

AJMU

LE MAGAZINE

Dossier :

Comment je gère un cas de maltraitance chez l'enfant : le point de vue de l'urgentiste pédiatrique.

Actu 1:

Et si les congrès sauvaient aussi notre santé mentale ?

Actu 2:

Au coeur du bureau de l'AJMU

Point cours :

Purpura thrombopénique immunologique

Agenda

Recommandations culturelles

Pêle-mêle en partenariat avec IMADIS

Idées recettes rapides

Filière de santé maladies rares

Partenariat



Payetesurgences



L'EDITO :

Chers amis, adhérents AJMU et collègues,

Pour cet été, **le bureau de l'AJMU** vous a préparé un nouveau numéro de son magazine.

Dans ce numéro, nous faisons un petit tour aux urgences pédiatriques pour mettre en avant un sujet souvent difficile à aborder pour certains d'entre nous. Nous découvrirons ainsi la prise en charge des maltraitances pédiatriques à travers les yeux du **Dr. Thivent**.

Les membres du bureau de l'AJMU ont été heureux de pouvoir vous rencontrer à son stand lors du congrès SFMU 2025, nous ferons un petit retour sur les quelques jours passés ensemble grâce à **Charlotte** notre VP santé mentale.

Nouveauté du mag' ! Vous souhaitez intégrer le bureau de l'AJMU mais vous ne savez pas trop en quoi consiste les postes ? Nous vous offrons un petit pêle mêle pour vous éclairer !

Le point cours réalisé en collaboration avec les **filières de santé maladies rares** portera sur la prise en charge du purpura thrombopénique immunologique.

Le groupe **IMADIS** vous permettra ensuite à travers son pêle-mêle d'imagerie de faire le point sur l'appendicite et ses diagnostics différentiels.

Vous pourrez pour finir retrouver l'agenda des prochains mois, nos recommandations culturelles, les offres d'emploi ainsi qu'une belle recette pour agrémenter votre quotidien.

Faustine



SOMMAIRE

Dossier : <ul style="list-style-type: none">● <i>Comment je gère un cas de maltraitance chez l'enfant : le point de vue de l'urgentiste pédiatrique</i>	<i>p.3</i>
ACTUS: <ul style="list-style-type: none">● <i>Et si les congrès sauvaient aussi notre santé mentale ?</i>● <i>Au coeur du bureau de l'AJMU</i>	<i>p.6</i> <i>p.9</i>
POINT DE COURS : <ul style="list-style-type: none">● <i>Purpura thrombopénique immunologique</i>	<i>p.13</i>
AGENDA : congrès et formations	<i>p.19</i>
PÊLE-MÊLE : <ul style="list-style-type: none">● <i>Imagerie appendicite et diagnostics différentiels</i>	<i>p.21</i>
ON A VU, ON A LU	<i>p.34</i>
IDEE RECETTE FACILE ET RAPIDE	<i>p.35</i>
ANNONCES	<i>p.36</i>
PARTENARIAT	<i>p.38</i>



Dossier : Comment je gère un cas de maltraitance chez l'enfant : le point de vue de l'urgentiste pédiatrique.

Interview réalisée auprès du Dr Cécile THIVENT, praticien hospitalier urgentiste aux Urgences pédiatriques du centre hospitalier du Kremlin Bicêtre (94).

Peux-tu nous parler de ton parcours ?

Je suis pédiatre de formation et j'ai réalisé un internat de pédiatrie assez varié. Durant ma formation, j'ai eu l'opportunité de passer dans beaucoup de services au sein de plusieurs hôpitaux. A la fin de mon internat, j'ai réalisé des remplacements dans des cabinets pour, par la suite, prendre un poste d'assistante aux urgences pédiatriques du Kremlin Bicêtre.

Pourquoi les urgences pédiatriques ?

Au début, un peu par hasard parce que je n'avais pas de grand plan de carrière et que j'avais fini mon internat. Je faisais alors des remplacements. Un poste s'est libéré aux urgences pédiatriques et une de mes anciennes cheffes m'a sollicitée pour venir travailler ici. J'y suis restée puisque finalement, je me suis rendue compte que le côté très clinique des urgences me plaisait beaucoup et que l'aspect diagnostic était ma partie préférée dans la médecine. Ce qui est génial, c'est que nous n'avons quasiment que de la clinique. Nous avons tout le temps les mains dans le cambouis, pas du tout d'administratif. Au niveau de la qualité de vie, je trouve que le fait d'avoir des journées de repos dans la semaine, d'avoir parfois des horaires décalés, cela me permet de pouvoir faire des choses que je ne peux pas faire quand j'ai un travail de salle. L'avantage aux urgences, c'est de travailler en équipe avec les infirmiers(ères), d'avoir des examens complémentaires sur place...

Pendant ton activité de praticien, tu as été confrontée à des cas de maltraitance sur les enfants. En pratique, comment on dépiste un enfant maltraité ?

Ce n'est pas toujours évident.

Il y a plusieurs situations possibles : parfois le parent qui amène l'enfant en consultation a des suspicions sur une violence. Il faut alors examiner l'histoire

racontée et voir si les lésions constatées sont compatibles avec les violences rapportées.

Parfois le motif de consultation évoque fortement une maltraitance : une suspicion de bébé secoué, une fracture inhabituelle (par exemple une fracture chez un enfant qui ne marche pas doit toujours interroger).

Une autre situation possible qui doit faire évoquer la maltraitance : le retard à la consultation. Par exemple : Il peut arriver qu'il y ait une brûlure à domicile mais si le délai avant consultation nous semble incompatible ou la localisation de la brûlure surprenante, on doit évoquer une possible maltraitance.

Ce qui peut aider dans des moments de doute c'est de regarder si les enfants sont suivis chez un médecin traitant, un pédiatre ou la PMI. Si l'enfant n'est pas vacciné, pas suivi c'est une alerte.

Enfin ce sont aussi les réactions parentales qui peuvent nous alerter : si on est témoin de violences verbales pendant la consultation, si on a des mots rapportés par le conjoint qui nous semblent inappropriés...

En termes de démarches, qu'est-ce que ça implique pour un urgentiste ?

La première étape, c'est vraiment la protection de l'enfant. Ça passe par une hospitalisation systématique quand on évoque le diagnostic de maltraitance. On peut avoir un peu peur d'annoncer aux parents l'hospitalisation. C'est souvent un moment où il existe quelques craintes quand on est praticien. Je pense que pour aider à l'annoncer, il faut rester très factuel en disant que nous sommes inquiets par rapport aux éléments que nous avons vus. Par exemple « cette lésion chez votre enfant m'inquiète, je n'ai pas d'explication à cette lésion donc il faut qu'on hospitalise votre enfant pour prendre le temps de faire le point ».

Je pense qu'il ne faut pas rentrer trop dans les détails et faire un peu ce que nous appelons la technique du disque rayé, c'est-à-dire répéter les mêmes choses souvent aux parents en disant « cette lésion m'inquiète, mon rôle est de protéger votre enfant donc il faut qu'on hospitalise votre enfant pour faire le point ».

D'un point de vue personnel et humain, qu'est-ce qui est le plus difficile dans une confirmation de maltraitance chez un enfant ?

J'essaie tant que faire se peut de ne pas faire l'enquête moi-même dans ma tête à la place de la police. Je pense que pour bien vivre les choses, il faut vraiment se dire qu'aux urgences on est à l'endroit d'alerte. Notre rôle est de solliciter les services

compétents quand nous pensons que l'enfant n'est pas en sécurité. La maltraitance peut toucher toutes les catégories socio-professionnelles il faut donc rester très factuel sur les lésions observées sans se projeter dans ce qui a pu se passer à domicile. Il faut se rappeler que nous travaillons en équipe aux urgences et qu'il faut s'appuyer sur ses collègues pour ne pas porter seul le poids de l'annonce et de la prise en charge.

Pour les internes qui voudraient aller plus loin sur cette thématique, qu'est-ce que tu leur conseillerais ?

Déjà de passer dans un service d'urgences pédiatriques pour apprendre sur le terrain à évoquer le diagnostic et à pousser les investigations. Il existe aussi un diplôme universitaire de maltraitance. Par ailleurs, il y a de plus en plus de structures appelées UAPED (Unités d'Accueil Pédiatriques Enfants en Danger ex-Unités d'Accueil Médico-Judiciaires Pédiatriques en milieu hospitalier) : ce sont des unités spécialisées dans l'accueil et la prise en charge des violences faites aux enfants. Je pense qu'il y a des possibilités d'aller assister à des consultations, de les contacter pour des informations. Il ne faut pas hésiter à échanger avec les structures pénales. Par exemple, dans le service, nous réalisons des réunions trimestrielles avec le vice procureur de la République et la CRIP (Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes) pour voir les suites données aux affaires.

De façon générale, les médecins ont tendance à peu signaler. Nous avons une marge de progression là-dessus. Il faut rappeler que ce n'est pas parce que nous signalons que nous allons nous mettre en conflit avec la famille. Notre mission première est la protection de la santé de l'enfant.

Cyril



ACTU 1 : Et si les congrès sauvaient aussi notre santé mentale ?

Congrès Urgences 2025.

Il y avait là les habituels badges qui s'entrechoquent, les stands de simulation impeccablement alignés, les pauses-café pleines de visages connus ou à découvrir, les conférences techniques sur les dernières pratiques, les débats sur l'avenir des urgences.

Tout semblait, en surface, familier.

Mais au fil des heures passées dans les allées du Congrès Urgences 2025, une impression plus profonde s'est installée. Celle que, derrière la façade du grand événement scientifique, se jouait **autre chose**. Quelque chose de plus discret, mais peut-être de plus essentiel.

Ce congrès, comme tant d'autres du monde hospitalier, est sans doute un moment fort de partage de savoirs. Mais pour beaucoup d'entre nous, il est aussi — et peut-être surtout — **un espace de respiration mentale**. Une forme de refuge temporaire. Une sorte de parenthèse dans le tumulte.

Et si c'était là sa vraie fonction ? Si, au-delà des contenus, il offrait aux soignants **un soin à part entière** : celui de se retrouver, de se reconnaître, de ne pas sombrer seuls dans l'oubli du sens ?

Le besoin de sortir du cadre

Nous exerçons dans une médecine d'urgence où tout pousse à l'oubli de soi : urgence des décisions, surcharge des services, empilement des gardes, fatigue relationnelle, effacement progressif de la subjectivité. Tout ce qui n'est pas pure efficacité est mis entre parenthèses.

Dans ce contexte, **sortir du cadre** — littéralement sortir du service — devient en soi un acte réparateur.

Pendant quelques jours, on cesse d'être seulement urgentiste sous pression. On redevient médecin curieux, interne incertain, professionnel désireux d'apprendre, mais aussi d'être entendu, vu, reconnu.

Cette dynamique n'est pas anodine. Elle agit en profondeur sur la perception que nous avons de notre place, de notre rôle, de notre humanité dans le soin. Le congrès n'est pas seulement un lieu de mise à jour des connaissances : c'est un **espace où la parole retrouve du poids**, où les corps peuvent ralentir, où le collectif réapparaît.

La santé mentale : en filigrane, partout

Le thème de la santé mentale n'était pas officiellement le fil rouge du congrès. Et pourtant, il était là, partout.

Dans les témoignages de jeunes soignants épuisés. Dans les débats sur l'attractivité des urgences. Dans les regards, parfois fatigués, que l'on échange en silence. Dans les rires sincères qui naissent entre deux conférences, comme un relâchement inespéré.

Parler de santé mentale dans le monde hospitalier reste difficile. Trop souvent réduite à la pathologie ou à la faiblesse, elle gêne, dérange, et pourtant...

Elle est **au cœur du soin**. Sans elle, pas d'endurance, pas de qualité, pas de justesse dans la relation.

Et ces congrès, souvent perçus comme des luxes ou des extras, deviennent — quand on les regarde autrement — **des temps de prévention silencieux**, collectifs, puissants.

La communauté comme remède

La force d'un congrès, c'est aussi celle du **commun**. Ce sentiment presque physique de ne pas être seul. D'entendre des mots qu'on n'osait pas formuler. De découvrir que d'autres traversent les mêmes doutes, les mêmes colères, les mêmes lassitudes.

Cette résonance entre vécus crée une forme de soin informel, mais fondamental. Non pas médical. Mais existentiel.

Il ne s'agit pas de thérapie. Il s'agit de **tenir debout à plusieurs**. De réparer, ensemble, l'usure invisible que la pratique quotidienne inflige à chacun.

La médecine moderne a appris à soigner les corps. Mais elle a souvent oublié de prendre soin **des soignants eux-mêmes**.

Dans ces espaces de parole, de réflexion, de présence partagée, nous retrouvons une **écologie du soin**, au sens large : celle qui inclut le patient, le praticien, et le système qui les relie.

Repenser l'écologie du soin... et du soignant

L'édition 2025 du congrès Urgences s'est voulue résolument écologique : zéro plastique, stands responsables, matériaux réutilisables.

Mais il serait temps, aussi, de poser cette question : **qu'en est-il de l'écologie de nos pratiques ? De notre santé psychique ? De nos ressources humaines — au sens le plus littéral du terme ?**

Le mot "écologie" vient du grec *oikos*, la maison. Prendre soin de notre maison intérieure, c'est aussi permettre à notre engagement de durer. Les congrès, s'ils sont bien pensés, participent à cette écologie invisible : celle qui **évite que les soignants s'effondrent dans l'indifférence**, celle qui leur permet de retrouver du sens, du lien, et parfois même de la joie.

Une culture du soin renouvelée

À l'AJMU, nous militons pour cette vision élargie du soin : une pratique qui ne s'épuise pas à sauver les autres au prix de ses propres forces, mais qui **s'appuie sur une communauté solidaire, réflexive, humaine**.

Notre présence à Urgences 2025 n'avait rien d'anecdotique. Elle s'inscrivait dans cette volonté de faire entendre une voix jeune, mais lucide. Engagée, mais pas naïve. Parce que la santé mentale ne se joue pas seulement dans les services ou dans les chiffres. Elle se joue aussi **dans les espaces que l'on s'accorde** pour penser, parler, ralentir.

Et s'il fallait une preuve que ces moments ont du sens, il suffisait de regarder, autour de soi, les visages : ceux qui, après trois jours, repartaient un peu plus droits, un peu plus confiants, un peu moins seuls.

Ce n'était pas "juste un congrès".

C'était un **soin collectif**, à voix basse. Une **réparation silencieuse**. Une **promesse de continuité**.

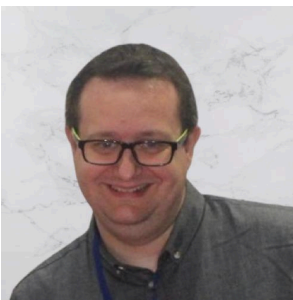
Charlotte

ACTU 2: Au coeur du bureau de l'AJMU

Vous êtes intéressés pour rejoindre le bureau de l'AJMU ou juste curieux ?

A l'occasion du changement de bureau début octobre, tu trouveras un pêle mêle des différents postes de celui-ci. Si tu veux plus d'information et que tu veux nous rejoindre contacte nous ! 😊

Président



Le(La) président(e) constitue avec le(la) secrétaire et le(la) trésorier(e) le bureau restreint de l'association. Le président a avant tout un rôle de représentation de l'association que ce soit d'un point de vue juridique (c'est le "responsable" de l'association) mais aussi auprès des différents partenaires. Il anime l'association et ses réunions et travaille avec chacun des VP sur les projets en cours. C'est un peu le "chef d'orchestre" mais il doit s'entourer d'une bonne équipe de VP pour mener à bien les projets. Cette année, j'ai également assuré les missions de "VP partenariat" pour pérenniser les partenariats existants obtenus par mes prédécesseurs et en établir de nouveau. L'objectif de ce poste est d'avoir une vision globale de l'association et de son fonctionnement. Pendant cette année 2024-2025, mes axes de travail concernaient surtout la santé mentale et le post internat mais aussi redynamiser le réseau national (projet porté par Naomi, notre VP réseau avec son excellent livret pour les futurs internes).

Secrétaire



Le poste de secrétaire général.e est central au sein de l'association ; c'est avant tout être au carrefour des différents projets, se tenir au courant de leur évolution, mais aussi tenir le site internet à jour, publier les annonces de postes à destination des urgentistes, dans le public ou le privé. Toutefois un élément important - et l'un de ceux que j'ai le plus appréciés - a consisté à répondre aux interrogations des adhérents, les aider à résoudre certaines problématiques en les mettant en relation avec les interlocuteurs adaptés, mais également leur rendre disponibles nos contenus, qu'il s'agisse de supports de cours, des fruits de nos différents partenariats et, bien sûr, du Magazine de l'AJMU. C'est un poste qui demande une certaine disponibilité et une bonne organisation personnelle, et qui m'aura beaucoup apporté au cours de mon mandat.

VP Communication



Le poste de VP Communication consiste principalement en la gestion des réseaux sociaux de l'AJMU (Facebook, Instagram, X). Il implique de s'investir un petit peu dans chaque poste et leurs axes tout au long du mandat afin de publier du contenu selon les besoins de l'association (magazine, partenariat, informations générales sur la médecine d'urgence, contenus intéressants en médecine d'urgence) et des adhérents. Ce qui est très plaisant c'est de pouvoir créer des visuels notamment l'identité visuelle de l'association, des textes, de répondre directement aux messages et questions des adhérents. L'année dernière nous avons pas de VP réseau, alors j'avais organisé complètement la campagne du ChooseDESMU ; cette année j'ai pu peaufiner la structure et le visuel du Tour de Garde. Je m'épanouie dans ce poste depuis déjà 2 mandats, c'est très enrichissant car je peux bien discuter avec chaque membre de l'association et référents si besoin.

VP Magazine



Le poste de VP Magazine est un rôle très complet. Je suis en contact régulier avec tous les acteurs du magazine, que ce soit IMADIS, les filières santé maladies rares ou @payestesurgences qui nous fournit une très belle illustration pour chaque mag'. Tous les deux mois, j'essaie de traiter d'un nouveau sujet dans le dossier et de trouver les dernières actualités en médecine d'urgence pour vous les présenter, et pour ça je suis bien épaulée par le reste du bureau. Puis je mets à jour les prochains événements de l'urgence et les postes à pourvoir en m'appuyant sur la rubrique de notre site internet. Vers la fin du mois, je fais la mise en page, je fais une première relecture puis relecture commune avec tout le bureau. Après ça, je mets le mag' en format pdf et dernière relecture pour être sûre qu'il n'y ait pas de décalage. Puis je transmet à la secrétaire et à la VP communication pour qu'elle vous le transmette.

VP Réseau



En tant que VP Réseau national de l'AJMU, je suis en lien avec les référents de chaque subdivision. Au cours de mon année, j'ai récolté des informations sur les différentes villes afin de les transmettre au Collège National des Universitaires de Médecine d'Urgence (CNUMU), qui représente le niveau national de la formation. Mon rôle consiste à faire remonter les problématiques locales au niveau national pour améliorer la formation des internes et favoriser les échanges entre subdivisions. Une grande partie de mon travail cette année a été la création du guide des subdivisions, pour aider les futurs internes dans leur choix de ville ou d'interCHU. Nous avons également organisé un live de présentation du DESMU avec de nombreux référents. Je suis très contente d'avoir occupé ce poste, qui m'a permis de découvrir la diversité des formations et d'échanger avec des internes de toute la France.

VP Santé Mentale



Cette année, j'ai eu le plaisir d'inaugurer le tout nouveau poste de VP Santé Mentale au sein de l'AJMU. Mon rôle a surtout été d'explorer ce qui existe déjà dans nos subdivisions en matière de ressources et de dispositifs de soutien, afin de mieux comprendre où en est notre spécialité sur ce sujet encore peu structuré. J'ai commencé à travailler sur une carte recensant les différentes ressources locales, avec l'idée de poser les bases d'un futur projet collectif.

Ce poste est avant tout une belle opportunité de mettre la santé mentale des internes et jeunes urgentistes au cœur de nos réflexions, et il reste encore beaucoup de place pour imaginer, créer et développer des actions concrètes. Je passe donc le relais avec enthousiasme à la prochaine personne qui saura continuer à faire grandir ce pôle essentiel pour l'avenir de notre profession.

VP Relation avec l'ISNI



Le poste de vice-présidente en lien avec l'intersyndicale nationale des internes est un poste clé ! Globalement, il s'agit de participer et d'animer le collège des spécialités qui se tient à l'ISNI. Nous représentons les internes de chaque spécialité et défendons notre formation et nos spécificités intra-spécialités. Nous avons un avis consultatif auprès de l'assemblée générale de l'ISNI et nous pouvons déposer des motions afin de faire évoluer notre formation et faire respecter nos droits. Au sein du bureau de l'AJMU, je fais un compte rendu de chaque réunion et nous discutons des positions à adopter pour les internes de DESMU ! C'est un poste de représentation très enrichissant !

VP Recherche



En tant que VP Recherche, j'assure la diffusion des informations relatives aux opportunités de recherche en Médecine d'Urgence, je réponds aux sollicitations des internes intéressés par les projets scientifiques et je participe aux réunions et groupes de travail dédiés. J'apporte également mon implication au fonctionnement global de l'AJMU et à la valorisation de la recherche au sein de la communauté des jeunes urgentistes.



POINT DE COURS : Purpura Thrombopénique Immunologique

1. Le purpura thrombopénique immunologique (PTI) de l'adulte : généralités

Le PTI est une maladie auto-immune rare qui évolue de façon chronique (plus d'un an) chez 60 à 70 % des adultes.

Le PTI peut être primaire (80 %), ou associé à une autre maladie (hémopathie maligne, maladie auto-immune systémique telle que le lupus, déficit immunitaire primitif, infection au VIH, VHB ou VHC, certains médicaments).

Le traitement initial et des rechutes est basé sur les corticoïdes, associé aux immunoglobulines intraveineuses (IgIV) en cas de saignement significatif (voir 2.3.). En cas de PTI nécessitant un traitement de fond pour maintenir la numération plaquettaire au-dessus du seuil évitant les saignements (> 20 G/L pour la majorité des patients), divers traitements peuvent être utilisés : des agonistes du récepteur de la thrombopoïétine (qui stimulent la production des plaquettes), ou des immunosuppresseurs (rituximab, fostamatinib, mycophénolate...). La splénectomie est généralement proposée après échec de plusieurs lignes.

2. Prise en charge d'un patient atteint de PTI aux urgences

On ne traitera ici que des patients ayant un PTI connu et se présentant aux urgences pour une poussée.

Du fait d'un début souvent brutal, le diagnostic de PTI peut être fait aux urgences devant un syndrome hémorragique ou une découverte sur une numération plaquettaire chez un patient asymptomatique.

Le diagnostic est alors suspecté devant un bilan de thrombopénie éliminant les autres mécanismes : cause centrale, par consommation (infection grave, coagulation intravasculaire disséminée, microangiopathie thrombotique, thrombopénie induite par l'héparine...), hypersplénisme (le plus souvent, thrombopénie modérée > 50 G/L), post-transfusionnelle.

Même chez un patient connu pour un PTI, une numération plaquettaire basse en l'absence de saignement sur tube EDTA devra être confirmée pour éliminer une fausse thrombopénie (par comptage sur lame, prélèvement capillaire ou sur tube citraté).

2.1. Évaluer la gravité

L'évaluation est avant tout clinique, basée sur les saignements observés, allant du purpura (pétéchies plans, ecchymoses) au saignement grave (hématurie, ménorragies, métrorragies, digestifs avec anémie, intracrânien) en passant par des hémorragies modérées muqueuses (gingivorragies spontanées, épistaxis, bulles hémorragiques en bouche, hématurie, ménorragies, métrorragies, digestifs sans anémie) (Figure 1).

A l'inverse des troubles de la coagulation secondaires (anomalies du TP et du TCA, surdosage en anticoagulants), le PTI ne donne en général pas d'hématome, notamment musculaire profond, en dehors du risque rare et grave (< 1 %) d'hématome intracrânien.

Il est rare dans le PTI d'observer des saignements pour une numération plaquettaire < 20 G/L, hormis chez les patients sous anticoagulant, ce qui de plus représente un facteur de risque important de saignement intracrânien.

Un groupage sanguin est indiqué chez ces patients à risque de déglobulisation aiguë.

2.2. Indication à hospitalisation

Un patient ayant un syndrome hémorragique et/ou une numération plaquettaire < 20 G/L (<50 G/L chez les patients sous anticoagulant ou bi-antéaggration plaquettaire) doit rester hospitalisé pour traitement et surveillance. Exceptionnellement, *après avis de centre expert*, un patient ayant une numération plaquettaire < 20 G/L peut être autorisé à sortir en cas de cortico-sensibilité connue, d'absence de saignement ou présence de saignement minime (pétéchies), d'absence d'anticoagulation et d'absence d'isolement social ; tous les critères doivent être réunis.

2.3. Prise en charge thérapeutique

L'algorithme de la prise en charge thérapeutique d'un patient atteint de PTI repose sur la gravité du tableau hémorragique (Figure 2). Il devra être validé par un centre expert de cette maladie rare.

Le patient peut être porteur d'une carte d'urgence (Figure 3), qui renseigne sur la sensibilité connue ou non du patient aux corticoïdes et aux IgIV, s'il est splénectomisé, les coordonnées du centre expert où il est suivi (en général joignable 7/7 et 24/24), et un QR code renvoyant vers les fiches d'urgence orphanet.

Le traitement repose sur la corticothérapie et les IgIV (Figure 2). Les transfusions plaquettaires sont en général inutiles car les plaquettes transfusées vont être détruites par le système immunitaire, sauf en cas de saignement menaçant le pronostic vital, où elles seront répétées le temps que le traitement étiologique soit efficace.

2.4. Cas particulier des seuils de numération plaquettaire pour réaliser des gestes

Un patient peut avoir un PTI avec thrombopénie modérée chronique (avec ou sans traitement) et nécessiter un rehaussement temporaire de la numération plaquettaire pour réaliser un geste (Tableau 1). Cela repose en général sur une courte corticothérapie ou des IgIV.

Tableau 1. Seuil de numération plaquettaire pour divers gestes.

Geste	Seuil de numération plaquettaire
Myélogramme	0
Geste dentaire invasif	30
Ponction lombaire	50
Chirurgie hors neurochirurgie	50
Rachianesthésie	70-80
Neurochirurgie	100

Quelques illustrations:

Figure 1. Pétéchies thrombopéniques, ecchymoses, bulles hémorragiques en bouche.



Figure 2. Algorithme de prise en charge des patients adultes atteints de PTI en poussée. Abréviations : AAP : antiagrégation plaquettaire ; IgIV : immunoglobulines polyvalentes par voie intraveineuse.

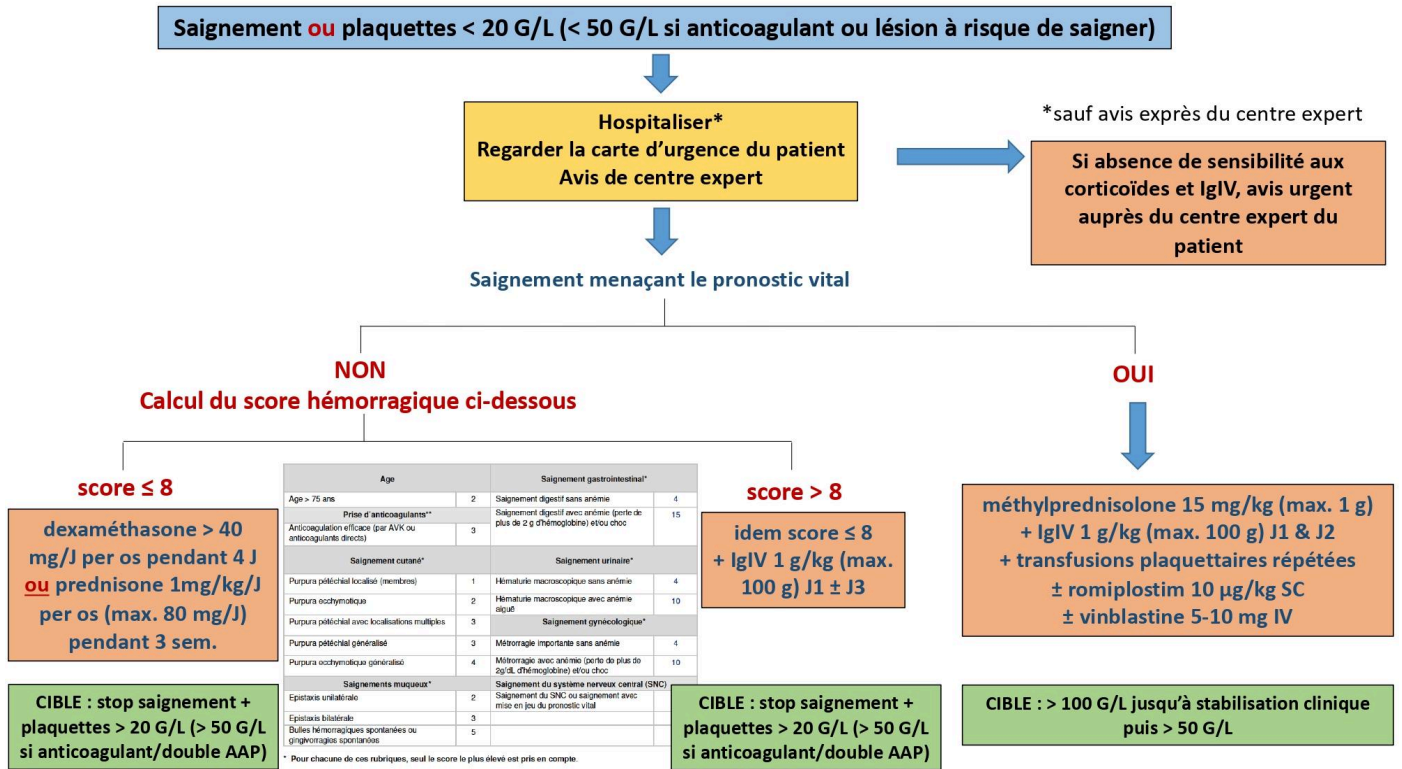


Figure 3. Carte d'urgence des patients adultes atteints de PTI.

PERSONNE À PRÉVENIR EN PRIORITÉ

Mme/M. Tél

Mme/M. Tél

Médecin traitant Tél

Spécialiste traitant Tél

Suivi(e) par le centre de CENTRE DE RÉFÉRENCE Tél

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

maladies rares

CARTE D'URGENCE
Emergency card

Anémie Hémolytique Auto-Immune (AHA)

Purpura Thrombopénique Immunologique (PTI)

Syndrome d'EVANS

Mme/M

Splénectomie

PTI sensible aux corticoïdes

PTI sensible aux immunoglobulines

CeReCAI

orphanet

MaRIH

1. En cas de saignement abondant ou inhabituel spontané ou provoqué :
Assurer autant que possible l'hémostase locale (froid, compression, mèches hémostatiques)
- Evaluer la gravité : malaise, pâleur, maux de tête, pouls, fréquence cardiaque, somnolence, agitation
- Contacter rapidement le spécialiste hospitalier référent

2. En cas de malaise avec pâleur, ictère, splénomégalie et/ou urines foncées « rouge porto » (poussée d'AHAI)
- Evaluer la gravité : degré de pâleur, intensité de l'ictère, sensation de malaise, pouls, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, douleur thoracique (fonction de l'âge et des comorbidités)
- Contacter rapidement le spécialiste hospitalier référent

3. Avant toute intervention chirurgicale urgente ou programmée, prendre contact avec le spécialiste hospitalier référent
- Discuter de la meilleure approche pour faire remonter les plaquettes selon l'intervention prévue et jusqu'à cicatrisation

4. En cas de syndrome infectieux (fièvre + frissons) avec ou sans point d'appel pulmonaire, méningé ou autre : évoquer précocement une infection bactérienne invasive ou opportuniste (pneumocoque surtout) en particulier chez un patient neutropénique, splénectomisé et/ou sous immunosuppresseurs ou ayant reçu du rituximab
- Evaluer la tolérance hémodynamique et discuter rapidement de la nécessité d'une hospitalisation
- En cas d'antécédent de splénectomie, l'administration d'antibiotique en urgence est impérative devant toute fièvre, même en apparence bien supportée et doit couvrir les germes encapsulés et en priorité le pneumocoque

Consulter les fiches ORPHANET urgences

Fiche Urgence AHA **Fiche Urgence PTI** **Fiche Urgence Multi-maladie**

En cas d'urgence vitale : contacter le SAMU (☎15 ou 112)

Ressources:

- *Protocole national de diagnostic et de soins (2024) du PTI de l'adulte :*
https://www.has-sante.fr/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=p_3578444
- *Site du centre de référence des cytopénies auto-immunes de l'adulte (CeReCAI) :*
<http://www.cerecai.fr>
- *Site de la filière des maladies rares immuno-hématologiques (MaRIH) :*
<https://marih.fr>
- *Fiche orphanet urgence PTI :*
<https://www.orpha.net/fr/disease/emergency-guidelines>

Auteurs : Guillaume Moulis, Mehdi Khellaf

Affiliations :

- Guillaume Moulis : Service de médecine interne, centre de référence constitutif maladies rares des cytopénies auto-immunes de l'adulte, CHU de Toulouse
- Mehdi Khellaf : Service des urgences, centre de référence coordonnateur maladies rares des cytopénies auto-immunes de l'adulte, CHU Henri-Mondor, Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, Créteil

Filières de Santé et Maladies Rares

AGENDA

Pour ne rien louper ! Les listes de Diplômes Universitaires (DU) auxquels tu peux prétendre sont listées sur notre site internet AJMU.

Evénements AJMU



La prochaine assemblée générale aura lieu les 11 et 12 octobre 2025. et Lors de cette AG, nous ferons le point sur l'année venant de s'écouler et les perspectives futures.

Urgences - le mensuel par la SFMU

Rendez-vous mensuel le 2^{ème} lundi de chaque mois avec les webinars de la SFMU afin de discuter d'un sujet de médecine d'urgence. Accessible en replay quand vous le souhaitez pour les adhérents.



A venir :

- **Lundi 8 septembre 2025** : Organisation des structures d'urgences: normes et principes

Congrès et formations

POUR LES MÉDECINS THÉSÉS

WIN FOCUS – Formation à l'échographie clinique d'urgence

Programmes et inscriptions sur ce lien :

https://winfocus-france.org/index.php?option=com_allevants&task=display&view=event&layout=default&ei=211:cours-dinitiation-a-lechographie-durgence-44-03-2023&Itemid=87



**25ème Journées d'Urgences Pédiatriques du SUD-OUEST (JUPSO):
Le 28 et 29 Novembre 2025 à Bordeaux**



28 & 29 novembre 2025
Bordeaux
Hôtel Pullman

**25^{es} Journées
d'Urgences Pédiatriques
du Sud-Ouest**
Interface ville ■ hôpital

www.jupso.fr info@comm-sante.com



28 & 29 novembre 2025
Bordeaux
Hôtel Pullman

**25^{es} Journées
d'Urgences Pédiatriques
du Sud-Ouest**
Interface ville ■ hôpital



PROGRAMME :

- Gastroentérologie pédiatrique
- Nutrition
- Neuropédiatrie
- Protection de l'enfance




COMITÉ SCIENTIFIQUE ET D'ORGANISATION :

- Dr Céline BELLEAU (Bayonne)
- Dr Clément BRUNET (Bordeaux)
- Dr Johanna CLET (Le Bouscat)
- Dr Marion FAVIER (Bordeaux)
- Dr Marion LEROUGE-BAILHACHE (Bordeaux)
- Dr Pascal PILLET (Bordeaux)





www.jupso.fr



PÊLE-MÊLE : L'imagerie de l'appendicite et des principaux diagnostics différentiels



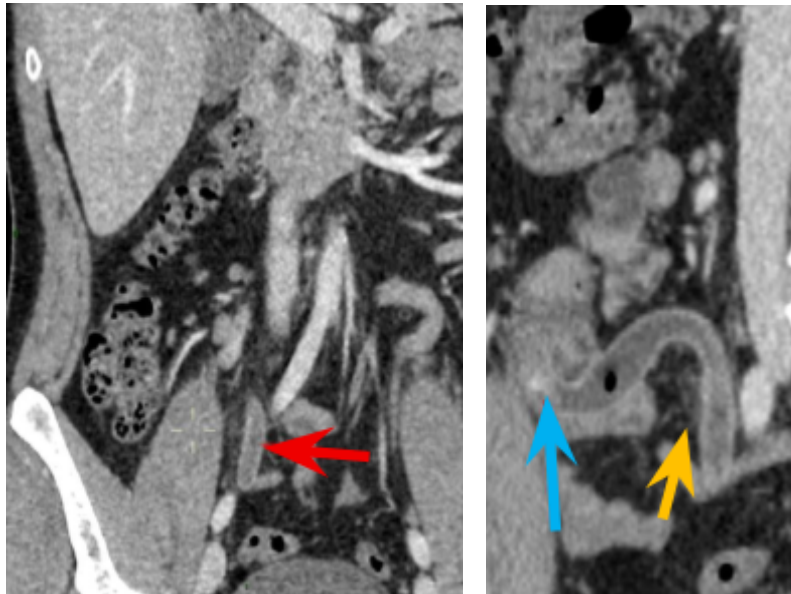
Dr Simon BLYAU, centre de garde Bordeaux

La pathologie appendiculaire est largement dominée en urgence par la recherche d'une appendicite aiguë. Les signes cliniques classiques ont néanmoins des sensibilités et des spécificités très variables. Le patient présente généralement une fièvre associée à un syndrome inflammatoire biologique et une hyperleucocytose qui peuvent néanmoins être négatifs à la phase initiale. De multiples scores clinico-biologiques permettent d'affiner la probabilité du diagnostic et de proposer une conduite à tenir (score d'Alvarado, APPEND score, Pediatric Appendicitis Score...).

Le développement de l'imagerie médicale avec l'échographie et le scanner a permis d'éviter la réalisation de laparotomies blanches en permettant d'affirmer le diagnostic, la description de signes de gravité, de signes de complication ainsi que le diagnostic différentiel d'une potentielle autre pathologie.

Cas n°1

Patient de 21 ans avec apparition brutale d'une douleur en fosse iliaque droite (FID) et péri ombilicale droite associée à un épisode de vomissement. Abdomen souple, dépressible, douloureux en hypochondre droit et FID, pas de défense, pas de contracture, signe de Blumberg négatif, psoïtis. Hyperleucocytose à PNN. CRP normale. Suspicion d'appendicite ou de cholécystite ?



Augmentation de taille de l'appendice avec contenu rétentionnel, **épaississement modéré des parois appendiculaires** et présence d'un **stercolithe calcifié à sa portion proximale**. **Infiltration de graisse péri-appendiculaire**. Absence de signe de gravité, de complication par ailleurs.

Appendicite aiguë sans signe de complication de topographie mésocoliaque (catarrhale) avec stercolithe proximal.

Pathologie fréquente. Risque cumulé au cours de la vie évalué à 7%

Physiopathologie : Fréquemment en lien avec une obstruction de la lumière appendiculaire (hyperplasie lymphoïde, stercolithe, tumeur, inflammation pariétale (maladie de Crohn), parasite, etc.)

Traitement :

- Chirurgical ou médical en première intention.
- Radiologique interventionnel et médical si abcès > 5 cm

Échographie en première intention si disponible en l'absence de signe clinique de gravité

TDM :

- Épaississement de l'appendice > 6 mm
- Épaississement pariétal > 2/3 mm
- Infiltration de la graisse péri-appendiculaire
- Adénopathies réactionnelles du méso-appendice
- Signes de gravité :
 - o Défaut de rehaussement pariétal (forme «gangréneuse») / Stercolithe / Perforation / Péritonite localisée / Abscès / Pyléphlébite secondaire

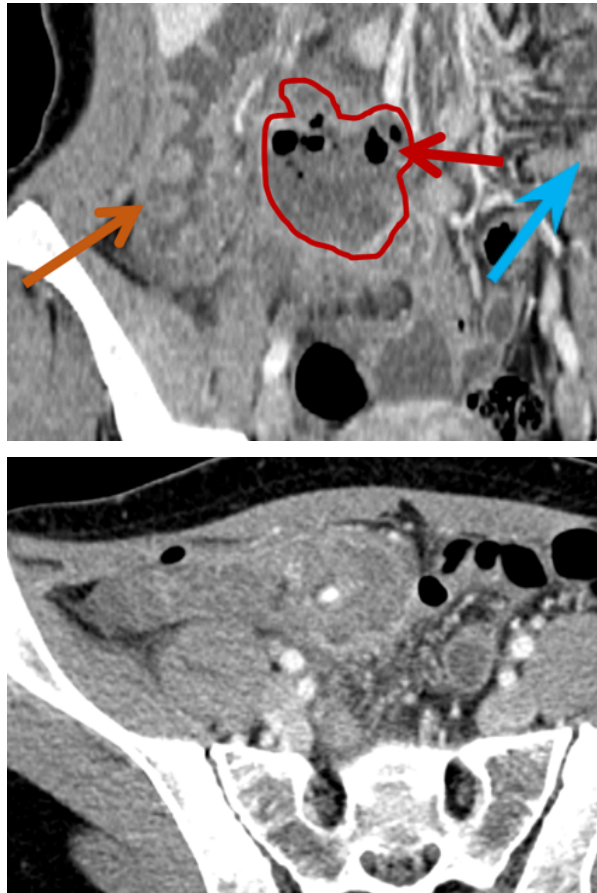
Il est important de décrire ces signes de gravité car ils peuvent conditionner la prise en charge, par exemple : en cas de présence d'un stercolithe /d'une forme « gangréneuse » la prise en charge est essentiellement chirurgicale et contre-indique une prise en charge médicale par antibiothérapie seule.

POINT CLE

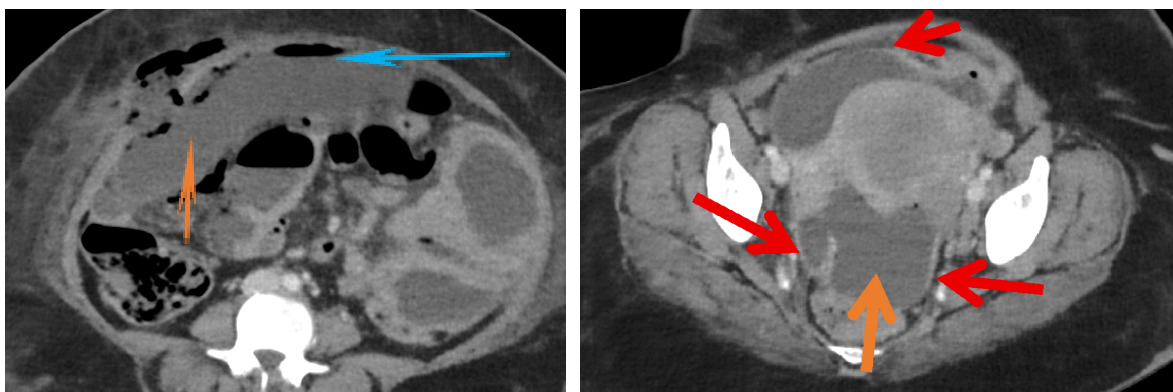
Pathologie aiguë fréquente. L'imagerie est essentielle pour confirmer le diagnostic compte tenu des diagnostics différentiels nombreux afin d'éviter les laparotomies blanches et d'optimiser la prise en charge.

- Échographie en première intention en l'absence de signe de gravité.
- Scanner avec injection de produit de contraste en seconde intention ou si présence de signes de gravité. Il confirme le diagnostic, dépiste les signes de gravité et les complications

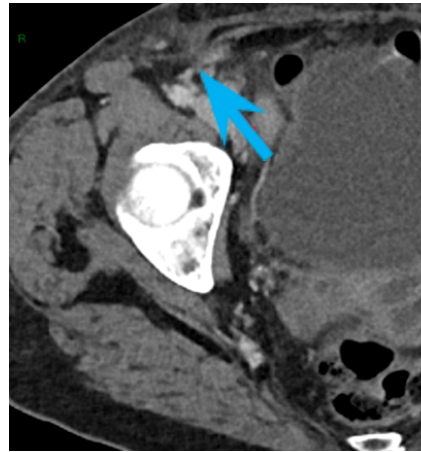
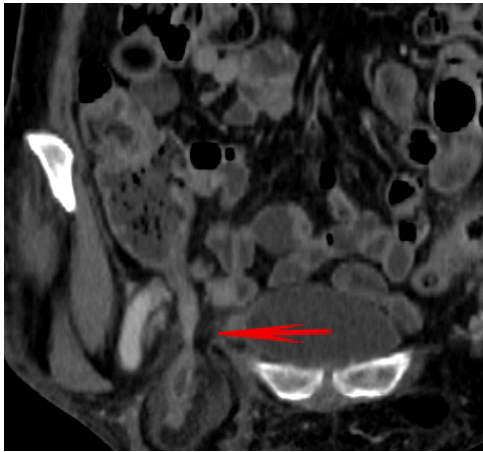
Cas compagnon



Abcès en fosse iliaque droite à proximité du caecum avec **colite réactionnelle** et présence de **gaz au sein de de la collection** compliquant une appendicite avec présence d'un **stercolithe** aidant à affirmer le diagnostic



Péritonite généralisée secondaire à une appendicite perforée. **Rehaussement des feuillets péritonéaux diffus** avec **épanchement péritonéal diffus**. **Pneumopéritoine** en rapport avec l'appendicite perforée et une probable infection à germes anaérobies.



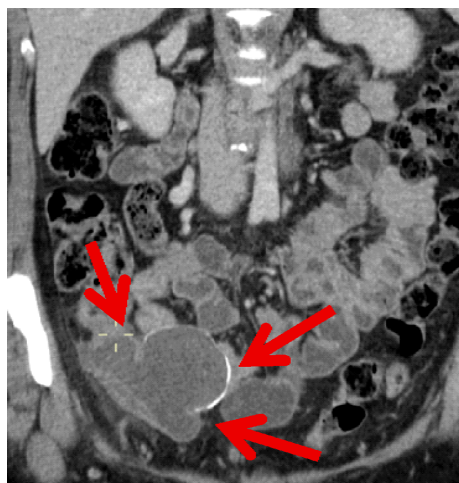
Épaississement des parois de la pointe appendiculaire à contenu rétentionnel et avec infiltration de la graisse péri-appendiculaire, au sein d'une **hernie inguinale indirecte** (origine de la hernie en dehors des vaisseaux épigastriques).

Hernie inguinale de Claudius Amyand.

- Complication rare d'une hernie inguinale.
- Mime une hernie inguinale étranglée cliniquement
- Appendicite aiguë au sein d'une hernie inguinale
- Variante : Si présence d'une appendicite au sein d'une hernie fémorale -> Hernie de De Garengeot

Cas n°2

Patiente de 36 ans présentant un tableau abdominal aigu avec une suspicion d'appendicite. Douleur diffuse. Palpation douloureuse avec défense. CRP : en attente des résultats.



Appendice de grande taille avec rétention de densité liquidienne marquée et calcifications périphériques.



Infiltration de la graisse périphérique compatible avec une appendicite aiguë surajoutée.

Appendicite aiguë compliquant une suspicion de mucocèle appendiculaire. Pathologie rare. Deuxième pathologie tumorale de l'appendice après les tumeurs neuroendocrines.

Clinique/Biologie :

- Découverte fortuite majoritaire
- Contexte de surinfection
- Contexte de lésions péritonéales secondaires
-

Physiopathologie : causée par une rétention mucoïde de l'appendice secondaire à une obstruction proximale (stercolithe, polype, lésion mucineuse de bas grade ou haut grade, adénocarcinome mucineux).

Risque de perforation, d'effraction péritonéale en per-opératoire si chirurgien non prévenu. Effraction péritonéale pouvant mener à un pseudomyxome péritonéal secondaire si cause néoplasique sous-jacente.

Traitement : chirurgical en bloc avec attention particulière à ne pas rompre la mucocèle.

TDM :

- Lésion à centre de densité liquidienne (en rapport avec le contenu mucineux) tubulaire/ovale ou sphérique bien délimitée appendue au bas fond caecal
- Calcifications périphériques linéaires possibles
- Infiltration de la graisse péri-appendiculaire, présence de gaz évocatrice de surinfection
- Rehaussement tissulaire nodulaire/épais suspect de pathologie maligne sous-jacente

→ Intérêt de rechercher des lésions secondaires mucineuses péritonéales de densité liquidienne en rapport avec de la mucine (hypersignal T2 marqué en IRM, utile pour le bilan d'extension)

POINT CLE

Pathologie tumorale rare de l'appendice de découverte fortuite ou sur complication (appendicite surajoutée / lésions secondaires péritonéales). Cause pouvant être en lien avec une lésion primitive mucineuse à risque de pseudomyxome péritonéal secondaire (lésion mucineuses péritonéales secondaires).

Nécessité de prévenir le chirurgien pour limiter au maximum le risque d'effraction en per-opératoire.

Cas n°3

Patiente adressée par son médecin traitant pour suspicion d'appendicite. Etat général conservé. Léger syndrome inflammatoire biologique. Pas de psöitis, pas de Blumberg, mais douleur élective à la palpation de la fosse pelvienne droite, sans contracture.



Infiltration périphérique fine d'une lésion de densité grasseuse adjacente au colon droit.
Infiltration de graisse péritonéale au pourtour.

Appendagite d'une frange épiploïque du côlon droit : pathologie peu fréquente affectant les franges épiploïques du côlon.

Clinique : Douleur abdominale localisée difficile à distinguer d'une appendicite si affecte le côlon droit ou le caecum

Physiopathologie : Hypothèse principale de torsion d'une frange épiploïque avec remaniement inflammatoire secondaire à son ischémie +/- thrombose veineuse du pédicule vasculaire

Traitement : AINS

TDM :

- Lésion de densité graisseuse adjacente au colon de quelques cm au maximum
- Infiltration périphérique dense et fine, du pédicule central (aspect dit en « navette »)
- Infiltration de la graisse péritonéale périphérique

POINT CLE

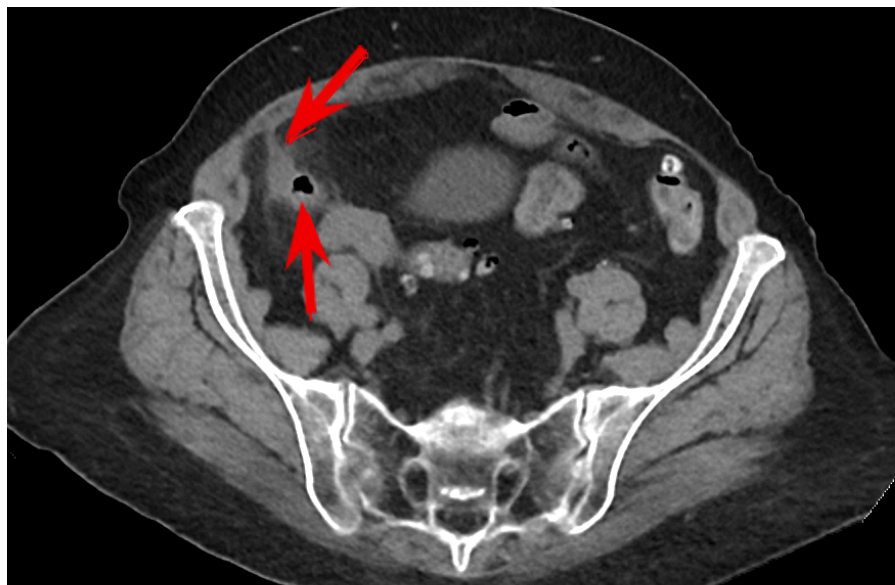
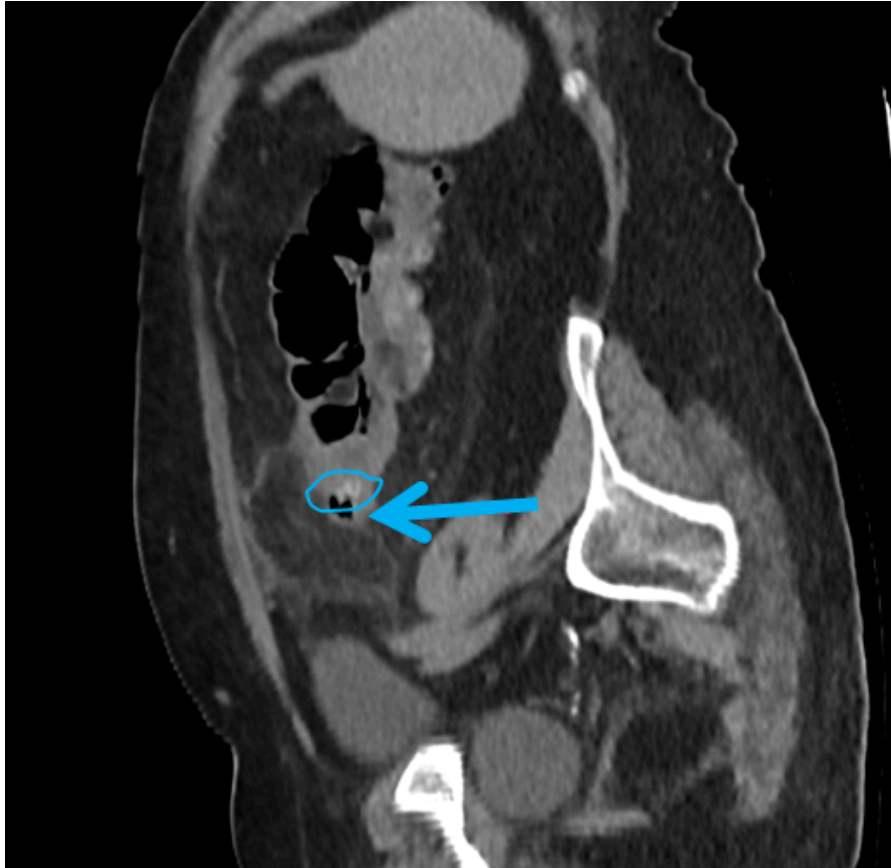
Diagnostic différentiel classique d'appendicite.

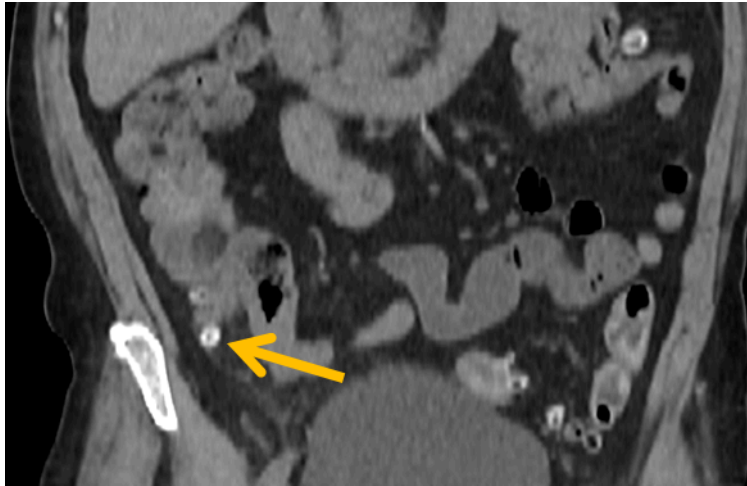
Frange graisseuse colique avec fine infiltration périphérique et du pédicule central (aspect dit en « navette ») et infiltration de la graisse péritonéale adjacente.

Traitement par AINS.

Cas n°4

Tableau évocateur de pyélonéphrite droite avec un choc lombaire droit et BU positive mais douleur en fosse iliaque droite bien localisée, chez une patiente non appendicectomisée.





Infiltration de la graisse péritonéale périphérique à une image d'allure diverticulaire du caecum avec **épaississement pariétal diverticulaire** et **stercolithe proximal**. A noter présence d'autres diverticules colique droits avec **stercolithe du caecum**.

Diverticulite du caecum : pathologie fréquente mais de localisation plus rare en dehors du côlon sigmoïde.

Clinique :

- Douleur abdominale de localisation fonction du siège de la diverticulite
- Fièvre
- Hyperleucocytose à PNN, syndrome inflammatoire biologique

Physiopathologie : extrusion de la muqueuse et de la sous-muqueuse au travers de la musculature colique. Leur formation serait probablement en rapport avec une consommation importante de protéines qui rigidifierait et raccourcirait les tænia coli plutôt qu'en rapport avec une réduction du bol alimentaire avec phénomènes d'hyperpression secondaire des parois coliques. Infection en lien avec une obstruction du diverticule / érosion pariétale par un stercolithe.

Traitement :

- Abstention en l'absence de complication et de comorbidité significative
- Antibiothérapie si abcès <3 cm
- Drainage radiologique si abcès >3cm
- Chirurgical en dernier recours

TDM :

- Infiltration de la graisse péritonéale périphérique à une image diverticulaire adjacente au colon
- Épaississement de la paroi du diverticule

- Possible présence d'un stercolithe au niveau du diverticule
- Infiltration réactionnelle colique en regard
- Signes de gravité :
 - Perforation (relatif car ne change pas la prise en charge en l'absence de perforation étendue) / Abscess / Pyléphlébite / Péritonite localisée / généralisée
 - Possibilité d'utiliser la classification Hinchey pour grader l'atteinte

POINT CLE

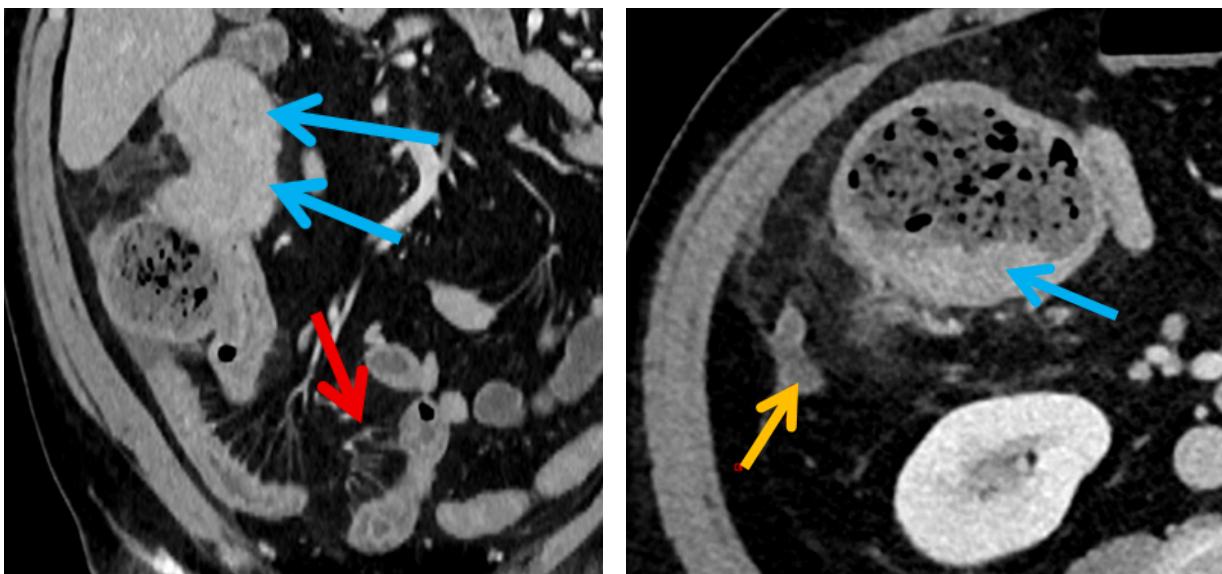
Diagnostic fréquent mais de localisation plus rare au colon droit/caecum.

Intérêt de distinguer une diverticulite simple d'une diverticulite compliquée (abstention thérapeutique / traitement symptomatique vs antibiothérapie / drainage / chirurgicale en fonction des types de complication).

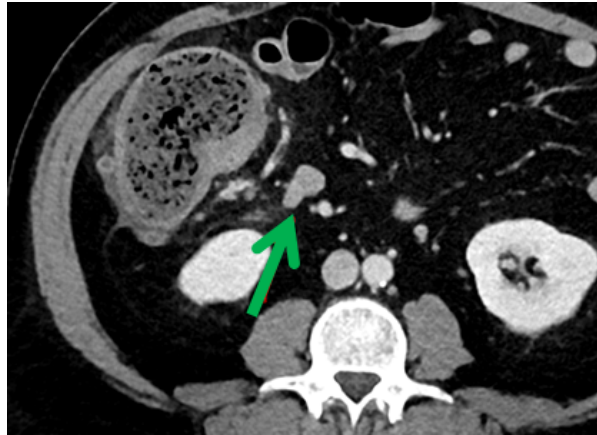
Traitement par AINS

Cas Bonus !

Patient de 39 ans présentant un tableau abdominal aigu avec douleur en fosse iliaque droite irradiant en flanc droit, fosse iliaque gauche. Défense. Syndrome inflammatoire biologique avec CRP = 46 mg/L. Suspicion d'appendicite/colite.



Aspect d'iléite terminale avec épaissement pariétal de l'iléon terminal, **aspect peigné des vaisseaux mésentériques** et **aspect d'appendicite** au contact probablement réactionnelle. **Épaississement pariétal colique associé marqué et irrégulier suspect de lésion primitive colique.**



Adénopathies méésentériques du méso côlon droit et du méso de l'iléon terminal. Adénopathies secondaires ? réactionnelles ?

Aspect d'iléite terminale avec appendicite d'allure réactionnelle au contact et suspicion de lésion primitive colique.

Intérêt d'un examen coproculture en urgence pour documenter l'iléite aiguë et ne pas méconnaître une cause infectieuse.

Intérêt d'évoquer une maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) compte-tenu de l'association iléite / suspicion de cancer colorectal (CCR). Augmentation du risque de CCR dans le cadre des MICI et patient relativement jeune de 39 ans.

Lésion primitive colique prouvée sur le plan anatomopathologique. Bilan de MICI en cours.

Pour aller plus loin

- *CT Diagnosis of Mucocele of the Appendix in Patients with Acute Appendicitis Genevieve L Bennett and al. doi:10.2214/AJR.08.1572*
- *Perforated cecal diverticulitis with CT diagnosis and medical management Caleb Tsetse and al. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2018.08.030>*
- *CT Appearance of Acute Appendagitis Ajay K. Singh and al. <https://doi.org/10.2214/ajr.183.5.1831303>*
- *Colorectal Cancer in Inflammatory Bowel Disease Ryan W Stidham and al. DOI: 10.1055/s-0037-1602237*
- *CT Evaluation of Appendicitis and Its Complications: Imaging Techniques and Key Diagnostic Findings Nuno Pinto Leite and al. <https://doi.org/10.2214/ajr.185.2.01850406>*
- *Pictorial essay: CT scan of appendicitis and its mimics causing right lower quadrant pain M. Sharma DOI: 10.4103/0971-3026.37051*

Dr BLYAU, Dr BERGEROT, Mme ARISTIZABAL

Vous voulez d'autres cas d'imagerie d'urgence ?
www.imaios.com/fr/e-cases ou scannez le QR code



Pour des rappels d'anatomie www.imaios.com/fr/e-anatomy

ON A LU, ON A VU

Parce qu'on est urgentiste, mais pas que ! On vous conseille un titre musical, un livre, un film, ... Une œuvre à nous partager ? —> contact@ajmu.fr

◆ Série ◆



Jenna Ortega reprend son rôle de Mercredi Addams pour une nouvelle saison dans l'univers de Tim Burton.

Cette première partie, aussi énigmatique soit elle, attise notre curiosité. Cette saison nous propose un nouvel antagoniste encore méconnu, mais on présume tout de même qu'il est en lien avec le hyde de la première saison de près ou de loin.

Bon visionnage, deuxième partie prévue début septembre !

Faustine

◆ Film ◆

Si vous aimez le sport auto ce film est fait pour vous, et si vous n'aimez pas encore peut être qu'il vous convaincra. Qui de mieux que Brad Pitt pour incarner le rôle de Sonny Hayes, un ancien coureur automobile qui revient pour redresser son équipe ? Outre l'histoire, la réalisation est bluffante pour tout cinéophile: les sons, les lumières, les points de vue sont impressionnants et ancrés dans le réel puisque parfois tournés lors de vraies courses.

Bon visionnage !



RECETTES FACILES ET RAPIDES : Flans de poivron au lait de coco

Pour ce nouveau numéro, je vous propose une recette 100% végé, rapide et facile à emporter partout !

Ingrédients : pour 4 personnes

- 2 poivrons rouges 🍅
- 4 oeufs 🍳
- 10cl de lait de coco 🥥
- 1 c à c. de paprika en poudre



Recette :

- 1/ Coupez les poivrons en petits dés. Dans un saladier, cassez les œufs et ajoutez le paprika et le lait de coco.
- 2/ Mélangez le tout. Salez et poivrez.
- 3/ Disposez des ramequins allant au four que vous beurrez ou des moules en silicone sur la grille.
- 4/ Répartissez les dés de poivrons au fond des ramequins et versez par-dessus la préparation précédente. Enfourez pour 30 min à 180°C.

Bonne dégustation !

ANNONCES : offres d'emploi

Retrouvez toutes nos annonces détaillées d'offre de poste et de remplacement sur notre site internet : <https://ajmu.fr/postes/>

◆ La SELARL Urgences Franciliennes libérales recrute:

Nous recherchons des médecins urgentistes ou généralistes ayant une attirance pour les soins urgents, pour notre service d'urgences de Champigny-sur-Marne au sein de l'Hôpital Privé Paul d'Égine et nos unités médico-chirurgicales de Pontault-Combault, Jossigny, et Paris 75017 au sein de la clinique internationale du Parc Monceau.



Au sein de nos 4 positions, nous accueillons pas moins de 60 000 patients par an. Il s'agit d'un travail à temps plein ou partiel payé en honoraires.

Pour en savoir plus: secretariat.suf@urgencesfranciliennes.com

◆ Poste d'urgentiste à la Polyclinique Saint-Roch groupe Oc Santé:



Le service des urgences en chiffres:

- 40 000 passages par an
- 6 box de prise en charge
- 6 box d'UHCD

-> Types de gardes: Jour de 9h à 20h soit 11h, Nuit de 20h à 9h soit 13h

Source: Oc Santé

Si recrutement d'un praticien d'une autre région, possibilité d'hébergement à l'hôtel pendant le premiers mois d'installation

Pour en savoir plus: p.moschetti@cl-st-roch.fr

◆ **Les Urgences de Koné en Nouvelle-Calédonie recrutent:**

5 postes vacants: 4 postes d'Assistant et 1 poste de PH

Avantages pour remplacements de 2 mois minimum (billets AR métropole-NC, logement, voiture).

Activité variée:

- SMUR, déchoquage, UHCD/USC, urgences adultes/pédiatriques/gynécologiques
- Fonctionnement en 24h et 12h
- Traumatologie +++ et gestes techniques
- Plateau technique complet: Scanner, BO pour chirurgie orthopédique, viscérale, gynécologique.
- Pharmacie et laboratoire sur place, dépôt de sang.

Venez découvrir la Nouvelle-Calédonie authentique avec ses magnifiques plages où vous vous sentirez seul au monde, ses spots de plongée, et ses randonnées.

Pour en savoir plus: marie-pierre.nexon@chn.nc, vincent.charbonnier@chn.nc

Retrouvez toutes les offres d'emploi sur <https://ajmu.fr/postes/>

PARTENAIRES

Tu trouveras plus d'informations sur notre site avec les avantages détaillés :
<https://ajmu.fr/partenaires/>

