

Cours du **22/11/2012**
8h30-9h30
Pr Bretagnol
Roénotypeuse : Clémentine Ayache
Ronéolectrice : Margaux Riant

UE3 :

Appareil digestif

Cours 35

Syndrome occlusif

I. Présentation du cas clinique

II. Interrogatoire

III. Examen clinique

- a) inspection
- b) Palpation
- c) Percussion
- d) Auscultation
- e) Touchers pelviens

IV. Examens complémentaires

- a) examens morphologiques
- b) examens biologiques

V. Causes d'occlusion

VI. Signes de gravité

VII. Prise en charge

VIII. L'essentiel à retenir du cours

Bonus : Rappels sur l'interrogatoire

Avant-propos :

Je n'ai pas réussi à obtenir les diapos du prof. Il n'y avait pas vraiment de cours, mais « juste » un cas clinique. Par conséquent, j'ai fait du mieux que je pouvais avec le peu que j'avais...

Il y aura bien le cas clinique du cours, mais j'ai fait énormément d'ajouts de notions que j'ai estimées importantes (sous la forte influence du KB, édition 2009/2010). Par ailleurs, sur le Weebly, j'ai mis la ronéo de 2010, qui contient d'autres cas cliniques.

I. Présentation du cas

C'est une jeune **femme** de **30 ans**, hospitalisée en urgence pour **douleurs péri-ombilicales** depuis 72h (un rapide calcul nous permet de savoir que ça fait 3 jours, puisqu'il y a 24h dans une journée).

Elle a eu des selles ce matin, et elle a des nausées et des vomissements.

II. Interrogatoire

Que va-t-on rechercher à l'**interrogatoire** ?

- caractériser la douleur (spasmes, crampes, etc).
- mode d'apparition de la douleur (apparition progressive ou brutale)
- la durée (là, on sait déjà)
- les antécédents chirurgicaux (possibilités de brides post-opératoires ayant entraîné une occlusion)
- le type de selles (liquides, solides...)
- les traitements en cours
- la date des dernières règles, voire carrément demander si elle est enceinte ou pas (car on élimine la grossesse extra-utérine !), quelle que soit sa réponse, on dose les β -HCG, parce qu'**il ne faut jamais croire le patient** (*en gros, on fait comme Dr. House, on remet tout en doute, hahaha*)
- une perte de poids récente (état d'hydratation, etc, je vous invite à jeter un œil aux cours de néphro ;)) ou un peu moins récente (altération de l'état général, tumeur)
- La présence de gaz ou non

De manière générale : **un bon médecin pose les bonnes questions**, et il ne faut JAMAIS attendre que le patient nous amène de lui-même au diagnostic !

En d'autres termes : on est systématique, on fouille, on cherche et on n'attend pas que ça tombe tout cru, parce que, souvent, le patient ne va pas vous fournir les « clés » du diagnostic, il va falloir le « cuisiner » un peu.

(pour un interrogatoire plus détaillé, cf le rappel à la fin)

Les données recueillies à l'interrogatoire sont les suivantes :

- pas de gaz depuis 24h
- douleur d'apparition brutale, à type de spasmes
- nausées et vomissements précoces depuis 24h
- opérée d'appendicectomie dans l'enfance

Et comme les diapos ne tenaient pas compte des questions posées par les étudiants (quid de la perte de poids, de la grossesse extra-utérine, des traitements en cours... ?), on n'en sait pas plus...

III. Examen clinique

Petit rappel : on inspecte, on palpe, on percussionne, et on ausculte (*détail fort amusant : on n'a pas du tout parlé de l'auscultation dans le cours, haha*)

a. Inspection

On regarde :

- la **couleur** de la peau et des conjonctives => une pâleur peut être signe d'une anémie (ou que le patient a toujours été pâlichon, ça arrive... ^^), il peut y avoir un ictère...
- s'il y a des **cicatrices** (important ++++ car cicatrice implique traumatisme et/ou chirurgie, implique risque accru de brides)
- s'il y a une **déformation** de l'abdomen (une masse, un météorisme...)
- s'il y a une **circulation veineuse collatérale**
- la mobilité abdominale respiratoire (qui peut être diminuée en cas de péritonite)
- s'il y a des zones de tuméfaction (hernie, éventration, grosses tumeurs...)

On fait également un examen extra-digestif :

- examen de la **bouche** : une érosion des lèvres (perlèche) peut être signe de carence en fer ou en zinc ; une langue blanche peut-être le signe d'une infection intra-péritonéale ; une langue sèche signe une déshydratation...etc (pour d'autres infos, cf un livre de sémio ;))
- **phanères** : ongles, cheveux cassants et alopecie (raréfaction ou disparition des cheveux, voire des poils) peuvent être le signe de carences ; des ongles colorés, un hippocratisme, peuvent être liés à une insuffisance hépato-cellulaire
- **signes d'insuffisance hépato-cellulaire** : ictère, fétor hépatique (haleine sentant bon (ou pas) la pomme verte), angiomes stellaires, aspect des ongles (cf au-dessus), érythrose palmaire, astérixis...

b. Palpation

Rappel sur la méthode : malade détendu, en décubitus dorsal, cuisse et genoux fléchis ; médecin à droite du patient.

On n'arrive pas comme une brute en appuyant directement là où ça fait mal, avec des mains glacées. On essaie autant que possible de se réchauffer les mains (certes, c'est plus facile à dire qu'à faire ^^), on commence par palper doucement les zones non-douloureuses, **cadran par cadran**, et on finit par la zone douloureuse (palpée en dernier !!).

On vérifie s'il y a :

- Un **abdomen normal** (à priori, si la patiente est hospitalisée pour des douleurs, c'est que l'abdomen ne sera pas normal, mais bon ^^)
- Un **abdomen sensible**
- Une **défense** : définition trouvée dans « Sémilogie clinique des affections de l'appareil digestif », par Paul Zeitoun : « [c']est [la] contraction involontaire des muscles de l'abdomen à la pression exercée par la main sur la paroi [abdominale]. La paroi se laisse déprimer mais à partir d'une certaine profondeur, la dépression de la paroi par la main de l'examineur devient impossible en raison de la tension musculaire. » Attention à la distinguer de la « réaction de défense », qui est volontaire et qui peut être évitée par une palpation douce, avec un malade rassuré, et son attention détournée. En gros, si vous arrivez comme un bourrin sur le bidon du patient, il va forcément contracter un peu ses muscles, ce qui ne veut pas dire qu'il a une défense, mais juste que vous êtes un gros bourrin.
- Une **contracture** qui est visible dès l'inspection, et ne permet aucune dépression de la paroi. C'est un « ventre de bois ».

En cas de péritonite, on a au moins une défense, voire une contracture.

On vérifie l'absence de **masse** (s'il y en a, on note bien le nombre, la localisation, la consistance...).

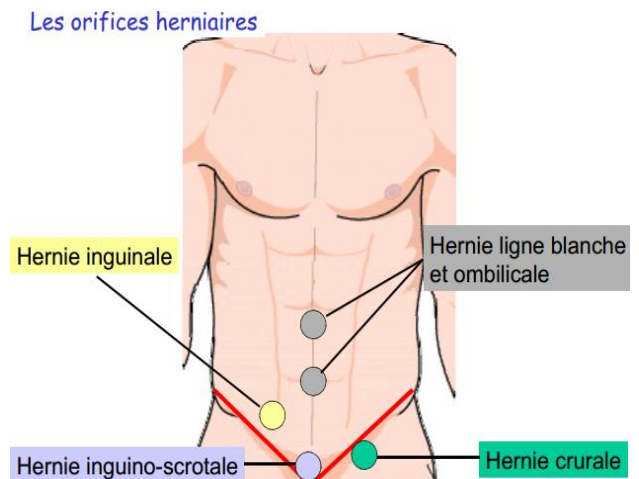
On **palpe le foie** (taille, consistance), la **rate** (quand « tout va bien », justement, on ne peut pas la palper).

On vérifie les orifices herniaires ! C'est absolument essentiel, puisqu'on peut avoir des hernies étranglées, qui provoquent des occlusions.

Quels orifices herniaires ?

- Ombilical
- Inguinal (surtout chez les messieurs, cf le cours d'embryo, parce que, quand les testicules descendent, parfois, il y a un peu de péritoine qui descend aussi, et c'est pas terrible, parce que, du coup, paf, ça fait des hernies)
- Crurale (surtout chez la femme, mais là, c'est à cause du ligament rond qui passe par là)

Petit rappel au sujet des orifices herniaires (merci au site <http://www.med.univ-montp1.fr/>, partie « enseignement » >> premier cycle >> P2 >> module intégré, métabolisme et nutrition >> examen de l'abdomen)



c. Percussion

Là encore, on la réalise **cadran par cadran**, sur un patient en décubitus dorsal, puis décubitus latéral (droit et gauche), voire debout.

On cherche un tympanisme en cas de météorisme, une matité en cas de globe vésical (La prof sur l'ED correspondant nous a dit qu'un globe vésical pouvait entraîner un syndrome occlusif, parfois par compression, mais le plus souvent par iléus réflexe) ou d'ascite (dans ce cas, on retrouve généralement d'autres signes, comme le signe du flot, le signe du glaçon...). En cas d'ascite, la matité "bouge" quand le patient change de position : comme il s'agit de liquide, il s'accumule toujours vers le bas.

d. Auscultation

On recherche deux éléments : les bruits hydro-aériques et les souffles vasculaires.

❖ Bruits hydro-aériques :

- Ce sont les bruits provoqués par le péristaltisme du tube digestif ; l'auscultation normale nécessite une longue durée d'écoute pour les percevoir.
- S'ils sont absents, on s'oriente vers une pathologie intestinale aiguë : iléus réflexe suite à une péritonite, ischémie aiguë, occlusion fonctionnelle...
- S'ils sont augmentés (ce qui est assez difficile à apprécier...), ça peut être le signe d'une obstruction mécanique.

e. Touchers pelviens

On pratique des touchers pelviens (rectal et vaginal, dans ce cas), afin de vérifier la présence de tumeurs, de fécalomes... On vérifie s'il y a un « cri du Douglas » (signe d'épanchement péritonéal).

Pour le TR : on inspecte la marge anale, on vérifie le tonus des sphincters (volontaire et involontaire), la sensibilité... Chez l'homme, on palpe la prostate, chez la femme, les paramètres.

L'essentiel de l'examen clinique (selon le prof) :

- Cicatrices
- Hernies
- Touchers pelviens

IV. Examen complémentaire

a. Imagerie

Je vous invite à aller sur le site « occlusions.fr », très clair, et avec des jolies photos d'ASP et de scanner.

On réalise un **abdomen sans préparation** (ASP). L'occlusion et les corps étrangers dans le tube digestif sont les rares indications de l'ASP, qu'on évite de plus en plus au profit du scanner.

On prend 3 incidences : de face debout, de face couché, et centré sur les coupes diaphragmatiques.

Le prof n'a pas précisé, mais il faut vérifier avant ça que la patiente n'est pas enceinte (histoire d'éviter d'irradier le marmot en cours de formation).

L'ASP permet de :

- trouver des niveaux hydro-aériques (NHA) (confirme le diagnostic d'occlusion)
- situer l'occlusion (grêle ou côlon)

Attention, les NHA ne sont pas spécifiques de l'occlusion, et peuvent se retrouver en cas de syndrome diarrhéique ou d'ischémie digestive.

L'aspect des NHA varie en fonction de la localisation de l'occlusion :

Grêle	Côlon
Centraux	Périphériques
Présence de valvules conniventes	Présence d'haustrations
Plus larges que hauts	Plus hauts que larges

D'après le prof que j'ai eu en TD, il faut toutefois se méfier de « plus hauts que larges », « plus larges que hauts », car, selon lui, ça nous embrouille, et, en plus, c'est difficile de déterminer si quelque chose est vraiment plus large ou plus haut. Bref, selon ce prof de TD, ça n'est pas LE truc qui permet de différencier les deux, mais comme on le retrouve dans tous les bouquins et que le prof du cours l'a dit aussi, je le mets quand même, mais retenez surtout « central/périphérique » et « valvules conniventes/haustrations ».

Ci-contre, un ASP dans une occlusion du grêle :

On note :

- des valvules conniventes
- des NHA plutôt centraux
- des NHA plus larges que hauts

(Source : occlusions.fr)



Ci-contre, un ASP dans une occlusion colique :

On note :

- des haustrations
- des NHA plutôt périphériques et plus hauts que larges.

(Source : fascicules.fr)



L'analyse de l'ASP permet de vérifier la présence (ou pas) de complication(s) :

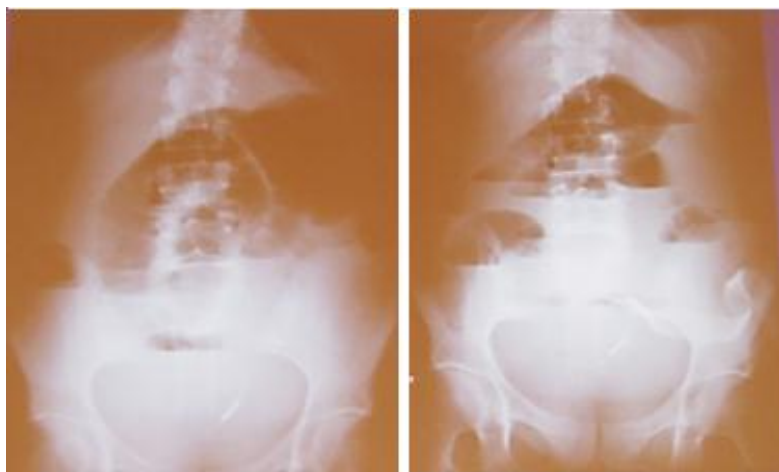
- pneumopéritoine (complication de l'occlusion)
- distension caecale supérieure à 10 cm
- aérobilie

Qu'est-ce qui provoque un pneumopéritoine, le plus souvent ?

- Perforation d'ulcère (duodéal +++)
- Sigmœidite diverticulaire perforée

Dans le cas de la patiente :

On a des valvules conniventes, les NHA sont centraux, et plus larges que hauts : donc c'est une occlusion du grêle. On a également une distension gazeuse intestinale.



Face couchée

Face debout

photos...

(désolée pour la médiocre qualité de mes

Après l'ASP, on fait un **scanner abdomino-pelvien**, avec et sans injection de produit de contraste.

Avant ça, on vérifie la fonction rénale, l'allergie à l'iode/produit de contraste, et l'absence de grossesse.

Le scanner permet de confirmer le diagnostic, d'établir un diagnostic différentiel, et de rechercher d'éventuelles complications.

Là, on recherche donc

- une jonction grêle plat/grêle dilaté
- la localisation précise de l'occlusion
- à préciser la cause de l'occlusion
- les complications

Complications :

- perforation (pneumopéritoine)
- diamètre du caecum supérieur à 10 cm
- épanchement intra-péritonéal (transsudat, 3^{ème} secteur, cause de déshydratation (ce secteur n'est pas en équilibre osmotique avec le secteur plasmatique => mouvement d'eau vers ce secteur, donc déshydratation extracellulaire))
- signes d'ischémie (visible si injection de produit de contraste => absence de réhaussement), peut aller jusqu'à une pneumatose pariétale (grave +++), voir une nécrose, entraînant une aéroportie (des bulles d'air dans la veine porte, gravissime, mortalité très élevée)

b. Examens biologiques

Le prof n'en a pas du tout parlé, cependant, dans tous les livres que j'ai consulté pour cette ronéo, c'est indiqué, donc je vous le mets...

Ils permettent d'**évaluer les complications** et de réaliser un **bilan pré-opératoire**. On effectue une NFS, un ionogramme et un bilan pré-opératoire.

A la **NFS**, on recherche :

- Une hyperleucocytose
- Une anémie (saignements occultes, cancer)

L'**ionogramme** permet d'apprécier l'**état d'hydratation** du patient (élévation de l'hématocrite, protidémie, créatininémie, taux d'urée, natrémie, kaliémie...)

V. Causes d'occlusion

L'**occlusion fonctionnelle** est due à une baisse de l'activité péristaltique de la paroi abdominale, et peut être due à :

- Iléus réflexe, suite à une péritonite, un foyer infectieux dans la cavité péritonéale
- Colestasie (syndrome d'Ogilvie, due à une paralysie motrice du côlon)

Les **occlusions mécaniques**, en revanche, présentent un hyperpéristaltisme réactionnel, toutefois moins marqué pour les occlusions coliques que pour les occlusions du grêle. En effet, le tube digestif lutte contre l'obstacle, donc se contracte +++ (d'où les bruits hydro-aériques importants à l'auscultation).

En cas d'occlusion mécanique due à une **strangulation** :

- Douleur brutale +++
- Déshydratation importante
- Altération de l'état général très importante
- Risque accru d'ischémie de la paroi, suivie de nécrose (qui conduit à une perforation)

En cas d'occlusion mécanique due à une **obstruction** :

- Douleur progressive
- **Arrêt des gaz**, « les matières, on s'en fiche » parce qu'on peut avoir des selles, voire même une diarrhée, malgré une obstruction (« les patients se vident complètement », bon appétit les amis)
- Nausées, vomissements...

Les obstructions du grêle et du côlon présentent des **signes fonctionnels** différents :

	Grêle	Côlon
Météorisme	Léger à important	Monstrueux
Vomissements	Précoces	Tardifs
Arrêt des gaz/matières	Tardif	Précoce

A noter que l'occlusion caecale présente rapidement un tableau d'obstruction grêlique.

Les **strangulations du grêles** peuvent être dues à :

- Des brides
- Un volvulus
- Une hernie étranglée
- Une invagination intestinale aiguë.

Les **strangulations du côlon** peuvent être dues à :

- Des volvulus (du caecum, ou du sigmoïde)

Les **obstructions du grêle** peuvent être dues à :

- Des tumeurs
- Un corps étranger
- Iléus biliaire (occlusion du grêle due à un calcul biliaire, (possibilité de fistule entre la vésicule et le duodénum suite à une inflammation de la vésicule) => aérobilie à l'ASP (avec éventuellement un calcul calcifié))
- Syndrome de Bouveret (occlusion également due à une fistule entre la vésicule et le tube digestif, où le calcul se bloque dans le duodénum)
- Une maladie inflammatoire (Crohn, notamment une iléite terminale sténosante du Crohn)

Aparté sur un des signes fréquemment retrouvés dans le Crohn : **le syndrome de König** : un météorisme brutal et important, avec une sensation de « gargouillis », suivi d'une libération brutale par émission de gaz et/ou de selles.

Les **obstructions du côlon** peuvent être dues à :

- une rectocolite hémorragique
- un cancer colorectal
- un fécalome

VI. Signes de gravité

Clinique	Fièvre Défense, douleur très intense Etat de choc Vomissements fécaloïdes
Biologique	Acidose métabolique <u>Hyperleucocytose, élévation de la CRP</u> Augmentation des lactates (possible ischémie digestive)
Imagerie	<u>Distension caecale</u> majeure <u>Pneumopéritoine</u> Epaississement pariétal <u>Epanchement</u> intra-abdominal <u>Pneumatose</u> pariétale, voire aéroportie

Il est également très important d'évaluer l'état général du patient, qui va déterminer la suite de la prise en charge thérapeutique.

On recherche :

- des **signes d'hypotension** (déshydratation +++): hypotension, tachycardie, oligurie... ;
- des signes de **déshydratation** : pli cutané, sécheresse des muqueuses, soif... ;
- des signes de **sepsis** : fièvre, tachycardie...
- des **désordres acido-basiques** : bradypnée, tachypnée...
- sueurs, agitation, confusions...

VII. Prise en charge

Tout d'abord, on hospitalise le patient en urgence (et on le met à jeun).

Rappel/informations :

Les occlusions peuvent provoquer différents **troubles métaboliques**, notamment des déshydratations et des troubles ioniques et acido-basiques (le fameux 3^{ème} secteur, qu'il soit intra-digestif ou intra-péritonéal).

En cas d'**occlusion haute**, on a donc des vomissements précoces et abondants. Ces vomissements peuvent être composés principalement de liquide gastrique, donc de pertes acides, ce qui peut provoquer une alcalose métabolique. Ils peuvent être également composés de sécrétions bilio-pancréatiques, donc principalement basiques, et ces vomissements peuvent donc être responsables d'acidose métabolique.

En cas d'**occlusion basse**, les vomissements sont tardifs, on a donc une « simple » déshydratation (le tube digestif continue à produire des liquides !), sans trouble acido-basique. Une acidose est le signe d'un sepsis ou d'une ischémie (acidose lactique).

Pour toutes ces raisons, il faut **réhydrater** le patient et **corriger les troubles ioniques** éventuels.

On corrige également une éventuelle hypotension en « remplissant le patient » (autrement dit : on perfuse avec une solution iso-osmotique pour rétablir la pression sanguine).

De plus, il faut soulager la douleur du patient, d'où l'administration d'**antalgiques**.

On pose également une **sonde-nasogastrique en aspiration douce**. Cette sonde permet :

- De diminuer la douleur provoquée par la distension du tube digestif
- D'éviter l'inhalation des vomissements
- De vider l'estomac en cas d'éventuelle anesthésie générale
- De traiter la plupart des occlusions du grêle sur brides

Il est important de compenser la perte de liquide et de solutés (acides etc) par une perfusion, ainsi que de traiter le malade avec des IPP, pour éviter un reflux gastro-oesophagien à cause de la sonde (on en a déjà parlé dans un autre cours, je crois ;)).

On évite au maximum d'opérer les gens (ça augmente le risque d'adhérences post-opératoires, et donc le risque d'occlusion par strangulation sur bride dans le futur).

On surveille le retour du transit (des gaz +++) et l'amélioration de la douleur du patient.

On peut réaliser un test à la Gastrografine, qui opacifie et a un effet osmotique (ça appelle l'eau), pour vérifier la levée de l'obstacle. Si le produit est toujours dans le grêle après une vingtaine d'heures, c'est que l'occlusion est toujours là (=> chirurgie). Si c'est dans le côlon, c'est que le transit a repris, on n'opère pas.

Si le patient présente des signes de gravité, s'il n'y a pas d'amélioration suite au traitement médical, ou s'il y a des complications, on opère.

La chirurgie permet :

- De lever l'occlusion
- De traiter une éventuelle complication (ischémie, péritonite...)
- L'exploration de la cavité péritonéale
- Le prélèvement d'éventuels épanchements

La voie d'abord est principalement laparotomique (on ouvre l'abdomen), et très rarement coelioscopique (en raison de la distension digestive très importante).

Attention à ne pas confondre laparotomie et laparoscopie (qui est un synonyme de coelioscopie) !

VIII. L'essentiel à retenir

3 mécanismes : obstruction, strangulation, fonctionnelle

Etiologies :

	Grêle	Côlon
Fonctionnelle	Toutes les pathologies entraînant des traumatismes péritonéaux (péritonites +++) Post-opératoires	Syndrome d'Ogilvie
Strangulation	Bride +++ Adhérences Hernies Invaginations Diverticule de Meckel	Volvulus
Obstruction	Tumeurs Crohn Corps étrangers Iléus biliaire Carcinose Compression extrinsèque	Cancer +++ Fécalome Diverticulite Corps étrangers

A l'examen clinique :

	Strangulation	Obstruction	Fonctionnelle
Douleur	Aigue, brutale et constante	Progressive, à type de spasmes	Généralement très progressive
Arrêt du transit	Rapide	Progressif, plus lent si grêlique, plus rapide si colique	Rapide
Vomissements	Précoces, clairs	Tardifs si colique Plus précoces si grêle	Inconstants
Météorisme	Absent si jéjunum Important si iléon Monstrueux si côlon		Rare dans l'iléus rélaxe Important dans l'Ogilvie

TOUJOURS rechercher les signes de gravité (fièvre, défense, état de choc, vomissements fécaloïdes, hyperleucocytose, troubles acido-basiques, épaissement pariétal majeur, signes d'ischémie pariétal, distension caecale majeure)

Le traitement est d'abord médical !

Rappel sur l'interrogatoire d'un patient (que ça soit pour le syndrome occlusif ou autre chose, dans notre future vie d'externe et de médecin, c'est bigrement important de savoir interroger le malade !) *Le prof n'a pas du tout fait de rappel là-dessus, mais je me suis dit que ça pouvait servir ! ☺* (source d'inspiration que je recommande fortement : « Sémiologie médicale », édition « De Boeck », par Baptiste Coustet)

- ❖ Histoire de la maladie : signes fonctionnels, spontanément donnés par le patient
- ❖ Antériorités :
 - Antécédents médicaux
 - Antécédents chirurgicaux
 - Allergies
 - Antécédents gynécologiques et obstétricaux
 - Antécédents familiaux
- ❖ Traitements en cours (galénique, posologie, chronologie (depuis quand le traitement est-il suivi))
- ❖ Mode de vie :
 - Facteurs de risques cardio-vasculaires, facteurs de risques de cancers : tabac, alcool, HTA, diabète, dyslipidémie
 - Toxiques consommés (drogues)
 - IST, vaccinations
- ❖ Conditions de vie, environnement : profession, loisirs, animaux, géographie, logement, niveau de vie, entourage...

On recherche également toujours des signes généraux : altération de l'état général (règle des 3 A : Asthénie, Amaigrissement, Anorexie) ; fièvre ; frissons ; sueurs...

On n'hésite pas non plus à demander au patient s'il a d'autres signes fonctionnels, qui ne sont pas forcément en rapport avec l'appareil qui pose problème (permet parfois d'orienter le diagnostic).

De plus, pour toute douleur, on précise ses caractéristiques :

- Mode évolutif ;
- Intensité ;
- Siège ;
- Type ;
- Irradiation ou douleur projetée ;
- Durée ;
- Rythme ;
- Facteurs aggravants ;
- Facteurs calmants ;
- Signes associés.

Place aux dédicaces !

Ah ! Que c'est compliqué de savoir pertinemment qu'on aura pas la place de caser tout le monde sur ce petit bout de papier...

Tout d'abord, merci à mes amis d'être là, de me supporter, d'ensoleiller mes journées, même quand elles sont pluvieuses. Merci aussi à ma chère famille, quand même, parce que, eux aussi, me supportent (et que je les aime bien aussi, quand même...).

Plus spécifiquement :

Merci à **mon poussin en sucre** disneyphile qui fait des gâteaux. Même si tu entretiens mon complexe d'infériorité par ta supériorité intellectuelle !

Merci aussi à ceux qui ne liront pas cette ronéo, mais qui sont mes petits rayons de soleil.

Merci aussi à tous les utopistes du mooonndee qui rêvent d'un monde tout rose, où tout le monde serait heureux et tout et tout, parce que la résignation, le fatalisme, la morosité, c'est nul, et que continuer à croire en ses rêves, c'est bôôôôô et c'est important. Parce que les « cécomessa, épécétou », ça m'énerve. Bon sang de bordel de nouilles. *(Notez quand même que j'aime seulement les utopistes qui pensent comme moi, hein)*

Merci à **Margaux**, parce que c'est un caramel mou, et que j'aime les caramels mous.

A **Ava**, ses muffins à la banane, nos discussions en anglais à 4h du mat', et son sourire euphorisant. Oui, oui, euphorisant, carrément.

A **Solveig**, parce que sa tête me met toujours de bonne humeur (y a des gens, comme ça, qui ne font rien, mais qui donnent le sourire, je ne sais toujours pas pourquoi), et **Marianne**, pour ses gâteaux aux marrons et son insistance pour nous convertir au rugby (sorry, mais non, toujours pas ^^).

A **Mathieu**, parce qu'on ne l'écoute pas assez alors qu'il a raison. Et parce que « je boude », et que j'adore râler et m'énerver avec toi contre le reste du mondeeee.

Au local du Tuto, son canapé moelleux, ses tarots, son lecteur optique (*capricieux*), sa machine à café ...

Au **Tutorat** tout court, son bureau de la mort qui tue : Antoine, Ava, Clémence, Cyrielle (son fondant au chocolaat), Emilie, Hugo, Kiki, Laura, Luc (et son punch), Luca, Marine, Mathieu, Maxime, Sander (parce que BICHAT FOREVERG et que tu me donnes le sourire), Yaëlle, Yassine. *(notez que c'est par ordre alphabétique)*

A toutes les asso de Bichat. (notamment au BDA, parce que La cantatrice chauve c'est trop bien)

Aux **néo-P2** plus si « néo » que ça (c'est la crise ici aussi, donc pas de longue liste exhaustive =D). Et aux « p'tits » P1 qui vont tout déchirer.

Aux **ex-néo-P2** : squatteurs de local, faiseurs de cake au poulet (« il est trop ouuuuf »), buveurs de café... et autres particularités diverses.

Au Saint-Moignon, au bambou, au scotch et au car tuto.

Au chocolat, au café, à mon chat-réveil-matin-bouillotte, aux discussions sans queue ni tête, aux canards (volants et libres), aux gnomes qui vivent dans des champignons, aux hiboux magiques, à Ionesco, à Boris Vian, aux livres, au Soleil, à la Lune, à l'Univers entier, à mon cake aux brocolis, à la viiiiie, au punch coco, aux noisettes, aux kiwis (non, Luca, pas ceux-là), aux cookies.

A tous ceux que je n'ai pas la place de citer, et à tous ceux qui sont comme le gruyère râpé sur les gratins : sans eux la vie serait juste sympathique, mais avec eux, c'est encore meilleur.