielle* – L'*hypertension* sévère peut causer des maux de tête et si non traitée elle peut entraîner des *accidents vasculaires cérébraux* ou une crise cardiaque.

5. *Problème de réfraction visuelle* - Occasionnellement, les gens qui ont besoin des lunettes peuvent développer des maux de tête dus à la fatigue oculaire. Ces maux de tête ont tendance à se produire pendant la fatigue oculaire et ne sont pas généralement graves.

Les patients souffrants de la *migraine* doivent être complètement normaux entre les épisodes des maux de tête. S'ils ne sont pas complètement normaux entre les épisodes, il peut être préférable de les référer au médecin le plus proche. Si le médecin pense que le patient a la *migraine*, il peut le renvoyer chez vous pour le traitement!

Prise en charge

Les médicaments sont seulement une partie du traitement de la *migraine*. Il y a beaucoup de choses que le patient peut faire pour améliorer ses maux de tête. Celles-ci ont été énumérées ci-dessous comme «Education du patient».

Il y a deux façons d'aborder le traitement de la *migraine*.

1. La thérapie *abortive*

Traitez les maux de tête quand ils viennent, mais ne faites rien jusque-là. Ceci s'appelle la thérapie *abortive*. Vous pouvez choisir de faire cela si les maux de tête viennent seulement 1-2

fois par mois et si le patient ne manque pas beaucoup de travail. N'oubliez pas de regarder dans le REPERTOIRE DES MEDICAMENTS pour les doses.

Pour la thérapie *abortive* vous pouvez essayer l'un de ces médicaments:

PARACETAMOL
ASPIRIN
BRUFEN

ET EN PLUS l'un de ceux-ci (surtout si les vomissements et les nausées constituent un grand problème)

PROCHLORPERAZINE
PROMETHAZINE
CHLORPROMAZINE
DIPHENHYDRAMINE

2. La thérapie *prophylactique*

Donnez au patient un médicament tous les jours s'il a des maux de tête ou pas. Ceci s'appelle le traitement *prophylactique*. Le traitement *prophylactique* diminuera l'apparition des maux de tête et fera que les maux de tête soient moins sévères quand ils se produisent. Il est important de faire connaître le patient qu'il peut persister quelques maux de tête. L'objectif est de rendre les maux de tête moins fréquents et moins sévères, mais il est improbable que les maux de tête vont disparaître complètement. Si les gens ont des maux de tête sévères quatre fois ou plus par mois, ils ont probablement besoin d'être sur un traitement *prophylactique*. **Ils devraient toujours recevoir un traitement abortif pour soigner les maux de tête qui se produisent sous la thérapie prophylactique.**

Les médicaments *prophylactiques* comprennent l'un de ces suivants:

PROPRANOLOL/ATENOLOL/METOPROLOL
VERAPAMIL
AMITRYPTILINE
NORTRYPTILINE
CARBAMAZIPINE

Directives pour le suivi

Quand vous apercevez la première fois quelqu'un qui a la *migraine*, vous aurez probablement le mettre sur un nouveau médicament. Ce serait mieux si vous le revoyez de nouveau environ dans un mois, voyez comment il répond sur le nouveau médicament et ensuite le **réexaminez** attentivement au moins une fois tous les 3-6 mois pour vous assurez qu'il a toujours un examen neurologique normal. A tout moment, si le patient que vous pensez avoir eu une *migraine* développe des résultats anormaux à l'examen, envoyez-le au médecin le plus proche. Si vous mettez quelqu'un sur un traitement *prophylactique*, essayez de voir le patient au moins tous les trois mois. Envisagez l'arrêt de la *prophylaxie* si le patient n'a pas de maux de tête pendant 6 mois. Si les maux de tête reviennent, vous devez bien sûr recommencer le médicament.

Si vous voyez un patient qui souffre des maux de tête chroniques, plutôt que des maux de tête *récurrents* (disant qu'il a des maux de tête la plupart du temps), il est TRÈS important de

procéder à un examen physique complet. N'importe qui avec des maux de têtes chroniques et des résultats anormaux à l'examen devrait être envoyé chez un médecin pour l'évaluation le plus rapidement possible.

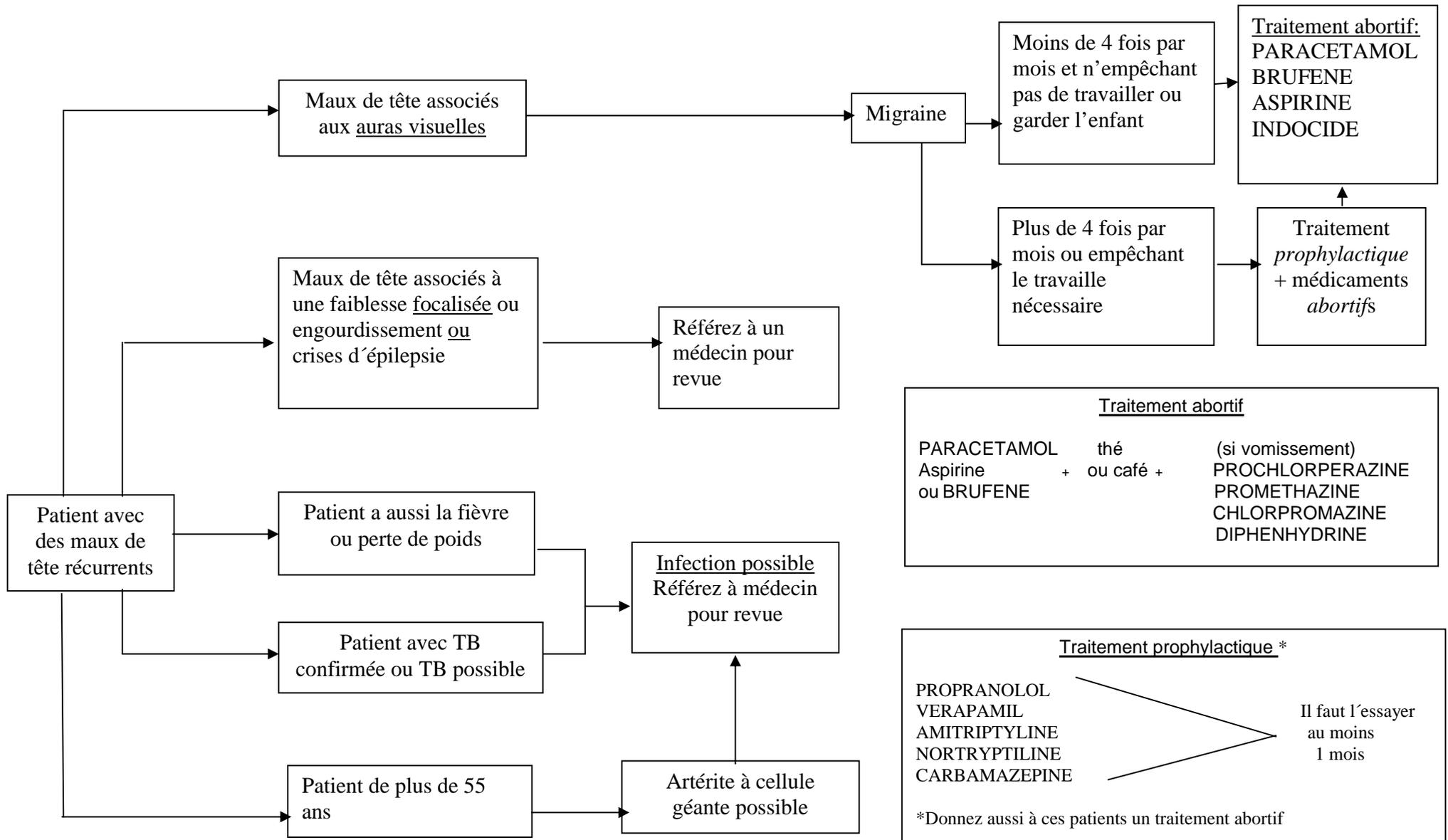
Education du patient

Heureusement, il y a beaucoup de choses un patient peut faire pour soulager ses maux de tête qui ne nécessitent pas de médicaments.

Alimentation - Demandez au patient s'il y a un aliment qui semble être associé à ses maux de tête. Les fromages, la viande fumée et le chocolat peuvent entraîner la *migraine* chez certaines personnes. Le patient doit peut-être cesser de manger ces aliments. La consommation de la bière et d'autres *boissons alcooliques* doit aussi être diminuée puisque ceux-ci peuvent aggraver les maux de tête. Lorsque le patient commence à avoir des maux de tête, peut-être le café ou le thé pris avec de l'aspirine ou un autre médicament *abortif* arrêtera des maux de tête précocement. Le thé et le café (noir, sans sucre ou lait) contiennent de la *caféine* et peuvent soulager la *migraine* lorsqu'ils sont pris en petites quantités, mais la prise quotidienne de *caféine* ou des grandes quantités des boissons contenant la *caféine* devrait être évitée.

Sommeil - Un calendrier de sommeil très régulier est important pour le contrôle de la *migraine*. Le patient doit tenter d'aller se coucher et **de se réveiller à la même heure chaque jour**, même les week-ends. Ceci est important. La *migraine* s'aggrave si l'horaire de sommeil n'est pas régulier. Au moins 8 heures de sommeil est mieux et certains patients ont besoin de plus.

Résumé: Maux de têtes (récurrentes)



Chapitre 8 - Mal au dos

Cas clinique

Joseph Ngandu est un homme de 47 ans qui vient vous voir pour le mal au dos. Il signale que le mal au dos a été un problème pendant longtemps, mais récemment elle a commencé à l'empêcher de travailler ou de dormir. Il n'a pas eu de traumatisme et il veut un médicament pour le soulagement de la douleur.

Discussion

Le mal de dos est un problème pour les gens dans le monde entier. Habituellement, le mal de dos est une «maladie autolimitée» c'est à dire qu'elle finira par amélioration elle-même. Aucun damage réel (autre que la douleur et l'inconfort immédiat) ne résulte des maladies autolimitées.

Comme la plupart des maux au dos va s'améliorer d'elle-même, votre rôle en tant que prestataire de soins comprend deux tâches:

1. Assurez-vous que le mal au dos ne provient pas d'un problème grave qui nécessite un traitement supplémentaire. Les problèmes qui peuvent avoir besoin des soins comprennent la tuberculose de la colonne vertébrale (aussi appelée *Mal de Pott*) et les fractures de la colonne vertébrale.
2. Une fois que vous avez décidé que le mal de dos du patient ne provient pas d'une maladie sous-jacente qui a besoin d'un traitement, vous pouvez alors offrir au patient des médicaments et des conseils pour le soulagement de la douleur et de l'inconfort.

Autres points clés

Le mal au dos peut être dû à des nombreux problèmes différents. La cause la plus fréquente des maux au dos est les douleurs musculaires et le spasme. Ceci peut se produire lors du froissement et de la distension des muscles, soit en levant ou en tirant beaucoup de poids ou lors des mouvements répétitifs, comme se pencher beaucoup dans les champs. La douleur s'augmente avec des mouvements et le patient peut même être à mesure de localiser l'ensemble de la zone où la douleur est la plus sévère. Les douleurs musculaires habituellement n'ont pas besoin d'un traitement spécial et disparaissent en quelques jours.

Le mal au dos peut aussi être dû à des problèmes osseux tels que les fractures ou les maladies osseuses. La douleur osseuse peut être sévère et peut être particulièrement exagérée pendant la nuit alors que le patient essaie de dormir. La douleur osseuse peut être limitée à une petite zone de la colonne vertébrale et peut être très grave.

Enfin, le mal au dos peut être dû à une pression sur les nerfs sortant de la moelle épinière sur leur trajet vers les jambes. Cette pression peut être causée par l'arthrite du rachis au niveau des trous de conjugaison d'où sortent les nerfs. Les disques intervertébraux peuvent également comprimer les racines nerveuses. Ces disques sont des coussins mous qui se situent entre les petits os de la colonne vertébrale (appelés les *vertèbres*) et les disques peuvent éclater poussant les nerfs et

causant la douleur qui tire vers le bas à travers les fesses ou les jambes.

Des graves problèmes osseux ou nerveux peuvent serrer les nerfs de la moelle épinière entraînant le patient à développer la faiblesse, l'engourdissement, les difficultés à la marche et des problèmes de *miction*. Les dommages permanents peuvent survenir. Les gens avec des signes d'une maladie de la moelle épinière doivent être référés à un médecin ou à l'hôpital immédiatement.

Questions à poser

1. Le patient a-t-il eu un traumatisme récent?

Les accidents de la circulation sont une cause fréquente de traumatisme de la colonne vertébrale, mais les traumatismes peuvent également survenir en travaillant avec des animaux ou du matériel agricole. Essayez de vérifier si un accident a provoqué les symptômes. Les accidents suggèrent la possibilité d'une lésion osseuse (fracture) qui nécessite d'être évaluée ultérieurement. Les simples distensions et froissements dus au travail sont très peu susceptibles de produire une fracture dans les os en bonne santé.

2. Le patient souffre-t-il de la tuberculose? A-t-il eu une perte de poids ou des autres symptômes qui suggèrent la tuberculose? Est-ce qu'il y a quelqu'un à la maison qui est sous traitement pour la tuberculose?

Les patients qui sont susceptibles d'avoir la tuberculose de la colonne vertébrale devraient être examinés par un médecin et ont probablement besoin d'une radiographie.

3. Où est-ce que la douleur est située? Dans les muscles du dos? Au niveau de la colonne vertébrale? Est-ce que le patient souffre des douleurs projetées dans les fesses ou les jambes? La douleur dans le tiers inférieur du dos surtout est le problème musculaire le plus fréquent.

4. Est-ce que le patient a une faiblesse ou un engourdissement?

Une ligne de l'engourdissement à travers le tronc avec un engourdissement élargi au-dessous de la ligne suggère un problème de la moelle épinière et doit être examiné par un médecin.

5. Est-ce que le patient remarque des problèmes avec la *miction*? Est-il en mesure de contrôler ses urines? Tous les problèmes avec la *miction* chez les personnes souffrantes de mal au dos ou de traumatisme suggèrent une lésion de la moelle épinière.

Examen

Si quelqu'un se plaint des douleurs au niveau du dos, ça fait seulement sens lorsque vous lui demandez d'enlever sa chemise ou autres vêtements pour vous permettre de voir son dos. Recherchez des courbes évidentes ou toute anomalie osseuse. Les anomalies osseuses doivent être renvoyées chez le médecin.

Quand vous recevez quelqu'un avec le mal au dos, demandez-lui de pointer l'endroit où la douleur est maximale, puis examinez par pression ferme chaque *vertèbre* en commençant par le haut du cou vers le bas le long de la colonne vertébrale, puis remontez le long de la colonne. Pressez fermement mais pas jusqu'à obtenir une réponse douloureuse chez un individu en bonne santé. Y a-t-il un endroit ou un site où la pression exercée produit plus de douleur? Si cette

pression ferme sur la colonne cause la douleur dans une région distincte, ceci est appelé la *sensibilité localisée* et pourrait indiquer un problème osseux.



Vous ne devez pas frapper n'importe qui avec un traumatisme du dos. S'il a une fracture, vous pourriez causer encore plus de dégâts.

Peut-être l'une des meilleures choses à faire quand vous examinez quelqu'un avec le mal au dos est de simplement l'observer marcher. Est-ce qu'il boite? Peut-il faire une grande flexion de genoux (dans la position accroupie) et puis se lever? Demandez- lui de se lever et marcher sur ses orteils puis ses talons. S'il est capable de faire toutes ces choses, il est assez fort.

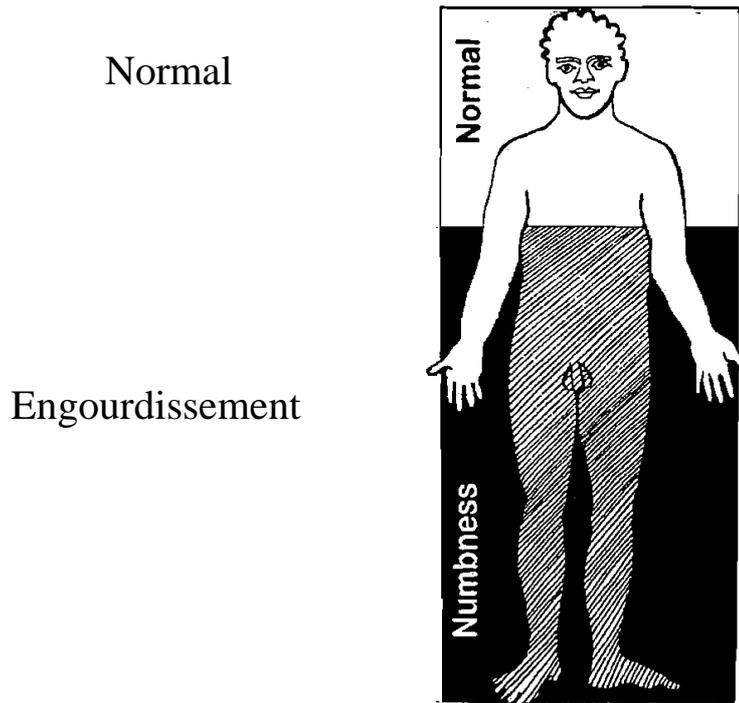
Si la personne prétend ne pas avoir la force pour se tenir debout sur ses orteils, allongez-la et testez la force des différents muscles. Pouvez-vous tirer les jambes hors du lit? Pouvez-vous déceler une faiblesse ou une différence entre les deux jambes? Parfois, il peut être difficile de séparer la faiblesse de la douleur. Lorsque les gens ont la douleur, ils peuvent être réticents à se déplacer du tout. Essayez de les encourager à vous montrer ce qu'ils peuvent faire.

Quand vous regardez un patient marcher, est-ce qu'il marche avec une allure raide? Ceci peut être important. Si la marche semble raide, essayez de déplacer les jambes avec le patient couché à plat. S'il y a une raideur, ceci est préoccupant.

Assurez-vous de vérifier la sensation, même si le patient prétend de ne pas avoir d'engourdissement. Existe-t-il un engourdissement dans la jambe ou dans une partie de la jambe? Existe-t-il un engourdissement dans les deux jambes? Est-ce que l'engourdissement inclut une partie du tronc?

Voyez si vous pouvez trouver une ligne claire où la sensation change de la normale à l'engourdissement quelque part sur le corps comme montré de l'image ci-dessous.

Le patient montré ici présente une ligne d'engourdissement passant par le milieu de son thorax. La sensation au-dessus de la ligne est normale. Au-dessous de la ligne c'est l'engourdissement.



Autres problèmes éventuels (*Diagnostic différentiel*)

1. Froissement musculaire mineur (douleur musculaire)
2. Arthrite
3. Disque vertébral rompu
4. *Mal de Pott* (TB de la colonne vertébrale)
5. Fracture vertébrale
6. Toute cause de *compression médullaire* (compression de la moelle épinière)
7. Cancer osseux

Les problèmes 4-7 devraient être adressés à un médecin ou référés à l'hôpital, chaque fois que c'est possible.

Prise en charge

Pour le mal au dos dus au froissement musculaire ou à l'arthrite, plusieurs médicaments peuvent aider à soulager l'inconfort. Ceux-ci incluent

BRUFEN
INDOCID
ASPIRINE

Rappelez-vous que ces médicaments doivent être pris avec des aliments. Si le patient a une longue histoire de mal au dos et que vous jugez que la prise des médicaments devrait aller au-delà de 7-10 jours, il y a des mises en garde figurant dans le REPERTOIRE DES MEDICAMENTS. Notez que le PARACETAMOL ne figure pas sur la liste. Bien que le PARACETAMOL soit un bon antalgique dans des autres situations, il n'agit pas bien dans les maux de dos chez la plupart des gens.

Directives pour le suivi

Si le patient a le mal au dos induit par le froissement musculaire ou l'arthrite, vous pouvez lui faire une prescription de 7-10 jours (voir ci-haut) et lui recommander de revenir consulter en cas de besoin. Les tels patients vont habituellement s'améliorer même sans traitement. Les guérisseurs traditionnels peuvent également leur procurer un traitement efficace. Si toutefois vous suspectez la rupture d'un disque vertébral (avec la douleur *radiculaire*) causant la compression de la racine nerveuse, vous aurez à revoir le patient toutes les 1-2 semaines jusqu'à l'amélioration des symptômes. La douleur induite par la rupture discale guérit dans les 6-8 semaines (plus longtemps que dans le cas de simple froissement musculaire). Vous aurez à revoir ces patients jusqu'à la disparition ou la stabilisation de la douleur, pour être certain qu'ils ne développent pas des signes de *compression médullaire*.

Des autres problèmes tels que des douleurs osseuses, une fracture possible liée à un traumatisme ou des douleurs dorsales récentes inexplicables avec une *sensibilité localisée* suggérant le *Mal de Pott* devraient être adressés à un médecin pour plus d'investigations incluant la radiographie au besoin.

La faiblesse (même présent lorsque le patient semble en plein effort), raideur des jambes (*spasticité*), le mal au dos avec des troubles *urinaires* ou une ligne d'engourdissement sont tous préoccupants et devraient être revus par un médecin.

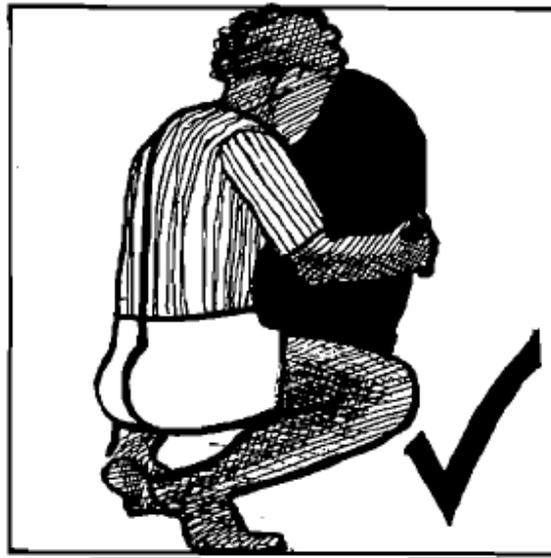
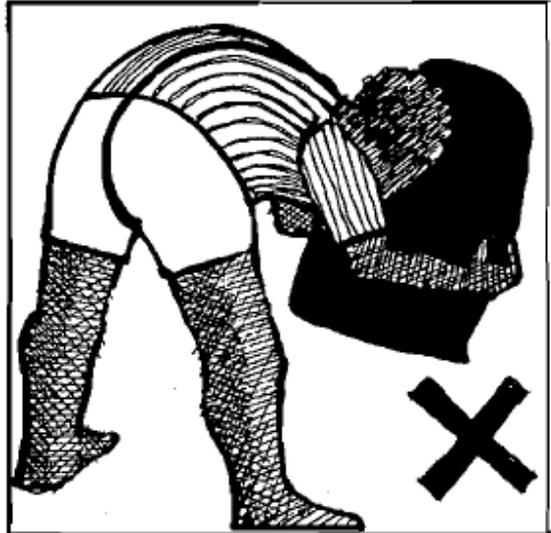
Autres actions

Chez les gens souffrant de mal au dos dus aux douleurs musculaires et froissement musculaires un «repos au lit» durant plusieurs jours à plusieurs semaines a été prescrit dans l'espoir que ce repos améliorera leur état musculaire. Après beaucoup de recherches il a été prouvé que pour la plupart de mal au dos le repos au lit est une mauvaise idée et peut être l'objet d'une guérison beaucoup plus lente! La plupart des patients souffrant de mal au dos induits par un froissement doivent éviter de soulever des charges lourdes et de fléchir fréquemment leur rachis pour 1-2 semaines. Autrement dit la marche et les autres activités normales doivent être poursuivies.

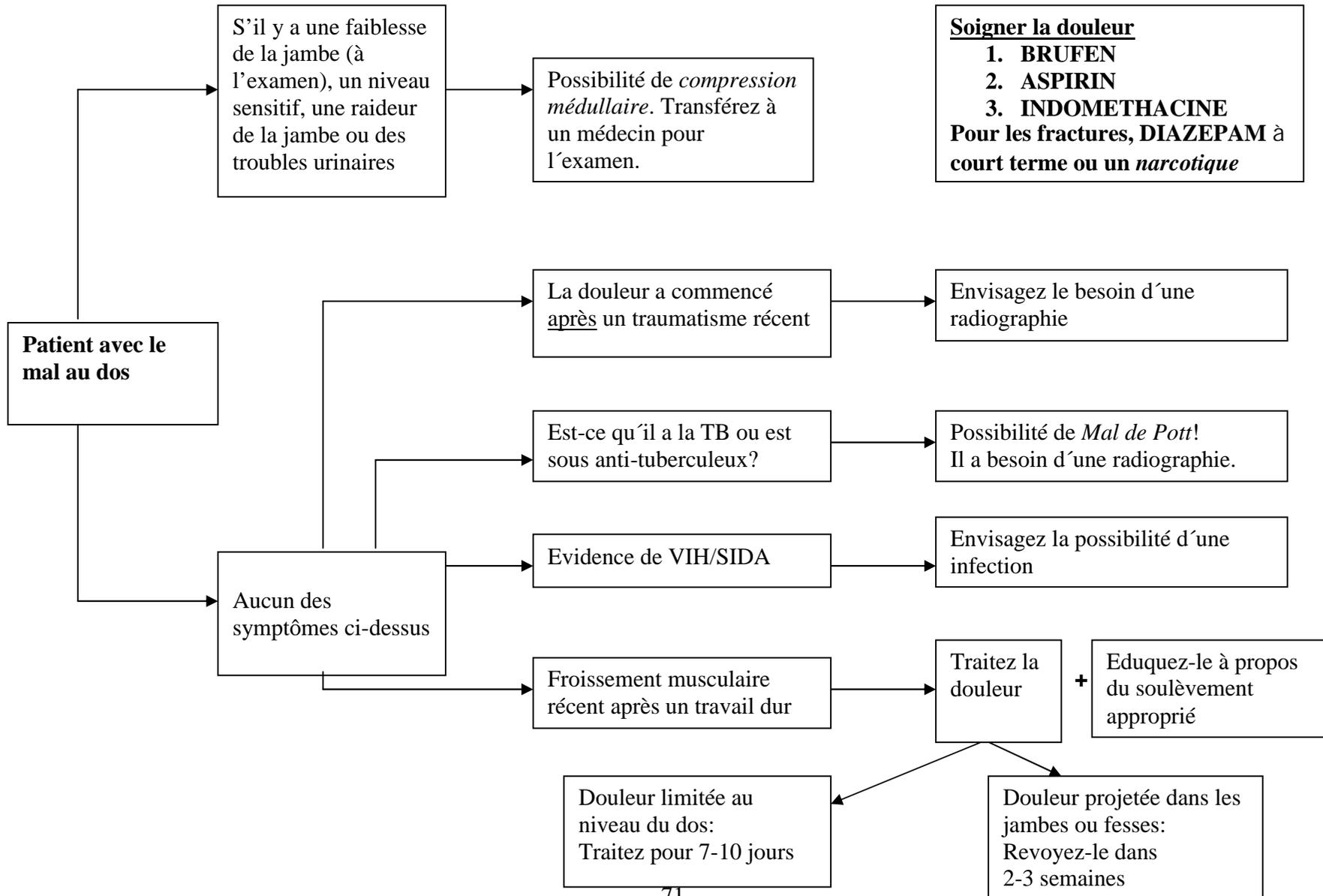
Education du patient

Si vous voyez un patient avec des maux de dos et des froissements fréquents, vous devez prendre le temps de l'éduquer au sujet des techniques de soulèvement des charges appropriés. Les gens, même de petite taille, peuvent transporter des charges très lourdes. (Ce qu'une petite dame peut porter sur la tête vers le marché est impressionnant!). Les individus souffrant fréquemment du traumatisme du dos sont susceptibles d'avoir mal plus en **soulevant** qu'en **transportant**. Quand il faut soulever des objets lourds, la personne devrait fléchir les genoux, saisir les objets avec les

mains puis redresser les genoux pour soulever...tout en gardant le dos droit, non fléchi! Se plier sur sa taille et solliciter les muscles du dos pour soulever tout objet, c'est se créer des ennuis.



Résumé: Mal au dos



Chapitre 9 - Mal à la nuque

Cas clinique

Masha Kamwale est une femme de 46 ans qui vient vous voir pour les douleurs au niveau de la nuque. Elle signale que la douleur a évolué depuis à peu près de deux semaines. La douleur irradie du cou vers le bras gauche et la patiente ne peut pas tourner sa tête sans aggravation sévère de la douleur. Elle ne peut pas dormir. Elle n'a jamais eu une telle douleur auparavant et elle croit que celle-ci a commencé après avoir transporté un sac de maïs très lourd (sur sa tête bien sûr!) du marché à la maison.

Discussion

Le mal à la nuque peut être très pénible surtout pour les femmes qui sont plus susceptibles d'avoir la douleur et les traumatismes au niveau du cou, liées au transport de lourdes charges sur leur tête. Le mal à la nuque qui se produit après un certain traumatisme ou qui se produit dans le contexte d'une maladie *chronique* comme la TB ou le VIH/SIDA devrait être apprécié par un médecin qui peut obtenir des radiographies. La plupart des douleurs au niveau de la nuque s'améliora avec le temps. Comme pour le mal au dos, votre tâche consiste à décider s'il existe une anomalie osseuse sous-jacente ou si la moelle épinière se coince parce que ces problèmes doivent être adressés au médecin.

Autres points clés

La cause la plus fréquente du mal à la nuque sont la douleur musculaire et les spasmes. Le froissement et le claquage peuvent résulter du transport de trop de poids sur la tête. Les traumatismes du cou sont également très susceptibles de se produire lors des accidents de la circulation. Tourner la tête aggrave la douleur. En général, le mal à la nuque dû à la simple douleur musculaire n'a pas besoin d'un traitement spécial et disparaît en un jour ou deux.

Le mal à la nuque peut également découler des problèmes osseux tels que les fractures. La douleur osseuse peut être grave et peut être spécialement douloureuse pendant la nuit alors que le patient essaie de dormir. La douleur peut être limitée à une petite zone de la colonne vertébrale et être quand même très grave.

Enfin, le mal à la nuque peut être dû à une pression sur les nerfs sortant de la moelle épinière sur leur trajet vers les bras. Cette pression peut être causée par l'arthrite du rachis au niveau des trous de conjugaison d'où sortent les nerfs. Les disques intervertébraux peuvent également comprimer les racines nerveuses. Ces disques sont des coussins mous qui se situent entre les petits os de la colonne vertébrale (appelés les *vertèbres*) et les disques peuvent éclater poussant les nerfs et causant la douleur qui tire vers les épaules et les bras.

Comme dans tous les traumatismes de la colonne, les lésions osseuses ou nerveuses graves peuvent comprimer la moelle épinière (appelé *compression médullaire*). La *compression médullaire* entraîne la faiblesse, l'engourdissement, les troubles de la marche et les troubles de la *miction*. Les patients ayant une *compression médullaire* peuvent développer la raideur des jambes qui handicape beaucoup leur marche. Les patients présentant des signes d'une atteinte de la moelle épinière ont besoin d'être référés chez un médecin ou à l'hôpital.

Questions à poser

1. Le patient n'a eu aucun traumatisme récent?

Les accidents de la circulation constituent une cause fréquente du mal à la nuque. Les accidents peuvent entraîner une lésion osseuse (fracture) qu'il faut évaluer. Le médecin devrait examiner les patients présentant un engourdissement ou une faiblesse musculaire après un traumatisme. Les lésions médullaires peuvent s'aggraver et causer des problèmes permanents si elles ne sont pas soignées correctement. Les simples froissements ou les claquages musculaires qui viennent de l'activité physique ne sont pas susceptibles de causer une fracture d'un os en bonne santé.

2. Le patient a-t-il la TB? A-t-il perdu du poids? Présente-t-il d'autres symptômes suggérant la TB?

N'oubliez pas la possibilité d'un *Mal de Pott*. La TB peut se disséminer jusqu'à la colonne vertébrale et ronger ses os. Encore une fois la TB et le mal à la nuque ou le mal au dos nécessitent d'être examinés par un médecin.

3. Où est-ce que la douleur se situe? Dans les muscles de la nuque? Est-ce que le patient présente des douleurs projetées au niveau des épaules et des bras? Est-ce que le patient présente une faiblesse musculaire ou un engourdissement?

Ces symptômes peuvent survenir si un disque vertébral a rompu.

4. Le patient présente-t-il des problèmes de la *miction* ou de la marche? Est-ce qu'il est capable de contrôler les urines? Les problèmes de miction ou de la marche suggèrent une lésion médullaire et devraient être revus par un médecin.

Examen

Quand vous recevez quelqu'un avec le mal à la nuque, demandez-lui de pointer l'endroit où la douleur est maximale, puis examinez par pression ferme chaque *vertèbre* en commençant par le bas du dos, puis remontez le long de la colonne. Pressez fermement mais pas jusqu'à obtenir une réponse douloureuse chez un individu normal. Y a-t-il un endroit ou un site où la pression exercée produit plus de douleur? Si cette pression ferme sur la colonne cause la douleur dans une région distincte, ceci est appelé la *sensibilité localisée* et pourrait indiquer un problème osseux.

Peut-être l'une des meilleures choses à faire quand vous examinez quelqu'un avec le mal à la nuque est de simplement l'observer marcher. Peut-il faire une grande flexion du genou (accroupi) et puis se lever? Demandez- lui de se lever et marcher sur ses orteils puis ses talons. S'il est capable de faire toutes ces choses, il est assez fort. Peut-il déplacer rapidement ses jambes? Tout signe de raideur des jambes ou des bras qui l'empêche de déplacer rapidement ses membres est un signe d'alarme.

Le patient peut-il tourner sa tête dans les deux sens? Ceci peut être douloureux en particulier en cas de froissement musculaire. Il est parfois difficile de séparer la faiblesse de la douleur. Quand le patient sent la douleur, il peut être réticent à effectuer un moindre mouvement. Essayez de l'encourager à vous montrer ce qu'il est capable de faire.

Assurez-vous d'avoir évalué la sensibilité, même si le patient prétend ne pas avoir d'engourdissement. Les douleurs projetées dans les bras, surtout celles aggravées par les mouvements tournants de la tête suggèrent l'atteinte du disque.

Autres problèmes éventuels (*Diagnostic différentiel*)

1. Froissement musculaire mineur (douleur musculaire)
2. Arthrite
3. Disque vertébral rompu
4. *Mal de Pott* (TB de la colonne vertébrale)
5. Fracture vertébrale
6. Toute cause de *compression médullaire* (compression de la moelle épinière)

Les problèmes 4-6 devraient être adressés à un médecin ou référés à l'hôpital, chaque fois que c'est possible.

Prise en charge

Pour le mal à la nuque dû au froissement musculaire ou à l'arthrite, plusieurs médicaments peuvent aider à soulager l'inconfort. Ceux-ci incluent

BRUFEN
INDOCID
ASPIRINE

Rappelez-vous que ces médicaments doivent être pris avec des aliments. Si vous jugez que le patient doit prendre les médicaments au-delà de 7-10 jours, il y a des mises en garde figurant dans la REPERTOIRE DES MEDICAMENTS. Notez que le PARACETAMOL ne figure pas sur la liste comme traitement contre les maux de cou. Bien que le PARACETAMOL soit un bon antalgique dans des autres situations, il n'agit pas bien dans le mal à la nuque ou au dos.

Une minerve est un corset cervical qui maintient la tête dans une position unique. Il peut aider à soulager certaines douleurs au niveau de la nuque et peut parfois être acheté ou acquis dans les hôpitaux ou les grandes cliniques. A moins que le patient ait une fracture, la minerve n'est pas habituellement nécessaire. Si le patient a une minerve, suggérez-lui de le mettre juste pour quelques jours ou seulement quand il dort.

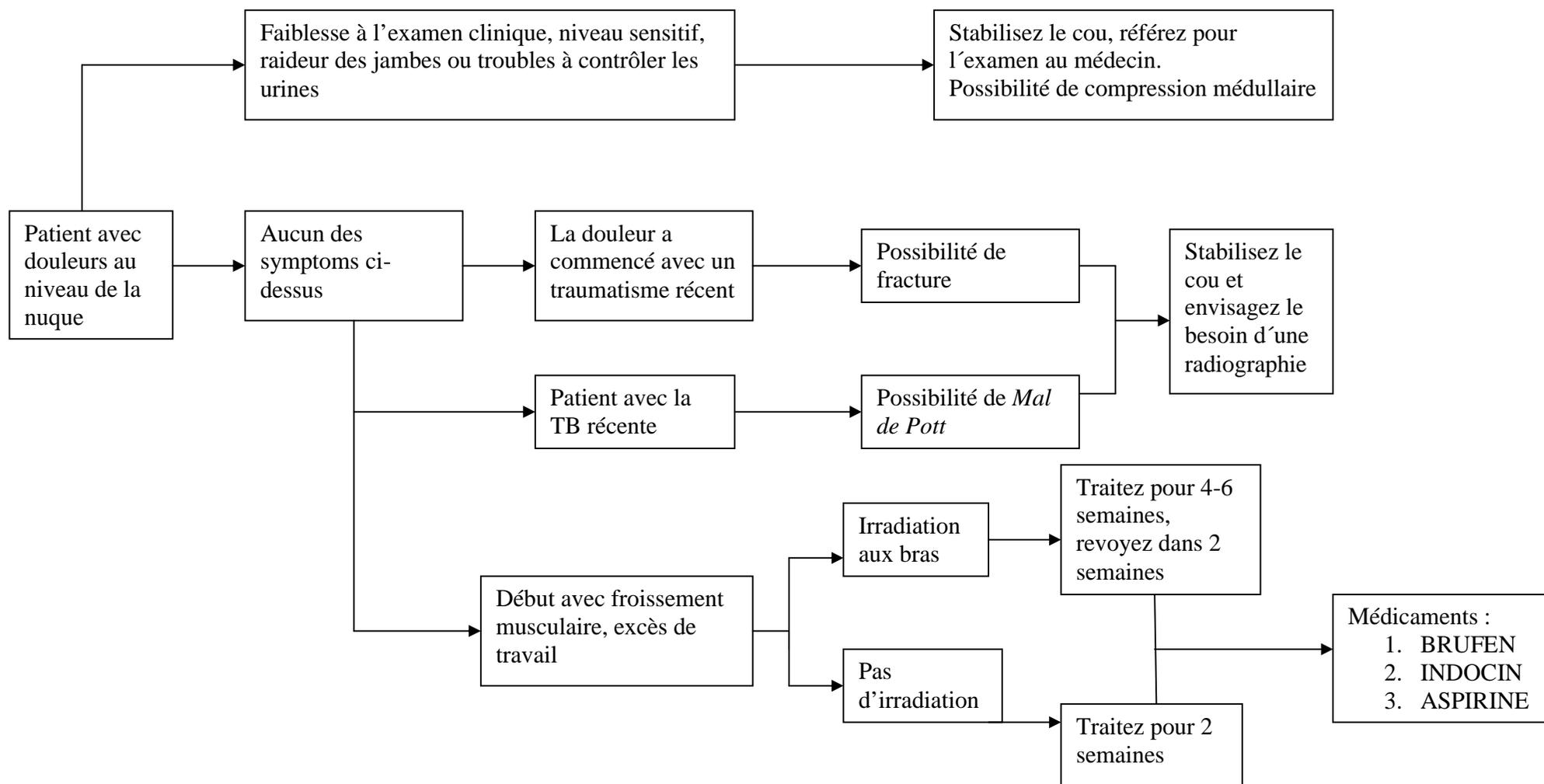
Directives pour le suivi

Les patients qui se plaignent de douleur du cou due à un simple froissement musculaire peuvent être rassurés et recevoir des antalgiques pour 7-10⁴ jours (voir traitement). Si le patient présente une *sensibilité localisée* avec la notion de perte pondérale, la TB ou le VIH/SIDA, vous devriez essayer de le référer chez un médecin. Les patients avec une marche rigide (raideur des jambes) ou avec des troubles de la *miction* doivent également être examinés par le médecin. Les patients avec des douleurs projetées au niveau des bras ou avec la douleur de cou et de bras pourraient présenter une douleur *radiculaire* et alors leur guérison prendra plus de temps. Pour les patients

⁴ Si l'approvisionnement de votre pharmacie en ces médicaments est très limité, vous pouvez essayer la durée de traitement de 3-5 jours pour les patients avec moins de douleurs sévères.

avec une douleur radicale il faut attendre 4-6 semaines pour qu'ils se sentent pleinement mieux. Vous devriez essayer de passer en revue ces patients environ toutes les deux semaines pendant cette période de récupération afin de vous assurer qu'elles ne développent pas de faiblesse, d'engourdissement ou tout autre problème qui pourrait nécessiter l'appréciation du médecin.

Résumé: Mal à la nuque



Chapitre 10 - L'enfant lent



Cas clinique

Felister Moongu est un enfant de 5 ans amené par sa mère à la clinique pour la diarrhée. Vous demandez à sa maman et elle vous dit que la diarrhée n'était pas grave et l'enfant n'a pas l'air d'être déshydraté, mais vous notez que l'enfant semble peu vous comprendre et qu'il n'agit pas comme un enfant de 5 ans. Il est trop maigre et trop petit pour son âge également. Il ne va pas à l'école. Quand vous posez des questions à l'enfant, il parle très peu dans un langage d'un enfant moins âgé.

Discussion

Les enfants peuvent avoir des problèmes divers qui ralentissent leur croissance. La croissance physique peut être affectée par les maladies ou la malnutrition. «L'enfant lent» peut aussi être un enfant dont le développement mental semble retardé. Habituellement nous jugeons le développement mental d'un enfant par le langage et le comportement. Ainsi tout problème de langage peut causer que l'enfant semble lent même si la fonction mentale est vraiment normale.

Les enfants lents sont plus susceptibles de souffrir de la malnutrition et pourraient être en mauvaise relation avec leurs parents, frères et sœurs qui ne peuvent pas comprendre pourquoi ils sont incapables de travailler et jouer comme les autres enfants. Les enfants lents peuvent également souffrir d'une invalidité physique qui peut ne pas être reconnue (comme les membres faibles ou malhabiles). Il est important de reconnaître un enfant lent.

Premièrement vous devez reconnaître l'enfant lent afin que vous puissiez voir s'il y a un traitement qui pourrait l'aider à travailler et jouer. Vous pouvez aussi identifier d'autres problèmes qui peuvent rendre sa vie plus difficile et tenter de les résoudre. Par exemple peut-être l'enfant fait des crises d'épilepsie. Les parents sont souvent réticents à vous avouer que leur enfant fait des crises d'épilepsie, pourtant il existe bien des médicaments qui peuvent traiter les crises d'épilepsie et améliorer la qualité de vie de l'enfant. Il faut expliquer aux parents que leur enfant a un problème réel et qu'il a besoin de plus d'attention et de soins. Vous pouvez prodiguer beaucoup de conseils et de soutien aux familles des enfants qui ont une croissance lente.

Autres points clés

Vous avez probablement déjà une idée de ce que nous entendons par «l'enfant lent». C'est l'enfant qui acquiert le langage tardivement et lentement. L'enfant lent peut être incapable de bien jouer avec d'autres enfants. Certains enfants lents ont même un regard un peu étrange avec des yeux proéminents et une énorme langue (souvent retrouvés dans le *Syndrome de Down*) ou des oreilles réellement larges et bas implantées et un visage différemment *anormal*.

En principe, les parents ne vous amènent pas leur enfant lent en vous disant: «Mon enfant ne raisonne pas bien, il n'est pas comme les autres enfants». Vous verrez un tel enfant plutôt pour d'autres raisons. Il vous sera amené peut-être pour la perte de poids ou pour la diarrhée. L'enfant lent est susceptible d'avoir un «échec de développer» mais il s'améliore bien quand il est à l'hôpital avec l'alimentation supervisée. L'enfant lent peut vous être amené pour des brûlures ou des blessures dues aux chutes pendant des crises d'épilepsie. Une fois de plus les parents peuvent vous consulter pour les soins des brûlures sans jamais vous dire que l'enfant fait des crises d'épilepsie. Vous devez demander.



Réfléchissez à demander à tout celui qui consulte pour des brûlures s'il a des chutes ou des convulsions. Les *crises d'épilepsie* sont une cause courante des brûlures.

Vous ne pourriez pas «guérir» l'enfant lent ou le rendre complètement normal, mais vous pouvez offrir à aider en résolvant des problèmes personnels tels que les crises d'épilepsie. Guettez l'enfant lent. Lui et sa famille attendent de vous une aide particulière.

Vous pourriez constater que les enfants avec un développement lent sont issus des grossesses difficiles ou des accouchements compliqués, en particulier les grossesses gémellaires. Si la maman a connu des infections pendant la grossesse ou des problèmes thyroïdiens (indiqués par un *goitre* large), l'enfant pourrait être plus susceptible d'avoir des problèmes de croissance. Malheureusement, certains enfants nés sains présentent des problèmes de croissance seulement après une infection sévère comme le paludisme cérébral ou la *méningite*. Les mamans très âgées (qui font des enfants au-delà de 40 ans d'âge) sont également susceptibles d'avoir un enfant lent.

L'invalidité physique peut découler d'une lésion cérébrale précoce, un traumatisme ou une infection pendant la gestation. Un déficit mental peut également résulter des infections précoces et du traumatisme. De même les troubles thyroïdiens chez la maman et chez l'enfant peuvent contribuer à un déficit mental. Les troubles visuels peuvent être causés par une cataracte ou simplement l'enfant peut avoir besoin des lunettes. Les troubles de l'audition peuvent se présenter depuis la naissance ou être causés par des infections, spécialement de la *méningite*.

Enfin, posez des questions sur la santé des deux parents. Les enfants avec le VIH/SIDA peuvent être lents avant même d'autres signes de la maladie (comme la perte de poids ou les infections). Si le père ou la mère a le VIH/SIDA et l'enfant est très lent mais sans causes évidentes, l'enfant pourrait être infecté par le VIH/SIDA.

Questions à poser

1. Posez d'abord des questions relatives à la grossesse pendant laquelle la maman portait encore l'enfant. Est-elle tombée malade? A-t-elle connu une certaine infection? Est-ce que l'accouchement a été particulièrement difficile? Y a-t-il eu recours aux forceps? Qui a aidé pendant l'accouchement? Un médecin? Une sage-femme? Un infirmier? Un auxiliaire de santé ? Est-ce que l'enfant a mis beaucoup de temps pour crier après la naissance?

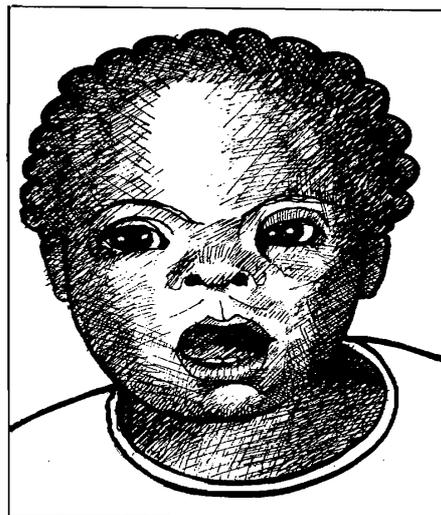
N'importe quel problème de ce genre peut causer des troubles de croissance plus tard. Evidemment la plupart des enfants ne présente pas ces troubles même si leurs mamans ont connu une maladie ou une infection au cours de la grossesse.

2. Quel est l'âge de la mère?

Les mamans âgées (de plus de 40 ans lors de l'accouchement) sont plus susceptibles d'avoir un enfant avec le *Syndrome de Down*. Les enfants avec le *Syndrome de Down* sont lents mentalement avec des yeux proéminents et une langue qui semble trop large pour leur bouche. Ces enfants pourraient également présenter des malformations du cœur ou d'autres anomalies.

Les mamans âgées qui ont des enfants avec le *Syndrome de Down* devraient recevoir les conseils de ne plus avoir des enfants et donc recevoir un moyen contraceptif (par exemple la ligature tubaire bilatérale ou les contraceptifs oraux). Il y a un risque que les enfants qui naîtraient après l'enfant affecté aient le même problème.

L'image suivante illustre les signes typiques d'un enfant avec le *Syndrome de Down*.



3. Est-ce que la mère présente les signes évidents d'une maladie thyroïdienne? Est-ce qu'elle a une grosse thyroïde (un *goitre*)?

Si oui la mère et l'enfant devraient être certains de consommer du sel ou du sucre enrichi d'iode, car la carence en iode peut aggraver le problème.



4. Est-ce que la maman ou le papa aurait noté un problème de vision ou d'audition chez l'enfant?

Les problèmes d'apprentissage liés à la vision ou à l'audition mauvaise pourraient être traités par des lunettes ou des prothèses auditives, mais il est important qu'un médecin examine l'enfant si possible.

5. Est-ce que les parents notent des problèmes particuliers relatifs aux mouvements des jambes ou des bras de l'enfant? Y a-t-il un problème de marche? L'enfant est-il capable d'utiliser efficacement ses mains?

Ces handicaps physiques peuvent causer l'enfant d'être particulièrement vulnérable aux problèmes de nutrition.

6. Est-ce que l'enfant a connu une maladie ou un traumatisme au bas âge? Si oui, lesquels?

La *méningite* et la fièvre très forte peuvent endommager l'audition de l'enfant et les enfants sourds peuvent apparaître lents parce qu'ils sont incapables d'entendre. (Imaginez d'essayer d'apprendre comment parler quand vous ne pouvez entendre personne d'autre parler!).

Examen

Regardez initialement la tête de l'enfant pour voir si elle semble exceptionnellement large (souvent dû à l'hydrocéphalie) ou exceptionnellement petite (microcéphalie). Les variations de la taille normale de la tête indiquent souvent un endommagement précoce ou évolutif du cerveau.

Puis parlez avec l'enfant. L'enfant semble-t-il de vous comprendre? Peut-il vous entendre? S'il suit les ordres simples comme «ouvre la bouche», répétez la même commande avec votre tête tournée ou en vous tenant derrière l'enfant. Si l'enfant peut suivre les ordres uniquement quand il vous regarde directement, il peut avoir un problème de l'audition.

Si le patient peut vous entendre et vous comprendre quand vous lui parlez avec la voix normale, peut-il entendre également une voix plus douce? Essayez de lui chuchoter et voyez si la perception auditive semble toujours normale. Pour un enfant trop jeune pour suivre les ordres, essayez de l'appeler de l'autre bout de la salle et voyez s'il tourne la tête vers vous.

Vérifiez maintenant si l'enfant a une vision correcte. Bougez un objet vivement coloré autour. Peut-il suivre de vue ce mouvement? Peut-il le suivre encore quand il se trouve plus loin dans la salle?

L'enfant paraît-il *anormal (dysmorphique)* comme un enfant avec le *Syndrome de Down*? Présente-t-il des traits anormaux?

Essayez de conclure si l'enfant est lent en parlant, en marchant ou globalement. A-t-il des problèmes physiques évidents? L'enfant utilise-t-il moins un côté de son corps? Est-ce qu'il présente un côté, un bras ou une jambe plus petit que l'autre, paraissant inutile ou faible? Ceci pourrait indiquer une *paralysie cérébrale* ou une *paralysie* due à un traumatisme cérébral précoce.

Comme d'habitude, un examen neurologique complet est idéal. Il y a peu d'éléments spécifiques à considérer. Des étapes importantes de la croissance peuvent également vous aider à déterminer si un enfant est plus lent comparé à ce que vous attendiez d'un enfant de croissance normale.

Etapes Importantes de la Croissance

Age	Croissance motrice	Visuelle-motrice/résolution des problèmes	Langage	Sociale/adaptative
1 mois	Couché sur le ventre il soulève un peu la tête, fait des mouvements de reptation	Naissance: fixe visuellement 1 mois: fixe fermement, suit l'objet jusqu'à la médiane	Alerte au bruit	Regarde la face
2 mois	Tient la tête dans la médiane, décolle la poitrine de la table	Ne serre plus le poing fermement, suit l'objet au-delà de la médiane	Sourit socialement (après qu'on lui parle ou qu'on le caresse)	Reconnaît ses parents

3 mois	Couché sur le ventre il s'appuie sur les avant-bras, redresse la tête fermement	Tient les mains ouvertes au repos, suit l'objet en circulaire, réagit à la menace visuelle	Gazouille (produit les sons longues de voyelle musicalement)	Tend la main vers une personne familière ou des objets, anticipe l'alimentation
4 mois	Se retourne du ventre sur le dos, tient sur les poignets et soulève les poids	Tend les bras à l'unisson, amène les mains à la médiane	Rit, s'oriente vers l'origine d'une voix	Aime regarder l'environnement autour de lui
5 mois	Se retourne du dos sur le ventre, tient assis avec appui	Transfère les objets	Emet des sons et s'oriente vers le son de cloche (le localise latéralement)	
6 mois	Tient assis sans appui; couché sur le dos, il porte ses pieds à sa bouche en supination	Portée unilatérale, peut ramasser	Gazouille, babille	Reconnaît les personnes étrangères
7 mois	Marche à quatre pieds	Examine les objets	S'oriente vers le son d'une cloche (localisation indirecte)	S'alimente par ses doigts
8 mois	Se soulève jusqu'à la position assise, rampe	Examine les objets	Gazouille, babille	S'alimente par ses doigts
9 mois	Pivote quand il est assis, s'étire pour se tenir debout	Prend un objet entre le pouce et un doigt, explore avec son index, tient une bouteille, jette les objets	Gazouille, fait des gestes, fait un signe de bye-bye, comprend «non» 10 mois: s'oriente (directement) vers le son d'une cloche 11 mois: suit un ordre simple avec gestes	S'alimente par ses doigts, commence à explorer l'environnement; joue aux jeux à gestes

12 mois	Marche seul	Préhension fine pouce-index, relâche à volonté, marque le papier au crayon	Jargonne (coule plusieurs mots inintelligibles ensemble) 13 mois: utilise 3 mots 14 mois: suit un ordre simple sans geste	Imite des actions, vient si appelé, coopère quand on l'habille
15 mois	Marche en arrière	Gribouille en imitation	Utilise 4 - 6 mots 17 mois: utilise 7 - 20 mots, montre 5 parties du corps, utilise un jargon mature (contenant des mots intelligibles)	15 - 18 mois: utilise une cuillère, une tasse indépendamment
18 mois	Court, jette des objets debout sans tomber	Gribouille spontanément	Associe 2 mots, 19 mois: connaît 8 parties du corps humain	Imite ses parents dans leurs tâches (balayer, épousseter), joue avec d'autres enfants
21 mois	S'accroupit pendant les jeux, monte des escaliers	Construit un tour de 5 blocs	Utilise 50 mots, phrases de 2 mots	Demande à manger, demande d'aller à la toilette
24 mois	Monte et descend les escaliers sans aide	Imite l'écriture au crayon, construit un tour de 7 blocs, tourne les pages une après l'autre, enlève les chaussures, pantalons, etc.	Utilise les prénoms (je, vous, moi) incorrectement, suit des ordres de deux étapes	Jeux parallèles
30 mois	Saute avec les deux pieds du sol, jette un ballon au delà de la tête	Tient un crayon comme un adulte, trace des lignes horizontales et verticales, déboutonne un habit	Utilise correctement les pronoms, comprend le concept de «1», répète 2 chiffres en avant	Dit son nom et son prénom quand demandé, prend à boire sans aide
3 ans	Monte les escaliers en alternant les pieds, fait du tricycle	Copie un cercle, se déshabille complètement, s'habille partiellement, essuie ses mains si on le lui rappelle	Utilise un minimum de 250 mots, phrases à 3 mots, utilise le pluriel, le passé, tous les pronoms, comprend le concept de «2»	Jeux de groupe, échange de jouets, joue bien avec les autres, sait quand c'est son tour, connaît tous ses noms, son âge et sexe

4 ans	Peut sautiller, faire des bonds. Descend les escaliers en alternant les pieds	Copie un carré, boutonne ses vêtements, s'habille parfaitement, attrape un ballon	Reconnait les couleurs, chante et récite les poèmes de sa mémoire, pose des questions	Raconte des histoires, joue en coopérant avec un groupe des enfants
5 ans	Saute en alternant les pieds, saute des obstacles bas	Copie un triangle, noue les lacets de ses chaussures, peut tartiner avec un couteau	Ecrit son prénom, demande le sens des mots	Joue aux jeux compétitifs, respecte les règles, aime aider dans les travaux de ménage

Autres problèmes éventuels (*Diagnostic différentiel*)

Un enfant peut paraître lent pour beaucoup de raisons:

1. Invalidité physique – tel que la faiblesse des jambes (*paraparésie*) ou la faiblesse d'un hémicorps (*hémiparésie*)
2. Déficit mental – appelé parfois *arriération mentale*
3. Troubles visuels – allant de la cécité aux difficultés de mobiliser les yeux
4. Troubles auditifs – de la surdité complète aux difficultés de percevoir une conversation douce
5. Hydrocéphalie – la collection de liquide autour du cerveau devrait être référée au médecin pour l'examen
6. Microcéphalie – peut indiquer les lésions du cerveau
7. Accouchement difficile – Un accouchement très difficile peut endommager le cerveau par manque d'oxygène ou par une hémorragie cérébrale.

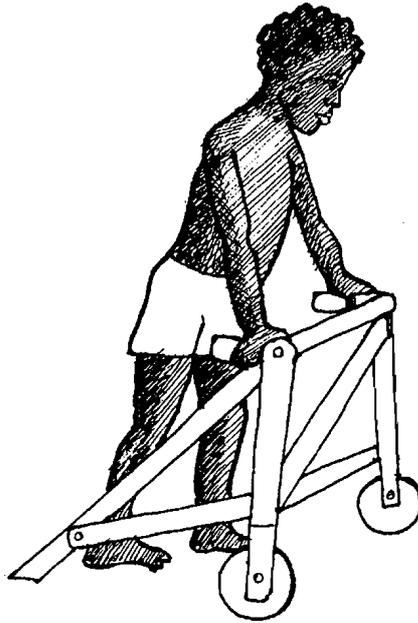


Souvenez-vous: Les troubles auditifs et visuels sont faciles à rater si vous ne recherchez pas minutieusement.

Prise en charge

Si vous pensez qu'un enfant a des problèmes de croissance liés à la perte de l'audition, référez-le à un médecin pour l'examen. Certains dispositifs permettant à l'enfant de mieux entendre peuvent même être fabriqués au village. Encouragez les parents à utiliser des simples signes ou gestes des mains pour communiquer avec l'enfant.

Si vous pensez que l'enfant présente des problèmes liés aux troubles visuels, référez-le à un médecin pour l'examen. Certains hôpitaux disposent des lunettes peu coûteuses ou gratuites. Pour les enfants avec un handicap mental, essayez de déterminer s'il y a d'autres problèmes. L'épilepsie arrive souvent chez tels enfants et nécessite un traitement. Ces enfants pourraient aussi avoir besoin d'un transfert dans un centre nutritionnel ou dans un Centre pour la Santé Maternelle et Infantile.



Pour les enfants avec un handicap physique, envisagez leur transfert chez un médecin ou chez un kinésithérapeute. Les kinésithérapeutes peuvent disponibiliser des béquilles ou d'autres appareils qui aident ces enfants à mieux fonctionner. La référence à un centre nutritionnel peut également être utile si l'enfant semble avoir des problèmes *récurrents* avec la malnutrition.

Directives pour le suivi

Les enfants avec des problèmes de croissance et des handicaps sont plus susceptibles que les autres d'avoir des problèmes nutritionnels et sanitaires en général. Vous devriez essayer de les évaluer régulièrement pour vous assurer qu'ils gagnent en poids et en croissance générale. Leurs mamans ont besoin de plus d'encouragement car il peut être difficile de subvenir aux besoins des enfants lents. La référence à un médecin peut s'avérer utile, mais ces familles et leurs enfants profitent mieux d'une prise en charge communautaire par un prestataire de soins qui suit l'enfant.

Autres actions

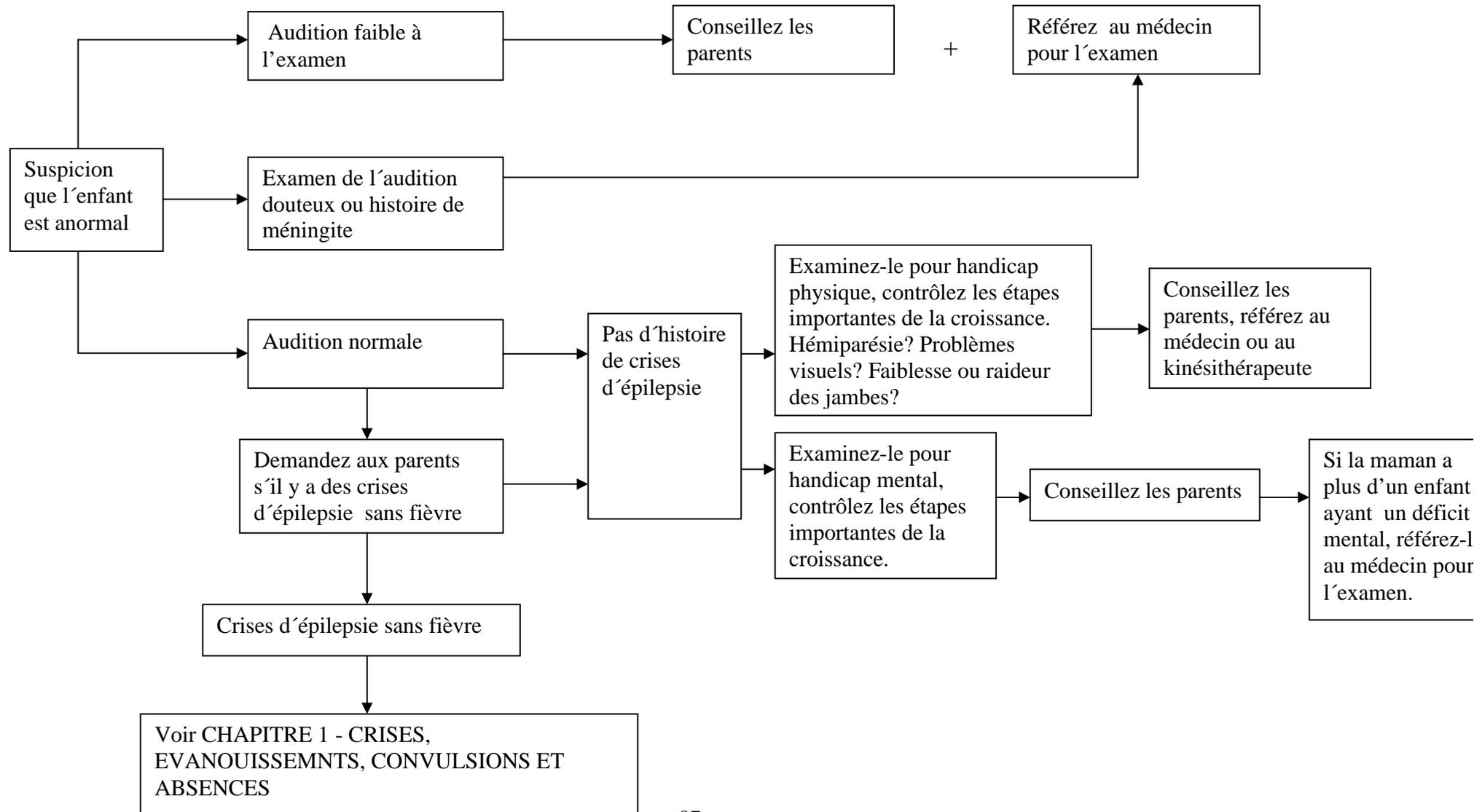
Si une maman a eu plus d'un enfant avec un handicap physique ou mental, elle devrait être référée au médecin avec une note expliquant vos préoccupations. La maman peut avoir un problème qui peut être résolu par les médicaments. Elle peut avoir un problème sanitaire sous-jacent qui mérite des investigations avant qu'elle conçoive d'autres enfants.

Education du patient et de la famille

En général, une maman avec expérience reconnaît déjà que son enfant a un problème avant que vous voyiez l'enfant. Mais si elle pense qu'on ne peut pas faire grand-chose pour aider son enfant, souvent elle ne consulte pas. L'éducation du patient pourrait être le plus précieuse des soins que vous procurez aux enfants présentant des troubles d'apprentissage et un déficit mental. L'enfant doit être suivi périodiquement, mais si vous n'invitez pas les parents à comprendre les besoins spécifiques et les limitations de l'enfant, il y aura peu d'amélioration. Les parents

peuvent être frustrés ou même ils peuvent hésiter à admettre que leur enfant a un problème. Vous ne pouvez pas les forcer à accepter des informations qu'ils ne veulent pas, mais vous pouvez prodiguer des conseils. Il est important de ne pas repousser les parents. L'enfant sera ramené pour un autre examen, si les parents consentent, et cet enfant a besoin de votre aide. Soutenez les familles de tels enfants. Avoir un enfant nécessitant des besoins spéciaux peut être très difficile.

Résumé: L'enfant lent



Chapitre 11 - Paralysie aiguë

Cas clinique

Florence Simoonga est une dame âgée (personne n'est tout à fait sûr de sa date de naissance mais ses petits-enfants sont adultes). La famille vous l'amène car elle a développé une faiblesse soudaine du côté droit de son corps. Elle est incapable de bouger d'une manière ou de l'autre le coté droit de son corps. Même sa face penche à droite. La famille a dû la transporter jusqu'à votre clinique. Elle était bien hier nuit. On l'a trouvée ainsi aujourd'hui.

Discussion

La paralysie soudaine peut être de différents types:

1. *Hémi-parésie* - faiblesse d'un côté du corps souvent impliquant la face, le bras et la jambe. Parfois le bras et la jambe d'un côté et la face du côté opposé seront affectés. Florence a une *hémi-parésie* à droite.
2. *Paraparésie* - faiblesse des jambes seules avec la force des bras normale
3. *Tetraparésie* - faiblesse de tous les membres. Ceci est rare.

En général si quelqu'un devient soudainement paralysé, référez-le à l'hôpital ou à la clinique le plus proche le plus rapidement possible. Malheureusement le transfert peu prendre du temps, et vous avez besoin de savoir comment s'occuper du patient en attendant l'arrivée du médecin ou de l'ambulance.

Dans ce chapitre on discute où il se trouvent les problèmes et on montre comment vous pouvez traiter le patient immédiatement. Les patients avec une *paralysie* aigue normalement ont besoin de plus de soins qu'on peut en dispenser dans votre clinique, raison pour laquelle vous devriez privilégier la référence à l'hôpital dans la mesure du possible.

Autres points clés

Les patients avec une *paralysie* aiguë ont un problème dans le cerveau ou dans la moelle épinière. Il est important de savoir s'il y a une notion de traumatisme. Si la paralysie est consécutive à un traumatisme du dos, du cou ou de la tête, le traitement à l'hôpital sera très différent. Interrogez attentivement l'accompagnant, qui qu'il soit, pour savoir si la paralysie serait liée à un traumatisme.



Une note de transfert claire sera d'extrême importance pour le médecin chez qui vous référez le patient.

Essayez de savoir si le patient a été malade pour un certain temps. La paralysie s'est vraiment installée brutalement ou bien le patient s'est affaibli progressivement depuis un certain temps? Ce chapitre traite uniquement la *paralysie* aiguë.

Questions à poser

1. A quel moment le patient a cessé de se sentir bien?

Rappelez-vous que ce chapitre traite uniquement la prise en charge d'une *paralysie* aiguë, mais tous les patients atteints de *paralysie* devraient sans doute être vus par un médecin.

2. Le patient a-t-il connu un traumatisme, particulièrement de la tête, du cou ou du dos ?

3. Le patient a-t-il des antécédents connus? A-t-il une tension artérielle élevée (*hypertension*) ou un souffle cardiaque?

L'*hémiparésie* chez les patients avec une tension artérielle élevée ou une maladie cardiaque est souvent causée par un *accident vasculaire cérébral (AVC)*.

4. Est-ce que la personne est récemment tombée malade avec une notion de perte de poids ou de fièvre?

Les infections atteignant le cœur, le cerveau ou la moelle épinière peuvent causer une *paralysie* aiguë.

5. Est-ce que la faiblesse s'est installée vraiment brutalement ou est-ce que le patient trébuchait et se plaindrait de douleur du pied ou de la jambe depuis quelques jours?

Le Syndrome de Guillain Barré cause une faiblesse débutante dans les jambes et ralentissant pendant quelques jours ascendante jusqu'à ce que la victime ne puisse plus marcher ou bouger ses bras. Si vous voyez quelqu'un qui a rapidement développé la faiblesse, essayez de l'envoyer à l'hôpital le plus proche!

Examen

Examinez *l'état de la conscience du patient*. Déterminez si le patient est éveillé et normal, léthargique ou comateux.

Recherchez les signes de traumatisme récent de la tête, du cou ou du dos. Examinez attentivement le cuir chevelu, le cou et le dos pour une contusion.

Localisez la faiblesse et classifiez-la comme *hémiparésie*, *tetraparésie* ou *paraparésie*. Le patient sent-il la faiblesse et l'engourdissement ou simplement la faiblesse?

Est-ce qu'il peut effectuer quelques mouvements avec le(s) membre(s) atteint(s) ou est-ce qu'il est complètement paralysé?

Vérifiez s'il peut parler et avaler. Son langage est-il normal? Respire-t-il normalement?

Recherchez un souffle cardiaque. Vérifiez si le patient n'a pas de fièvre.

Autres problèmes éventuels (*Diagnostic différentiel*)

La paralysie aiguë est généralement due à l'une de ce peu de choses:

1. *Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC)* – Les patients âgés, les patients souffrant de diabète, de *hypertension*, de drépanocytose ou les gens qui ont connu une maladie cardiaque rhumatismale (et des souffles cardiaques) sont particulièrement susceptibles d'avoir un *AVC*.

Toutes ces maladies affectent le sang et les vaisseaux sanguins vers le cerveau. Les *AVC* se produisent quand la circulation sanguine est bloquée - comme un tuyau bouché. Les *AVC* causent généralement une *hémiparésie*. Les jeunes gens souffrant d'une maladie cardiaque rhumatismale peuvent faire des infections atteignant les valves cardiaques qui causent des *AVC*.

2. Traumatisme cérébral - Les patients ayant fait un traumatisme crânien peuvent saigner dans le cerveau. La paralysie peut s'installer même plusieurs heures à plusieurs jours après le traumatisme. Chez les personnes âgées, la paralysie ne demande pas que le traumatisme soit très grave.

3. Traumatisme du rachis - Le traumatisme du cou peut conduire à une *paraparésie* ou à une *tetraparésie*. Le traumatisme au niveau bas du dos peut causer une *paraparésie*.

4. Infections - Les enfants sont sensibles aux infections comme la poliomyélite ou les affections post infectieuses (c'est-à-dire après l'infection) comme le Syndrome Guillain Barre. D'habitude, cette affection cause la paralysie au niveau des jambes et peut continuer à s'empirer durant des jours. La faiblesse peut même aller ascendant des jambes aux bras ou même causer des problèmes respiratoires.

5. Poliomyélite - Cette maladie peut être prévenue par une vaccination, mais dans les régions connaissant l'instabilité politique les campagnes de vaccination sont entravées et la maladie continue à sévir. Pensez à la poliomyélite dans tous les cas de paralysie aiguë flaccide qui ne sont pas évidemment causés du traumatisme crânien ou spinal, surtout chez l'enfant. Votre propre pays devrait avoir un programme de déclaration des cas.

Prise en charge

Les patients avec une paralysie aiguë ont vraiment besoin d'une prise en charge médicale hospitalière dans la mesure du possible. En attendant leur transfert ou l'arrivée du médecin pour les voir, il y a certaines choses que vous pouvez faire.

Si le patient a un traumatisme du cou ou du dos induisant la paralysie:

Couchez-le étendu sur un lit dur ou sur une planche et stabilisez sa tête pour qu'elle ne bouge pas. Vous pouvez vous servir des bandes de sparadrap et tout autre matériel rigide comme les bouteilles en vert de coca-cola. Ne bougez pas sa tête ou son cou du tout. Les mouvements peuvent aggraver les lésions.



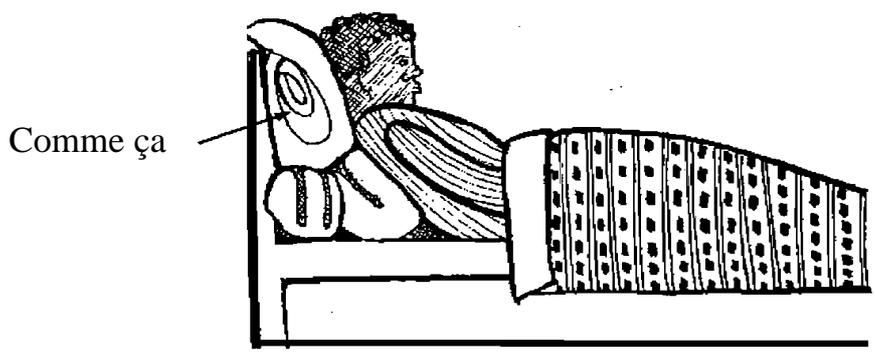
Gardez-le tranquille et donnez-lui du SRO uniquement (pas de nourriture) à moins que l'aide soit attendue dans plus de deux jours. Le cou et la tête ne doivent pas bouger.

Si le patient a un traumatisme du dos:

Placez-le sur un lit dur ou sur une planche et essayez de le garder étendu. Donnez-lui du PARACETAMOL contre la douleur (évitiez l'ASPIRINE ou BRUFEN⁵). S'il est incapable d'*uriner*, il peut développer une douleur abdominale sévère. Si l'abdomen paraît ballonné à cause d'une vessie pleine, vous aurez besoin de placer une sonde vésicale pour vider la vessie.

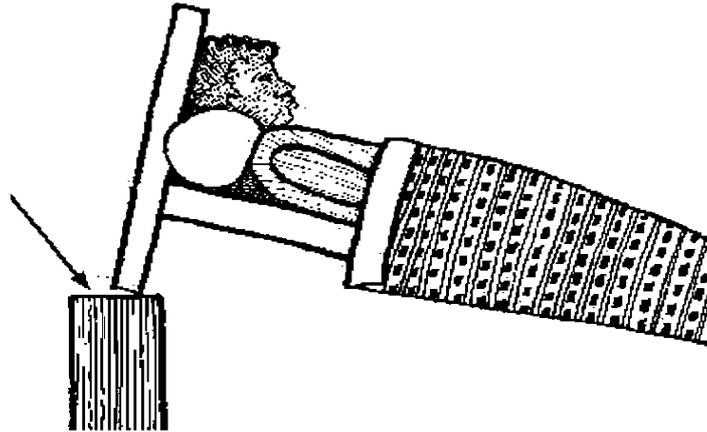
Si le patient présente une *hémiparésie* aiguë:

Couchez le patient dans un lit avec la tête surélevée. Vous pouvez surélever la tête avec un oreiller, une couverture enroulée ou en plaçant des blocs sous les pieds de la tête du lit. La tête du patient devrait être élevée comme sur l'image suivante:



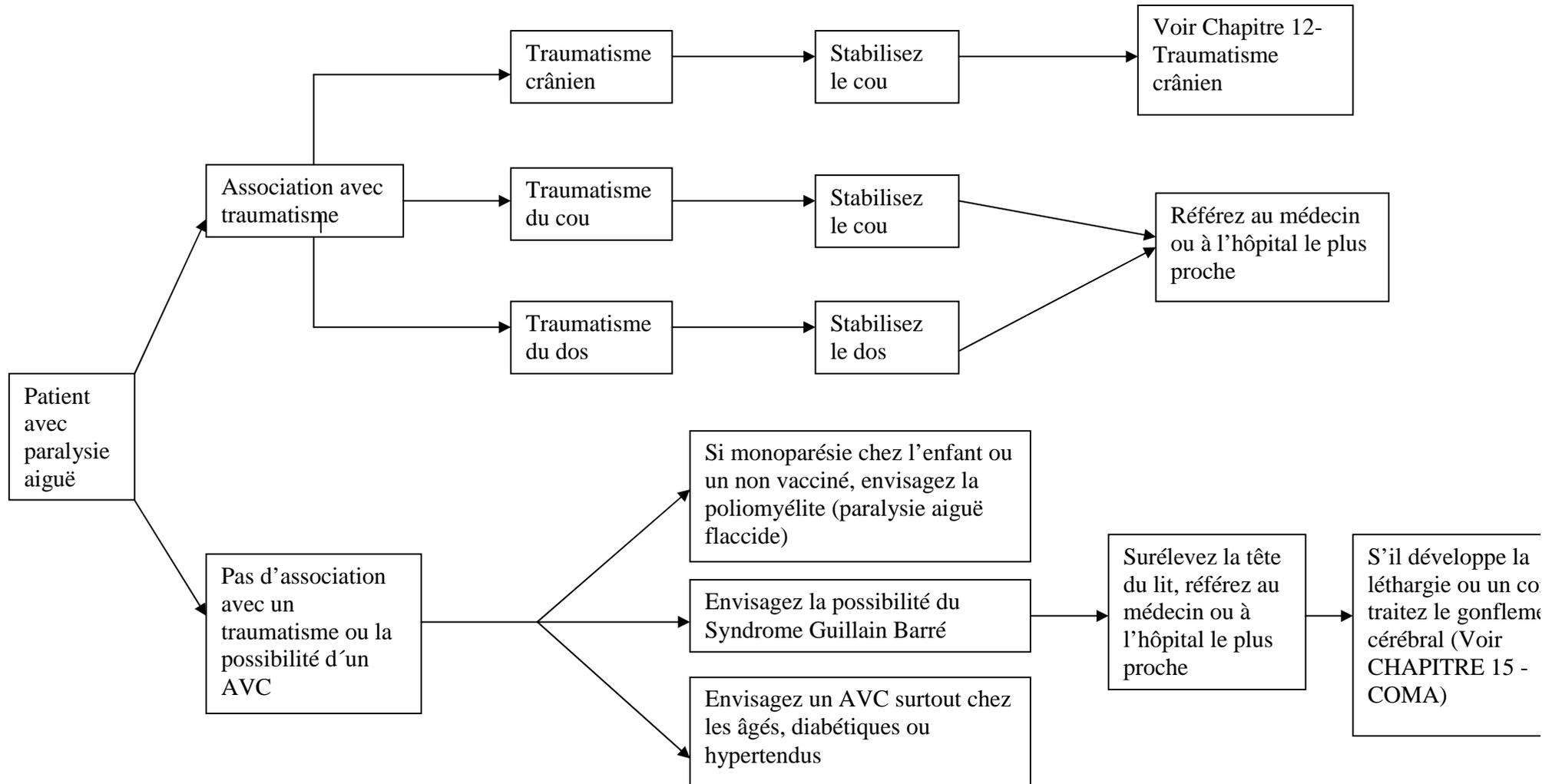
⁵ Ces médicaments empêchent le sang de coaguler et peuvent aggraver tout saignement dans le cerveau - un saignement que vous ne serez pas capable d'identifier en simplement regardant le patient!

Ou comme ça



Si le patient a des troubles du langage et de la déglutition, ne l'alimentez pas par voie orale. Donnez-lui seulement de l'eau si l'aide prendra plus de quelques heures pour arriver. Si le patient semble déshydraté alors qu'il ne peut pas avaler sans danger, pensez à lui donner des liquides (par exemple la SRO) par une *sonde nasogastrique*. Voir ANNEXE 3 pour les instructions sur la façon de préparer votre propre SRO.

Résumé: Paralysie aiguë



Chapitre 12 - Traumatisme crânien

Cas clinique

Raphael Moongu est un homme de 33 ans amené en consultation par sa famille après être cogné par un bœuf sur le côté gauche de sa tête. La famille vous raconte qu'il a perdu conscience mais qu'il s'est réveillé vite. Après l'accident il s'est plaint des maux de tête, d'une vision floue et il a fait au moins deux épisodes de vomissements. Puis il s'est allongé pour faire la sieste et n'a pas pu être réveillé. La famille l'a amené ainsi immédiatement.

Discussion

Les patients victimes d'un traumatisme crânien représentent une urgence neurologique. Les traumatismes crâniens peuvent résulter des accidents de circulation, des travaux de champs, des chutes et des agressions. Vous devez agir rapidement pour éviter un décès ou une atteinte permanente du cerveau. Le crâne protège le cerveau. Quand le cerveau est blessé, les os du crâne peuvent avoir une fracture **ou** peuvent paraître intacts. Si quelqu'un est inconscient après un traumatisme crânien, même si le crâne est intact il a probablement un traumatisme important.

Quand le cerveau est blessé il gonfle en général. Parfois il y a même un saignement à l'intérieur du cerveau. Quand ceci se produit, le crâne prévient le cerveau de gonfler librement et le tissu cérébral est affecté de plus par le fait d'essayer de gonfler dans le petit espace offert par le crâne. Ce gonflement peut conduire au décès du patient si le soulagement neurologique n'est pas rapidement disponible.

Raphael souffre probablement d'un saignement en dessous de la surface du cerveau par une grosse *artère* juste sous les os du crâne près de l'oreille. Il devrait être transféré immédiatement à l'hôpital le plus proche et le sang devra être drainé.

Votre tâche dans les soins aux patients avec un traumatisme crânien est de garder le gonflement cérébral sous control jusqu'à l'arrivée de l'aide ou à ce que le patient puisse être transféré à l'hôpital. Il existe plusieurs moyens de réduire le gonflement cérébral. Peu importe le type de traumatisme crânien, si le patient est inconscient ou est en train de développer la faiblesse d'un côté de son corps et est confus, réduire le gonflement cérébral constitue un traitement important.

Autres points clés

Si une personne reçoit un coup sur la tête assez dur pour lui faire tomber inconsciente, il faut rechercher s'elle a également un traumatisme du cou. Les traumatismes du cou vont fréquemment de pair avec ce genre de traumatisme crânien.

Les patients avec un traumatisme crânien peuvent saigner beaucoup au niveau du cuir chevelu. Parfois le sang collecte même dans les couches de la peau et des tissus couvrants le cuir chevelu. Les enfants peuvent saigner beaucoup de leur cuir chevelu jusqu'à en mourir. Si quelqu'un a une plaie du cuir chevelu qui saigne beaucoup, vous aurez à appliquer de la compression ou même mettre une suture temporaire afin de juguler le saignement avant que vous puissiez transférer le patient sans danger. Les pertes sanguines peuvent induire une chute tensionnelle, ce qui est désastreux pour les patients avec un traumatisme crânien.

Parfois chez les patients très âgés un petit coup sur la tête suffit pour causer un saignement autour du cerveau. Les vaisseaux sanguins fragiles plus susceptibles de saigner chez les patients très âgés sont les *veines*, et les *veines* saignent plus lentement que les *artères*. Contrairement au cas de Raphael, les patients avec un saignement cérébral *veineux* souvent ne perdent pas de conscience au cours du trauma. Dans le *saignement veineux*, les maux de tête peuvent être absents dans un ou deux jours suivants l'accident. Vous devez reconnaître ce type de saignement (*sous-dural*) quand les vieilles personnes consultent pour des maux de tête récents. La faiblesse peut s'installer pendant des jours ou des semaines après, chez les patients avec un *saignement veineux*.

Questions à poser

1. S'informer sur l'accident et savoir si le patient a eu une perte de la conscience est très important. S'il n'a pas perdu la conscience et s'il n'est pas très âgé, il va probablement s'améliorer. S'il a perdu la conscience, vous aurez à vous renseigner sur la durée de l'état d'inconscience. Cet état a duré des secondes? Quelques minutes? Beaucoup de minutes? Plus longue est la durée de l'inconscience, plus grande est la chance qu'un traumatisme important ait eu lieu.



Soyez certain que vous avez noté cette information et que vous l'envoyez avec le patient s'il est référé à l'hôpital.

2. Quelqu'un a noté des crises d'épilepsie chez le patient après l'accident? Si oui, le patient se serait-il réveillé du tout après la crise?

S'il a convulsé et ne s'est pas réveillé, envisagez l'*état de mal* (Voir CHAPITRE 14 - PLUSIEURES CRISES D'EPILEPSIE).

3. Le patient se plaint-il des douleurs au niveau de la nuque?

Si oui, vous devez stabiliser le cou jusqu'à l'obtention d'une radiographie. Evitez la *flexion* ou l'*extension* du cou jusqu'à ce que vous avez fait la radiographie et vous êtes sûr qu'il n'y a pas de fracture du cou.



Examen

Il faut s'attendre à un certain degré de confusion même après un traumatisme crânien léger. Si le patient est très confus ou incapable de reconnaître les membres de la famille ou des amis, il pourrait avoir souffert d'un traumatisme sérieux.

Si le patient est inconscient, remontez ses paupières et examinez les *pupilles*. Est-ce que les *pupilles* sont de la même taille? Si elles sont d'une taille différente, le patient peut déjà souffrir d'un gonflement du cerveau et vous aurez à agir rapidement. Les yeux sont centrés quand le patient regarde tout droit? Si les yeux sont déviés vers un côté seulement chez un patient inconscient, cela indique soit un traumatisme sévère, soit peut-être des crises d'épilepsie.

Essayez d'apprécier la force musculaire du patient. S'il est incapable de suivre les ordres observez attentivement comment il bouge. Y a-t-il un côté du corps qui bouge moins que l'autre? S'il y a un côté qui bouge moins que l'autre, cela indique une *hémiparésie*. Ce patient a besoin d'un traitement du gonflement cérébral et d'un transport à l'hôpital pour une prise en charge.

Si le patient est inconscient retire-t-il son membre quand vous pincez ses doigts ou ses orteils? Si le patient ne parvient pas à se retirer d'un côté il peut avoir eu un traumatisme crânien ou cervical. Protégez le cou et démarrez le traitement contre le gonflement cérébral. Puis envisagez la prise en charge dans un hôpital ou chez un médecin.

Autres problèmes éventuels (*Diagnostic différentiel*)

L'histoire de l'accident obtenue d'un témoin est critique, cela ne vous rassure pas que vous ne ratez pas certains problèmes. Dans les accidents des véhicules motorisés les victimes peuvent avoir en plus du traumatisme crânien les traumatismes thoraciques ou abdominaux. Tous les victimes d'un traumatisme doivent bénéficier d'un examen très minutieux de la tête aux pieds afin d'identifier toutes les lésions possibles. Si le patient est inconscient due à un saignement au niveau de l'abdomen, le traitement du gonflement cérébral va peu l'améliorer. Chez un patient inconscient sans histoire claire du traumatisme crânien et sans évidence de contusion, de gonflement ou de plaies au niveau de la tête, vous aurez à penser à d'autres causes de coma (Voir CHAPITRE 15 - COMA).

Prise en charge

Les personnes avec un traumatisme crânien peuvent aussi avoir plusieurs autres traumatismes. Une rapide évaluation «ABC» (voies aériennes, respiration, circulation) est toujours obligatoire. Assurez-vous que les voies aériennes sont libres, vérifiez la tension artérielle et arrêtez tout saignement important s'il y en a. Soyez sûr que vous ne passez pas à côté d'un traumatisme abdominal ou d'autres traumatismes sérieux. Rappelez-vous que les plaies larges, les plaies ponctiformes et les plaies «sales» nécessitent un vaccin antitétanique endéans quelques jours seulement, si celui-ci est disponible dans votre clinique ou dans l'hôpital des environs.

Si le patient n'est pas inconscient, n'a pas de faiblesse *focalisée* et n'a pas eu de perte de conscience au moment du traumatisme vous pouvez le rassurer, lui donner quelques médicaments contre la douleur et l'inconfort ainsi qu'un suivi dans un à deux jours.

Si le patient a perdu la conscience après le traumatisme crânien, mais qu'il est maintenant éveillé et par ailleurs bien portant, vous devriez penser à le garder pour l'observation. L'observation du patient pendant 24 heures pour s'assurer que le gonflement cérébral ne survienne pas est crucial. Pendant que vous observez le patient, suivez les Instructions d'Observation du Traumatisme Crânien dans le tableau en bas. Si vous ne pouvez pas garder le malade dans la clinique ou l'infirmierie pendant la nuit, donnez à la famille les instructions claires d'«Observation du Traumatisme Crânien». Ne renvoyez pas à la maison un patient qui a eu une perte importante de la conscience si vous n'êtes pas sûr que la famille va bien suivre ces instructions. C'est bien de noter avec soin tout ce que vous remarquez pendant votre période d'observation, surtout si des membres différents du staff vont prendre soin du patient.



LE TABLEAU D'OBSERVATION DU TRAUMATISME CRANIEN (illustré dans l'annexe 2, page 151) peut aider. Il est facile d'établir et d'utiliser dans votre clinique.

Observation du Traumatisme Crânien (pendant 24 heures après le traumatisme)

Vomissements - Les vomissements rebelles constituent un signe d'un gonflement cérébral, surtout s'ils sont *en jets*.

Laissez le patient se reposer dans une chambre calme et à l'abri de la lumière, mais **réveillez-le toutes les 2 heures**. Demandez-lui une question simple - où il se trouve, comment il se sent? S'il ne se réveille pas au moindre coup ou si ça devient progressivement plus difficile pour lui de se réveiller, il peut alors y avoir un gonflement cérébral.

Lorsque vous réveillez le patient, **réexaminez-le et vérifiez aussi les signes vitaux**. Est-ce qu'il peut répondre aux questions? Rester

éveillé? Suivre les ordres? Y a-t-il un signe qu'il développe une faiblesse?
--

Chez les <u>nourrissons</u> - Regardez leur fontanelle . S'il commence à bomber, soyez préoccupés par un gonflement cérébral.
--

Si le patient est inconscient, présente une faiblesse *focalisée* ou semble somnolent ou confus, vous devez commencer le traitement du gonflement cérébral et essayer d'arranger un transfert vers l'hôpital.

S'il y a des signes de *crises d'épilepsie*, commencez le traitement avec du DIAZEPAM ou du PHENOBARBITAL. Les *crises d'épilepsie* sont probables si:

1. Vous voyez un *mouvement tonico-clonique* évident.
2. Les crises d'épilepsie ont été observées au moment de l'accident et le patient ne se réveille pas encore.
3. Lorsque vous examinez le patient vous trouvez les yeux déviés vers un côté.

Traitement du gonflement cérébral⁶

Gardez le patient au lit, la tête du lit surélevée à 45 degrés.

Donnez les diurétiques - FUROSEMIDE. Préparez-vous à un volume important des urines. Si les diurétiques injectables ne sont pas disponibles, pensez à donner les comprimés en voie intrarectale ou placez une sonde nasogastrique si vous en avez une.
--

Donnez du PHENOBARBITAL et du DIAZEPAM si vous craignez les crises d'épilepsie.

Donnez PARACETAMOL (et ne pas ASPIRINE ou BRUFEN) pour la fièvre. ASPIRINE et BRUFEN peuvent aggraver un saignement cérébral. Encore une fois ne donnez jamais les comprimés par la bouche aux patients inconscients. On peut alors faire recours à l'administration intrarectale et aux sondes nasogastriques.

Si vous avez un sac et un masque à ventilation, ça peut être le moyen le plus efficace de faire baisser rapidement le gonflement
--

⁶ Si le patient ne s'est pas complètement réveillé, évitez d'essayer de lui donner la nourriture ou un comprimé oralement.

cérébral. Quand même ceci est seulement utile si vous pourrez garder la ventilation en cours jusqu'à l'hôpital.

Si les perfusions sont en cours, évitez celles à forte concentration de glucose. Idéalement utilisez la normale saline pour maintenir la tension artérielle et l'hydratation à la normale (même si c'est bien pour le gonflement du cerveau de garder le patient légèrement déshydraté pourvu que la tension artérielle ne soit pas compromise). Les glycémies très élevés aggraveront le gonflement cérébral.

Directives pour le suivi

Les patients qui ne perdent pas la conscience ou qui sont seulement inconscients pendant quelques secondes, peuvent avoir eu une légère *commotion*. Si l'examen est normal, vous pouvez décider de les laisser rentrer. Assurez de les revoir un ou deux jours plus tard en consultation. La plupart sera complètement rétablie dans une semaine. Quelques patients avec légère *commotion* vont continuer à développer des maux de tête *chroniques* et des problèmes de mémoire. Leurs familles peuvent même rapporter un changement de personnalité. Ceci est appelé *syndrome post-commotionnel*. Si le patient se plaint des maux de tête encore un mois après un traumatisme léger, vous pouvez essayer quelques-uns des traitements *prophylactiques* de la *migraine* (Voir CHAPITRE 7 - MAUX DE TÊTE (RECURRENTS)).

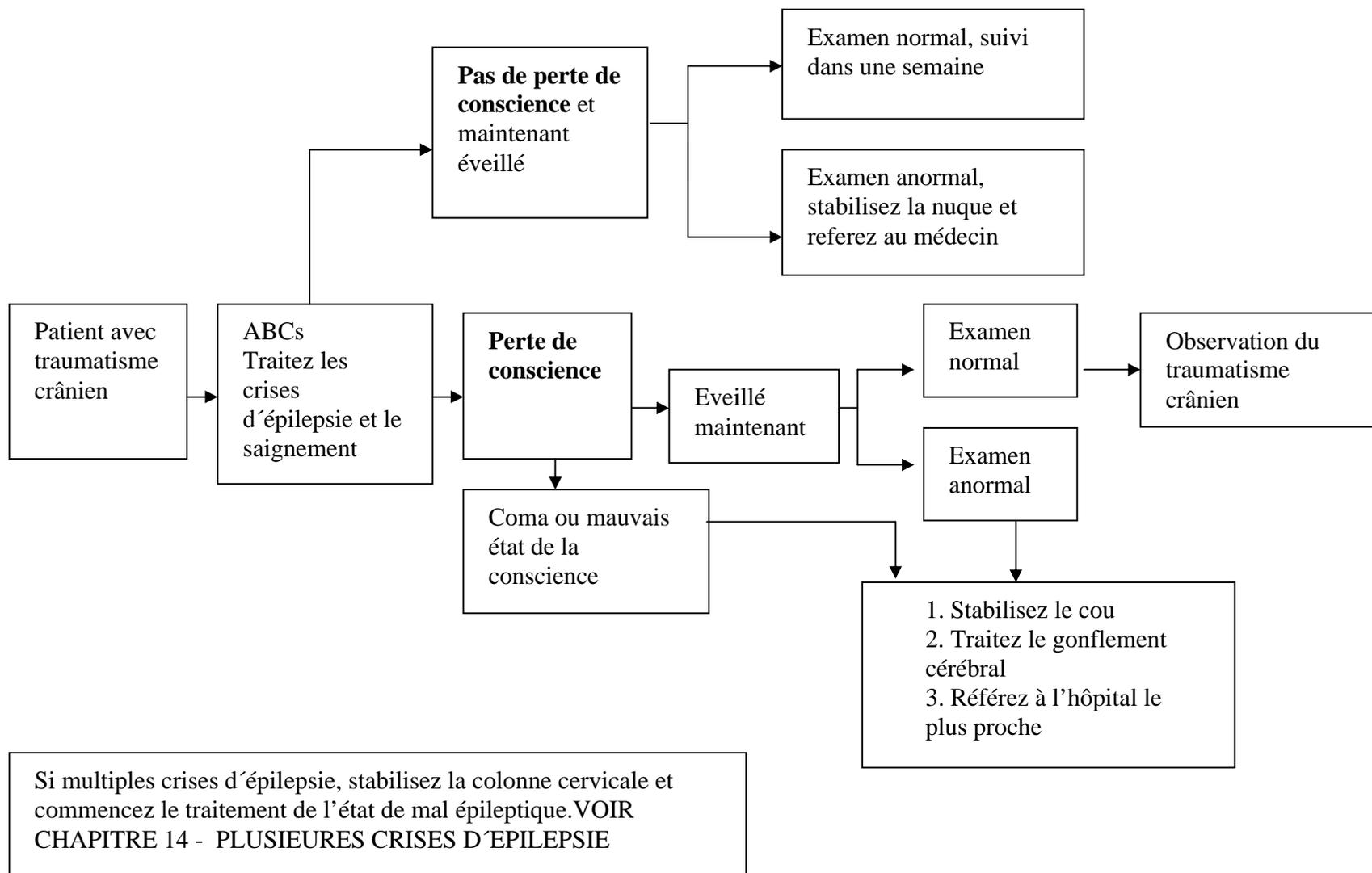
Autres actions

Le traumatisme crânien peut provoquer des problèmes à long terme pour les patients et leurs familles qui doivent s'occuper d'eux. Le mauvais état des véhicules sur les routes entraîne des nombreux accidents et sont la cause principale du traumatisme crânien en grande partie en Afrique. Encouragez vos patients à porter la ceinture de sécurité lorsque celle-ci est disponible dans les véhicules.



Essayez également d'être un défenseur de la sécurité dans votre communauté. L'ivresse et la violence sont les causes principales de traumatisme crânien.

Résumé: Traumatisme crânien



Chapitre 13 - Paludisme cérébral

Cas clinique

Chwende Mutinta est un garçon de deux ans et demi et il est amené par sa mère d'un village lointain dans un état d'inconscience avec une fièvre très forte. Chwende semble déshydraté et sa mère dit qu'il n'a pas bien tété depuis au moins 2 jours. Elle rapporte une température élevée de deux jours et ce matin Chwende a eu une *crise*. Sur le chemin à la clinique, l'enfant a perdu conscience. Vous êtes déjà très occupé en clinique. Les pluies ont cessé il y a quelques semaines et le paludisme fait des ravages cette année.

Discussion

Si vous vivez dans une région avec période annuelle de paludisme (appelée région *endémique* pour le paludisme), vous avez déjà vu le paludisme cérébral. Si le paludisme est moins fréquent dans votre région et survient seulement au cours d'un temps particulier de l'année, le paludisme cérébral peut ne pas vous être aussi familier. Vous devez toutefois être en mesure de reconnaître le paludisme cérébral parce qu'il est un grand tueur des enfants.

Le paludisme cérébral se produit lorsque la concentration en parasites paludéens devient si élevée qu'elle cause un bouchage des vaisseaux et un gonflement au niveau du cerveau. Le paludisme cérébral dans les régions *endémiques* est limité principalement aux enfants, cependant parmi les Blancs et les Africains venus des régions avec peu de paludisme, même les adultes peuvent succomber par le paludisme cérébral. Quand les adultes développent le paludisme, ils peuvent manifester des signes de fièvre bilieuse hématurique.

Trois points importants à envisager lorsque vous rencontrez le paludisme cérébral chez l'enfant ce sont:

1. Les enfants atteints de paludisme ont souvent des niveaux de glycémie très faibles surtout s'ils ne se sont pas alimentés les un à deux derniers jours. Assurez-vous de vérifier le niveau de glycémie et observez l'enfant pendant qu'il tète ou prend des boissons succulentes (comme de la SRO ou du jus) ou bien vous pouvez administrer le glucose en IV en même temps que vous donnez de la quinine. Les *hypoglycémies* (les niveaux de glycémie très bas) sont très dangereuses pour le cerveau.



Lorsque vous donnez la quinine en IV, donnez toujours les perfusions contenant du sucre (comme le glucose 5%).

2. Les crises d'épilepsie avec un paludisme cérébral peuvent causer plusieurs autres problèmes. Assurez-vous de bien traiter les crises d'épilepsie quand vous traitez l'infection du paludisme. Si l'enfant a eu une seule crise mais qu'il reste toujours inconscient, il peut être utile d'avoir du DIAZEPAM disponible et de se tenir prêt à commencer le PHENOBARBITAL.

3. A part le traitement du paludisme, il vous faudra aussi tenter de traiter le gonflement cérébral sous-jacent, mais vous le ferez différemment de ce qui est décrit dans le CHAPITRE 12 - TRAUMATISME CRANIEN. Les gens qui ont le paludisme cérébral sont déjà très déshydratés. Il ne faut pas leur donner des diurétiques comme le FUROSEMIDE. Gardez leur tête surélevée.
4. Si vous vivez dans une région avec beaucoup de paludisme, alors tous les enfants qui présentent un coma avec fièvre devraient être traités de paludisme jusqu'à ce qu'une goutte épaisse soit prise. MAIS si la goutte épaisse est négative ou si l'enfant a une raideur de la nuque (*syndrome méningé*), vous devez penser à la possibilité de la *méningite*. Traitez ces enfants pour les deux, le paludisme et la *méningite* et transférez-les chez un médecin qui peut compléter le bilan nécessaire (normalement la *ponction lombaire*). Voir CHAPITRE 6 - MAUX DE TETE (AIGUS) comme support dans le traitement de la *méningite*.

Autres points clés

Les nourrissons et les vieillards peuvent ne pas avoir de fièvre en cas de paludisme cérébral. En fait, ces malades faibles peuvent avoir plutôt une *hypothermie* (une température du corps inférieure à la normale). Chez le très jeune et le très âgé, les basses températures sont aussi inquiétantes que les *hyperthermies*.

Questions à poser

Essayez d'établir la durée du temps pendant lequel l'enfant a été malade et quand il est tombé inconscient.

Vous devez aussi demander expressément si l'enfant a eu une chute ou des convulsions avant de venir à l'hôpital. Au cas échéant, vous devriez examiner l'enfant à la recherche des signes des *crises d'épilepsie subtiles* et les traiter avec du DIAZEPAM.

Demandez si le patient recevait une quelconque médication à la maison. Si l'enfant prenait à la maison la CHLOROQUINE per os et que malgré ça il a développé le paludisme cérébral, alors la CHLOROQUINE seule ne pourra vraisemblablement pas guérir l'enfant.

Assurez-vous que le coma n'est pas lié à un traumatisme ou une ingestion des poisons. Voir CHAPITRE 15 - COMA si besoin.

Examen

L'examen d'un patient comateux doit être complet mais rapide. Quelquefois vous devez commencer à examiner le patient pendant que la famille raconte encore l'histoire de la maladie. Le temps compte beaucoup.

Plus précisément, vous voulez connaître leurs signes vitaux, est-ce qu'ils respirent? La tension artérielle est-elle suffisante? Sont-ils fébriles?

Y a-t-il une évidence d'un traumatisme crânien?

Lorsque vous examinez la tête d'un nourrisson, voyez s'il y a un bombement de la *fontanelle*, une raideur de la nuque ou une déviation des yeux vers un côté. La déviation tonique des yeux vers un côté indique la présence des *crises d'épilepsie subtiles* et font appel à un traitement. Voir CHAPITRE 14 - PLUSIEURES CRISES D'ÉPILEPSIE.

Autres problèmes éventuels (*Diagnostic différentiel*)

Les personnes qui présentent un coma avec fièvre peuvent avoir d'autres problèmes à part le paludisme comme

1. La *méningite*
2. La *septicémie*
3. Le paludisme avec une glycémie très basse (*hypoglycémie*)
4. Les intoxications surtout avec les *organophosphorés* (les insecticides)
5. Les crises d'épilepsie subtiles

Vous devez penser à la possibilité d'un autre problème à part le paludisme cérébral. S'il y a du paludisme dans votre région et que la goutte épaisse est positive et l'enfant est âgé de plus de 5 ans sans raideur de la nuque alors il s'agit très probablement du paludisme cérébral. Si vous suspectez la *méningite* c'est mieux de commencer le traitement. Voir CHAPITRE 6 - MAUX DE TÊTE (AIGUS).

Prise en charge

Libérez les voies aériennes de toutes sécrétions. Si c'est possible mettez en place une voie *veineuse*. Par ailleurs une sonde nasogastrique sera nécessaire pour donner des liquides et du glucosé au malade. IL EST IMPORTANT D'UNE FAÇON OU D'UNE AUTRE DE DONNER DE L'EAU SUCRÉE QUAND VOUS ADMINISTREZ DE LA QUININE, surtout pour les enfants. Souvenez-vous que les glycémies basses sont également dangereuses.

Commencez le traitement avec le médicament antipaludéen le plus fort que vous avez, de préférence la QUININE, et donnez-la en intraveineuse si possible. La Quinine en IV devrait être donnée avec les perfusions contenant du sucre (par exemple le dextrose ou le glucose). Donnez 20 mg de QUININE par kg du poids du patient pendant 4 heures suivis par 10 mg par kg toutes les 8 heures.

Par exemple - un enfant de 15 kg

Commencez avec les perfusions glucosées

Ajoutez la QUININE (20 mg x 15 kg) = 300 mg de Quinine donnés pendant 4 heures dans ~1/2 litre de perfusion.

Ensuite donnez (10 mg x 15 kg) = 150 mg de Quinine toutes les 8 heures.

Si vous avez seulement un agent oral comme du Coartem, donnez-le par sonde nasogastrique le plus tôt possible. Si tout ce que vous avez est de la CHLOROQUINE, ajoutez aussi un autre médicament comme le BACTRIM.

Bien sûr, les nouveaux traitements sont recommandés comme le parasite du paludisme devient résistant aux anciens traitements. Vos autorités locales de santé, l'hôpital local ou le Ministère de la Santé peuvent être des bonnes sources d'information concernant les médicaments antipaludéens pour votre région. Des nombreuses régions du monde ont maintenant le paludisme qui ne répondra plus au traitement par la CHLOROQUINE. Prêtez attention et soyez certains que vous connaissez les recommandations des autorités locales de santé sur le traitement du paludisme dans votre district.

Directives pour le suivi

Les patients avec le paludisme cérébral sont très malades et ont besoin d'être transférés dans un hôpital.



Vos notes soigneusement conservées sont très utiles lorsque le patient est amené à un médecin pour prise en charge.

Autres actions

Ne mettez pas toute votre foi dans les médicaments antipaludéens seulement.



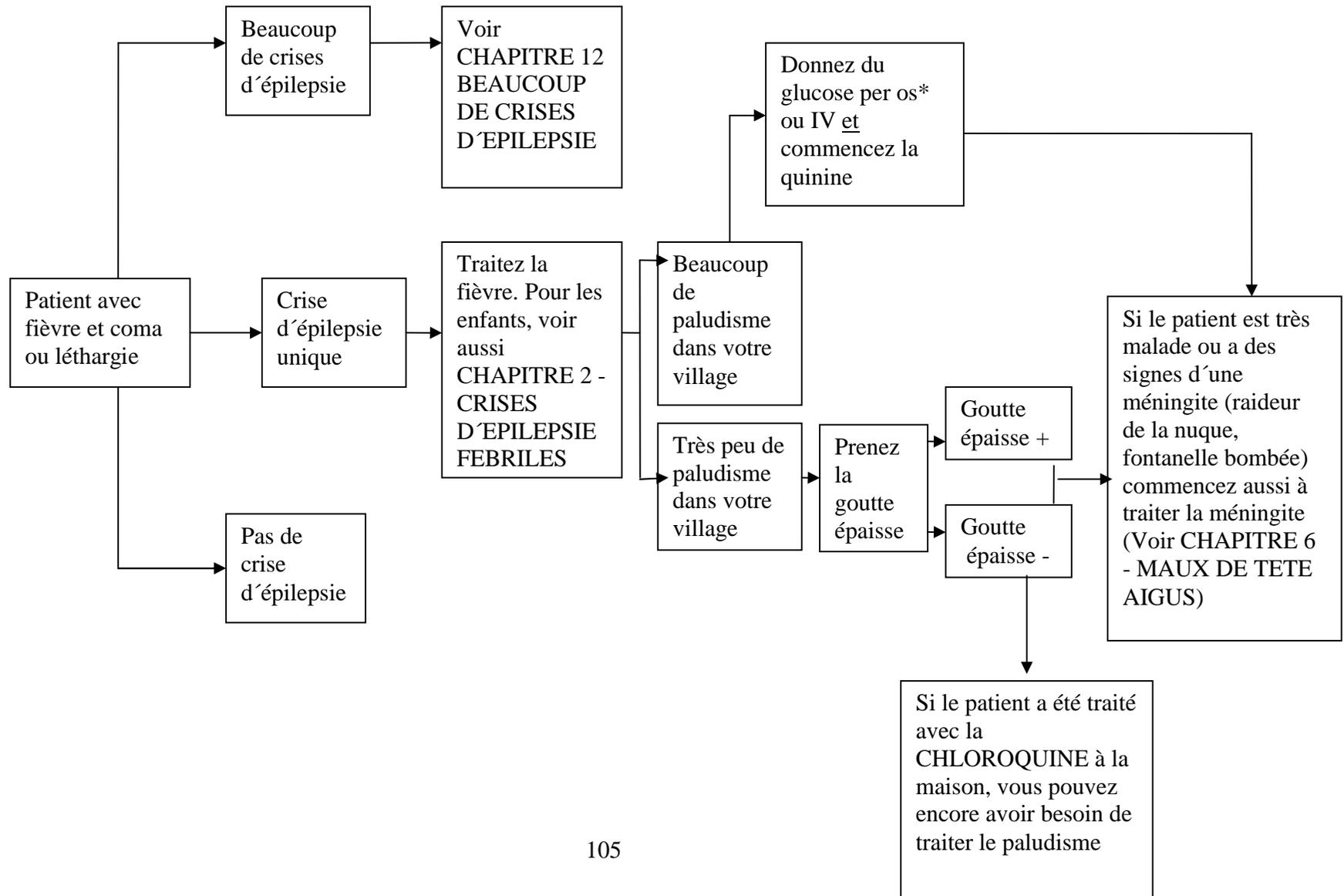
Rappelez-vous

La fièvre et le coma peuvent survenir d'un autre problème (voir *Diagnostic différentiel*).

Même si le patient a un paludisme cérébral, vous devez toujours traiter les crises d'épilepsie, la fièvre, l'*hypoglycémie* et d'autres infections. Tous les patients comateux, quelle que soit la cause, devraient être pris en charge avec les précautions de coma. Pour les précautions de coma, Voir CHAPITRE 15 - COMA.

Résumé: Paludisme cérébral

*Vous pouvez donner du glucose oral avec le lait maternel, jus, du FANTA, coca ou de l'eau sucrée



Chapitre 14 - Plusieurs crises d'épilepsie (*Etat de mal*)

Cas clinique

Moses Mweembe, un homme âgé de 22 ans est amené à la clinique en train de convulser. Vous assistez vous-même à deux crises d'épilepsie. La famille rapporte qu'il a convulsé une fois ce matin, raison pour laquelle ils l'ont amené à la clinique. La famille indique que après Moses a eu une convulsion il devient difficile à contrôler et peut même être violent. Quand Moses n'a pas eu de crise, il est un homme très doux. Vous regardez dans son carnet médical et vous voyez qu'il a été diagnostiqué l'*épilepsie* dans le passé, mais il n'apparaît nulle part qu'il ait été revu ou mis sous PHENOBARBITAL pendant plusieurs mois.

Discussion

L'*état de mal épileptique* se produit lorsque quelqu'un a plus d'une crise sans récupération entre les deux. Comme règle générale on se préoccupe que quelqu'un pourrait être en *état de mal épileptique* s'il ne parvient pas à récupérer la conscience 30 minutes après une crise épileptique. Parfois, une seule crise peut durer plus de 30 minutes et c'est l'*état de mal épileptique* aussi.

Avoir plusieurs crises d'épilepsie sans pouvoir se réveiller entre elles est très dangereux pour le cerveau. Des causes nombreuses et très variées peuvent être à l'origine des plusieurs *crises d'épilepsie* chez un individu. Dans notre cas clinique Moses a l'*épilepsie*. Les patients avec épilepsie sont à risque de développer un *état de mal épileptique*. Les enfants avec les crises d'épilepsie fébriles peuvent également développer un *état de mal épileptique*, surtout si leur fièvre n'est pas traitée. Les malades de *méningite* peuvent également souffrir de *crises d'épilepsie répétées*.



Sans tenir compte des causes de l'*état de mal épileptique* vous devez traiter les crises d'épilepsie **immédiatement**.

Autres points clés

Si quelqu'un arrive avec des convulsions et continue d'en avoir l'une après l'autre, il est facile pour vous de reconnaître que le patient est en *état de mal épileptique*. Reconnaître des *crises d'épilepsie subtiles* est beaucoup plus difficile, mais celles-ci sont aussi dangereuses et doivent être traitées urgemment.

Les *crises d'épilepsie subtiles* surviennent après des convulsions. Normalement les personnes avec ces *crises d'épilepsie subtiles* commencent par avoir des trémulations avec enraidissement de tout le corps. Au cours de la crise ça peut s'altérer en ayant des petits spasmes, des mouvements des yeux avec secousses rythmées des yeux, uniquement visibles si on soulève leurs paupières. Les patients avec *crises d'épilepsie subtiles* se présentent souvent comateux et ce n'est que lorsque vous les observez de près que vous vous rendez compte qu'un bras, une jambe, ou peut-être même leur visage s'agite ou même a des secousses rythmiques (comme du tam-tam). Ceci est un signe que le patient est en *état de mal subtil*. Traitez l'*état de mal épileptique*, comme montré ci-dessous.

Les personnes sans épilepsie peuvent présenter leur première crise en *état de mal épileptique*.

Prise en charge



L'*état de mal épileptique* est, comme le coma, une urgence neurologique. Si le patient a eu des crises d'épilepsie répétées et qu'il ne se réveille pas, vous devriez commencer le traitement immédiatement et prendre du temps par après pour essayer de découvrir la cause.

Traitement d'*état de mal épileptique*

<u>Quoi faire...</u>	<u>Pourquoi...</u>	
Examinez rapidement les signes de traumatisme. Stopper tout saignement sévère. Stabilisez le cou du patient si un traumatisme a eu lieu.	Un saignement sévère et la fracture de la nuque nécessitent aussi un traitement d'urgence.	
Donnez le DIAZEPAM et ensuite le PHENOBARBITAL comme illustré en bas. Lorsque vous donnez ces médicaments, accordez une grande attention à la respiration du patient.	Ceux-ci sont les médicaments qui peuvent arrêter les crises d'épilepsie. Cependant ils ralentissent également la respiration. Vous pouvez provoquer l'arrêt respiratoire total chez un patient si vous donnez trop de médicaments trop rapidement.	
Prenez les précautions du coma comme décrit. Voir CHAPITRE 15 - COMA.	Les patients en <i>état de mal épileptique</i> sont normalement comateux, surtout après avoir reçu le PHENOBARBITAL et le DIAZEPAM.	
Essayez de déterminer la cause sous-jacente des crises d'épilepsie et traitez-la si possible.	Le PHENOBARBITAL et le DIAZEPAM arrêteront les crises d'épilepsie mais ils ne peuvent pas traiter le paludisme ou la <i>méningite</i> . Les problèmes qui ont provoqué les crises nécessitent encore un traitement.	
Cherchez d'obtenir l'aide d'un médecin ou d'un hôpital si possible.	Les patients en <i>état de mal épileptique</i> sont très malades et peuvent nécessiter plus de soins que vous pouvez fournir.	
Pour les Nourrissons DIAZEPAM ~0.5-2.0 mg	Pour les Enfants DIAZEPAM 2.0-5.0mg	Pour les Adultes DIAZEPAM 4 -10 mg

<p>Vous pouvez répéter dans 5 minutes si nécessaire. Donnez un maximum de 0.025 mg/kg si cela est toléré.</p> <p>Ensuite, 10-15 mg/kg de PHENOBARBITAL ~100-250mg</p>	<p>Vous pouvez répéter dans 5 minutes si nécessaire.</p> <p>Ensuite 10-15mg/kg de PHENOBARBITAL ~500mg</p>	<p>Vous pouvez répéter dans 5 minutes si nécessaire.</p> <p>Ensuite 10-15mg/kg de PHENOBARBITAL ~800-1000mg</p>
---	--	---



Lorsque vous considérez si oui ou non vous allez donner à quelqu'un une troisième dose de DIAZEPAM, comptez sa fréquence respiratoire pendant toute une minute. En moyenne, les poumons des adultes en bonne santé respirent 12-16 fois par minute. Si votre patient adulte respire moins de 8 fois par minute ou si un enfant respire moins de 10 fois par minute ne donnez plus de DIAZEPAM. Le médicament peut être en train de déprimer leur respiration.

Questions à poser

Une fois que vous avez traité le patient de l'*état de mal épileptique*, vous pouvez commencer à essayer de comprendre pourquoi le patient a eu autant de crises d'épilepsie.

1. Le patient souffre-t-il de l'*épilepsie*?

Examinez leurs dossiers médicaux et interrogez les membres de la famille pour savoir s'il y a eu d'autres convulsions antérieures.

2. Si le patient souffre de l'*épilepsie* a-t-il arrêté de prendre ses médicaments récemment?

Arrêter brusquement les médicaments antiépileptiques peut causer plusieurs crises d'épilepsie chez le patient.

3. Le patient est-il un très grand buveur?

Les buveurs *chroniques* (également appelés alcooliques ou les ivrognes) peuvent développer l'*état de mal épileptique*.

4. Le patient était-il malade avant que les crises d'épilepsie ont commencé?

Le paludisme avec crises d'épilepsie fébriles, le paludisme cérébral, la *méningite* - tous ceux-ci peuvent causer des crises d'épilepsie.

5. Le patient a-t-il eu un traumatisme crânien?

Si tel est le cas, revoir CHAPITRE 12 - TRAUMATISME CRANIEN après le traitement des crises d'épilepsie.

6. Le patient pourrait-il avoir pris du poison? Les poisons peuvent causer beaucoup de crises d'épilepsie.

Examen

Après avoir reconnu et traité l'*état de mal épileptique*, examinez et prenez en charge l'état de conscience du patient. Voir CHAPITRE 15 - COMA.

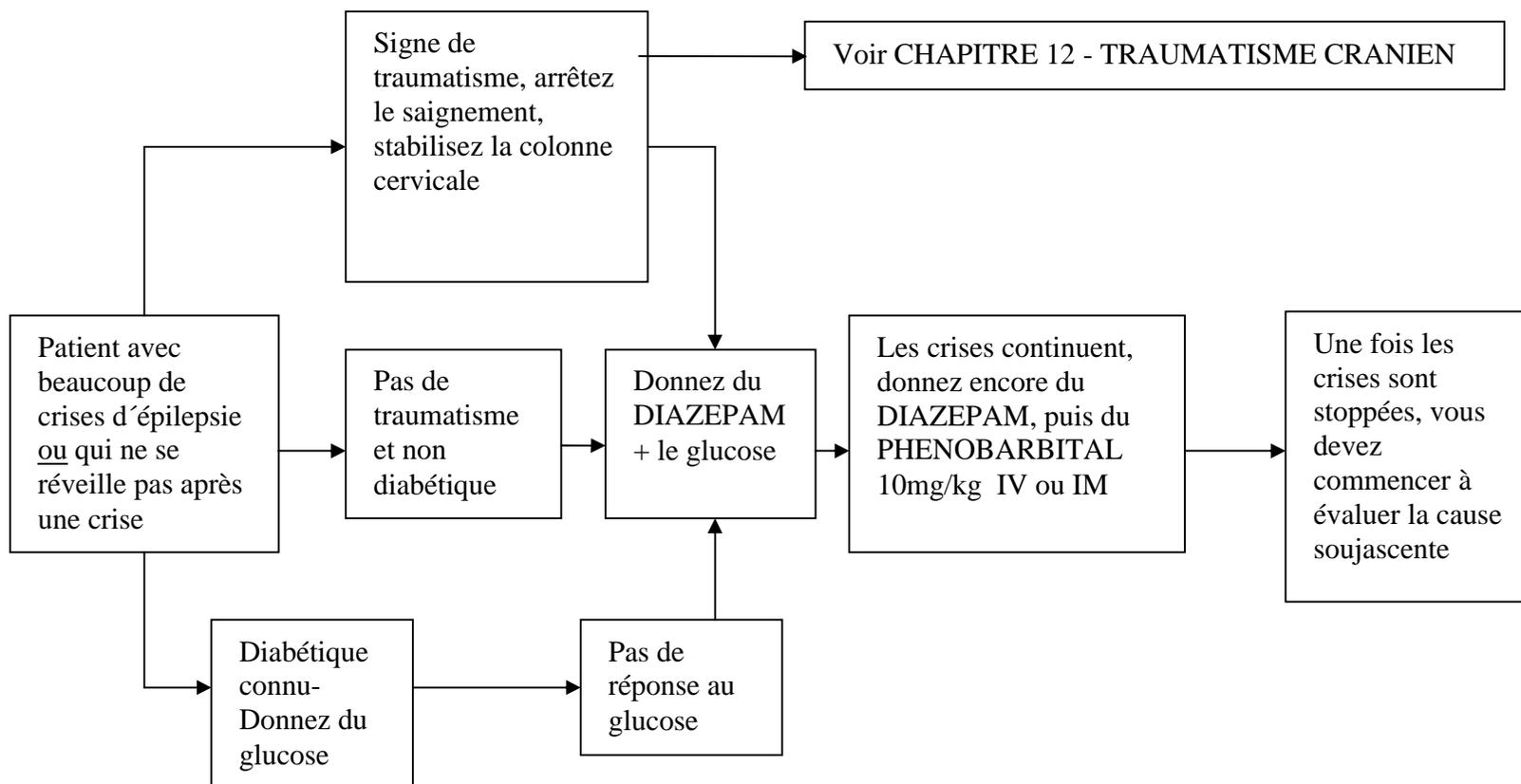
Directives pour le suivi

Les patients qui survivent à l'*état de mal épileptique* doivent être gardés pour observation pendant plusieurs jours. S'il s'agit d'un patient épileptique connu, il devra être traité avec du PHENOBARBITAL pendant très longtemps pour s'assurer qu'il ne fasse plus l'objet d'*état de mal épileptique*.

Les enfants qui développent beaucoup de crises d'épilepsie suite à un simple accès de fièvre devraient être traités avec du PHENOBARBITAL pendant quelques mois. Assurez-vous de fournir à la mère du PARACETAMOL à prendre à la maison. Elle doit comprendre qu'elle donnera à l'enfant du PARACETAMOL et le ramener chez vous chaque fois qu'il a de la fièvre.

Les patients en *état de mal épileptique* devraient être référés à un médecin le plus tôt possible.

Résumé: Plusieurs crises d'épilepsie (Etat de mal épileptique)



PHENOBARBITAL		
Nourrissons	Enfants	Adultes
100 - 250 mg	500 mg	800 - 1000 mg

DIAZEPAM		
Nourrissons	Enfants	Adultes
0.5 - 2 mg	2 - 5 mg	4 - 10 mg

Chapitre 15 - Coma

Cas clinique

Lucie Zumbunu est une femme qui vous est amenée en état d'inconscience. Sa famille n'est pas encore arrivée. Tout ce que vous savez c'est qu'elle vit dans un village situé à environ une heure de là et elle a été inconsciente depuis que le chauffeur du camion a l'acceptée à bord. Vous remarquez qu'elle a des mouvements contractiles autour de ses yeux, mais ne se réveille pas lorsque vous appelez son nom ou que vous la secouez. Elle n'est pas particulièrement chaude au toucher. Vous êtes frustré ... Qu'est-ce que vous pouvez faire pour cette femme quand il n'y a personne à votre disposition pour vous dire comment elle est tombée inconsciente!?!

Discussion

Prendre soin d'un patient qui vous est présenté en *coma* peut être difficile, surtout si personne n'est disponible pour vous raconter ce qui s'est passé, mais il existe des nombreuses observations importantes que vous pouvez faire et quelques tests cruciaux qui vous offriront beaucoup de conseils sur la manière de procéder. Bien sûr, lorsque sa famille arrive elle peut vous dire plus sur l'histoire de la maladie de Lucie.

Le *coma* est un problème courant à l'admission des hôpitaux et même chez les agents de santé des villages, il est donc particulièrement important que vous développiez une approche organisée pour le patient en *coma*. **NE CROYEZ PAS QUE TOUS LES PATIENTS COMATEUX ONT DU PALUDISME!** Vous pouvez réellement voir une grande partie de paludisme et il peut même être sage de traiter le paludisme chez tous les patients comateux pendant que vous effectuez des investigations pour confirmer si réellement le patient a le paludisme ou un autre problème. Le *coma* peut être du à des nombreux problèmes et la QUININE ou la CHLOROQUINE vont **SEULEMENT TRAITER** le paludisme.

Le *coma* ou une profonde inconscience de laquelle vous ne pouvez pas réveiller le patient, peut apparaître soudainement dans le cas d'un traumatisme mais il peut aussi procéder plus lentement, en commençant par une somnolence progressive et une confusion. Chez les enfants l'irritabilité (pleurer sans se laisser consoler) peut précéder léthargie et somnolence. Le *coma* indique un état très grave qui souvent entraîne la mort, mais certaines causes de coma peuvent être traitées. **LE TEMPS EST TRES IMPORTANT DANS LE TRAITEMENT DU COMA.** Les patients comateux peuvent avoir un problème qui s'aggrave pendant qu'ils attendent le traitement. Vous ne pouvez pas vous permettre d'attendre jusqu'à ce que l'aide arrive. Commencez un traitement d'urgence et une évaluation immédiatement!

Autres points clés

Le *coma* décrit un état physique (ce qui signifie que le patient est inconscient), mais ne vous dit pas pourquoi le patient est inconscient. Presque tout problème dans le cerveau et les nombreux problèmes qui touchent l'ensemble du corps peuvent conduire au *coma*. Ici, nous allons nous concentrer sur les causes du *coma* que vous êtes plus susceptibles de voir, avec une attention particulière à ceux qu'on peut traiter efficacement.

Les causes courantes et traitables de coma:

1. paludisme avec des convulsions
2. paludisme cérébral
3. *méningite*
4. *hypoglycémie* (niveau faible du sucre sanguin), souvent liés à la QUININE intraveineuse ou trop d'INSULINE
5. *diabète* (élévation extrême du sucre sanguin)
6. *état de mal épileptique*
7. *septicémie*
8. traumatisme crânien
9. AVC (accident vasculaire cérébral)
10. intoxication (surtout avec des insecticides)
11. alcool (ivresse)

Chacune de ces causes nécessite une prise en charge légèrement différente et sera brièvement discutée ici.



Ce qu'il faut faire tout de suite

Le *coma* est une situation d'urgence. Vous ne pouvez pas attendre que toutes les informations importantes soient réunies et que vous ayez terminé un examen neurologique complet pour décider ce qu'il faut faire. Vous devez agir rapidement et commencer le traitement. Lorsque le patient est en *coma*, vous devez commencer le traitement avant d'être absolument certain de la cause du problème parce qu'il peut se faire que vous ayez seulement un peu de temps avant que le patient meure ou qu'une atteinte cérébrale survienne. Commencez tout de suite avec un TRAITEMENT D'URGENCE POUR LE COMA. Après avoir terminé cette liste (ou autant que vous pouvez faire avec les médicaments et les ressources à votre disposition) vous pouvez alors prendre votre temps pour poser des questions pertinentes, compléter un examen minutieux et avoir les résultats des examens.

Traitement d'urgence pour le coma

<u>Quoi faire...</u>	<u>Pourquoi...</u>
Cherchez les signes de traumatisme y compris les taches annulaires sombre autour des yeux et des oreilles et du sang dans les yeux, les oreilles et le nez. Voir CHAPITRE 12 - TRAUMATISME CRANIEN.	Le traumatisme crânien requiert un traitement différent des autres causes du <i>coma</i> .
Evaluez la respiration et le pouls du patient. Soyez certain qu'il n'y a pas d'obstruction des voies aériennes. Si quelqu'un travaille à votre côté, demande-lui de prendre la tension	Vous voulez être sûr qu'aucun objet, aucun aliment ne s'est bloqué dans la gorge du patient pour être à l'origine de l'évanouissement. Les signes vitaux vont

<p>artérielle, le pouls et la température et de les noter pour vous.</p>	<p>vous être utiles par après quand vous chercherez à voir si votre traitement agit ou pas.</p>
<p>Donnez le dextrose ou le glucose par voie intraveineuse (IV) si vous en avez. Si vous n'avez pas d'accès aux produits intraveineux, mais vous pouvez placer une sonde nasogastrique⁷ <u>en toute sécurité</u>, faites-le et donnez de l'eau sucrée (à peu près une tasse) immédiatement. Si vous n'avez pas de l'eau sucrée à votre disposition donnez du Fanta⁸, du coca ou du jus.</p> <p>NE TENTEZ JAMAIS DE DONNER QUOI QUE CE SOIT PAR LA BOUCHE A UN PATIENT INCONSCIENT.</p>	<p>Les <i>hypoglycémies</i> (niveaux faibles du sucre sanguin) sont dangereuses et peuvent être la cause de <i>coma</i>, surtout chez les diabétiques qui prennent les médicaments pour diminuer leur glycémie (s'ils prennent trop de médicaments ou ne parviennent pas à manger après la prise de ces médicaments).</p> <p>Les médicaments, les liquides ou la nourriture donnés par voie orale aux patients inconscients peuvent passer dans les poumons et causer la pneumonie!</p>
<p>Si vous vivez dans une région avec beaucoup de paludisme, commencez tout de suite avec la QUININE. Chez un patient comateux la QUININE intraveineuse est la meilleure, donnez-la donc si vous en avez. Sinon donnez la QUININE ou la CHLOROQUINE par voie intramusculaire. Donnez la DOSE DE CHARGE décrite dans le REPERTOIRE DES MEDICAMENTS.</p>	<p>Les patients avec le paludisme comme cause de <i>coma</i> sont extrêmement malades et ne peuvent pas attendre jusqu'à ce que la goutte épaisse revienne du laboratoire. La QUININE peut causer la chute de la glycémie et vous devez être sur que le patient reçoit du glucose supplémentaire (soit en intraveineuse ou par sonde nasogastrique) pendant que vous donnez la QUININE.</p>
<p>Si le patient a une raideur de la nuque et de la fièvre ou a moins de 1 an, traitez pour la <i>méningite</i> tout de suite. (Voir page 54) pour le choix médicamenteux.</p>	<p>La <i>méningite</i> nécessite un traitement immédiat. Les enfants de moins de 1 an sont particulièrement vulnérables et peuvent même ne pas avoir de la fièvre.</p> <p>Ces antibiotiques vont aussi aider les patients qui souffrent des différentes formes de <i>septicémie</i>.</p>

⁷ Ne mettez jamais une sonde nasogastrique chez un patient avec traumatisme du visage.

⁸ Le Fanta est plein de sucre est peut être un excellent substituant de l'eau sucrée puisque vous pouvez simplement en garder une bouteille (pas encore ouverte) à votre disposition dans la clinique. Bien sûr le Fanta ne peut JAMAIS être donné en intraveineuse. Seules les solutions sûres fabriquées pour l'usage intraveineux peuvent être utilisées par cette voie.

Si le patient a une histoire d'*épilepsie*, a été vu en train de convulser avant de tomber en *coma* ou semble avoir des convulsions ou des mouvements convulsifs, donnez du DIAZEPAM. Ensuite donnez une dose de charge de PHENOBARBITAL.

L'*état de mal épileptique* peut survenir chez les patients avec *épilepsie* ou avec un quelconque problème cérébral et doit être traité immédiatement.

A ce niveau, vous avez traité beaucoup de problèmes les plus urgents susceptibles d'avoir causé le *coma*. Vous pouvez prendre du temps et considérer ce qu'il faut faire. Si le *coma* du patient était dû à l'*hypoglycémie* maintenant il doit être en train de se réveiller.

Les investigations comprennent la glycémie (dextrose ou glycémie à baguettes), la goutte épaisse pour les plasmodias et une numération formule sanguine.

Questions à poser

Vous allez vous efforcer de savoir si l'un des dix causes de *coma* est probablement à l'origine de cette condition du patient. Posez à la famille des questions qui vous aident à déterminer le problème sous-jacent.

1. Est-ce que le patient est tombé malade très rapidement? Dans quelques jours? Ou pendant plusieurs semaines?

Sauf pour les petits enfants, le paludisme normalement prendra un jour pour s'aggraver et produire le *coma*. Les AVC au contraire surviennent très rapidement.

2. Le patient prend-il des médicaments? Fouillez dans son carnet médical. Y a-t-il une histoire d'*épilepsie* ou de *diabète*? Les patients diabétiques prennent les médicaments pour abaisser leur glycémie. Si le patient prend trop de médicaments ou les prend sans manger, sa glycémie peut dangereusement chuter au niveau très bas. En leur donnant tout simplement une solution d'eau sucrée jusqu'à ce que ces médicaments soient évacués de leur organisme, il «guérira». Cependant vous pouvez avoir besoin de le traiter pendant 1-3 jours avec la solution d'eau sucrée parce que certains médicaments prennent du temps pour s'éliminer de l'organisme.

3. Est-ce que le patient a une histoire d'*épilepsie* ou d'autres crises d'*épilepsie* (y compris les *crises d'épilepsie fébriles*)? Les patients peuvent avoir un *état de mal épileptique* surtout lorsqu'ils sont malades ou qu'ils ont interrompu leurs médicaments. Ils peuvent commencer par les crises d'*épilepsie* mais présenter seulement quelques contractions petites au moment où vous les voyez. Si vous suspectez que la personne pourrait être en *état de mal épileptique*, voir CHAPITRE 14 - PLUSIEURES CRISES D'ÉPILEPSIE et suivez les instructions sur la prise en charge de ce problème.

4. Est-ce que le patient semble *chroniquement* malade? Les patients qui semblent faibles et *chroniquement* malades peuvent souffrir du VIH/SIDA. Le SIDA rend ses patients vulnérables aux infections cérébrales. Ils peuvent également avoir de la TUBERCULOSE ou d'autres infections non reconnues. La TUBERCULOSE surtout chez les enfants, peut infecter le cerveau.

Le traitement avec les médicaments comme le CHLORAMPHENICOL pendant que vous attendez davantage de l'aide est important. Chez un patient qui a interrompu le traitement pour la TB se présente avec le *coma*, recommencez le traitement et commencez aussi les antibiotiques pour la *méningite*.

Examen

Examiner un patient comateux semble d'emblée difficile. Enfin comment pouvez-vous examiner quelqu'un qui ne peut suivre aucune de vos instructions ni même ouvrir les yeux? Effectivement, il y a plusieurs choses importantes que vous pouvez chercher et qui peuvent vous guider à déterminer le problème du patient.

Prêter attention aux signes vitaux. Les patients atteints de paludisme, de *méningite*, de *septicémie* et de coup de chaleur sont tous susceptibles de développer une *hyperthermie* avec des températures aussi élevées que 42 degrés Celsius.



Ceci peut ne pas être vrai pour les très jeunes et les très âgés. Rappelez vous que les nourrissons de moins de un an et les personnes âgées peuvent ne pas être assez fortes pour développer une fièvre forte et peuvent au contraire avoir une *hypothermie* avec des basses températures du corps.

Les patients avec fièvre vont normalement transpirer et seront mouillés, à moins qu'ils soient très *déshydratés*. Les patients avec *hypoglycémie* peuvent aussi transpirer. Les coups de chaleurs normalement provoquent la *déshydratation* et les patients sont chauds et secs. L'intoxication aux *organophosphorés* (insecticides utilisés dans les champs) couramment utilisés dans l'agriculture induit convulsion et *coma* chez les patients.

La tension artérielle chez les adultes est aussi importante à prendre et à surveiller. Si vous trouvez que le patient a une tension artérielle très élevée (comme 20/15 cm Hg), le patient peut avoir eu un AVC. Une basse tension artérielle chez les adultes peut indiquer une *septicémie* ou une *déshydratation* sévère due à la diarrhée, aux vomissements, au coup de chaleur ou à la fièvre.

Ensuite, examinez la tête, la nuque et tout le corps du patient à la recherche des signes de traumatisme. Assurez-vous de bien examiner dans et derrière leurs oreilles. Les hématomes autour des oreilles et des yeux font penser à un traumatisme crânien. Du sang ou du liquide clair coulant du nez ou des oreilles du patient indiquent aussi un traumatisme crânien. S'il y a un signe de traumatisme voir CHAPITRE 12 - TRAUMATISME CRANIEN. S'il n'y a pas de signe de traumatisme, fléchissez le cou doucement (en appuyant doucement le menton contre la poitrine) pour voir s'il y a une évidence de *méningisme* indiquant la *méningite*.

Pressez les orteils et les doigts du patient - pas trop fort pour le traumatiser, mais assez fort pour qu'il les retire. Si le patient retire seulement un seul côté, il peut avoir une *hémiparésie* suggérant un AVC. Traitez pour le gonflement cérébral comme décrit dans le CHAPITRE 11 - PARALYSIE AIGUE.

Enfin observez le visage du patient. Est-ce que l'un des côtés est abaissé? Ceci est un signe d'*hémiparésie* et peut indiquer un *AVC*. Soulevez les paupières. Quelle est la taille des *pupilles* (la partie noire au centre des yeux). Sont-ils de même taille? Les *pupilles* de petite taille peuvent indiquer que le patient a eu un *AVC* au niveau profond du cerveau ou a eu une intoxication avec les *organophosphorés*. Si les *pupilles* sont de taille différente, le patient peut avoir un gonflement ou une lésion d'un seul côté du cerveau. Traitez-les comme indiqué dans le CHAPITRE 12 - TRAUMATISME CRANIEN. Vous devez chercher de l'aide le plus rapidement possible. Les yeux peuvent être déviés vers un côté chez les patients avec un *AVC* ou des crises d'épilepsie. Tout au long de votre examen cherchez les signes de crise. Les crises d'épilepsie sont quelque chose que vous pouvez traiter. Voir CHAPITRE 14 - PLUSIEURES CRISES D'ÉPILEPSIE.

Autres problèmes éventuels (*Diagnostic différentiels*)

Quelquefois un patient hystérique peut simuler d'être en *coma*. Si vous suspectez que le patient est hystérique ou simplement se fait passer pour inconscient, le mieux est de l'isoler de son accompagnant et de le mettre dans un endroit calme pour une observation étroite. Souvent lorsqu'il y n'a personne d'autre pour assister à sa mise en scène, telles personnes vont commencer à vous parler. Ceci n'est pas une chose courante et vous devez explorer les problèmes familiaux ou personnels qui ont fait que le patient ait réagi de cette façon.

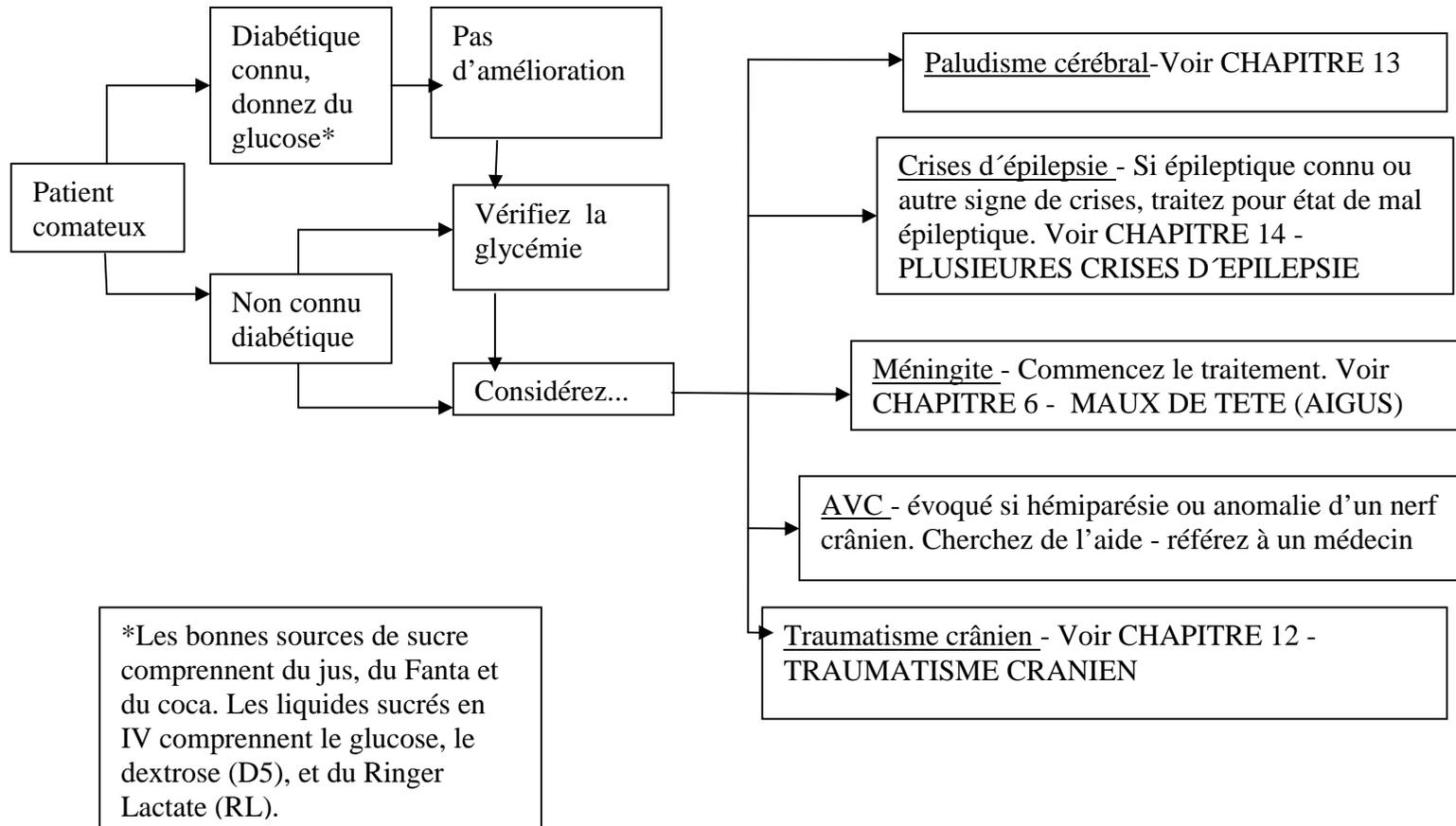
Prise en charge

Pour les patients présentant un *coma* de cause non clair, vous devez d'abord traiter tous les problèmes d'urgence. Ensuite, prenez du temps pour faire un examen plus complet du patient, obtenez plus d'information de la part des amis ou de la famille et décidez ce que vous pensez pourrait être le problème. Certains problèmes comme la *septicémie* ne sont pas de troubles neurologiques mais sont par contre des maladies graves qui se présentent sous forme de symptômes neurologiques seulement. Si le problème est neurologique comme la *méningite*, les crises d'épilepsie ou le traumatisme crânien, allez au chapitre de ce manuel qui vous aide à la prise en charge de ces patients.

Autres actions

Les patients qui vous arrivent en *coma* sont très malades. Vous devez agir et penser rapidement. Malheureusement quelques-uns amenés en *coma* sont si malades qu'aucun de vos actes ne pourra leur venir en aide. Cependant si vous suivez ces recommandations vous pourrez aider certaines personnes qui autrement pourraient mourir.

Résumé: Coma



Sujets Particuliers

La grande partie de ce manuel a été élaborée sur base des plaintes. Malheureusement, la lèpre et le VIH/SIDA sont deux conditions courantes qui peuvent affecter le *systeme nerveux*, mais elles sont capables de présenter une grande variété des signes et des symptômes. Ici, nous vous présenterons un aperçu de chacune de ces conditions, afin que vous soyez en mesure de les reconnaître et de les prendre en charge de la façon appropriée.

Lèpre

Contexte

La lèpre, appelée aussi Maladie de Hansen, est un ancien problème écrit dans la Bible et dans les écrits anciens indiens et chinois. La lèpre reste toujours la *neuropathie* curable la plus courante dans le monde. Les efforts déterminés visant à identifier et à guérir la lèpre ont eu lieu dans des nombreuses régions d'Afrique. En conséquence, des nombreux professionnels paramédicaux (infirmières, cliniciens, etc.) ont déjà bénéficié d'une excellente formation en diagnostic et en prise en charge de la lèpre. Ce bref aperçu ne peut pas remplacer une telle expertise extensive. Cependant nous espérons qu'il va permettre aux personnes sans formation approfondie de la lèpre de reconnaître la maladie et de référer la personne concernée vers l'institution appropriée pour une évaluation et un traitement. Le diagnostic et le traitement précoce de la lèpre sont particulièrement cruciaux car le retard dans le traitement résulte en infirmités physiques autrement évitables.

Agent Causal

Mycobacterium leprae, l'organisme qui cause la lèpre, envahit les nerfs et cause des lésions qui résultent en anesthésie (perte de la sensation). Les atteintes répétées et une mauvaise guérison surviennent dans ces parties du corps sans sensation normale et résultent en des malformations familiaires associées à la lèpre. *M. leprae* ne peut pas survivre à la température centrale du corps humain (~37 degrés Celsius), et donc s'attaque aux extrémités distales comme les bouts des doigts, qui sont un peu plus fraîches. Si vous pouvez vous rappeler de ça, vous pourrez reconnaître un grand nombre des caractéristiques clés nécessaires à l'identification des infections de la lèpre.

Transmission

Le mode de transmission de la lèpre (c'est à dire la façon dont les gens attrapent la maladie) n'est pas clair. Il est important de se rappeler que le risque d'attraper la lèpre quand vous prenez soin de ces patients est TRES, TRES BAS!!!

Présentation de la lèpre

Bien que c'est un seul organisme qui provoque la lèpre, le système immunitaire de l'individu peut réagir de deux façons différentes donnant lieu à la lèpre tuberculoïde ou la lèpre lépromateuse.

Lèpre tuberculoïde

Les lésions cutanées (une ou plusieurs) se développent. Les lésions sont d'une forme irrégulière, des régions bien limitées où la peau perd les pigments et devient très pâle. Ces lésions cutanées

ont un contour soulevée et rouge et sont anesthésiques (sans sensation) et anhydriques (incapables de produire la sueur). Ces lésions sont généralement situées au niveau des extrémités, au niveau du visage, à la partie supérieure du dos, et sur les fesses. Les troncs nerveux dilatés des nerfs proches de ces lésions peuvent être palpés quelquefois.

Lèpre lépromateuse

L'épaississement de la peau qui semble en bonne santé autrement, survient dans la lèpre lépromateuse avec un étouffement nasal associé. Les gens qui n'arrivent pas à respirer par le nez vont respirer par la bouche permettant à la cavité buccale de devenir fraîche, ce qui facilite alors les bacilles d'envahir la bouche. Les lésions nodulaires cutanées peuvent se développer. Dans les cas sévères sans traitement, les voies aériennes peuvent devenir bloquées provoquant l'étouffement.

Certains patients auront des caractéristiques des deux types de lèpre, tuberculoïde et lépromateuse. Ceci est appelé Lèpre "Borderline".

Examen

L'examen des lésions cutanées devrait toujours évaluer la sensation de ces lésions, de préférence en utilisant les deux, le toucher fin (comme l'ouate) et le toucher pinçant (comme une épingle⁹). La sensation devrait également être évaluée dans les parties de la peau qui semblent normales. Puisque le germe parvient seulement à vivre à des températures fraîches, la sensation est perdue en premier lieu au niveau des oreilles, du nez, de la lèvre supérieure, du front, des bouts des mains et du pied. LA PEAU EPAISSIE DES PAUMES DES MAINS ET DES PLANTES DES PIEDS ISOLE CES REGIONS, QUI SEMBLENT EPARGNEES DANS LES PREMIERS TEMPS DE L'INFECTION. L'état avancé de la maladie peut donner lieu à la perte de la sensibilité sur le modèle illustré en bas. (Commentaire de la rédaction française : dans le livre original il manque aussi cette illustration à cause des raisons concernant le droit d'auteur). Les *nerfs sensitifs* sont les premiers touchés, mais éventuellement les *nerfs moteurs* deviennent également affectés donnant lieu à un enraidissement des doigts et des orteils (comme les griffes), aux pieds et poignet tombants et à une lagophtalmie. La lagophtalmie est une incapacité à fermer les yeux. Les patients avec lagophtalmie sont à risque des lésions oculaires avec les infections et éventuellement la cécité. Les abcès froids peuvent se développer au niveau des lésions. Les parties insensibles sont vulnérables aux blessures et à l'infection. Les blessures sont surtout courantes aux bouts des doigts et aux pieds.

Tests Diagnostiques

Les biopsies des lésions cutanées de la lèpre tuberculoïde peuvent se faire au niveau du bord externe de la lésion où les bacilles peuvent être identifiés. Si vous suspectez quelqu'un de lèpre vous devez le transférer chez un expert local ou un médecin pour que le diagnostic et le traitement appropriés soient initiés. Y a-t-il un agent local de contrôle de la lèpre dans votre district?

⁹ Utilisez TOUJOURS une épingle propre et NE piquez JAMAIS si fort qu'on risque de faire saigner.

Traitement

La lèpre est une maladie curable à l'aide des médicaments comme le dapsoné et la clofazimine (Lamprene). Le régime habituel inclut le dapsoné 100 mg par jour et la rifampicine 600 mg par jour pendant six mois, puis le dapsoné continue pour une durée de 3-5 ans. Le Lamprene peut être ajouté dans les régions où la résistance au dapsoné est d'une certaine préoccupation. Les corticostéroïdes sont souvent ajoutés pour limiter une lésion secondaire nerveuse qui peut arriver lorsque les nerfs infectés réagissent au traitement. Les stéroïdes en gouttelettes ophtalmiques et les antibiotiques combinés au débridement des lésions ulcéreuses peuvent aussi être nécessaires. Le traitement de la lèpre est mieux effectué dans les cliniques où il y a les experts de la lèpre pour le diagnostic et la prise en charge des complications du traitement.

Après le traitement les régions ayant perdu la sensibilité peuvent toujours être à risque des blessures. La protection des yeux sous forme des lunettes est recommandée chez les patients avec lagophtalmie. Les bonnes chaussures et le soin des pieds sont importants. Les gants peuvent être nécessaires pour les patients qui fument ou qui manient les objets tranchants ou chauds.



La lèpre est une maladie curable. Lorsqu'elle est méconnue ou non traitée, une infirmité sévère permanente peut en résulter. Votre communauté ou la clinique des environs a probablement déjà des experts de la lèpre pour vous assister dans la prise en charge de ces patients. Si vous suspectez la lèpre, envoyez vos patients pour être revus par les experts!!

VIH/SIDA et le *Système Nerveux*

Le virus du VIH cause le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), dont le résultat est la défaillance du système immunitaire à combattre efficacement les infections. Quand quelqu'un a le SIDA, son système immunitaire peut mal fonctionner et «attaquer» les tissus du *système nerveux* (les nerfs, la moelle épinière et le cerveau) comme si ces tissus étaient des corps étrangers envahisseurs. Les personnes vivant avec le VIH sont très susceptibles d'attraper les infections comme la tuberculose, laquelle peut aussi infecter même les personnes qui sont à part cela en bonne santé. Les personnes infectées par le VIH peuvent attraper les organismes qui normalement n'infectent PRESQUE JAMAIS les personnes avec un système immunitaire bien fonctionnant. Souvent ces infections auparavant extraordinaires (c'est-à-dire les infections rarement rencontrées avant l'épidémie du SIDA) sont les infections du *système nerveux*.

Des gros efforts sont en train d'être fournis pour apprendre à la population la façon de prévenir la propagation du SIDA. Le SIDA ne peut être guéri par aucun médicament connu, mais beaucoup de recherches sont en cours pour mettre sur pied le vaccin contre le SIDA. Pour la première fois dans l'histoire récente la médecine occidentale et les guérisseurs traditionnels travaillent ensemble pour trouver les alternatives de traitement à un prix abordable, mais pour le moment on est au milieu d'une terrible épidémie. Les médicaments pour traiter le VIH sont appelés les antirétroviraux (ou les ARV). Vous voyez probablement beaucoup de troubles du *système nerveux* liés au VIH. En bas vient une brève description des troubles neurologiques les plus courants liés au VIH.

Les Troubles des Nerfs Périphériques liés au VIH

Neuropathie périphérique

Les symptômes de sensation de brûlure avec engourdissement des pieds surviennent avec l'infection VIH, surtout chez les patients qui prennent à la fois les médicaments antituberculeux sans suppléments en vitamines. La douleur peut être la caractéristique la plus frappante dans la *neuropathie* à VIH et peut être assez sévère pour obliger la personne à être alitée. Le traitement est le même que pour les autres causes de *neuropathie* périphérique. Voir CHAPITRE 4 - PIEDS BRULANTS OU ENGOURDIS. La vitamine B complexe peut être particulièrement utile.

La Paralyse Faciale (Voir CHAPITRE 5 - PARALYSIE FACIALE)

La paralysie faciale peut arriver à n'importe qui, mais peut être particulièrement fréquente parmi les gens nouvellement infectés par le VIH. Les patients avec paralysie faciale au cours d'une séroconversion à VIH (c'est-à-dire une infection récente) se plaignent souvent des maux de tête avec une légère raideur de la nuque.

Le Syndrome de Guillain Barré (Voir CHAPITRE 11 - PARALYSIE AIGUE)

Ce syndrome implique une paralysie progressive ascendante commençant par le fourmillement et l'engourdissement au niveau des pieds, puis se complique en incapacité de marcher, puis de s'asseoir, puis d'utiliser les mains etc. Le SGB peut arriver à n'importe qui après une infection mineure, mais est particulièrement courante chez les gens vivant avec l'infection à VIH. Les autres avec le SGB généralement récupèrent complètement si la paralysie n'implique pas les muscles respiratoires, mais parmi ceux qui ont le SGB et le VIH la récupération peut être incomplète et une paralysie récidivante peut s'observer.

Herpes Zostère Disséminé

Le zona qui affecte un seul dermatome (une petite région de la peau alimentée par une seule racine nerveuse) peut arriver à n'importe qui et est surtout courant chez les personnes âgées. Lorsque le zona affecte une grande partie du corps, le système immunitaire est probablement défaillant. Le cancer et le VIH sont couramment les causes sous-jacentes de l'Herpes Zoster disséminé. Le traitement avec les antibiotiques à usage local pour prévenir les infections et les antidépresseurs tricycliques (comme l'AMITRIPTYLINE) est aussi efficace pour alléger la douleur.

Si le zona affecte l'œil, transférez le patient au centre médical le plus proche. Un traitement spécifique peut être nécessaire pour éviter la scarification de l'œil et la cécité qui en résulterait.



Le zona qui affecte l'œil ou le bout du nez doit être transféré au médecin pour une meilleure prise en charge. Ces patients sont à risque de cécité si l'œil se scarifie.

Les troubles de la moelle liés au VIH

Paraparésie Spastique Tropicale (HTLV-1)

La *paraparésie* spastique tropicale est une infection virale de la moelle épinière avec le HTLV-1 qui cause une raideur des membres inférieurs pouvant éventuellement donner lieu à une

incapacité de marcher. La progression se fait lentement au cours des semaines à des mois. Le HTLV-1 peut aussi survenir chez les individus sans l'infection du VIH.

Myélopathie Vacuolaire ou au CMV

La dégénérescence de la moelle épinière due au VIH ou le cytomegalovirus (CMV) dû au VIH peut évoluer vers une *paraparésie* flaccide qui est lentement progressive. Le fonctionnement de l'intestin et de la vessie est souvent épargné. Celui-ci est généralement un trouble lié au VIH au stade avancé et survient chez les individus qui ont déjà eu des autres infections dues au VIH.



La schistosomiase spinale peut aussi présenter une *paraparésie* flaccide progressive. Les œufs de schistosome peuvent être trouvés dans les selles ou les urines et l'analyse du liquide céphalo-rachidien révélera les globules blancs (les éosinophiles surtout alors qu'ils sont normalement rares dans le liquide céphalo-rachidien). Le traitement de la schistosomiase peut arrêter l'évolution de cette maladie et devrait être toujours considéré chez les patients présentant une *paraparésie* lentement progressive.

Les troubles oculaires liés au VIH

Rétinite au CMV

Une perte de vision soudaine et unilatérale chez quelqu'un qui a déjà manifesté d'autres infections liées au VIH peut être due à une rétinite au CMV. L'examen à l'ophtalmoscope révèle des cotton wool spots, des hémorragies et d'autres changements rétinien. Le sarcome de Kaposi peut aussi infecter l'œil.

Les troubles cérébraux liés au VIH

La Méningite Tuberculeuse

Les personnes sans le VIH peuvent certainement attraper la *méningite* tuberculeuse, mais la tuberculose méningée et la tuberculose extra pulmonaire sont plus probables chez les patients immuno compromis. Les symptômes peuvent comprendre les maux de tête, l'*hémiparésie*, les crises d'épilepsie, les anomalies des nerfs crâniens et, chez les enfants, l'hydrocéphalie.

La Méningite à Cryptocoques

Auparavant les *méningites* chroniques étaient peu courantes avant l'épidémie du VIH. Contrairement aux *méningites* bactériennes qui présentent une forte fièvre, une raideur de la nuque et un faciès souffrant, la *méningite* à cryptocoques peut être plus sinistre, présentant des maux de tête modérés persistants, qui lentement augmentent d'intensité jusqu'à rendre le patient débile. Les anomalies des nerfs crâniens peuvent aussi arriver. Le diagnostic est confirmé lorsque les hyphes fongiques sont trouvés dans le liquide céphalo-rachidien. Le traitement avec l'amphotéricine B et/ou le fluconazole ou le ketoconazole peut être d'une certaine efficacité pour ralentir la maladie mais pendant que le SIDA progresse l'infection généralement survient. Un soulagement de la douleur peut aussi être apporté par des ponctions lombaires répétées puisque la plupart de la douleur est due à une pression élevée autour du cerveau et drainer ce liquide peut soulager la pression.

Toxoplasmose Gondii

Les chats sont les porteurs de cette infection et beaucoup d'entre nous, à l'âge adulte en avons eu une infection mineure dans le passé. Malheureusement quand le système immunitaire est détruit par le VIH, l'infection «ancienne» est réactivée et peut s'étendre jusqu'au cerveau. Les lésions à évolution lente causent des maux de tête et une *hémiparésie* subaiguë (qui se développe au cours des heures et des jours). Deux semaines d'essai à la sulfadoxine/pyriméthamine (fansidar), deux comprimés deux fois par jour, peut améliorer la faiblesse, mais il doit ensuite se poursuivre indéfiniment. Ceci peut être problématique quand l'approvisionnement en médicaments est limité. Les personnes infectées par le VIH sont également à risque relativement élevé de développer des réactions cutanées dues aux médicaments contenant le sulfa (comme le Syndrome de Steven Johnson).

Leuco-encéphalopathie Multifocale Progressive

Causée par le virus JC¹⁰, cette maladie se présente avec les crises d'épilepsie et une *hémiparésie* survenant généralement chez les individus qui ont déjà eu des maladies définissant le SIDA.

La Démence liée au SIDA

Une démence caractérisée par des mouvements lents, un raisonnement lent et une apathie, peut survenir avec le VIH. On connaît peu de choses sur l'importance de ce problème en Afrique australe. Une dépression peut également se présenter dans ce tableau. Un essai de trois mois avec un antidépresseur (comme l'AMITRIPTYLINE) devrait être considéré chez toute personne avec tels symptômes.

Syphilis

Chez les personnes infectées par le VIH, la syphilis peut progresser rapidement et toucher le cerveau et la moelle épinière. Ceci peut comporter des crises douloureuses avec des terribles douleurs lancinantes partant de la moelle épinière, une démence évoluant rapidement ou des comportements psychotiques. La syphilis tertiaire devrait être considérée chez toute personne présentant ces symptômes. Le test de VDRL ou de RPR peut être utile. Le transfert chez un médecin devrait également être considéré.

La Toxicité due à l'ARV

Les médicaments pour le traitement du VIH peuvent aussi endommager le *système nerveux*. Les patients recevant les ARV devraient être sous l'attention d'un médecin, mais lorsqu'ils vous arrivent avec des plaintes neurologiques comportant une faiblesse récente, engourdissement ou les pieds brûlants, c'est mieux de leur demander de consulter le médecin qui leur donne le traitement contre le VIH. Ces nouveaux symptômes peuvent être en rapport avec les ARV ou une infection liée au SIDA nécessitant un changement des ARV.

¹⁰ Ceci N'EST PAS la même chose que la maladie de CJD associée à la maladie des vaches folles.



Un mot sur la façon dont vous donnez les médicaments...

Vous remarquerez que tout au long de ce répertoire des médicaments, nous énumérons TOUTES les différentes voies possibles d'administration des médicaments. La voie d'administration est COMMENT vous faites parvenir les médicaments dans le corps du patient - par la bouche, par le rectum, par injection intraveineuse, par injection intramusculaire etc.

La plupart du temps, les comprimés et les liquides qui peuvent être pris par voie orale sont le moyen le meilleur et le plus sûr de donner des médicaments. La voie suivante la plus sûre pour des nombreux médicaments est par le rectum. Cependant tous les médicaments ne peuvent pas être donnés à travers le rectum. Les injections ne devraient pas être utilisées quand le patient est capable de prendre les comprimés (c'est-à-dire le patient est éveillé, peut avaler et ne vomit pas). Les injections peuvent contribuer à sauver des vies lorsque quelqu'un a le paludisme cérébral ou est en *état de mal épileptique*. Cependant les injections devraient être utilisées uniquement lorsque le patient n'est pas en mesure d'avalier OU lorsqu'il est très, très malade (par exemple avec la *méningite*). Il est évident que vous pouvez donner les injections uniquement lorsque vous avez des fournitures SURES et STERILES en aiguilles, et les aiguilles ne doivent jamais être utilisées sans stérilisation. Chaque aiguille pour injection ou administration intraveineuse des médicaments devrait être réservée pour usage d'un seul patient.

Les doses des médicaments sont divisées en trois catégories - les nourrissons, les enfants et les adultes. Un facteur clé qui détermine la dose appropriée du médicament est le poids. En moyenne les nourrissons pèsent de 3-10 kg, les enfants 10-35 et les adultes >35 kg. Pour votre patient, évaluez son poids puis choisissez la dose du médicament comme illustré dans les tableaux mis à votre disposition.

Répertoire des Médicaments

Acide valproïque = anti convulsant (comprimés de 250 mg, 500 mg)

Ce médicament est aussi appelé...	A utiliser pour traiter...
Valproat	Epilepsie
Dépakote	<i>Migraine</i>
Dépakine	
Divalproex	

Comment donner aux patients avec la *migraine* ou l'épilepsie...

	Dose	Instruction	Attention
Adultes	250 - 500 mg	Par voie orale 4 fois par jour	Peut causer le rash. Si le patient développe le rash, arrêtez le médicament. Ne donnez pas aux enfants de moins de 5 ans.
Enfants	125 - 250 mg		

Amitriptyline = antidépresseur tricyclique (comprimés de 25 mg, 50 mg, 100 mg)

Aussi nommé...	Pour traiter...	C'est tout comme...
Redomex	Douleur	Nortriptyline
Tryptizol	<i>Migraine</i>	
	Dépression	

Comment donner ceci aux patients avec la *migraine* ou les douleurs neuropathiques...

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	12,5 -25 mg jusqu'à 75 mg, mais augmentez la dose lentement au cours des semaines.	Per os, avant de se coucher	Sécheresse buccale, problèmes d' <i>uriner</i> chez les hommes âgés, les patients âgés peuvent devenir confus, dans ce cas la dose doit être réduite ou le médicament stoppé.

Amoxicillin = antibiotique (comprimés de 250 mg, 500 mg)

Aussi nommé...	Pour traiter...
Amoxypen	Infections
Bactimed	Pneumonie
Clamoxyl	IST
Flemoxin	

Comment donner ceci aux patients avec la *méningite* ou la septicémie...

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	500 mg	Per os toutes les 8 heures	Ce n'est pas un médicament de choix pour la <i>méningite</i> . Utilisez-le pour la <i>méningite</i> uniquement si vous n'avez pas d'autres antibiotiques.
Enfants	250 mg		
Nourrissons	125 mg		

Ampicilline = antibiotique (comprimés de 250 mg, 500 mg)

Aussi nommé...	Pour traiter...
Pentrexyl	Infections
	IST
	Les infections des tissus mous
	Les infections des voies respiratoires

Comment donner ceci aux patients avec la *méningite* ou la septicémie...

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	1500 mg	Toutes les 4 heures par la bouche, en injection intraveineuse ou intramusculaire	Surveillez s'il n'y a pas de rash. Si un rash se développe, stoppez le médicament.
Enfants	1250 mg		
Nourrissons	500 mg		

Aspirine = Anti-inflammatoire non-stéroïdien (comprimés de 100 mg, 200 mg)

Aussi nommé...	Pour traiter...
Acide Salicylique	Douleur
Aspro	Fièvre
Dispril	Prévention de la formation des caillots
Sedergine	

Comment donner ceci aux patients avec douleur...

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	650 mg	Toutes les 4-6 heures	A prendre avec la nourriture. Peut causer des douleurs abdominales et des selles noires <i>chroniques</i> . Donnez de préférence aux enfants du PARACETAMOL si disponible.
Enfants	325 mg		
Nourrissons	162,5 mg		

Atenolol = bêtabloquant (comprimés de 25 mg, 50 mg, 100 mg)

Aussi nommé...	Pour traiter...	C'est tout comme...
Ternomine	Hypertension	Metropolol
Atenomed	Migraines	Propranolol

Comment donner ceci aux patients avec la ...

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	50 mg	Chaque jour par la bouche.	Détresse respiratoire, si oui, arrêtez le médicament. Dysfonctionnement sexuel chez les hommes. Arrêtez chez les femmes enceintes.

Bactrim = triméthoprime/sulfaméthoxazole (TMX/SUL)

Ce médicament est aussi appelé...	A utiliser pour traiter...
Co-trimoxazol	Infection
Eusaprim	Méningite
	Septicémie
	Paludisme sur Chloroquine

Comment donner le BACTRIM à un patient avec *méningite*...

	Dose	Instruction	Attention
Adultes	1 - 2 comprimés	Par voie orale toutes les 12 heures	Stoppez en cas d'un développement de rash. N'utilisez pas chez les enfants de moins de 2 mois.
Enfants	½ - 1 comprimé		
Nourrissons	¼ - ½ comprimé		

Brufen = Anti inflammatoire non-stéroïdien (AINS) (comprimés de 100 mg, 200 mg)

Aussi nommé...	Pour traiter...	C'est tout comme...
Ibuprofène	Douleur (moyenne-moderée)	Indométacine
Dolofin	Inflammation	
Buprophar		

Comment donner ceci aux patients avec la douleur modérée ou moyenne...

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	400 mg	4 fois par jour per os	A prendre pendant les repas pendant les thérapies à long terme car il peut irriter l'estomac. Arrêtez le traitement en cas de douleur gastrique ou des selles noires. Ne traitez pas les douleurs gastriques avec ce médicament!
Enfants	200 mg		
Nourrissons	100 mg		

Carbamazépine (CBZ) antiépileptique (comprimés de 100 mg, 200 mg)

Aussi nommé...	Pour traiter...
Tegretol	Epilepsie
Trileptal	Douleur neuropathique

Comment donner ceci aux patients épileptiques...

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	200 - 400 mg	3 fois par jour per os	Arrêtez en cas de rash. Diminuez la dose en cas de vertige ou de somnolence. Ne pas donner avec ERYTHROMYCINE
Enfants	100 mg		

Céfalozone = Céphalosporine de 1ère génération (antibiotique) (comprimés de 250 mg, 500 mg 1000 mg)

Aussi nommé...	Pour traiter...	C'est tout comme...
Cefacidal	Septicémie	Cephapirin
Kefzol	<i>Méningites</i> (il y a de meilleurs traitements)	Cephaloten
		Cephadrine

Comment donner ceci aux patientes avec une infection...

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	1000 mg	Injection intramusculaire toutes les 6 - 8 heures	Arrêtez en cas de rash.
Enfants	250 - 500 mg		
Nourrissons	75 - 125 mg		

Chloramphénicol (comprimés ou ampoules de 500 mg)

Aussi nommé...	Pour traiter...
Isopto Fenicol	<i>Méningite</i> (meilleur traitement! •)
	Septicémie
	Infection

Comment donner ceci aux patients avec une *méningite* ou une septicémie

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	500 mg	Par voie orale ou par injection intramusculaire toutes les 6 heures.	
Enfants	250 mg		
Nourrissons	125 mg		

Chlorpromazine

Aussi nommé...	Pour traiter...	C'est comme...
Thorazine	Nausée	Metoclopramide pour la nausée
	Tics	
	Chorée	Haldol pour la chorée

Comment donner ceci aux patients avec nausée ou chorée

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	10 - 50 mg	Par voie orale ou par injection intramusculaire toutes les 8 -12 heures	Le traitement peut causer des mouvements faciaux anormaux et de raidissement musculaire. Pour un long traitement il faut l'avis du médecin.
Enfants	2,5mg		

Chloroquine = anti malaria (comprimés de 250 mg, 300 mg)

Aussi nommé...	Pour traiter...
Nivaquine	Paludisme

Comment donner ceci aux patients avec le paludisme

	Dose et Instructions	Attention
Adultes	10 mg/kg/jour pendant 2 jours, puis 5 mg/kg/jour pendant 2 autres jours. <i>Adultes de 60kg :</i> $(60 \text{ kg}) \times (10 \text{ mg}) = 600 \text{ mg pendant } 2 \text{ jours}$ $(60 \text{ kg}) \times (5 \text{ mg}) = 300 \text{ mg pour le } 3^{\text{ème}} \text{ et } 4^{\text{ème}} \text{ jour}$	Pour un paludisme sévère la Quinine est le meilleur traitement. Il est mieux de l'associer avec un autre médicament anti-malarien comme le Seprime.
Enfants		
Nourrissons		

Ciprofloxacine (comprimés de 500 mg, 250 mg)

Aussi nommé...	Pour traiter...	C'est tout comme...
Ciprobél	Infection	Ofloxacine
Ciproxine	<i>Méningites</i>	
	Septicémie	
	Infection des voies urinaires	

Comment donner ceci aux patients avec septicémie ou souffrant de *méningite*...

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	500 - 750 mg	Voie orale toutes les 12 heures	N'associez pas avec la théophylline.
Enfants	250 - 500 mg		
Nourrissons	125 - 250 mg		

Clindamycine (comprimés de 100 mg)

Aussi nommé ...	Pour traiter...
Dalacin C	Infections
	<i>Méningites</i>

Comment donner ceci aux patients avec septicémie ou *méningite*...

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	300 - 400 mg	Par voie orale toutes les 6 heures	Diminuez la dose en cas de bourdonnement ou de vertiges.
	150 - 900 mg	Par injection toutes les 8 heures	
Enfants	150 - 300 mg	Par voie orale toutes les 6 heures	
	150 - 500 mg	Par injection toutes les 8 heures	
Nourrissons	75 - 100 mg	Par voie orale ou par injection tous les 6-8 heures	

Codéine = *narcotique* (comprimés de 30 mg, 60 mg)

Aussi nommé...	Pour traiter...	C'est tout comme...
Peut avoir plusieurs noms et est souvent associé avec le paracétamol	Douleur sévère	Morphine
		Méthadone
		Meperidine

Comment donner ceci aux patients avec douleur sévère...

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	30 - 60 mg	Par voie orale ou par injection toutes les 6 heures ou en demande	Ne donnez pas en cas de traumatisme crânien. Peut causer une dépendance, ne pas utiliser à long terme!
Enfants	7,5 - 15 mg		

Diazépam = benzodiazépine (ampoules et comprimés de 10 mg)

Aussi nommé...	Pour traiter...	C'est tout comme...
Valium	Crise d'épilepsie	Ativan
	Etat de mal épileptique	Lorazépam

Comment donner ceci aux patients en *état de mal* épileptique

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	5 mg (si les crises d'épilepsie se prolongent 5 minutes après la 1ère prise, ajoutez 5 autres mg)	Par injection ou par voie rectale	Surveillez la respiration et donnez du phénobarbitone. Ne donnez pas si le rythme respiratoire est moins de 8 par minute
Enfants	2,5 mg (si les crises d'épilepsie se prolongent 5 minutes après la 1ère prise, ajoutez 2,5 - 5 mg.).		
Nourrissons	0,25 - 2,5 mg (si les crises d'épilepsie se prolongent 5 minutes après la 1ère prise, ajoutez 1mg)		

Diphenhydramine = antiémétique (contre la nausée et les vomissements) (comprimés de 25 mg, 50 mg)

Aussi nommé...	Pour traiter...	C'est tout comme...
R Calm	Nausée	Métoclopramide
Benylin	Allergies	Prométhazine
	Démangeaison	Prochlorperazine

Comment donner ceci aux patients en cas de nausée...

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	25 - 50 mg	Par voie orale ou par injection 2 fois par jour	Peut causer assèchement de la bouche et somnolence
	50 mg		
Enfants	12,5 - 25 mg		

Erythromycine (comprimés de 250 mg, 500 mg)

Aussi nommé...	Pour traiter...
Erythrocline	Infections
Erythroforte	Maladies inflammatoires du pelvis

Comment donner ceci aux patients avec la *méningite* ou la *septicémie*...

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	400 - 500 mg	Voie orale ou par injection toutes les 6 heures	Peut causer la nausée, des douleurs abdominales et la diarrhée.
Enfants	200 - 400 mg		
Nourrissons	100 - 125 mg		

Fansidar (Sulfadoxine-Pyrimethamine)

Aussi nommé...	Pour traiter...	C'est tout comme...
Sulfadoxine	Paludisme	
Pyrimethamine		

Comment donner ceci aux patients...

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	3 comprimés	Dose unique 1 - 2 jours	Ne donnez pas aux nouveau-nés de moins de 2 mois. Surveillez la peau pour le rash. On peut l'associer à la quinine.
Enfants > 10 ans	2 comprimés		
Enfants 5 - 9 ans	1 comprimé		
Enfants 1 - 4 ans	½ comprimé		
Nourrissons < 1 an	¼ comprimé		

Gentamycine (ampoules de 120 mg)

Aussi nommé...	Pour traiter...	C'est tout comme...
Duracoll	Infections	Ami acine
Geomycine		

Comment donner aux patients avec une infection sévère...

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	60 mg	Par injection chaque jour	Arrêtez si des problèmes d'ouïe ou d'équilibre apparaissent. Prendre seulement en cas d'infection sévère.
Enfants	30 mg		
Nourrissons	15 mg		

Halopéridol

Aussi nommé...	Pour traiter ...	C'est tout comme...
Haldol	Psychose	Chlorpromazine
	Chorée ou tics	

Comment donner aux patientes avec les symptômes modérés...

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	1 - 5 mg	Par voie orale ou par injection intramusculaire toutes les 8 - 12 heures	2 mg Halopéridol = 100 mg Chlorpromazine
Enfants	0,5 - 2 mg		

Indométacine = anti-inflammatoire non-stéroïdien

Aussi nommé...	Pour traiter...	C'est comme...
Indocid	Douleur	Profen

Comment donner aux patients avec la douleur...

	Dose	Instruction	Attention
Adultes	25 - 50 mg	Par voie orale 1 fois par jour	A prendre pendant les repas. Peut irriter l'estomac. Arrêtez la prise de ce médicament en cas de douleur abdominale ou d'émission de selles noires.

Meperidine = *narcotique* (comprimés et ampoules de 50 mg, 100 mg)

Aussi nommé...	Pour traiter...	Tout comme...
Demerol	Douleur sévère	Morphine
		Codéine
		Méthadone

Comment donner aux patients avec les douleurs sévères...

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	75 mg	4 fois par jour par injection.	Une forte dose peut causer un arrêt respiratoire. Le médicament cause la constipation et la somnolence.
Enfants	150 - 300 mg		

Méthadone = *narcotique* (comprimés de 10 mg, 50 mg)

Aussi nommé...	Pour traiter...	Tout comme...
Mephenon	Douleur sévère	Morphine
		Codéine
		Oxycodine

Comment donner aux patients avec les douleurs sévères...

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	5 - 10 mg	Par voie orale, par injection intramusculaire ou en sous cutanée.	Une forte dose cause peut causer un arrêt respiratoire. Peut causer la constipation ou la somnolence.
Enfants	2,5 mg - 5 g		

Métoclopramide = antiémétique (comprimés de 10 mg)

Aussi nommé...	Pour traiter...	C'est tout comme !
Dibertil	Nausées en cas de la <i>migraine</i>	Prométhazine
Primperan		Prochlorperazine

Comment donner aux patients avec la nausée en cas de la *migraine*...

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	10 mg	Par voie orale ou par injection toutes les 8 heures	Si le patient développe des tressaillements étranges, des mouvements oculaires bizarres ou des contractures musculaires, traitez avec Diphenhydramine.
Enfants	5 mg		

Metronidazol = antibiotique, antitrichomonal (comprimés de 250 mg, 500 mg)

Aussi nommé...	Pour traiter...
Flagyl	Infections

Comment donner aux patients avec une septicémie ou la *méningite*...

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	750 mg	Par voie orale ou par injection toutes les 12 heures	En cas de grossesse avancée ne donnez pas le médicament.
Enfants	500 mg		
Nourrissons	250 mg		Ne donnez pas aux enfants de moins de 1 an.

Métoprolol = bêtabloquant

Aussi nommé...	Pour traiter...	Tout comme...
Lopresor	<i>Hypertension</i>	Propranolol
Selozok	<i>Migraine</i>	Atenolol

Comment donner aux patients avec la *migraine*...

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	50 mg	1 - 2 comprimés 2 fois chaque jour	Ne donnez pas aux asthmatiques. Arrêtez le traitement en cas de respiration sifflante. Peut causer une dysfonction sexuelle chez l'homme Peut causer des fatigues.

Morphine = *narcotique* (comprimés de 10 mg, 20 mg, 60 mg, ampoules de 20 mg, 60 mg)

Aussi nommé...	Pour traiter...	Tout comme...
Kapanol	Douleur	Codéine
Stellorphinad		Méthadone
MS Contin		Demerol

Comment donner aux patients avec les douleurs sévères...

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	20 - 60 mg	Par voie orale toutes les 4 - 6 heures	Une forte dose peut causer un arrêt respiratoire.
Enfants	10 mg		
Nourrissons	2 - 10 mg		

Multivitaminés

Aussi nommé...	Pour traiter...
MVI	Pendant la grossesse pour améliorer la nutrition
	<i>Neuropathie</i>
	Enfants au poids en-dessous de la normale

Comment donner aux les malnutris ou aux patients avec une *neuropathie*...

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	1 comprimé	Par voie orale chaque jour	Ne pas dépassez la dose recommandée
Enfants	½ du comprimé		
Nourrissons	¼ du comprimé		

Nortriptyline = Antidépresseur Tricyclique (comprimés de 25 mg, 50 mg)

Aussi nommé...	Pour traiter...	C'est tout comme...
Nortrilen	<i>Migraines</i>	Amitriptyline
	Douleur neuropathique	
	Dépression	

Comment donner aux patients avec *migraines* ou *neuropathie*...

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	25 mg	Par voie orale avant de dormir. On peut augmenter la dose pendant 1 mois jusqu'à 75 mg le soir.	Cause l'assèchement de la bouche et la somnolence. Peut causer des problèmes urinaires chez les hommes âgés.

Paracétamol (comprimés de 500 mg, 325 mg)

Aussi nommé...	Pour traiter...
Panadol	Fièvre
Algotase	Douleur (modérée ou moyenne)
Croix blanche mono	
Dafalgan	

Comment donner aux patients avec fièvre ou douleur...

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	650 mg - 1000 mg	Par voie orale ou rectale toutes les 6 heures	Une forte dose pourrait causer une insuffisance hépatique.
Enfants	150 mg		
Nourrissons	37,75 - 75 mg		

Pénicilline G (PCN-G)

Aussi nommé...	Pour traiter...
Pentids	<i>Méningite</i>
Crystapen	Septicémie
	Pneumonie

Comment donner aux patients avec la pneumonie, la *méningite* ou la septicémie...

	Dose	Instruction	Attention
Adultes	24 million unités	Par voie intramusculaire chaque 4 heures	Les réactions allergiques peuvent inclure un rash, un gonflement facial et une dyspnée. Arrêtez immédiatement et donnez la Diphenhydramine s'il y a des réactions allergiques.
Enfants	6 - 12 million unités		
Nourrissons	unités		

Pénicilline V (PCN-VK)

Aussi nommé...	Pour traiter...
Betapen-VIC	<i>Méningite</i>
Pen-vee	Septicémie
Veetids	Pneumonie
V-cillin	

Comment donner aux patients avec la pneumonie, la *méningite* ou la septicémie...

	Dose	Instruction	Attention
Adultes	500 mg	4 fois par jour par voie orale	Arrêtez immédiatement et donnez la Diphenhydramine s'il y a des réactions allergiques.
Enfants	250 mg		
Nourrissons	125 mg		

Phénobarbital = barbiturique, antiépileptique (comprimé de 30 mg, 60 mg)

Aussi nommé...	Pour traiter...	Tout comme...
Gardenal	Epilepsie	Primidone
	Etat de mal épileptique	

Comment donner aux patients épileptiques...

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	30 - 90 mg par jour	Par voie rectale ou orale avant de dormir. La dose moyenne requise est de 3mg/kg par jour.	Cause la somnolence. Une forte dose peut causer le coma et la mort.
Enfants	15 - 60 mg par jour		
Nourrissons	7,5 mg - 30 mg		

Comment donner le PHENOBARBITAL à un patient dans un état de mal épileptique...

	Dose	Instruction	Attention
Adultes	Environ 500 mg	Par voie orale, rectale ou injection. Répétez après une heure si le patient reste dans un état de mal épileptique avec une fréquence respiratoire d'au moins 10 mouvements/min.	Des fortes doses causent une détresse respiratoire
Enfants	Environ 250 mg		
Nourrissons	Environ 75 - 125 mg		



Pour déterminer la dose: 10mg/kg (par exemple, si le patient pèse 25 kg, administrez 250 mg (ajouter un zéro). Répétez la dose après une heure. Le poids moyen d'un adulte est de 50 kg.

Phénytoïne = antiépileptique (comprimé de 300 mg)

Ce médicament est aussi appelé...	A utiliser pour traiter...
Diphantoïn	Crise épileptique
Epanutin	

Comment donner aux patients...

	Dose	Instruction	Attention
Adultes	300 mg	Chaque jour par voie orale	En cas de rash, stoppez la Phénytoïne. Les soins oraux sont recommandés. Transférez chez un dentiste si possible.
Enfants	75 - 150 mg		
Nourrissons	NE DONNEZ PAS		Pour une femme qui pourrait devenir enceinte, il faut administrer aussi du Multivitamine ou folate supplémentaire pendant le traitement avec le Phénytoïne.

Primidone = barbiturique, antiépileptique (comprimés de 100 mg, 250 mg, 500 mg)

Aussi nommé...	Pour traiter...	Tout comme...
Mysoline	Épilepsie	Phénobarbital
	Tremblement	

Comment donner à un patient épileptique...

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	500 - 1000 mg	Chaque jour par voie orale	Peut causer la somnolence. Une overdose peut causer le coma ou la mort. Commencez par la dose la plus basse puis augmentez progressivement pendant un mois.
Enfants	125 - 250 mg		
Nourrissons	65,5 - 125 mg		

Prochlorperazine (comprimés de 10 mg)

Aussi nommé...	Pour traiter...	Tout comme...
Compazine	Nausée	Prométhazine
		Diphenhydramine

Comment donner aux patients présentant des nausées...

	Dose	Instruction	Attention
Adultes	5 - 10 mg	Par voie <u>orale</u> toutes les 12 heures	Cause la somnolence. N'utilisez pas chez les enfants de moins de 5 ans.
	25 mg	Par voie <u>rectale</u> toutes les 12 heures	
	5-10 mg	Par injection toutes les 8 heures	
Enfants	2,5 mg	Voie orale, rectale ou injectable toutes les 12 heures	

Prométhazine = antiémétique (comprimés de 25 mg)

Aussi nommé...	Pour traiter...	Tout comme...
Phenergan	Nausée	Prochlorperazine
	Inflammation	Diphenhydramine

Comment donner aux patients présentant des nausées...

	Dose	Instruction	Attention
Adultes	25 - 50 mg	Toutes les 4 à 6 heures	Cause la somnolence
Enfants	12.5 - 25 mg		
Nourrissons	6 mg		

Propranolol = beta bloquant (comprimé de 20 mg, 40 mg, 60 mg)

Aussi nommé.....	Pour traiter...	Tout comme...
Inderal	<i>Migraine</i>	Métoprolol
	<i>Hypertension</i>	Atenolol

Comment donner aux patients présentant la *migraine*...

	Dose	Instruction	Attention
Adultes	40 mg, peut être augmentée pendant quelques semaines jusqu'à 80 mg 2 fois par jour	Par voie orale 2 fois par jour	Peut causer une détresse respiratoire. Arrêtez si le patient développe une respiration sifflante ou la dyspnée. N'utilisez pas chez les personnes asthmatiques. Peut causer des problèmes d'ordre sexuel chez les hommes. Arrêtez si la patiente devient enceinte.

Pyridoxine = vitamine B6 (comprimé de 25 mg, 50 mg)

Aussi nommé.....	Pour traiter...	Tout comme...
Vitamine B6	Les déficiences en vitamine causées par l'utilisation des INH	Vitamine B complexe

Comment donner aux patients sous traitement anti-TB qui présentent une *neuropathie* due aux anti-TB...

	Dose	Instruction	Attention
Adultes	50 mg	Par voie orale une fois par jour	Ne donnez pas plus que la dose prévue car de fortes doses causent une <i>neuropathie</i> due à la toxicité.
Enfants > 5 ans	25 mg		
Enfants < 5 ans	12,5 mg		

Quinine (comprimés de 300 mg)

Aussi nommé...	Pour traiter...
	Paludisme (sévère)

Comment donner aux patients avec le paludisme...

	Dose	Instruction	Attention
Adultes	600 mg	Par voie orale ou injection toutes les 8 heures pendant 7 jours. Pour l'administration IV, mélangez avec les liquides avec du glucose. Pour l'administration IM, mélangez avec des quantités égales d'eau stérile.	Cause des bourdonnements d'oreille. Cause la glycémie à baisser. Toujours donnez avec une forme quelconque de sucre. Pour les infections sévères la dose initiale est 20 mg/kg pendant 4 heures IV et puis 10 mg/kg chaque 8 heures.
Enfants	150 - 300 mg		
Nourrissons	75 - 150 mg		

Tétracycline = antibiotique (comprimés de 250 mg, 500 mg)

Ce médicament est aussi appelé...	A utiliser pour traiter...
Tetralysal	Infections
	Syphilis
	IUB
	Brucellose

Comment donner aux patients avec septicémie ou *méningite*...

	Dose	Instruction	Attention
Adultes	1000 mg	Par voie orale toutes les 6 heures	Ne donnez pas aux femmes enceintes ou aux enfants de moins de 5 ans.
Enfants	250 - 500 mg		

Vérapamil = Bloqueur de la chaîne de calcium

Aussi nommé...	Pour traiter...	Tout comme...
Lodixal	HTN	Nifedipine
Isoptin	<i>Migraine (prophylactique)</i>	

Comment donner aux patients avec une *migraine*...

	Dose	Instruction	Attention
Adultes	40 - 80 mg	Par voie orale 3 fois par jour	N'utilisez pas avec des bêtabloquants. Atenolol, Métoprolol, Propanolol sont des bêtabloquants.

VITAMINES B-B12 COMPLEXES (ampoules de 5 mcg, 100 mcg)

Aussi nommé...	Pour traiter...
Cyanocobalamine	Carence en B12

Comment donner ceci aux patients avec *neuropathies...*

	Dose	Instructions	Attention
Adultes	50 mcg	Injection intramusculaire tous les jours pendant 1 semaine, puis 100 mcg chaque mois.	Demandez l'avis du médecin.

Glossaire

Accident vasculaire cérébral - aussi appelé AVC ou apoplexie cérébrale, les vaisseaux dans le cerveau peuvent saigner ou être bouchés par un caillot de sang causant par exemple une *hémiparésie* brusque, souvent chez les vieux patients avec *hypertension* ou des maladies cardiaques

Abortif (comme dans le traitement des *migraines*) - traitement de la *migraine* administré seulement en cas de maux de tête

Alphabétique - disposer les mots ou les noms en ordre en commençant par les mots débutant avec un A jusqu'aux mots débutant par un Z

Anormal - pas normale, malade

Aphasie - difficulté de parler qui n'est pas simplement due à un problème au niveau de la bouche ou de la langue mais due à un problème au niveau du cerveau; l'aphasie empêche le patient d'être capable de parler.

Arriération mental - mentalement lent ou sous-normale

Artère - vaisseaux sanguins avec une paroi forte qui conduit le sang du cœur vers le reste du corps

Aura visuelle - changement de vision avec une apparition de flashes de lumière et des lignes qui peuvent survenir avant les maux de tête pendant une *migraine*

AVC - voir «accident vasculaire cérébral»

Boisson alcoolique - boisson comme la bière et le whisky qui contiennent de l'alcool et qui peuvent rendre ivre

Chronique - à long terme, n'est pas aigue

Coma - niveau baissé de la conscience, sommeil profond duquel le patient ne peut pas être réveillé

Compression médullaire - lésion de la moelle épinière due à une contusion de la moelle par une anomalie osseuse de la colonne vertébrale, une rupture du disque ou un autre problème

Crise d'épilepsie - chutes ou convulsions dues à un cerveau mal fonctionnant; perte de conscience, habituellement accompagnée de tremblement ou forts mouvements dus à un cerveau mal fonctionnant

Crise d'épilepsie fébrile - crise d'épilepsie chez les enfants liée à une forte fièvre; l'enfant DOIT avoir une fièvre au moment de la crise d'épilepsie pour l'appeler crise d'épilepsie fébrile; les crises d'épilepsie fébriles sont différentes de l'épilepsie

Crise d'épilepsie subtile - petits mouvements causés par une crise d'épilepsie

Défécation - avoir un mouvement des intestins, passer les selles

Déshydrations - volume sanguin bas dû à un manque de liquide (d'eau) dans le sang

Diagnostiquer - donner au problème du patient un nom, ce qui est différent d'écrire seulement ses plaintes; par exemple, «détresse respiratoire» c'est une plainte; «pneumonie» c'est un diagnostic; quand nous élaborons un diagnostic, souvent nous avons une explication du problème; nous n'avons pas toujours un diagnostic

Diagnostic différentiel - quelques-uns des problèmes différents un patient peut avoir qui peuvent expliquer les plaintes et les examens complémentaires

Dysmorphie - apparence inhabituelle ou étrange (par exemple du visage)

Dysphasie - difficulté de parler liée à une faiblesse ou une lourdeur de la bouche ou de la langue. Voir «aphasie»

Eclampsie - crises d'épilepsie pendant la grossesse souvent associées à une *hypertension* (tension artérielle élevée)

Endémique - maladie ou problème qui existe durant toute l'année, qui n'est pas saisonnière

Epilepsie - plus d'une crise d'épilepsie, crise d'épilepsie récidivante indépendante de la fièvre

Etat de la conscience - description de l'état d'éveil ou d'inconscience du patient

Etat de mal épileptique - crise d'épilepsie prolongée ou plus d'une crise pendant laquelle le patient ne se réveille pas pendant 30 minutes

Focalisé - limité à une région ou un aire

Fontanelle - ouverture au niveau du crane des bébés à l'endroit ou les os ne sont pas encore joints; aussi appelé le point doux



NORMAL

ENFONCE
(DESHYDRATION)

BOMBE
(MENINGITE)

Goitre - glande thyroïde anormalement large souvent causée par une alimentation pauvre en iode



Hémi-parésie - faiblesse d'une partie du corps, les membres de cette partie sont donc faibles; le visage aussi peut être affecté

Hypertension - tension artérielle élevée; peut éventuellement causer des problèmes cardiaques et un AVC

Hyperthermie - élévation de la température corporelle (plus de 38,2 degrés Celsius)

Hypoglycémie - taux de glucose très bas

Hypothermie - diminution de la température corporelle (moins de 36,8 degrés Celsius)

Macrocytaire - grosses cellules sanguines

Mal de Pott - tuberculose de la colonne vertébrale

Maladie rétrovirale - type de virus qui cause le SIDA

Méninges - les peaux comme du cuir à l'intérieur du crâne qui recouvrent et protègent le cerveau et la moelle épinière

Méningite - infection de la couche épaisse qui recouvre le cerveau (les *méninges*); les patients avec une méningite présentent souvent une raideur de la nuque et une forte fièvre; pour diagnostiquer la méningite les médecins font souvent une *ponction lombaire*

Migraine - maux de tête *récurrents*; la migraine est commune chez les femmes et souvent accompagnée des problèmes visuels qui apparaissent avant les maux de tête

Narcotique - médicament antidouleur fort

Nerfs crâniens - nerfs qui quittent le cerveau vers la face, la nuque et le visage

Nerfs moteurs - nerfs qui transportent les messages provenant du cerveau pour ordonner au corps de faire un mouvement.

Nerfs sensitifs - nerfs qui conduisent les messages du corps vers le cerveau, nous informant de ce que nous touchons, nous sentons, nous goûtons, nous voyons et écoutons

Nerfs périphériques - petits nerfs qui quittent la moelle épinière vers le visage ou le corps

Neurologie - étude du cerveau, de la moelle épinière et des nerfs

Neurologue - médecin ayant reçu une formation spéciale pour s'occuper des gens avec des problèmes du cerveau, de la moelle épinière ou des nerfs

Neuropathie - problème dû aux nerfs endommagés ou malades

Organophosphorés - produit chimique utilisé pour tuer les insectes dans les champs; les organophosphorés peuvent être toxiques pour les hommes; on les appelle souvent insecticide

Palais - la partie arrière de la gorge qui apparaît en forme de la lettre M

Paralysie cérébrale - désordre cérébral qui débute tôt dans le bébé ou l'enfance

Paralysie de Bell - paralysie bénigne de la moitié du visage qui inclut une faiblesse du front et qui n'est pas associée à une *hémiparésie* ou aux infections Zoster de l'oreille

Paraparésie - faiblesse des jambes

Parésie - faiblesse focalisée; qui n'affecte qu'une petite région du corps; par exemple, la parésie peut affecter un membre, une partie du corps ou une partie du visage

Phonophobie - douleur causée par un niveau normal de son

Photophobie - douleur causée par un niveau normal de lumière

Plégie - paralysie sévère et complète

Ponction lombaire - procédure où le médecin fait passer une aiguille au niveau du dos inférieur à travers les vertèbres jusqu'au canal rachidien pour drainer du liquide; ce liquide est du *liquide céphalo-rachidien* ou LCR et il circule autour de la moelle épinière et du cerveau; en examinant ce liquide au microscope le médecin peut savoir si le patient a une méningite

Prophylactique (comme dans le traitement de la *migraine*) - traitement pris chaque jour, même si le patient n'a pas de maux de tête; en long terme, la fréquence et la sévérité des douleurs décroissent à cause du traitement prophylactique

Prophylaxie - traitement pour prévenir un problème

Proprioception - sens pour la localisation des bras et jambes

Pupille - la partie sombre et noir central de l'œil; la pupille peut être difficile à repérer chez une personne avec des yeux sombres

Récurrent - encore et encore (qui se répète)

Sensibilité de point - grande douleur causée par la pression ou le coup d'une région très petite du corps

Septicémie - infection sévère de tout le corps par voie sanguine

Spasticité - resserrement des muscles dû à une lésion du cerveau ou de la moelle épinière

Syndrome de Down - une anomalie présente depuis la naissance associée à une arriération mentale, une *dysmorphie* faciale et parfois à d'autres affections de naissance



Syndrome post-commotionnel - maux de tête et changement de personnalité qui peuvent apparaître après un traumatisme léger de la tête

Syndrome méningé - combinaison des symptômes d'une méningite: maux de tête, *photophobie*, raideur de la nuque, trouble de la conscience possible

Système nerveux - le cerveau, la moelle épinière et les nerfs

Tetraparésie - faiblesse de tous les quatre membres (les deux bras et les deux jambes)

Toxines - substance pouvant agir comme un poison dans le corps; certaines toxines agissent comme poison seulement si elles sont avalées ou bues tandis que d'autres peuvent être absorbés au niveau de la peau

Uriner - éliminer les urines, faire pipi

Veine - petit vaisseau sanguin avec une paroi mince transportant le sang du corps vers le cœur

Abréviation

AINS - anti-inflammatoire non stéroïdien

ARV - antirétroviraux; médicaments utilisés pour réprimer le VIH et traiter le SIDA

ATC - antidépresseur tricyclique

CMV - cytomégalovirus

FC - fréquence cardiaque

FR - fréquence respiratoire

HCL- acide chlorhydrique

HTA - *hypertension* artérielle

IM - intramusculaire

IV - intraveineuse

IVR - infection des voies respiratoires

IVU - infection des voies urinaires

MP - malaria parasites

MST - maladie sexuellement transmissible

PCN - pénicilline

PID- pelvic inflammatory disease

PO - per os; par voie oral

PR - par voie rectale

RPR - Rapid plasminogen reagent

SGB - Syndrome de Guillain Barre

SIDA - Syndrome d'immunodéficience acquise, aussi appelé *maladie rétrovirale*

SNC - system nerveux central

SNG - sonde nasogastrique

SQ - sous-cutané

TA - tension artérielle

TB - tuberculose

Temp - température

VIH - virus d'immunodéficience humaine; aussi appelé *maladie rétrovirale*; le virus VIH cause le SIDA

Annexe 1: Enregistrement de l'examen neurologique

Date : _____

Nom du patient : _____

Plainte du patient : _____

Depuis combien de temps : _____

Le problème... s'améliore empire ne change pas
(encercler)

Signes vitaux

Tension artérielle	Fréquence cardiaque	Temp	Fréquence respiratoire

Niveau de conscience : _____

Parole : _____

Nerfs crâniens :

Vision Sourire Sensibilité de la face Yeux

Fonction motrice
(Le patient est faible ici...)

Fonction sensorielle
(Le patient est engourdi ici...)

Annexe 2: Tableau d'observation du traumatisme crânien

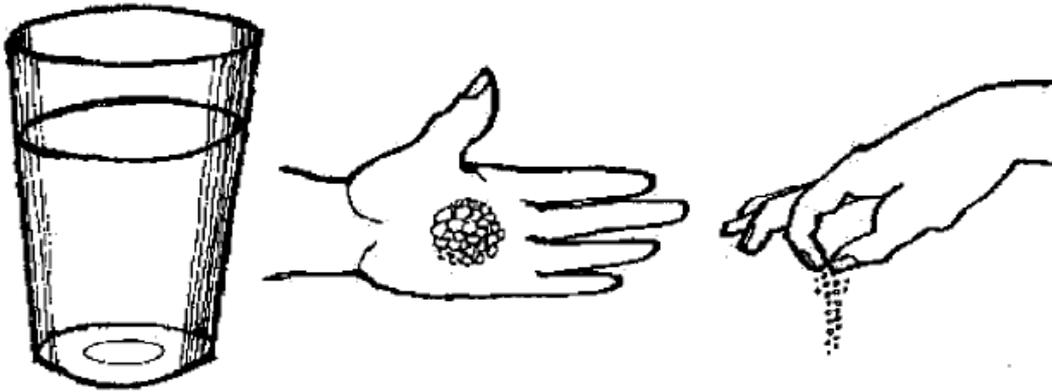
Nom du patient : _____ Date : _____

Temps du début : _____ (enregistrez l'heure, puis précisez l'heure pour chaque examen)

Signe	Heure 2	Heure 4	Heure 6	Heure 8	Heure 10	Heure 12
Glasgow Coma Scale/ Blantyre						
Vomissement?						
Se réveille facilement?						
Signes vitaux						
Résultats de l'examen						
	Heure 14	Heure 16	Heure 18	Heure 20	Heure 22	Heure 24
Glasgow Coma Scale/ Blantyre						
Vomissement?						
Se réveille facilement?						
Signes vitaux						
Résultats de l'examen						

Annexe 3

Comment faire une solution réhydratante orale (SRO)



DE L'EAU + DU SUCRE + DU SEL



Essayez-le vous même. La SRO ne devrait pas être plus salée que les larmes.