

SOMMAIRE

Communications

page : 8

➤ Orientation diagnostique devant une hyperplaquettose	10
➤ Apport diagnostique et thérapeutique de l'arthroscopie d'épaule en 2002	10
➤ Actualités sur la prise en charge du mélanome cutané primitif isolé	11
➤ Diagnostic d'un œdème des paupières	12
➤ Equilibre glycémique de la femme diabétique avant et pendant la grossesse	12
➤ Le scanner en 2002 : évolution et résolution	13
➤ La Tomographie d'Emission de Positons (TEP) : place dans les bilans des cancers	13
➤ Découverte fortuite d'un anévrisme intracrânien, que faire ?	14
➤ Chirurgie de la Rhizarthrose	14
➤ Comment prévenir l'allergie alimentaire chez l'enfant ?	15
➤ Mauvaise haleine chez l'enfant	16
➤ Actualité dans la chondromodulation : concept de visco supplémentation	16
➤ Ménopause et sexualité	17
➤ Premier médecin sur les lieux d'un AVP, que faire ? Présentation du SAMU 59	17
➤ Quelles pyélonéphrites aiguës doivent être hospitalisées ?	18
➤ Examen de l'audition de l'enfant à 9 mois	18
➤ Actualités de la prise en charge du saturnisme de l'enfant	19
➤ Dosage du PSA ? Modalités en pratique courante	19
➤ Personnes âgées agressives et agitées : CAT	20
➤ Prophylaxie du paludisme, pour le voyageur : la fin d'un casse tête ?	20
➤ Les ostéochondrites de croissance : traitement ? Dispense de sport ?	21
➤ Urgences et œil : rôle du généraliste pour ne pas être iatrogène en attendant un hypothétique rendez-vous ?	21
➤ Les extra-systoles ventriculaires : lesquelles sont dangereuses ?	21
➤ Incontinence urinaire d'effort : TVT et Chirurgie minimale	22
➤ Suivi d'une greffe rénale	23
➤ Infections fongiques systémiques. Pourquoi et comment doivent-elles faire l'objet d'une surveillance ?	23
➤ Consommation de substances illicites Quels examens prescrire pour s'en assurer ? Comment interpréter les résultats ?	24
➤ L'échec thérapeutique ... peut être une histoire de gènes	25
➤ L'hémochromatose héréditaire : une question de santé publique. Une réponse structurée en réseau	25
➤ Quelles sont les vraies urgences en gynécologie ?	26
➤ Pronostic de la grande prématurité	26

Ateliers

page : 27

↘ Le ronflement	27
↘ Le retour de l'opéré digestif à domicile	27
↘ La contraception en 2002	27
↘ Maladies professionnelles : modalités de déclaration et conséquences socio-professionnelles	28
↘ La migraine : cas clinique	28
↘ Proctologie pratique	29
↘ Conduite à tenir devant un rhumatisme inflammatoire débutant chez un sujet âgé	30
↘ "Le dîner de cons" ou conduite à tenir devant une lombalgie aiguë, les nouvelles recommandations ANAES	31
↘ Escarres et cicatrisation, prise en charge à domicile	31
↘ Défibrillateurs semi-automatiques (utilisation pratique sur mannequin, les gestes élémentaires de survie...)	32
↘ Médications dans les pathologies multiples chez la personne âgée	32
↘ Prurit, urticaire	34
↘ Troubles statiques rachidiens de l'enfant	34
↘ Les MICI chez l'adulte : actualités thérapeutiques	34
↘ Invalidités, COTOREP, Handicaps	34
↘ Sevrage tabagique	35
↘ Le genou douloureux	35
↘ Cas cliniques en pneumologie de ville	35
↘ Atelier pratique sur l'insulinothérapie	36
↘ Epilepsie : diagnostic et actualités thérapeutiques, mise au point, cas cliniques	37
↘ Prescrire à bon escient les différentes techniques d'imagerie, à la hanche, au genou et au pied	37
↘ L'algodystrophie : quel bilan ? Quel traitement ?	37
↘ L'usage des psychotropes	37
↘ Tuméfaction cervicale	38

Séances Plénières

page : 39

↘ Soins palliatifs à domicile	39
↘ Les facteurs de risques cardiovasculaires	43
↘ L'élixir de jouvence ou comment bien vieillir	43
↘ Expertise commentée	44
↘ Douleur : prise en charge thérapeutique	45
↘ Substitution en imagerie : actualité	45
↘ Retour à domicile de l'accouchée : abords pluridisciplinaires	48
↘ Prévention des AVC : cela bouge !	50
↘ Thrombose veineuse : aspects pratiques en médecine générale	51
↘ Rencontre avec l'adolescent en difficulté. Quels motifs de consultation, quel décryptage, quels moyens de travail ?	52
↘ Les difficultés scolaires : du diagnostic à la prise en charge thérapeutique	53
↘ Traitement de l'ostéoporose : facteurs de risque, place de la densitométrie osseuse, traitement vitamino calcique, bisphosphonates et SERMs	54

Symposium satellite

page : 57

ORIENTATION DIAGNOSTIQUE DEVANT UNE HYPERPLAQUETTOSE

Professeur Francis BAUTERS
Service des Maladies du Sang – CHRU de Lille

L'on parle d'hyperplaquettose (ou thrombocytose) pour un chiffre de plaquettes circulantes supérieur à $450.10^9/l$, et ce indépendamment de l'âge et du sexe. La constatation en est le plus souvent fortuite. Il s'agit d'un problème de pratique médicale courante.

La majorité des hyperplaquettoses sont secondaires ou réactionnelles (suites immédiates d'une hémorragie abondante ou d'une crise d'hyperhémolyse, syndromes inflammatoires, carence martiale, suites de splénectomie) et elles s'accompagnent alors rarement d'un retentissement clinique d'ordre thrombotique en dehors parfois des suites de certaines splénectomies. Les autres étiologies concernent les hyperplaquettoses primitives qui recouvrent des pathologies acquises des cellules souches hématopoïétiques: syndromes myélodysplasiques, rarement, et surtout syndromes myéloprolifératifs chroniques. Au sein de ces derniers, la thrombocytémie essentielle est fréquente et touche de façon très prédominante la lignée plaquettaire. Elle se caractérise par un faible taux de transformations hématologiques spontanées, notamment de transformations leucémiques aiguës, à partir du moment où la cytogénétique a permis d'éliminer une forme thrombocytémique de leucémie myéloïde chronique. Elle comporte par contre un risque élevé de complications vasculaires d'ordre thrombotique et, à un degré bien moindre, hémorragique. Le diagnostic de thrombocytémie essentielle reste encore en grande partie un diagnostic d'élimination.

APPORT DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE DE L'ARTHROSCOPIE D'ÉPAULE EN 2002

Professeur Carlos MAYNOU
CHRU de Lille

Si l'arthroscopie du genou s'est considérablement développée dans les années 80, c'est durant la dernière décennie que l'arthroscopie de l'épaule a vu ses indications et ses techniques se préciser.

A la différence du genou, l'arthroscopie d'épaule garde toujours un intérêt diagnostique pour certaines pathologies où le scanner et l'IRMN conservent leur limite.

Certains conflits intra articulaires chez le sportif ou certaines lésions du complexe capsulo-labral de l'épaule ne peuvent être diagnostiqués que par technique arthroscopique.

Par ailleurs, la courbe d'apprentissage tant pour le diagnostic lésionnel que pour la réalisation des diverses techniques de réparation est beaucoup plus longue en arthroscopie d'épaule que pour la pathologie du genou.

De façon schématique, l'exploration endoscopique de l'épaule permet de diagnostiquer et de traiter des pathologies gléno-humérale ou de l'espace sous acromial.

En pathologie gléno-humérale, les lésions en rapport avec une instabilité à minima et les ruptures partielles profondes de la coiffe sont nettement visualisées sous

arthroscopie. Sur le plan thérapeutique, l'arthroscopie permet l'exérèse de corps étranger, l'avivement de lésion partielle profonde du sus épineux, la réinsertion du bourrelet glénoïdien ou du long biceps, voire une arthrolyse pour raideur d'origine capsulaire ; Le traitement des instabilités récidivantes par «Bankart arthroscopique» est envisageable, mais dans l'état actuel des techniques, il comporte un risque de récurrence de 10 à 15 % qui reste nettement supérieur aux techniques chirurgicales conventionnelles.

Dans la pathologie de la coiffe des rotateurs, l'arthroscopie sous acromiale trouve nombre d'indications parmi lesquelles l'acromioplastie décompressive, le traitement des tendinopathies calcifiantes et les réparations des ruptures tendineuses sont les plus pratiquées et ont relégué au second plan les techniques chirurgicales dite «à ciel ouvert».

Quelles que soient les indications, les avantages de l'arthroscopie ne sont plus à démontrer et nous citerons en particulier le moindre préjudice esthétique, l'absence de désinsertion deltoïdienne, la rapidité des suites opératoires et le raccourcissement de la durée d'hospitalisation et par voie de conséquence, la rapidité de reprise des activités professionnelles et sportives.

Il reste que malgré les progrès considérables des techniques et des matériels utilisés, les résultats obtenus pour le traitement des instabilités récidivantes et des ruptures transfixiantes de la coiffe sont perfectibles et encore inférieurs à ceux des techniques chirurgicales classiques, justifiant ainsi la poursuite des travaux dans ce domaine.

ACTUALITES SUR LA PRISE EN CHARGE DU MELANOME CUTANE PRIMITIF ISOLE

**Professeur F. Piette, Docteur Ph. Patenotre, Docteur X. Mirabel,
Docteur D. Huglo, Docteur E. Martin de Lassalle
Consultation Multidisciplinaire des Tumeurs Cutanées - CHRU Lille**

Le mélanome est après le cancer du poumon chez la femme le cancer qui connaît la plus forte augmentation d'incidence depuis plusieurs décennies. Malgré les campagnes répétées de dépistage, son diagnostic n'en est fait souvent que trop tardivement d'où la fréquence des extensions métastatiques ganglionnaires et viscérales. A ce stade, l'immunothérapie adjuvante et la chimiothérapie conventionnelles restent globalement décevantes. Quant à la thérapie cellulaire, ses résultats paraissent pour le moment très marginaux. Face à cette situation assez sombre, la poursuite des efforts pour une plus grande précocité diagnostique mais aussi l'inclusion d'un plus grand nombre de malades dans des essais randomisés sont indispensables.

La prise en charge du mélanome primitif a été marquée au cours de ces dernières années par l'apport de la dermatoscopie et la tendance à la réduction des marges de recoupe après l'exérèse d'identification qui permet également la mesure de l'épaisseur tumorale (indice de Breslow). Lorsque celui-ci est supérieur à 1,5mm, valeur à partir de laquelle le risque métastatique devient statistiquement élevé, le choix existe entre la mise en route d'un traitement adjuvant conventionnel par Interféron- α à faibles doses et l'inclusion dans un essai randomisé (Interféron pegylé – vaccination). C'est uniquement dans l'optique de sélection des malades que peut être proposée l'exérèse du ganglion sentinelle. En cas de positivité, la signification des micrométastases reste cependant toujours incertaine et l'intérêt thérapeutique du curage réalisé secondairement est actuellement en cours d'évaluation dans une étude randomisée américaine.

En ce qui concerne le suivi des malades, celui-ci reste avant tout clinique, complété en cas de difficulté par l'échographie ganglionnaire. L'éducation à l'auto-surveillance cutanée et ganglionnaire mensuelle, la prévention solaire, le dépistage chez les apparentés au premier degré, l'étude génétique en cas de mélanome familial feront également partie de la prise en charge. Quant aux bilans d'imagerie lourde, leur intérêt au stade de tumeur primitive paraît limité et à ne discuter qu'en cas d'indice de Breslow élevé.

DIAGNOSTIC D'UN OEDEME ORBITO-PALPEBRAL

Professeur E. DELAPORTE, Docteur O. CARPENTIER

Clinique Dermatologique – Hôpital Huriez

La laxité des tissus palpébraux, l'absence d'hypoderme et de système valvulaire antireflux des veines ophtalmiques favorisent la formation d'un oedème. Celui-ci doit être distingué d'un hématome ou d'une infiltration tumorale mais surtout des "poches palpébrales" induites par la saillie de la graisse orbitaire observée lors du vieillissement. Le mode de survenue, aigu ou chronique, le caractère uni ou bilatéral, la localisation principale, orbitaire ou palpébrale et l'aspect de l'œdème, inflammatoire ou blanc, permettent en général d'orienter le diagnostic vers une cause locale, loco-régionale ou générale. L'existence d'un chémosis, d'une exophtalmie, d'une injection conjonctivale, d'une gêne douloureuse lors des mouvements oculaires, d'un larmoiement ou d'une photophobie nécessitera l'avis d'un Ophtalmologiste.

Dans la plupart des cas, l'examen clinique permet de faire le diagnostic d'un oedème de cause locale. Parmi les causes loco-régionales, citons principalement le syndrome cave supérieur (1) dans lequel l'œdème orbitaire précède toujours le classique oedème en pèlerine ou la circulation veineuse collatérale. Enfin, l'urticaire, les maladies auto-immunes, en particulier les dysthyroïdies (2), et certains médicaments (3) sont les principales causes générales d'œdème orbito-palpébral.

1. Dyken JR et coll. Superior vena cava syndrome presenting as periorbital edema. *J Am Acad Dermatol* 1994;31:281-3.
2. Derancourt C et coll. Oedème palpébral révélant une maladie de Basedow. *Ann Dermatol Venereol* 1992;119:555-6.
3. Scrivener Y et coll. Oedèmes orbitaires induits par les médicaments psychotropes ? *Ann Dermatol Venereol* 1998;125:251-4.

L'EQUILIBRE GLYCEMIQUE DE LA FEMME DIABETIQUE AVANT ET PENDANT LA GROSSESSE

**Docteur Anne VAMBERGUE¹, Docteur Anne-Sylvie VALAT²,
Docteur Philippe DUFOUR², Professeur Francis PUECH²,
Professeur Pierre FONTAINE¹**

1 Service d'Endocrinologie et de Diabétologie, Clinique Marc Linquette, LILLE

2 Service de Gynécologie obstétrique Maternité Jeanne de Flandre

La grossesse chez la femme antérieurement diabétique reste une situation à haut risque pour la mère et pour l'enfant. En effet, actuellement, 10 ans après la déclaration de St Vincent, l'incidence des malformations congénitales restent deux à trois fois celle de la population générale, le risque de macrosomie est d'environ 50 % et la toxémie gravidique deux à trois fois plus fréquente. Les complications du diabète, notamment micro-vasculaires peuvent également progresser pendant la grossesse.

Sur le plan conceptuel, il existe dans la littérature suffisamment d'études qui ont démontré que le contrôle glycémique strict pendant l'organogénèse permet de diminuer le risque de malformations congénitales. Cependant, seulement le tiers des grossesses chez les femmes diabétiques sont programmées après optimisation de la prise en charge diabétologique en vue d'obtenir une normo-glycémie.

Au cours de la grossesse, malgré l'intensification de la prise en charge thérapeutique dans le but de prévenir l'excès de croissance, les résultats en terme de macrosomie restent décevants. Ceci peut être expliqué par le fait que les outils qui sont à notre disposition que ce soit en diabétologie (insulinothérapie optimisée, monitoring du profil glycémique, HbA_{1c}) ou en obstétrique (paramètres échographiques) doivent être améliorés dans cette indication qu'est la grossesse diabétique.

Par ailleurs, il est vraisemblable que même si la normo-glycémie est parfaitement obtenue au cours de la grossesse, il existe d'autres facteurs métaboliques, génétiques ou facteur de croissance, qui interviennent dans le déterminisme de la croissance fœtale. En effet, la macrosomie est multi-factorielle.

LE SCANNER EN 2002 : EVOLUTION ET REVOLUTION

**Professeur Martine REMY JARDIN, Docteur Ioana MASTORA,
Docteur Assia AMARA, Docteur Jacques REMY**

Les dix dernières années ont été le témoin d'une impressionnante évolution technologique en matière de tomодensitométrie, liée à l'introduction de la technologie spiralée c'est à dire d'une technologie permettant d'examiner le(s) organe(s) d'intérêt au cours d'une seule acquisition. Les avantages de la technologie spiralée par rapport aux acquisitions précédentes dites "séquentielles", c'est à dire obtenues "coupe par coupe", résident tout d'abord en un examen anatomiquement complet de l'organe à examiner, levant les risques d'omission lésionelle fréquents avec la technique séquentielle. Le deuxième avantage de cette technologie consiste en l'obtention d'opacifications vasculaires d'excellente qualité par une simple injection intraveineuse de produit de contraste iodé au pli du coude. Cette qualité d'opacification en routine clinique développée conjointement avec les techniques de reconstructions 2D et 3D permettent de comprendre pourquoi cette technique dite "mini-invasive" a progressivement remplacé la technologie artériographique classique plus invasive. Depuis son introduction en 1990, le scanner spiralé a connu plusieurs évolutions technologiques, dont l'aboutissement actuel est la réalisation d'examens précis, car obtenus en coupes millimétriques, de nombreux organes au cours d'apnées respiratoires de l'ordre de quelques secondes. Toutes les catégories de patients, même sévèrement dyspnéiques ou sans contrôle de la respiration comme en milieu pédiatrique, peuvent donc bénéficier de ces examens. Les indications actuelles du scanner, en particulier celles ayant rendus obsolètes certaines explorations paracliniques, et les développements encore attendus de la technologie spiralée seront synthétisés au cours de cette présentation.

LA TOMOGRAPHIE D'EMISSION DE POSITONS (TEP) : PLACE DANS LE BILAN DES CANCERS

**Professeur STEINLING, Docteur HUGLO,
Docteur DELCOURT, Docteur HECTOR**

La Tomographie à Emission de Positons (TEP) est une technique de Médecine Nucléaire utilisée en Oncologie Clinique depuis le milieu des années 1990. Biologiquement elle utilise les propriétés d'une molécule le Fluoro-Deoxyglucose (FDG) marqué par le Fluor 18 c'est un analogue du glucose transporté dans les cellules par des transporteurs spécifiques il y est transformé en FDG-6phosphate qui est piégé au niveau cellulaire car ne subissant pas les autres étapes de la dégradation du glucose. Le FDG s'accumule dans les cellules métaboliquement actives et en particulier dans certains cancers en phase évolutive (mais également dans les processus infectieux par exemple). La TEP régionale d'Oncologie Clinique Nord-Pas de Calais est opérationnelle depuis le mois de mars 2002, à l'initiative du Centre de Référence Régional en Cancérologie (CRRC), les formes administratives ayant été trouvées pour permettre un accès au Plateau Technique de toutes les structures de Médecine Nucléaire de la Région.

En un an, 928 patients ont été explorés avec une saturation atteinte dès janvier 2002. Actuellement, 130 patients sont explorés en moyenne par mois. Le décret du 18 décembre 2002 prévoit une carte sanitaire spécifique pour la TEP (une caméra TEP par million d'habitants), ce qui conduirait à quatre TEP dans la région. La saturation actuelle et les délais insupportables qui en découlent sont donc parfaitement compréhensibles. Qualitativement, 35 % d'explorations dans les cancers colo-rectaux bilans d'opérabilités de récidives et métastases, 23 % dans les indications pulmonaires (diagnostic différentiel des masses pulmonaires, bilan d'extension initial des cancers pulmonaires non à petites cellules ainsi que de leurs récidives et métastases) et 20 % dans les bilans de lymphomes (bilan d'extension initial, suivi thérapeutique précoce et maladie résiduelle). Les autres indications se répartissent entre bilans d'extensions initiaux des cancers du rhino-pharynx et des mélanomes. S'il est globalement reconnu la fiabilité des examens TEP (supérieure à 90 % et le plus souvent supérieure au résultat de la scanographie) encore faut-il en respecter les indications.

Une étude limitée, sur le retour d'informations montre que les demandeurs ont jugé les résultats fournis par la TEP utiles dans plus de 80 % des cas, et surtout ont permis une modification de stratégie thérapeutique dans 25 % des cas. Il est nécessaire et urgent que la région puisse être maintenant équipée rapidement des autres installations TEP nécessaires en tenant compte certes de la nécessaire proximité des patients, mais également des moyens humains disponibles, des prises en charge lourdes en particulier par les structures du CCRC et la nécessaire dimension de recherches cliniques dévolue à un CHU.

**DECOUVERTE FORTUITE D'UN ANEURISME
INTRACRANIEN,
QUE FAIRE ?
Professeur LEJEUNE**

**CHIRURGIE DE LA RHIZARTHROSE
Docteur C. CHANTELOT, Docteur C. FONTAINE
Service de chirurgie de la Main et du Membre Supérieur - Hôpital Roger
Salengro, CHRU de Lille**

Environ 10% des arthroses de la trapézo-métacarpienne (TM) résistent au traitement médical bien conduit et peuvent être traitées chirurgicalement. Traitement chirurgical non conservateur :

- L'arthrodèse TM :

La consolidation de l'arthrodèse est difficile à obtenir (5% à 50% de pseudarthrodèse selon les séries) et une immobilisation prolongée est nécessaire. L'indication reste pour nous le sujet jeune, travailleur de force et avec une atteinte isolée de la TM.

- La trapézectomie :

Le geste chirurgical consiste à réséquer le trapèze avec stabilisation du premier métacarpien et interposition tendineuse comblant la loge de la trapézectomie. Nous réalisons classiquement une voie dorsale avec stabilisation et interposition de la moitié d'un Flexor Carpi Radialis. Toutes ces techniques donnent des résultats cliniques identiques au vue de la littérature, il se produit dans tous les cas un collapsus de la colonne du pouce à plus ou moins long terme. Il faut compter à peu près 6 mois pour une récupération. L'indication pour nous est le sujet jeune où la prothèse peut être trop sollicitée, l'arthrose de la TM associée à l'arthrose scapho-tapézoidienne, une hauteur du trapèze insuffisante pour implanter une prothèse.

La chirurgie prothétique :

Nous utilisons la prothèse du groupe GUEPAR conçue en 1973 ; Celle-ci a continuellement évolué pour à ce jour donner de bons résultats à long terme. Les contres indications sont : hauteur du trapèze insuffisante, pouce adductus fixé, sujet jeune, travailleur de force. L'indication idéale est la femme d'âge supérieur à 55 ans. Les suites post-opératoires sont plus simples, l'immobilisation n'est que de 15 jours. La récupération est plus rapide sur le plan fonctionnel. Le raccourcissement du pouce écueil de la trapézectomie n'existe pas. La force est comparable au côté sain.

COMMENT PREVENIR L'ALLERGIE ALIMENTAIRE CHEZ L'ENFANT ?

Docteur MICHAUD, Professeur TURCK.

Unité de Gastro-entérologie, Hépatologie et Nutrition, Clinique de Pédiatrie, Hôpital Jeanne de Flandre et Faculté de Médecine, Lille.

Il est maintenant communément admis que la prévalence de l'allergie alimentaire est en augmentation régulière dans les pays industrialisés. Elle est estimée à 3,2% dans la population générale et 8% dans la population pédiatrique. La pathologie allergique résulte de la conjonction de facteurs environnementaux et génétiques. Dans la grande majorité des cas, l'enfant présentant une allergie alimentaire dans les premières années de vie a en effet au moins un de ses parents du 1^{er} degré (père, mère, frère ou sœur) qui est lui (elle)-même allergique. Le nouveau-né et le jeune nourrisson sont plus particulièrement à risque de sensibilisation aux protéines alimentaires en raison de l'immaturation des fonctions intestinales et immunologiques. S'il est illusoire de modifier le terrain génétique, il est possible d'optimiser l'introduction de différents aliments dans la première année de vie. La survenue de manifestations allergiques en rapport avec l'ingestion de produits alimentaires semble en effet liée en partie au mode d'alimentation proposé au cours des premiers mois de vie, en particulier chez les enfants à risque élevé d'allergie.

L'allaitement maternel doit donc être recommandé en première intention chez un enfant à risque: son rôle protecteur vis à vis des manifestations allergiques s'exerce sous réserve qu'il soit prolongé, au moins 4 mois et idéalement 6 mois, et exclusif, c'est à dire associé à une diversification alimentaire tardive. La protection contre l'allergie peut s'exercer bien au-delà de la période pendant laquelle l'enfant a été allaité. Le principe des laits hypo-allergéniques (HA) est de tenter de réduire le risque d'apparition de manifestations allergiques pendant leur utilisation chez le nouveau-né à risque qui ne peut être allaité par sa mère, en diminuant l'allergénicité des protéines du lait de vache par hydrolyse thermique et/ou chimique. Plusieurs études ont effectivement montré que l'utilisation de ces laits HA diminuait la fréquence des symptômes d'allergie au même niveau que celui observé chez les nourrissons allaités par leur mère, non seulement pendant leur utilisation mais également à distance.

Perspectives : Les probiotiques sont définis comme des micro-organismes vivants (*Bifidobacterium bifidum*, *Lactobacillus acidophilus*) qui survivent durant le passage dans le tube digestif et pourraient avoir un effet bénéfique sur les fonctions physiologiques et jouer un rôle préventif en particulier dans la survenue d'infections, de gastro-entérites, mais également dans la survenue d'allergies. Le rôle préventif sur l'apparition d'un eczéma de l'adjonction de probiotiques chez la mère allaitante et/ou le nourrisson à risque de maladie allergique a été récemment mis en évidence. D'autres études sont cependant encore nécessaires pour confirmer l'intérêt de ces aliments dans la prévention de l'allergie alimentaire chez l'enfant.

Conclusion : Chez le nourrisson à risque d'atopie, il est licite de retarder la diversification alimentaire après au moins 6 mois d'allaitement maternel exclusif ou, à défaut, d'utilisation exclusive d'un lait hypoallergénique dans le but de réduire pendant cette période le risque d'apparition de manifestations d'allergie. On conseille également de différer l'introduction de l'œuf et du poisson après l'âge d'un an et de l'arachide, la noix et la noisette après l'âge de 3 ans. De façon concomitante, il est utile de limiter dans l'environnement de ces enfants la densité des poussières de maison et des acariens, et de limiter les polluants, en particulier le tabagisme passif. Chez le nourrisson sans risque d'atopie, il est conseillé de ne pas débiter la diversification alimentaire avant l'âge de 4 mois. On conseille également dans cette population de n'introduire l'œuf et le poisson qu'après l'âge de 6 mois.

MAUVAISE HALEINE CHEZ L'ENFANT

Docteur L. MICHAUD, Docteur P. FAYOUX*, Docteur G. RAOUL.
Unité de Gastroentérologie, Hépatologie et Nutrition, Clinique de Pédiatrie,
Hôpital Jeanne de Flandre, *Service ORL et Chirurgie Cervicofaciale, Hôpital
Claude Huriez,
Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie, CHRU et Faculté de
Médecine, Lille

La mauvaise haleine, habituellement constatée par l'entourage proche de l'enfant, est un motif fréquent de consultation en pédiatrie. Elle peut être également découverte au cours de l'examen systématique d'un enfant consultant pour d'autres raisons. Ce symptôme peut être extrêmement invalidant chez l'enfant qui n'a pas toujours conscience de sa symptomatologie.

En dehors des pathologies sévères et rares chez l'enfant comme l'insuffisance hépatique, l'insuffisance rénale où la mauvaise haleine n'est qu'un des signes associés, on peut distinguer trois origines à la mauvaise haleine chez l'enfant : stomatologique, ORL ou digestive.

Les causes stomatologiques sont les causes les plus fréquemment retrouvées. La formation de l'odeur se fait à partir de la putréfaction protéique par les micro-organismes buccaux, en général anaérobies. Les causes stomatologiques sont habituellement retrouvées après un examen attentif de la cavité buccale, qui peut être complété par une consultation chez le chirurgien-dentiste. Il s'agit le plus souvent d'une dent cariée, de rétention d'aliments dans un appareil dentaire, d'une gingivite ou d'une parotidite.

Les trois principales étiologies ORL de mauvaise haleine chez l'enfant sont l'amygdalite caséeuse, la sinusite chronique, le corps étranger intra nasal. Toute pathologie pouvant conduire au développement de germes anaérobies ou de bacilles gram négatif au niveau de la sphère ORL peut en effet être à l'origine de mauvaise odeur.

Toute stase digestive au niveau du tractus digestif supérieur quelle que soit son origine (hernie hiatale, bézoard, achalasie de l'œsophage, colopastie), peut être à l'origine d'une mauvaise haleine chez l'enfant. Il s'agit cependant d'une éventualité peu fréquente. Une mauvaise haleine chez l'enfant a également été rapportée à une infection à *H. pylori* et attribuée à l'intolérance au lactose.

La mauvaise haleine a le plus souvent une origine stomatologique chez l'enfant. En cas de doute, une consultation du chirurgien-dentiste peut être nécessaire. Plus rarement l'interrogatoire, et l'examen clinique vont orienter vers une étiologie ORL ou digestive.

ACTUALITES DANS LA CHONDROMODULATION : CONCEPT DE VISCO SUPPLEMENTATION

Professeur Bernard DUQUESNOY
Service de Rhumatologie- Hôpital Roger Salengro – CHRU Lille

L'acide hyaluronique présent normalement dans l'articulation, synthétisé par les chondrocytes et par les synoviocytes. Cette molécule de haut poids moléculaire assure des fonctions mécaniques de lubrification du cartilage et d'absorption des chocs, mais également des fonctions métaboliques en interagissant avec les chondrocytes et les synoviocytes. Il intervient dans la composition des protéoglycannes qui assurent la compressibilité du cartilage. Il voit sa concentration et son poids moléculaire diminuer au cours de l'arthrose. De plus on assiste à une perturbation de la synthèse des protéoglycannes et de la visco-élasticité. Le cartilage devient plus vulnérable aux forces de friction et de compression. Les injections intra-articulaires d'acide hyaluronique assurent une visco-supplémentation, améliorent l'agrégation des protéoglycannes et pourraient relancer la synthèse endogène d'acide hyaluronique de bonne qualité.

Acide hyaluronique versus placebo

Six études contrôlées dans la gonarthrose montrent une supériorité significative en terme de douleurs, fonction, résorption d'épanchement avec effet retard sur quelques semaines avec un effet durable pouvant s'étendre jusqu'à un an.

Acide hyaluronique versus corticoïdes

Cinq études contrôlées montrent un effet immédiat similaire mais bénéfique après un mois et durable sur une période de un an.

Effet chondroprotecteur

Sur un suivi arthroscopique avec quantification des lésions cartilagineuses, 9 injections d'acide hyaluronique ralentissent la progression de l'arthrose sur un an

La visco supplémentation est actuellement indiquée dans la gonarthrose : 3 injections intra-articulaires à une semaine d'intervalle, habituellement peu douloureuses, si le geste est strictement intra-articulaire, exigeant de l'opérateur une expérience de tels gestes locaux. Le résultat antalgique est réel sur environ 10 à 12 mois dans 75% des cas, d'autant que l'arthrose est peu évoluée.. Elle peut être réalisée dans d'autres articulations notamment à la hanche. La prise en charge est partielle, complétée par certaines mutuelles.

La visco-supplémentation a actuellement pris place dans l'arsenal thérapeutique de l'arthrose.

MENOPAUSE ET SEXUALITE

Docteur Francis COLLIER

Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU Lille

Beaucoup d'idées préconçues continuent de conforter aujourd'hui le mythe selon lequel la sexualité s'estompe ou s'altère avec la ménopause.

Bien sûr, l'hypoestrogénie peut être délétère si elle entraîne un état dépressif, une atrophie ou une sécheresse vaginale.

Mais au-delà de cette évidence, connaît-on réellement la réalité de la sexualité après la ménopause, qu'il s'agisse de l'intensité du désir ou des possibilités d'accès au plaisir ?

Quels sont les paramètres organiques, biologiques, psychologiques, conjugaux et sociaux qui rentrent en jeu ?

Et quelle influence le traitement hormonal substitutif peut-il avoir sur cet aspect fondamental de la qualité de vie ?

1^{ER} MEDECIN SUR LES LIEUX D'UN AVP. QUE FAIRE ? PRESENTATION DU SAMU 59

**Docteur N. ASSEZ, Docteur O. LEGRAND-LORIAU,
Docteur P. GOLDSTEIN**

La France, avec 7 720 morts et 153 945 blessés détient cette année encore le triste palmarès et le plus haut taux de mortalité en Europe. Elle occupe le 2^{ème} rang mondial après les Etats Unis. Le secourisme routier est un réel problème de santé publique, affectant des sujets jeunes de moins de 25 ans. Pourtant, selon certaines sources américaines, 40% des décès seraient évitables avant l'arrivée des secours institutionnels : SMUR et sapeurs pompiers.

Les lésions du système nerveux central et les traumatismes rachidiens sont responsables de 50% des décès. Les hémorragies sont en cause dans 39%. Les deux roues paient un lourd tribut, mais la majorité des accidents mortels survient à bord d'une voiture de tourisme. Trois types de mécanismes peuvent ainsi être intriqués : choc direct, décélération, accélération. Les traumatismes à haute vitesse et la rapidité avec laquelle est appliquée la contrainte mécanique sont des facteurs essentiels de gravité.

La mise en sécurité est une priorité pour les victimes et les sauveteurs. En cas de danger imminent ou de risque de « suraccident » la maîtrise des techniques de dégagement est indispensable. De la qualité de l'évaluation dépend la qualité de l'alerte et des moyens engagés par le SAMU en interconnexion avec le 18. Même un "*médecin aux mains nues*" peut faire gagner de précieuses minutes à un traumatisé grave, par la reconnaissance d'une détresse vitale et l'application de manœuvres de réanimation

immédiates. Le contrôle par compression des plaies est capital. L'immobilisation et la contention antalgique sont une préoccupation constante, sous la directive de l'autorité médicale.

Mais le rôle du 1^{er} médecin sur les lieux ne se limite pas à des gestes techniques, il lui faudra aussi rassurer, reconforter victimes et témoins. A l'arrivée des secours médicalisés, une transmission entre médecins est indispensable. Si la réanimation pré hospitalière ne s'improvise pas, porter secours et assistance est l'affaire de tous. Tout médecin, même démuni, confronté à un accident grave constitue le maillon initial de la chaîne de soins qui engage souvent le pronostic et le devenir fonctionnel de ces blessés.

QUELLES PYELONEPHRITES AIGUËS DOIVENT ETRE HOSPITALISEES ?

**Professeur J. BISERTE, Professeur B. MAUROY,
Docteur A. VILLERS, Docteur J.L. BONNAL**

Plusieurs raisons nous incitent à tenter de limiter les hospitalisations pour pyélonéphrites aiguës (PNA) dans un Service de Chirurgie Urologique :

- ❖ des raisons médicales : comme le caractère bénin et rapidement résolutif de nombreux de ces épisodes infectieux,
- ❖ des raisons sociologiques : les patients répugnent de plus en plus à être hospitalisés surtout s'il n'y a pas d'examen spécialisés à réaliser ou si le traitement est simple à administrer,
- ❖ des raisons économiques : l'hospitalisation de patients non chirurgicaux et non programmés grève fortement le budget, le temps médical et paramédical et l'organisation d'un Service de Chirurgie dont les capacités budgétaires et d'hébergement doivent être optimisées.

On est ainsi amené à proposer une hiérarchisation de la gravité des PNA en 3 catégories :

- ❖ celles qui ne nécessitent qu'un bilan paraclinique minimum pouvant être obtenu en ville ou au cours d'un passage dans un Service d'Urgences Hospitalières,
- ❖ celles qui vont nécessiter une mise en observation d'une douzaine d'heures pour s'assurer de l'évolution,
- ❖ celles plus graves ou potentiellement graves qui seront hospitalisées plus longtemps.

C'est cette hiérarchisation qui sera présentée et discutée.

EXAMEN DE L'AUDITION DE L'ENFANT A 9 MOIS

**Professeur VANECLOO
Hôpital Roger Salengro – CHRU Lille**

Parmi les facteurs de développement les plus importants de l'enfant en bas âge, l'audition est une fonction probablement la plus sous-estimée. En effet, la surdité à cet âge est de diagnostic particulièrement difficile. Il faut néanmoins savoir que le diagnostic de surdité peut être réalisé dès la naissance grâce aux méthodes objectives. En ce qui concerne l'état actuel du diagnostic, celui-ci reste encore trop tardif car les examens objectifs ne sont pas réalisés. Par ailleurs, un certain nombre de surdités apparaissent secondairement et ne sont pas présentes à la naissance. C'est pourquoi, l'examen de l'enfant à l'âge de 9 mois est très important. La fonction auditive de l'enfant à l'âge de 9 mois peut être relativement facilement testée, elle utilise des tests subjectifs avec des sons de la vie quotidienne et calibrée. Le meilleur testing est celui du test comportemental auditif (TCA). L'utilisation des jouets sonores nécessite la collaboration de plusieurs personnes car l'émission des sons doit être faite en dehors du champ visuel de l'enfant, la réaction d'orientation représentant la meilleure réponse réflexe. Le diagnostic précoce permet de réaliser une prise en charge précoce, soit appareillage, soit maintenant dans les cas de surdité les plus importants (surdité totale ou profonde), la mise en place d'un implant cochléaire

ACTUALITES DE LA PRISE EN CHARGE DU

SATURNISME DE L'ENFANT

Professeure O. KREMP, Docteur C. BARBIER.
Hôpital Saint Antoine, Université Catholique de Lille

Le saturnisme infantile est connu depuis de nombreuses années comme étant une pathologie pédiatrique à part entière. Depuis de nombreuses années certains pays (Australie, USA, Canada,...) se préoccupaient de ce problème à travers un certain nombre de programmes de santé publique. Sa reconnaissance et sa prise en charge en France ne datent que d'une quinzaine d'années, avec une structuration progressive ayant impliqué différents partenaires médico-sociaux et de l'habitat. Les effets toxiques sont connus depuis longtemps et les diverses études parues ces dernières années ne font que confirmer des faits déjà connus, en particulier sur le développement psychomoteur, la scolarité. L'origine de l'intoxication est diverse (industrielle, automobile, peintures dans les logements anciens et dégradés, eau par les canalisations en plomb). Le dépistage, le repérage du risque et des facteurs de risques font l'objet de nombreux travaux, mais il ressort constamment que le degré de pauvreté et l'immigration récente sont les deux facteurs prépondérants dans ce domaine. La stratégie de prise en charge pour les enfants les plus intoxiqués reste la chélation par voie intraveineuse, ou plus récemment par voie orale. Le plus gros problème reste dans notre pays, celui de l'habitat, lieu d'intoxication majeur des enfants. Les collectivités territoriales responsables du problème n'étaient pas jusque là, en mesure de répondre correctement à la question, faute de moyens juridiques et financiers adaptés. La récente loi dite "précarité", précisée par les décrets et arrêtés de juin et juillet 99, insère un volet saturnisme, venant combler en partie ce manque. Le saturnisme fait maintenant partie des maladies à déclaration obligatoire, et sa prise en charge à 100 % est en cours d'élaboration. Dans la Région Nord Pas de Calais, de nombreux professionnels s'en sont préoccupés depuis longtemps, notamment à Roubaix, et autour des sites industriels pollués. La lutte contre le saturnisme est une des priorités du PRASE (Programme Régional d'Action Santé Environnement), piloté par la DRASS. Les enquêtes réalisées jusqu'à maintenant ont permis de montrer que plus de 6000 enfants de la région avaient une plombémie > 100 microgrammes/l.

Le problème dépasse largement le domaine médical, car les politiques de logement et d'immigration sont impliquées dans sa résolution. Le nouvel outil que représente la loi sur la "précarité" devrait donner des moyens aux responsables locaux. Les médecins ne doivent pas se contenter d'un dépistage et d'un suivi. Ils doivent s'impliquer dans le versant habitat de cette pathologie, et peser sur les politiques locales de réhabilitation et de logement.

DOSAGE DU PSA ? MODALITES EN PRATIQUE COURANTE.

Docteur JL BONNAL, Professeur B MAUROY, Professeur J BISERTE
Fédération Universitaire d'Urologie – Lille Roubaix

L'association française d'urologie recommande le dépistage du cancer de la prostate dès 50 ans et jusqu'à 75 ans et dès 45 ans si il existe un risque familial ou ethnique. La clef du dépistage repose sur l'association du dosage de PSA et du toucher rectal tous les ans. Parallèlement une information sur les limites, les risques du dépistage et des éventuels traitements doit être donnée. En dehors de cette recommandation il n'y a pas actuellement d'intérêt prouvé à réaliser un dépistage massif et systématique. La périodicité de ce dépistage pourrait être espacée à deux ans chez les hommes ayant un PSA > 2 ng/ml. Lorsque le PSA est compris entre 4 et 10 ng /ml avec un toucher rectal normal seulement 25% des patients testés auraient la maladie. L'usage du rapport PSA libre/PSA total (< 20%) est ainsi préconisé pour confirmer après une première série de biopsies négatives l'intérêt de nouvelles biopsies. Chez l'homme jeune à risque (45-50 ans) le seuil de normalité du PSA pourrait être abaissé à 3 ng/ml. Toutefois dans ce cas le taux de détection de cancer ne dépasse pas 15% .L'usage alors du dosage de PSA libre ou de PSA complexé peut être préconisé. En effet compte tenu d'une spécificité et d'une sensibilité meilleure l'utilisation du dosage du PSA complexé pourrait à terme remplacer le dosage du PSA libre voir du PSA total.

PERSONNES AGEES AGITEES ET AGRESSIVES : CONDUITE A TENIR

**Docteur D. HUVENT, Docteur J. ROCHE,
Professeur F. PUISIEUX, Professeur Ph. DEWAILLY**

Certaines personnes âgées ont un caractère difficile. Leurs attitudes, leurs paroles et parfois leurs comportements sont à la limite du supportable. Le médecin est appelé quand la tolérance et/ou la souffrance de l'entourage, des soignants ont atteint une limite.

Pour les malades âgés, ces troubles sont source d'une importante souffrance et d'une baisse de la qualité de vie. Ils augmentent le risque d'institutionnalisation. L'agitation est un symptôme fréquent en institution.

Pour les aidants, ils sont cause d'épuisement, de stress et de syndrome dépressif. Par le fardeau qu'ils constituent, ils représentent un facteur de risque non négligeable de maltraitance (abus, négligence...).

La connaissance de la biographie du malade permet parfois de croire que l'on a découvert un des facteurs d'agressivité ou d'agitation (carence affective, anciens contentieux non résolus, sentiment d'abandon secondaire au placement...). La personnalité du patient ne doit pas être seule prise en compte.

La difficulté en ce qui concerne les troubles psycho-comportementaux réside dans le fait qu'un même trouble peut être dû à des étiologies différentes. Deux grands types de causes sont à rechercher : une étiologie organique (confusion, affections intercurrentes, atteintes sensorielles, iatrogénie, alcool...) nécessitant un examen clinique soigneux où une perturbation de la relation patient/environnement (changement, introduction de nouveautés...).

En l'absence de prise en charge spécifique et adaptée, ces malades sont difficiles à supporter, notamment la nuit. La prescription de sédatifs, de benzodiazépines, de neuroleptiques sédatifs est tentante. Il ne faut cependant pas sous évaluer le risque de survenue d'un syndrome confusionnel avec grabatisation ou de troubles de l'équilibre avec chutes et risque de fractures du col fémoral.

Au total ces symptômes sont des messages mettant en jeu la relation avec l'entourage dont la prise en charge doit être *réfléchie, personnalisée et réévaluée* en limitant le recours trop facile aux psychotropes.

PROPHYLAXIE DU PALUDISME POUR LE VOYAGEUR : LA FIN D'UN CASSE-TETE

**Professeur Daniel CAMUS, Docteur Emmanuel DUTOIT,
Docteur Laurence DELHAES**

La diminution de l'efficacité des antipaludéens actuellement disponibles et l'absence de perspectives vaccinales concrètes dans un avenir immédiat incitent à privilégier la recherche de nouveaux médicaments. A ce titre, Malarone® est une nouvelle association orale, indiquée dans le traitement curatif des accès palustres simples dues à des souches de Plasmodium falciparum résistantes aux autres anti-paludiques, mais aussi en prophylaxie. Son activité reconnue contre les souches multirésistantes rend Malarone® utilisable par les voyageurs séjournant aussi bien en zone 2 qu'en zone 3, ce qui devrait faciliter le travail du prescripteur. Par ailleurs, la durée du traitement, limitée à 7 jours après le retour, rend cette présentation attractive et devrait permettre d'améliorer la compliance.

Malarone® correspond à une association d'atovaquone et de proguanil à effet synergique, active sur les formes intra-érythrocytaires et intra-hépatiques du parasite. L'efficacité thérapeutique globale de cette association est de plus de 98% chez des patients infectés en Asie du sud-est, en Amérique du sud ou en Afrique, et présentant des accès palustres non compliqués à *P. falciparum*.

Malarone® est également utilisée pour la chimioprophylaxie du paludisme. De nombreuses études ont d'abord été réalisées chez des sujets vivant en zone d'endémie

où, sur un ensemble de 600 participants, l'efficacité prophylactique avoisinait les 98%. Ces études ont été complétées d'observations effectuées chez plus de 2 000 voyageurs, adultes et enfants, se rendant occasionnellement en zone d'endémie, avec comme objectifs de confirmer l'efficacité du médicament dans des populations non-immunes, mais surtout d'évaluer la compliance. En effet, il est bien connu que tout événement indésirable que le voyageur/touriste impute à la prise d'une prophylaxie aboutit, le plus souvent, à une suspension de celle-ci, et donc à un risque accru de contracter un paludisme. La tolérance de Malarone® s'est avérée supérieure à celle de la méfloquine ou de l'association chloroquine-proguanil, avec une efficacité de 100%. Par ailleurs, l'activité de Malarone® sur les formes intra-hépatiques du parasite permet de suspendre la prise du produit 7 jours après avoir quitté la zone d'endémie.

**OSTEOCHONDRITE DE CROISSANCE : TRAITEMENT ?
DISPENSE DE SPORT ?
Docteur FRON**

**URGENCES ET OEIL : ROLE DU GENERALISTE POUR NE
PAS ETRE IATROGENE EN ATTENDANT UN
HYPOTHETIQUE RENDEZ-VOUS ?
Docteur LABALETTE**

**LES EXTRASYSTOLES VENTRICULAIRES :
LESQUELLES SONT DANGEREUSES ?
Professeur LACROIX
Faculté de Médecine, Hôpital Cardiologique de Lille**

Les extrasystoles ventriculaires (ESV) résultent de l'excitation prématurée du cœur à partir d'un point d'origine situé au-delà de la bifurcation du faisceau de His, au niveau du tissu conducteur lui-même ou au niveau du myocarde ventriculaire indifférencié. La survenue d'une extrasystole ventriculaire est un phénomène physiologique, qui chez l'adulte peut atteindre une fréquence quotidienne de 100 éléments /24 heures avant 50 ans et 200/24 heures après 50 ans. Chez 2% de la population normale ce nombre peut dépasser 1000/24 heures. Il s'agit en général d'ESV monomorphes, mais des formes polymorphes ou répétitives sont observées chez 2%-10% de ces sujets sains. La survenue d'ESV lors d'un test d'effort est encore plus fréquente concernant 10-20% des sujets, mais cette prévalence s'accroît encore en cas de cardiopathie. Ainsi, des ESV abondantes doivent faire rechercher une cardiopathie sous jacente, principalement coronarienne chez le sujet d'âge mûr en ayant recours aux données cliniques complétées le cas échéant par une échographie cardiaque et un test d'effort. Chez l'enfant ou le sujet jeune asymptomatique, des ESV abondantes ne doivent pas faire méconnaître certaines myocardiopathies génétiquement déterminées de type

dysplasique ou hypertrophique. Dans un contexte d'ESV-symptôme, la morphologie de l'ESV est de faible utilité, bien qu'un retard de type bloc de branche gauche (négativité dominante en V1) avec axe vertical soit en faveur de la bénignité. Dans le cas où les ESV surviennent ou font découvrir une cardiopathie, aucune situation ne justifie l'emploi d'anti-arythmiques qui peuvent même aggraver la mortalité. La situation est bien différente en cas de syncope sur cardiopathie, la constatation d'ESV isolées ou en formes répétitives est un élément statistiquement puissant en faveur d'une tachycardie ventriculaire à l'origine du symptôme, l'enquête étiologique doit alors faire la preuve du contraire dans la mesure où la sanction thérapeutique peut être lourde allant jusqu'à implanter un défibrillateur. Enfin, il ne faut pas oublier que certaines ESV peuvent indiquer une pathologie extra-cardiaque, respiratoire, endocrinienne ou métabolique nécessitant des mesures de correction appropriées, ou parfois correspondre à une somatisation d'un trouble anxieux ou dépressif. Il est clair dans ces situations, que là encore le recours aux antiarythmiques n'est pas la réponse adéquate.

INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT : TVT ET CHIRURGIE MINIMALE

Professeur MAUROY, Professeur BISERTE, Docteur BONNAL
Fédération Hospitalo-Universitaire d'Urologie Lille-Roubaix

Le formidable essor du TVT entre 1994 et 1999 nous a conduit à repenser la prise en charge chirurgicale de l'incontinence urinaire de la femme. Une nouvelle ère s'est ouverte : celle du traitement minimal, ou « minimally invasive » des anglo-saxons. De façon schématique, il faut aujourd'hui différencier 2 types d'interventions :

- Les interventions «classiques», réalisées par voie haute, mixte ou coelio-chirurgie ;
 - les colporraphies antérieures (Marion-Kelly) ne peuvent plus être valablement conseillées, car elles sont grevées d'un taux d'échec important, elles.
 - les interventions de suspension du col vésical, destinées à corriger l'hypermobilité urétrale ;
 - la colposuspensions rétro-pubienne, dont l'intervention de Burch reste le chef de file, est une intervention rapide, simple et efficace. Selon les séries, 81 à 92% des femmes sont guéries de leur incontinence au prix d'une dysurie peu importante. A long terme, on observe néanmoins une détérioration chez 12 à 30 % des patientes . La raison invoquée est celle de la mauvaise qualité de la paroi vaginale sur laquelle sont placés les fils de suspension.
 - La colposuspension paravaginale et surtout le SVS pallient à cet inconvénient en utilisant une fixation solide (l'arcus tendineux du fascia pelvien) et une bandelette prothétique solide (le SIS)
 - Les interventions destinées à corriger l'insuffisance sphinctérienne réalisent un soutènement du col par fronde, ou bandelette sous-cervicale, comme l'intervention de Goebell-Stoeckel. Elle utilise un montage efficace sur l'incontinence, avec des risques de détérioration considérés comme négligeables dans le temps. Mais c'est une technique invasive.

Le sphincter artificiel sort du cadre de cet exposé.

- Les interventions dites «minimales» ou « minimally invasive » De nombreuses techniques qualifiées « de techniques à minima », ont été développées, mais le chef de file incontestable en est la TVT, qui fait mieux (pour l'instant) que toutes les techniques alternatives. Avec la TVT, Ulmsten obtient, avec un recul de 2 ans, 84% de patientes totalement continentes et 8% d'amélioration, sans aucune complication opératoire. Jacquetin a présenté la première série française en 1998 : 11 obtient 90% de patientes guéries sans complications notables et avec un recul de 6 mois. Ces résultats concernent le traitement par TVT de l'incontinence urinaire d'effort quelque soit son type. Entre 1994 et 1999, le TVT a failli révolutionné nos certitudes car on a même pensé pouvoir proposer cette technique indifféremment pour la cure des deux types d'incontinence urinaire d'effort, c'est à dire l'hypermobilité urétrale et l'insuffisance sphinctérienne.

Les résultats du TVT sur l'IUE sont donc excellents au prix d'une morbidité faible, même s'ils sont un peu moins bon dans l'insuffisance sphinctérienne, où ils se situent selon les séries, entre 75 % à 85 % de guérison. Mais l'un des effets secondaires principaux de cette technique est la survenue, immédiate ou différée, d'une impériosité.

Cet effet secondaire peut dans certain cas être plus gênant que l'incontinence pré-opératoire, ramenant la continence globale dans certaines séries de 85 % à 75 % de continence globale.

En matière d'indications, il faut donc différencier l'IUE pure, c'est à dire sans trouble statique associée, de l'IUE avec cystocèle :

L'IUE pure peut être traitée par :

➤TVT

➤Burch par coelio ou open

➤L'IUE avec cystocèle ne doit pas être corrigée par TVT seule, en raison du risque d'impériosité et de trigonoptose secondaire. L'algorithme suivant peut être proposé. Mais il faut avoir à l'esprit, en matière de prise en charge chirurgicale de l'IUE :

- ❖ Qu'il s'agit d'une chirurgie fonctionnelle,
- ❖ Que le risque doit être discuté au cas par cas en fonction de la gêne ressentie et de l'âge de la patiente,
- ❖ que la technique la plus efficace est indiscutablement celle que le chirurgien maîtrise le mieux.

SUIVI D'UNE GREFFE RENALE

Professeur NOEL

Hôpital Calmette - CHRU Lille.

LES INFECTIONS FONGIQUES SYSTEMIQUES. POURQUOI ET COMMENT DOIVENT-ELLES FAIRE L'OBJET D'UNE SURVEILLANCE ?

Docteur D. POULAIN, Docteur B. SENDID, Professeur D. CAMUS
Service de Parasitologie-Mycologie. CHRU Lille.

Les infections fongiques profondes se situent au quatrième rang des infections nosocomiales. Elles affectent des patients fragilisés par l'affection primaire ayant justifié l'hospitalisation et les actes médico-chirurgicaux mis en œuvre pour la traiter. Elles sont déterminées par des champignons inoffensifs pour le sujet sain mais présentant un réel pouvoir pathogène lors de baisses locale ou générale, transitoire ou prolongée des défenses immunitaires, naturelles ou acquises. Les principaux champignons impliqués sont des levures, en général commensales du tube digestif (Levures du genre *Candida*, espèces *C. albicans*, *C. glabrata*) et des champignons filamenteux parmi lesquels la « moisissure » *Aspergillus fumigatus* est le pathogène opportuniste majeur.

Les infections surviennent dans les services hébergeant des patients à prise en charge lourde (Cancérologie, hématologie oncologique, réanimation, chirurgie digestive, néo-natalogie...). Leur fréquence et leur gravité est indirectement attestée par le coût des traitements antifongiques, qui atteint maintenant celui des anti-bactériens dans les hôpitaux universitaires.

Leur diagnostic clinique est difficile en regard d'une symptomatologie peu spécifique. Le diagnostic mycologique manque de spécificité car la mise en évidence du germe, dans les sites qu'il colonise normalement, ne prouve pas forcément son rôle pathogène. Pour ce qui est de sa présence dans les organes profonds sa mise en évidence reste très difficile. A ce titre les hémocultures manquent cruellement de sensibilité. De nouvelles méthodes de diagnostic biologique sont disponibles (détection d'antigènes et d'anticorps, PCR) mais leur intérêt dans la décision thérapeutique reste

encore à évaluer. Les progrès les plus sensibles ont été réalisés dans le domaine de l'imagerie, de l'aspergillose invasive par exemple, ou de la candidose hépato-splénique.

Dans un contexte où la durée d'hospitalisation est régulièrement réduite, il est essentiel pour le généraliste de considérer et de surveiller les risques de résurgence. Des manifestations ostéo-articulaires, oculaires, urinaires peuvent être en relation avec une phase chronique de candidose s'étant développée à bas bruit ou la persistance de troubles pulmonaires peut être indicative d'un foyer aspergillaire. Parallèlement le traitement des maladies inflammatoires chroniques par des produits interférant avec les mécanismes immunologiques basaux, tels les anti-TNF, génère une nouvelle catégorie de patients à risque. Il en est vraisemblablement de même pour les progrès des protocoles de greffe (îlots de Langerhans) plus efficaces, mieux tolérés, nécessitant une immuno-dépression modérée, mais à vie. Ainsi, il est fort probable que les champignons opportunistes étendent, dans les années à venir « la niche écologique privilégiée » dans laquelle ils exerçaient leur pouvoir pathogène pour n'être plus l'apanage de la médecine hospitalière.

CONSOMMATION DE SUBSTANCES ILLICITES... QUELS EXAMENS BIOLOGIQUES PRESCRIRE POUR S'EN ASSURER ? COMMENT INTERPRETER LES RESULTATS ?

**Docteur Nicole HOUDRET, Docteur Elisabeth VINNER,
Professeur Michel LHERMITTE.**

**U.F. de Toxicologie, Laboratoire de Biochimie et Biologie Moléculaire, hôpital
Calmette, CHRU de Lille**

C'est un fait, la consommation de substances illicites augmente partout dans le monde, en France comme ailleurs. Elle touche préférentiellement la population jeune mais aussi le monde du Travail et les difficultés d'appréhension du problème sont bien réelles. La mise en évidence d'une conduite addictive nécessite souvent une contribution biologique. Quelles sont les substances concernées ? essentiellement : cannabis, opiacés, cocaïne, amphétamines, LSD. Quelle matrice utiliser pour les rechercher ? l'urine car les temps d'élimination des formes métabolites sont compatibles avec un dépistage retardé par rapport au jour et heure supposés de consommation. Quelle méthode utiliser ? pour le dépistage urinaire, en première intention, l'immunoanalyse en compétition : ce groupe de méthodes utilise un anticorps reconnaissant le chef de file de la « famille » de substances à rechercher (la morphine, pour les opiacés par exemple). La nature de l'antigène en compétition ainsi que sa concentration (300 ng/mL de morphine par exemple pour les opiacés) sont des éléments clés de l'interprétation des résultats. Comment interpréter les résultats ? Par immunoanalyse, la réponse est qualitative par rapport à un antigène donné à une concentration donnée ; le « faux positif » lié, par exemple, à la présence d'analogues structuraux des amphétamines (type éphédrine ou fenfluramine) comme le « faux négatif », conséquence d'une dilution ou d'une adultération de l'urine par le patient sont possibles. Pour éliminer les faux positifs une démarche de confirmation par méthode chromatographique est indispensable. Le biologiste vérifiera l'intégrité du prélèvement (pH, créatinine,...) à la recherche de faux négatif. Qui peut réaliser ces analyses et à quel coût ? A priori, tous les LAM peuvent réaliser le dépistage immunologique des substances illicites, et ces actes biologiques sont pris en charge par la sécurité sociale (B120 par classe). Par contre, la confirmation d'un résultat positif sera effectuée dans un laboratoire spécialisé, essentiellement dans un CHU ou un CH.

Enfin, il ne faudra pas oublier que :- à la consommation de substances illicites est souvent associée une consommation de substances psychoactives telles que l'alcool, les benzodiazépines, le propoxyphène et que la connaissance de ces associations est importante pour une meilleure prise en charge du patient ; - le cheveu est aussi une matrice qui peut aider à la compréhension de cette consommation puisqu'il permet de dater les prises de substances illicites.

L'ECHEC THERAPEUTIQUE... PEUT ETRE UNE HISTOIRE DE GENES

Docteur Franck BROLY

**unité de Pharmacogénétique, Laboratoire de Biochimie et Biologie Moléculaire
Hôpital Calmette, CHRU de Lille**

Par leur fréquence et leurs conséquences, les anomalies de réponses aux médicaments (effets indésirables et/ou inefficacité thérapeutique) posent à l'évidence un problème médical, social et économique très important. Des études réalisées récemment aux USA, montrent par exemple qu'à eux seuls les effets indésirables aux médicaments sont responsables de l'hospitalisation de plus de 2 500 000 personnes par an, sont à l'origine du décès de plus de 100 000 personnes (ce qui en fait la 4^e cause de mortalité dans ce pays) et coûtent plus de 75 milliards de dollars à la collectivité. S'il n'ont pas encore fait l'objet d'analyses aussi précises, il est probable que l'impact des inefficacités thérapeutiques est également considérable. Diverses études montrent par exemple que près d'un individu sur 2 ne répond pas aux doses standard d'antidépresseurs tricycliques, qu'un sujet sur 3 ne répond pas aux β -bloquants ou que 30 % des traitements antipsychotiques sont inefficaces.

Les efforts réalisés ces dernières années pour identifier les mécanismes moléculaires responsables de ces phénomènes ont permis de démontrer le rôle considérable de l'hérédité dans l'effet des médicaments et de mettre en évidence de nombreuses anomalies génétiques à l'origine de réponses thérapeutiques anormales. Parallèlement, des méthodes permettant de détecter ces anomalies génétiques chez l'homme ont été développées. Les possibilités offertes par ces nouvelles techniques, sont remarquables. Elles permettent désormais de comprendre pourquoi certains patients développent des effets indésirables, une toxicité ou une inefficacité thérapeutique à des médicaments d'usage courant et d'intérêt thérapeutique majeur. Elles permettent surtout, avant l'administration des médicaments, d'identifier les individus susceptibles et de modifier ou d'adapter leur prescription et les modalités de surveillance du traitement médicamenteux au statut génétique des patients. C'est une révolution dans l'utilisation des médicaments. Le transfert progressif à des laboratoires de routine de ces techniques peu coûteuses et dont la simplicité d'emploi, la rapidité, et l'efficacité ne cessent d'être améliorés, devrait permettre d'éviter, au moins en partie, la survenue de réactions dites "idiosyncrasiques", considérées jusque là comme une fatalité inévitable, inhérente à la thérapeutique médicamenteuse, et d'améliorer l'efficacité et la sécurité d'utilisation d'un grand nombre de médicaments.

L'HEMOCHROMATOSE HEREDITAIRE : UNE QUESTION DE SANTÉ PUBLIQUE, UNE REPOSE STRUCTURÉE EN RESEAU

**Docteur P.M. DANZE, Docteur I. FAJARDY, Professeur J. ROUSSEAU,
Docteur A. DAUNIZEAU, Docteur P. DUTHILLEUL, Docteur V. CANVA
Docteur M.C. VANTYGHM**

L'hémochromatose héréditaire (HH) est la plus fréquente des maladies héréditaires monogéniques en Europe occidentale, touchant environ un sujet sur 300. Elle entre dans le contexte plus général des pathologies de surcharge en fer. Le diagnostic de la maladie repose sur trois étapes successives.

L'évocation du diagnostic est parfois typique avec son hépatomégalie sans signes de dysfonctionnements hépatiques cliniques ou biologiques en phase débutante, l'existence d'une mélanodermie et parfois déjà des signes de complications de diabète. Cependant, ces signes de révélation souvent très diverses ne doivent pas retarder le diagnostic qui doit être précoce pour limiter les complications ultérieures. Il faudra en particulier donner une importance à la triade asthénie-arthralgies-augmentation des transaminases (règle des 3A).

Le diagnostic de surcharge est biologique avec l'évaluation du taux de saturation de la transferrine sériques. Inférieur à 45%, il écarte une hémochromatose et la plupart du temps, on observe des taux supérieurs à 60 % chez l'homme et 50 % chez la femme. Ces variations doivent être analysées en fonction des sujets.

Le diagnostic d'HH est apporté par la recherche de la mutation C282Y du gène HFE. Trois situations peuvent se présenter : (1) le sujet est homozygote (C282Y +/+) pour la mutation, ce qui confirme le diagnostic. Il faut alors engager un bilan pour quantifier la surcharge et évaluer le retentissement métabolique et viscéral, (2) le sujet est hétérozygote (C282Y +/-), il faut alors s'assurer de l'absence d'autres facteurs susceptibles d'augmenter la sidérémie. La présence d'autres mutations portées par le gène HFE (essentiellement H63D) peut être en faveur d'une surcharge d'origine génétique. (3) le sujet ne présente pas de mutations. L'hémochromatose est alors peu probable et il conviendra de rechercher une étiologie autre avant d'envisager des formes génétiques très rares comme l'hémochromatose juvénile ou l'hémochromatose HFE-3 associée à une mutation du récepteur de la transferrine de type 2.

Devant ce problème de santé publique, impliquant les diverses spécialités médicales et biologiques et intéressant fortement la médecine générale, il nous a semblé important de réunir l'ensemble des intervenants autour d'un réseau régional qui a pour finalité de connaître l'impact de la maladie dans notre région, d'améliorer l'interprétation des observations cliniques et biologiques. Le réseau est déjà en place pour la biologie et les données biologiques et génétiques sont centralisées par les hôpitaux de Lille, Lens et Valenciennes. Les groupements régionaux des spécialistes (gastro-entérologues, endocrinologues, rhumatologues et d'imagerie) sont impliqués dans cette structuration qui sera bientôt fonctionnelle. Par ce moyen, nous espérons également informer et sensibiliser l'ensemble des praticiens à une pathologie dont le diagnostic est trop souvent tardif (le retard au diagnostic devant des arthralgies est estimé entre 4 et 10 ans !).

QUELLES SONT LES VRAIES URGENCES EN GYNECOLOGIE ?

Docteur Jean Philippe LUCOT
Hôpital Jeanne de Flandre – CHRU Lille

Le nombre de consultations pour motif gynécologique est en augmentation permanente. Devant la saturation des services d'urgences, il est nécessaire de réguler les motifs de consultation pour les limiter aux vraies urgences gynécologiques, tout en sachant qu'un grand nombre de patientes se présentent spontanément sans avis médical préalable.

Les vraies urgences sont celles qui mettent en jeu le pronostic vital, et elles sont largement dominées par la suspicion de grossesse extra-utérine. Ce diagnostic doit être évoqué dès lors qu'existent des troubles des règles et/ou des algies pelviennes. La notion de gravité de la grossesse extra-utérine, bien que réelle, doit être modulée par le fait que la plupart sont maintenant traitées par injection de Méthotrexate en ambulatoire. La place du médecin généraliste est ici fondamentale pour faire la part des choses. Les symptômes cliniques manifestement alarmants (hypotension, lipothymies, pâleur, défense abdominale) justifient d'un transfert médicalisé. Dans les autres cas, un β HCG demandé en urgence dans le laboratoire du quartier permet le plus souvent d'éclaircir la situation : lorsque le test est négatif, l'urgence n'est que relative et d'autres explorations peuvent être réalisées en ville. Lorsque le β HCG est positif, une échographie doit être réalisée, aux urgences ou en ville selon l'impression clinique.

Les autres situations à adresser aux urgences sont les suspicions de torsion d'annexe (attention : le kyste est souvent méconnu...), les salpingites aiguës et la nécrobiose aseptique de myome utérin. Ces pathologies présentent des symptômes classiques, centrés certes sur la douleur, mais comportant des signes plus ou moins spécifiques de la pathologie (fièvre, leucorrhées, contexte...) qui permettent d'en évoquer le diagnostic sans excès.

L'évolution de la démographie médicale et la saturation des services d'urgences impliquent d'avantage les médecins traitants dans la prise en charge des patientes. Cette nécessaire collaboration entre les médecins généralistes et les gynécologues obstétriciens sera facilitée par la création du Diplôme Universitaire de Gynécologie Obstétrique.

PRONOSTIC DE LA GRANDE PREMATUREITE

Professeur LEQUIEN
Hôpital Jeanne de Flandre – CHRU Lille

LE RONFLEMENT

**Docteur KAZUBEK,
Docteur MALLAERT,
Docteur DELMOTTE
Professeur CHEVALIER,
Professeur FERRI**

LE RETOUR DE L'OPERE DIGESTIF A DOMICILE

**Docteur HELFRICH,
Professeur TRIBOULET**

LA CONTRACEPTION EN 2002

Docteur LETOMBE, Docteur COLLIER, Docteur ROUANET

Si les françaises ont accès à la contraception depuis maintenant 35 ans, force est de constater que le nombre annuel des IVG, lui, stagne depuis 25 ans autour des 220000.

Les récents progrès réalisés dans le domaine de la contraception et les nouvelles mesures législatives permettront-elles, dans les années à venir, de voir disparaître cet apparent paradoxe, de voir la courbe des avortements s'infléchir ?

L'offre contraceptive ne cesse de s'accroître, dans le but d'en augmenter la fiabilité, la tolérance et l'observance.

Ainsi en 1999, avait-on accès au *MIRENA*®, dispositif intra-utérin au Lévonorgestrel.

- ❖ en 2000 à *CERAZETTE*®, première micropilule progestative antigonadotrope.
- ❖ en 2001 à *IMPLANON*®, premier implant au Desogestrel, efficace 3 ans.
- ❖ en 2002 à *JASMINE*®, première contraception mini dosée à effet anti-minéralocorticoïde.

Sur le plan législatif, l'accessibilité à la contraception a également été récemment facilitée avec, en décembre 2000, la loi sur la contraception d'urgence, puis, en juillet 2001, la possibilité de prescription contraceptive chez la mineure et l'intégration de la stérilisation dans l'arsenal contraception.

Or, en 2001, le nombre d'IVG a même tendance à augmenter ! Toutes ces mesures et ces progrès ne suffisent donc pas. Sans doute parce que le choix de la prescription contraceptive ne peut se limiter au respect des contre-indications. Il doit tenir compte, surtout dans le cadre de la contraception orale, du vécu personnel, des désirs et des craintes souvent inavoués.

Cela nécessite un temps d'information, d'éducation et de démythification des effets réputés néfastes, pré requis indispensable à l'efficacité du moyen choisi car nécessaire à la compliance.

L'arrivée prochaine de l'anneau vaginal, des patchs, des injectables mensuels, voire de l'implant chez l'homme n'échapperont pas non plus à cette règle.

MALADIES PROFESSIONNELLES, MODALITES DE DECLARATION, CONSEQUENCES SOCIO-PROFESSIONNELLES

Docteur VANNELLE , Docteur FANTONI, Professeur SOBASZEK

Les pathologies d'origine professionnelle sont extrêmement fréquentes. Parmi les affections les plus souvent rencontrées, il faut citer les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur, les hernies discales lombaires, les pathologies liées à l'amiante et les cancers professionnels. La particularité de ces pathologies réside dans leur multifactorialité puisque coexistent souvent facteurs professionnels et extra-professionnels, ce qui fait hésiter le praticien à inciter le patient à déclarer sa pathologie. Il faut néanmoins savoir que ces pathologies sont souvent déclarables (et recevables) au titre des maladies professionnelles, dès lors qu'un facteur professionnel est suspecté, même s'il existe d'autres co-facteurs. Cette déclaration est du ressort exclusif de la victime, auprès de sa CPAM. Cette démarche participative est délibérée. Cette déclaration doit obligatoirement être accompagnée d'un certificat médical initial rédigé par tout docteur en médecine. La procédure de reconnaissance peut être quelques fois ralentie (ou entravée) en raison de renseignements médico-administratifs insuffisants. Ces aléas, ainsi que la complexité apparente de l'instruction du dossier, incitent souvent le médecin traitant à l'abstention, dans la mesure où les avantages d'une telle déclaration ne leur apparaissent pas clairement. Ils sont pourtant multiples, non seulement sur le plan financier mais aussi en terme de protection du contrat de travail ainsi que d'éventuelles possibilités de reclassement. Afin que la procédure de reconnaissance soit facilitée, le médecin traitant à quelques fois, dans l'intérêt de son patient, à prendre contact avec des interlocuteurs susceptibles de le guider et le conseiller : ce peut-être le médecin du travail, le médecin conseil, mais aussi la consultation de pathologie professionnelle. Cette dernière vous permet d'étayer le lien entre la pathologie présentée et la profession exercée tout en laissant au médecin traitant, le libre arbitre de la stratégie à adopter, puisque ne se situant pas dans une procédure contradictoire.

LA MIGRAINE : CAS CLINIQUE

Docteur LUCAS, Docteur BLONDEL

Une jeune femme de 25 ans, vendeuse, vient vous consulter pour des crises de céphalées bilatérales, de début progressif, à type de barre, avec quelques nausées, gênant la patiente dans son activité quotidienne mais sans nécessité d'arrêt de travail, qui surviennent électivement le premier jour des règles. Ces accès durent 8 à 12 heures, augmentent aux efforts physiques et s'améliorent avec le sommeil. Elle n'a aucun accès en dehors des règles. Elle a un cycle régulier. Elle ne prend pas d'oestrogénique. La patiente vous reconseille 3 mois plus tard. Elle a toujours les mêmes accès de céphalées. Elle souhaite prendre une contraception orale. Elle fume 1 paquet de cigarettes par jour. Elle n'est pas hypertendue et n'a pas de dyslipémie. Elle est inquiète vis à vis de ces maux de tête si elle prend la pilule. Vous la revoyez 6 mois plus tard. Elle a désormais des accès de céphalées 4 à 5 par mois, pendant et en dehors des règles, qui sont beaucoup plus intenses, avec au moins 3 fois par mois nécessité de se coucher et avec des vomissements au bout de quelques heures. Ces accès surviennent surtout le week-end et s'accroissent les premiers jours de vacances. Par ailleurs, elle est inquiète car elle a 2 autres types de maux de tête: elle ressent plusieurs fois par semaine des coups de poignard ou des coups d'épingle à début brutal, dans l'œil, ou dans la tête, mais qui changent de place, qui durent quelques secondes, sans aucun autre signe. Elle a parfois 5 accès de ce type par jour. Après ses séances de jogging qu'elle pratique 2 fois par semaine, elle a une dizaine de minutes plus tard des céphalées bitemporales à type de pression ou parfois pulsatiles qui durent quelques heures mais qui ne l'invalident pas. Elle a très peur d'une tumeur cérébrale et vous demande s'il ne faudrait pas faire un scanner. Vous revoyez cette patiente au bout d'un an et demi. Elle revient vous consulter car les migraines sont devenues insupportables: elles sont devenues quotidiennes depuis 2 mois, moins intenses mais avec un fond douloureux permanent, avec parfois des paroxysmes. Aucun antalgique ne la calme (malgré la prise journalière d'effalgan codéiné, de propofan et parfois d'aspirine). Elle n'en peut plus, pleure facilement.

PROCTOLOGIE PRATIQUE

Docteur Jean-François CLAERBOUT, Docteur Raymond GLANTENET

TRAITEMENT DES HEMORROIDES

Traitement Médical

- Mesures hygiéno-diététiques :
 - conseils diététiques ?
 - hygiène locale simple, mais essentielle
- Correction des troubles du transit
 - corriger une éventuelle constipation
 - traiter une diarrhée chronique
 - éviter les efforts de poussée
- Veinotoniques ? Vasculotropes ?
 - posologie élevée en poussée aiguë
 - pas d'indication en traitement d'entretien
- Pommades et suppositoires en poussée aiguë
- AINS uniquement en cas de thrombose oedémateuse
- Corticoïdes chez la femme enceinte ou qui allaite (Ains: CI)

Traitement Instrumental

ambulatoire

Incision ou Excision d'une thrombose externe cruorique

après anesthésie à la Xylocaïne 1 ou 2 % par aiguille IM ou intradermique

- incision, au bistouri ou aux ciseaux dans le sens des plis radiés de l'anus
 - simple évacuation d'un caillot unique
- excision totale en cas de thrombose à multiples caillots ou de thrombose ancienne

Injection sclérosante au Kinurea

indication: anorragies, hémorroïdes de grade I par l'anuscope, sans anesthésie
seringue de 10 cc

montée d'un prolongateur métallique de 8 à 10 cm et d'une aiguille
intradermique type mesogloss 0,40mm

injections diamétralement opposées de 2 cc de Kinurea strictement sous-
muqueuses dans la zone sus-hémorroïdaire

inconvenients : douleur retardée (30 à 60 mn), lipothymie, ténésme

fréquence : une semaine entre chaque injection 3 à 4 injections maximum, sinon
changer de traitement

Photocoagulation

par applicateur d'infra-rouge même indication que la scléro appareillage coûteux,
risque hémorragique

Ligature élastique

pour les hémorroïdes de grade II et III

Cryothérapie contrôlée

couplée avec la ligature

Autres traitements d'utilisation confidentielle:

électrocoagulation unipolaire: ultroïd

électrocoagulation bipolaire: bicap

sonde réfrigérante: zéroïd

thermocoagulation

laser CO2 ou laser Yag

Traitement chirurgical

Hémorroïdectomie type Milligan-Morgan (intervention du St Mark's Hospital) pour
les hémorroïdes de grade III et IV

dissection des 3 paquets hémorroïdaires, ligature résection à la base

conservation des ponts cutané-muqueux

complétée ou non d'une sphinctérotomie.

Anopexie rectale Longo 1993

Réduction du prolapsus de muqueuse rectale

Par agrapheuse métallique circulaire

Laisse les hémorroïdes en place
Coût du matériel
Hospitalisation de courte durée

Gradation des Hémorroïdes

- I : Hémorroïdes internes visibles en anoscopie, non prolabées
- II: Hémorroïdes se prolabant dans l'anuscope à l'effort de poussée spontanément réductibles
- III: Hémorroïdes se prolabant lors de la défécation ou d'un effort réductibles manuellement
- IV: Prolapsus hémorroïdaire irréductible ou se reproduisant immédiatement après sa réduction

TRAITEMENT D'UNE FISSURE ANALE

Traitement Médical

Régularisation du transit intestinal
Inefficacité des veinotoniques et pommades anti-hémorroïdaires
Pommade nitrée
à base de Lenital gel dilué à 10% dans la vaseline vise à réduire l'hypertonie sphinctérienne n'existe plus !
Antalgiques non salicylés

Traitement Instrumental

Injection sous- fissuraire de quelques gouttes de Kinurea sous le plancher de la fissure, par aiguille IM douloureuse
récidives fréquentes
Injection intra-sphinctérienne de toxine botulique réduit l'hypertonie sphinctérienne par inhibition d'acétylcholine dans la jonction neuro-musculaire
Abandonnée !

Traitement Chirurgical

Résection de la fissure + Sphinctérotomie interne + Anoplastie

CONDUITE A TENIR DEVANT UN RHUMATISME INFLAMMATOIRE DEBUTANT CHEZ UN SUJET AGE

Professeur René-Marc FLIPO, Docteur BLONDEL
service Rhumatologie, hôpital R. Salengro, CHRU, 59037 Lille cedex

2000-2010 : « La décennie des os et des articulations » : Cette thématique prioritaire de santé publique a été reconnue à l'échelon mondiale en raison, d'abord et avant tout, de l'évolution démographique avec vieillissement des populations des pays dits industrialisés... d'où la prévalence considérable des affections rhumatologiques dominées par la maladie arthrosique et l'ostéoporose. Mais les rhumatismes inflammatoires ne sont pas l'apanage exclusif des sujets jeunes. Ainsi une polyarthrite rhumatoïde peut-elle débuter après 70 ans (et revêtir quelques particularités sémiologiques comparativement aux PR du sujet plus jeune...). PR qui initialement peut être totalement identique dans sa présentation à une pseudo-polyarthrite rhizomélique ... Mais une affection microcristalline comme une chondrocalcinose articulaire peut elle aussi totalement donner le change avec une polyarthrite rhumatoïde ... Et que penser des rares polyarthrites paranéoplasiques ou vascularites du sujet âgé ? Par ailleurs, de nouvelles thérapeutiques (coxibs... biothérapies de la PR...) apparaissent de manière plus facile chez les sujets âgés. Ainsi, nous nous proposons, à partir d'observations cliniques, de reprendre la démarche diagnostique actuelle pratique face à un rhumatisme inflammatoire débutant du sujet âgé. La discussion sera ouverte concernant la place des nouveaux anti-inflammatoires et traitements de fond chez le sujet âgé ... sans oublier la place de certains traitements préventifs comme les bisphosphonates dans la prévention de l'ostéoporose cortisonique...

LE DINER DE CONS OU CONDUITE A TENIR DEVANT UNE LOMBALGIE AIGUE, LES NOUVELLES REFERENCES ANAES

Professeur Bernard DUQUESNOY, Docteur ROUSSEAU

Service Rhumatologie – Hôpital Roger Salengro – CHRU Lille

Quand on parle de lombalgies, les idées reçues sont nombreuses : il y a rien de nouveau dans la mesure où la cause exacte demeure toujours inconnue, les traitements spécifiques restent aléatoires et l'impression générale est que l'on ne peut rien faire. Et pourtant, si on fait le point quelques instants sur nos conceptions anciennes des lombalgies par rapport aux recommandations et références actuelles force est de reconnaître que la prise en charge s'est beaucoup modifiée. La lombalgie aiguë est définie comme une douleur de la région lombaire, pouvant s'accompagner d'irradiations à la fesse, à la crête iliaque parfois à la cuisse ne dépassant qu'exceptionnellement le genou durant moins de six semaines.

Devant un tableau de lombalgies aiguës la première question est d'identifier les lombalgies dites symptomatiques. Les recommandations de l'Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé (ANAES) et les bonnes pratiques médicales nous disent : - en faveur d'une fracture la notion d'un traumatisme, d'une prise de corticoïdes ou un âge supérieur à 70 ans - en faveur d'une néoplasie, un âge supérieur à 50 ans, une perte de poids inexpliquée, un antécédent tumoral, un échec du traitement symptomatique. Dans ce contexte, numération formule sanguine et vitesse de sédimentation sont des examens à réaliser. En faveur d'une infection : une fièvre, une douleur à recrudescence nocturne, des contextes d'immunodépression, d'infection urinaire, des prises de drogue IV, de prises prolongées de corticoïdes. Ces éléments doivent faire nécessiter une recherche plus approfondie avec des premiers examens biologiques de routine et des examens d'imagerie. En dehors de ces cadres, il n'y a pas lieu de demander d'examens d'imagerie dans les sept premières semaines. Même les radiographies standard ne sont que de peu d'utilité.

Le traitement repose essentiellement sur la prise en charge médicale de la douleur. Ce sont les antalgiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les décontractants musculaires. Il n'a pas été identifié d'argument en faveur de l'effet bénéfique de la prescription systématique d'un repos au lit plus ou moins prolongé et même il est clair qu'un repos strict au lit peut être néfaste prolongeant la symptomatologie. La poursuite des activités ordinaires est hautement recommandée, compatible avec la douleur. La poursuite ou la reprise d'une activité professionnelle doit se faire le plus tôt possible. La corticothérapie par voie systémique n'a en aucune façon fait la preuve de son efficacité. La rééducation et la kinésithérapie n'ont jamais démontré une supériorité par rapport au traitement médical de même que les infiltrations épidurales. Plus de 90 % des lombalgies aiguës vont guérir en moins de six semaines. Seules 7 % à 8 % vont passer à la chronicité.

Dans ce contexte le lumbago n'est qu'un cas particulier de lombalgie particulièrement aiguës.

ESCARRES ET CICATRISATION, PRISE EN CHARGE A DOMICILE

**Corinne LESAGE (C.H.R.U. – LILLE), Liliane FOTEREK (C.H - ROUBAIX)
Linda PROUVOST (C.H - TOURCOING), Infirmières stomathérapeutes**

L'extension de la prise en charge à domicile de patients venant de milieu hospitaliers porteurs d'escarres et/ou de plaies chirurgicales (raccourcissement des durées d'hospitalisation, développement des réseaux hôpital-ville, des H.A.D...) ; nécessite la pluridisciplinarité des soins, l'uniformité des moyens et des méthodes de traitements.

Pour se faire, il est primordial de donner une information précise (transmissions, lettre de liaison...), de mettre à disposition l'information concernant les différents matériaux et de former en permanence les acteurs de santé.

Ainsi chez le patient porteur d'escarres à domicile, il faudra s'inquiéter :

- ❖ de son état général (biologie, hydratation, nutrition, mobilité ...)
- ❖ des moyens de prévention : - levée des pressions (cause principale de l'apparition des escarres) par l'utilisation de supports d'aide à la prévention (matelas, coussins...) - suppression de la macération et prévention de l'irritation cutanée par la prise en charge de l'incontinence...

Et d'autre part, la connaissance des différents stades de l'escarre (rougeur persistante, désépidermisation, nécrose...) par les différents acteurs de santé permettra la mise en place du traitement et son réajustement en adéquation avec l'évolution de la plaie

En ce qui concerne les plaies chirurgicales qui peuvent devenir chroniques (au delà d'un délai fixé à 4 semaines) par des facteurs favorisants tels que l'infection et le diabète... ; là aussi la connaissance de l'évolution de ces plaies et des différents stades de la cicatrisation est indispensable. Ceci afin d'utiliser au mieux les produits disponibles à l'hôpital comme en ville.

Actuellement ces **biomatériaux** sont très usités mais mal utilisés parfois, car mal connus (indications, modes d'action et renouvellement...)

- ❖ quand utiliser un hydrogel ?
- ❖ sur cette plaie, faut-il mettre un hydrocellulaire ou un hydrocolloïde ?
- ❖ que mettre sur une plaie exsudative et malodorante ?

Autant de questions auxquelles existent des solutions appropriées car :

« on peut tout mettre sur une escarre, sauf le malade ! »

et il faut

« panser en pensant milieu humide »

(Pr VILAIN)

DEFIBRILLATEURS SEMI AUTOMATIQUES (UTILISATION PRATIQUE SUR MANNEQUIN, LES GESTES ELEMENTAIRES DE SURVIE)

**Docteur FACON,
Docteur DEVIENNE**

MEDICATIONS DANS LES PATHOLOGIES MULTIPLES CHEZ LA PERSONNE AGE

Professeur François PUISIEUX, Docteur Raymond GLANTENET

«Si on jetait à la mer tous les médicaments du monde, ce serait un grand malheur pour les poissons. ..surtout les vieux poissons » Pr. Hugonot

En 1990, sous l'égide de la Direction Générale de la Santé, une brochure adressée à tous les médecins généralistes de France et intitulée «Prescrire un médicament aux personnes âgées, 10 minutes de lecture qui concernent 70 % de votre clientèle »,

commençait par l'énoncée de cinq aphorismes :

- L'âge à Lui seul n'interdit aucun médicament.
- L'âge à lui seul bouleverse les objectifs du traitement.
- L'âge à lui seul modifie les modalités de prescription.
- Avec l'âge, la pathologie iatrogénique devient plus fréquente, plus grave, plus atypique.
- A cet âge plus qu'à tout autre, le médicament ne résume pas le soin.

La polyopathie du sujet âgé et son corollaire, la polymédication sont les principaux facteurs de risque de iatrogénie. La pathologie iatrogène se rencontre trois à quatre fois plus fréquemment chez les sujets de plus de 70 ans que dans les autres tranches d'âges. Elle est responsable de 10 % des hospitalisations des personnes âgées. Les accidents sont allergiques dans 45 % des cas et toxiques dans 55% des cas.

En dehors de la polyopathie et de la polymédication, la mauvaise compliance au traitement, le non-respect des modifications pharmacologiques chez la personne âgée contribuent aussi à la plus grande fréquence des accidents médicamenteux.

Toutes les étapes de la pharmacocinétique sont modifiées avec l'âge mais il faut tenir compte surtout de la diminution de la filtration glomérulaire avec l'âge. Une créatininémie normale est faussement rassurante chez le sujet âgé. La formule de COCKROFT permet de calculer approximativement la fonction rénale du sujet âgé en tenant compte de l'âge, du poids et de la créatininémie du patient.

Plusieurs facteurs contribuent aussi à l'augmentation de la gravité de l'accident médicamenteux chez la personne âgée : décompensation d'une tare, alitement, hospitalisation, diagnostic tardif car symptômes atypiques, sensibilité particulière du sujet âgé.

Quelques règles pratiques doivent être respectées qui permettent de limiter le risque de complication iatrogène chez la personne âgée. Il ne faut pas de contenter de simplifications abusives du type « chez un sujet âgé, on prescrit demi-dose. »

- 1) Limiter l'objectif du traitement.
- 2) Ne pas multiplier les traitements symptomatiques.
- 3) Limiter le nombre de médicaments.
- 4) Choisir les formes galéniques d'utilisation simple
- 5) Limiter les doses et les adapter au déficit.
- 6) Limiter la durée de prescription.
- 7) Bien expliquer le traitement.
- 8) Avenir des effets secondaires possibles.
- 9) Surveiller et réévaluer les traitements mis en route.

Formule de Cockcroft

Homme :

$$C \text{ (ml/mn)} = \frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids en kg}}{\text{Créatininémie } (\mu\text{mol/l}) \times 0.8}$$

Femme :

$$C \text{ (ml/mn)} = \frac{(140 - \text{âge}) \times \text{poids en kg} \times 0.85}{\text{Créatininémie } (\mu\text{mol/l}) \times 0.8}$$

**PRURIT – URTICAIRE –
Docteur ROTTELEUR , Docteur KAZUBEK**

Le prurit est un symptôme banal qui peut être localisé ou généralisé, et qui est parfois très invalidant. La recherche d'une étiologie est toujours de mise.

L'urticaire est une des causes de prurit. Si l'urticaire aiguë est parfois inquiétante par son ampleur, c'est surtout en fait l'urticaire chronique qui pose de réels problèmes. Le bilan étiologique d'urticaire chronique est globalement peu rentable et la conduite à tenir se solde souvent par un traitement anti-histaminique au long cours. Dans cet atelier, nous envisageons plusieurs situations cliniques courantes : urticaire chez la femme enceinte, prurit sénile, urticaire chronique idiopathique... etc.

**TROUBLES STATIQUES RACHIDIENS DE L'ENFANT
Docteur HELFRICH,
Professeur HERBEAUX**

**LES MICI CHEZ L'ADULTE : ACTUALITES
THERAPEUTIQUES
Docteur VERBIESE,
Professeur CORTOT**

**INVALIDITES, COTOREP, HANDICAPS
Docteur LOUIS,
Docteur CRESPEL,
Docteur GILSKI**

SEVRAGE TABAGIQUE "L'AIDE A L'ARRET DU TABAC DANS LE CABINET MEDICAL"

Docteur DEVIENNE Jean-Marie, Docteur BONTE Dominique

La conférence de consensus d'Octobre 1998 préconise l'appropriation du sevrage tabagique par le médecin généraliste, dans la pratique courante.

L'efficacité des interventions des médecins pour la prise en charge des fumeurs a fait l'objet de nombreux travaux montrant :

- L'efficacité du « conseil minimal ».
- L'efficacité du sevrage tabagique par le généraliste.
- L'efficacité de la distribution de brochures par le généraliste.
- L'efficacité des séances de formation des généralistes à la prise en charge des fumeurs,
- La place prépondérante du médecin généraliste pour le sevrage d'un grand nombre de fumeurs dans une démarche de santé publique.

En effet, le médecin généraliste est un interlocuteur privilégié car :

- Il est le premier recours dans le système de santé,
- Il connaît souvent les habitudes du patient et son statut social,
- La nature de la relation médecin/malade est particulière,
- Le patient est un auditeur « captif » pour recevoir les messages du médecin,
- Le patient écoute le médecin comme une autorité crédible en matière de santé,
- Le médecin voit le patient quand il est malade ou souffre de maladie liée au tabac, à un moment où il est le plus vulnérable et peut être motivé à changer,
- Il a l'opportunité d'intervenir souvent et de répéter les messages en vue de l'arrêt du tabac.

Cet atelier interactif a pour objectif:

1. De **confronter** les pratiques et les représentations des participants sur ce sujet.
2. D'**inviter** les participants à optimiser leur comportement dans la prise en charge tabagique, en particulier :
 - L'inscription automatique du tabac dans les signes vitaux,
 - La maîtrise et l'utilisation de la démarche de *PROCHASKA*,
 - Une meilleure utilisation d'outils (*COTESTEUR, tests divers*) et de la pharmacopée disponible (*Substituts nicotiques, Bupropion, etc..*)

**LE GENOU DOULOUREUX
Docteur LAMBILLIOTTE,
Docteur GOUGEON**

**CAS CLINIQUE EN PNEUMOLOGIE DE VILLE
Professeur MARQUETTE,
Docteur VERKINDRE,
Docteur MANECHEZ**

ATELIER PRATIQUE SUR L'INSULINOTHERAPIE DANS LE DIABETE DE TYPE 2

Docteur LEMAIRE, Docteur ROUANET

POURQUOI DEBUTER UNE INSULINOTHERAPIE DANS LE DIABETE DE TYPE ?

Car il existe une détérioration inéluctable de l'insulino-sécrétion (UKPDS) il est nécessaire de traiter nos patients dans le but d'obtenir une normo-glycémie constante.

Les outils actuels sont bien connus mais utilisés avec une efficacité insuffisante il faut donc être plus agressif et très vite anticiper la détérioration de l'insulino-sécrétion. Celle ci peut s'apprécier sur l'hémoglobine glyquée, le dosage est à effectuer tous les 3 mois les critères de l'ANAES doivent être pris comme référence :

L'objectif optimal à atteindre est une valeur de l'hémoglobine glyquée inférieure ou égale à 6.5%. Lorsque l'hémoglobine glyquée se situe entre 6.6 et 8% à deux contrôles successifs, une modification du traitement peut être envisagé en fonction de chaque patient. Lorsque la valeur de l'hémoglobine est supérieure à 8% sur deux contrôles successifs, une modification du traitement est recommandé. Il est urgent d'agir !

QUAND DEBUTER L'INSULINE ?

Dés l'échec d'une thérapie orale bien conduite, à dose maximale 15 mg de Glibenclamide, et 3 g de Metformine, ± associés aux inhibiteurs des alphaglucosidases, du Benfluorex ou des glitazones.

Sur le plan éducatif, il est préférable au début de la maladie de ne pas menacer le patient diabétique du traitement par insuline afin de ne pas accroître les représentations négatives ou l'angoisse que peut générer ce type de traitement. Il faut rapidement en parler au patient de façon positive afin que ce traitement soit bien accepté. L'insuline est un outil qu'il faut dédramatiser auprès des patients diabétiques.

Afin de mieux connaître les représentations vis à vis de l'insuline, quelques phrases peuvent être utiles « Qu'est ce que l'insuline représente pour vous ? ».

La tendance actuelle est de maintenir la thérapeutique orale et d'y associer une insuline le soir au coucher « le Bed Time des anglosaxons ». L'utilisation de stylos injecteurs ou d'autres matériels (Innovo, Innolet) permet une acceptation plus facile du traitement. Une injection d'insuline NPH est réalisée au coucher, en débutant par 0.1 à 0.2 U par kg de poids puis en augmentant progressivement les doses d'insuline afin de contrôler la glycémie à jeun. Les hypoglycémies sont rares (insulinorésistance) mais il faut tenir compte du profil glycémique particulier du diabète de type 2 avec une élévation de la glycémie à jeun, un pic glycémique dans la matinée, puis une réduction de la glycémie en fin d'après-midi, période où le risque hypoglycémique est maximal.

Lorsque les glycémies sont insuffisamment contrôlées avec ce schéma, notamment dans la journée, il semble préférable d'introduire un schéma reproduisant de façon la plus exacte possible la physiologie, c'est à dire une injection d'une insuline ultra-rapide avant chaque repas, qui permettra d'écrêter les glycémies post-prandiales, et 2 injections d'insuline NPH, pour couvrir les besoins en insuline dans la journée. Les antidiabétiques oraux sont généralement arrêtés en dehors des Biguanides (action favorable sur les éléments du syndrome d'insulinorésistance). Une prise de poids modérée est fréquente (réduction de la glycosurie).

Nous aurons très bientôt de nouvelles insulines d'action lente (la Lantus du Laboratoire Aventis, ou l'insuline Detemir du Laboratoire Novo) et qui auront de nombreux avantages, tant dans leur pharmacocinétique que dans leur utilisation (insuline claire).

**EPILEPSIE : DIAGNOSTIC ET ACTUALITES
THERAPEUTIQUES
MISE AU POINT, CAS CLINIQUES**

**Docteur GLANTENET,
Professeur DERAMBURE**

**PRESCRIRE A BON ESCIENT LES DIFFERENTES
TECHNIQUES D'IMAGERIE A LA HANCHE,
AU GENOU ET AU PIED**

**Docteur VANNELLE,
Docteur BOUTRY**

**L'ALGODYSTROPHIE : QUEL BILAN ?
QUEL TRAITEMENT ?**

**Docteur LAMBILLIOTTE
Docteur BERA LOUVILLE**

L'USAGE DES PSYCHOTROPES

**Docteur BORDET
Professeur THOMAS**

LES TUMÉFACTIONS CERVICALES

Professeur Dominique CHEVALIER, Docteur DELMOTTE
Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie Aile Ouest
Hôpital Claude Huriez CHRU Lille

Dans le cadre de la pathologie cervicale, la grande fréquence des tuméfactions cervicales s'oppose à la fréquence plus rare des lésions malignes, mais au pronostic beaucoup plus réservé si le diagnostic manque de précocité.

La clinique reste un temps essentiel dans la démarche diagnostique, la tuméfaction étant directement accessible à la palpation et l'auscultation. L'interrogatoire aura auparavant précisé les modalités évolutives de la lésion. L'examen clinique s'attache également à rechercher une pathologie associée des voies aéro-digestives supérieures qui pourrait être le point de départ de la lésion cervicale.

L'imagerie s'inscrit dans la recherche diagnostique, faisant appel à l'échographie, de mise en œuvre rapide et non invasive, au scanner voire l'IRMN dans le cadre de l'étude des rapports de la masse avec les éléments de voisinage, d'un coût plus élevé et d'un délai plus long.

Le diagnostic histologique reste une nécessité dans la prise en charge de ces lésions, soit sous forme d'une ponction cytologique qui guide le traitement ultérieur, soit sous forme d'une exérèse qui peut réaliser le temps diagnostique et thérapeutique simultané.

Le diagnostic une fois posé, ou fortement suspecté, permettra de mettre en œuvre les moyens thérapeutiques adaptés, sous forme d'un traitement qui pourra être médical, chirurgical voire une abstention thérapeutique si l'on peut s'attendre à une évolution spontanément favorable.

SOINS PALLIATIFS A DOMICILE FINIR SA VIE CHEZ SOI EST-CE POSSIBLE ? Docteur J-M GOMAS, Docteur KAZUBEK, Docteur BLONDEL

Les soins dit palliatifs à domicile ne concernent pas que les soins terminaux et commencent souvent bien en amont de la fin de vie ; ils devraient être des soins continus où l'approche du malade se fait de manière coordonnée et sans rupture au fil des étapes successives de la maladie ou de l'altération gériatrique. Coordinés et sans rupture : donc en collaboration entre domicile et hôpital, en partenariat avec tous les acteurs et en interdisciplinarité.

Mais soyons réalistes : de nombreuses contraintes du système de soin ne vont pas du tout dans ce sens, depuis la formation initiale des médecins jusqu'à la nomenclature, de la pauvreté éthique de notre système aux pressions sociologiques vers l'immortalité !

Le "maintien à domicile " ne peut être un but en soi, un dogme professionnel : chacun devrait pouvoir rester acteur de sa vie jusqu'au bout, entouré si cela est possible et vivable, par les siens.

L'anticipation est essentielle ; mais ce sont surtout les liens familiaux, la présence et l'autonomie des aidants naturels qui permettra éventuellement de garder ce sujet âgé, chez lui.

Osons le dire : c'est bien le sens de la vie de famille, l'énergie de l'affection filiale ou conjugale qui sert de fondement à la motivation de tous pour vivre ce dernier chemin auprès du patient. C'est dire si cet accompagnement de fin de vie est directement dépendant de l'histoire, des personnalités, des liens entre le sujet âgé et ceux qui l'entourent

C'est alors seulement que cela est "possible, voire souhaitable".

Mais les troubles cognitifs rendent parfois impossible la réalisation du désir de la famille du malade : l'hospitalisation est alors inévitable, dans un climat de culpabilisation justifiant un soutien attentif des professionnels .

Les concepts permettant les soins à domicile sont souvent simples, même si leurs applications pratiques se confrontent aux effets de structures, à l'imperfection humaine, à des contraintes multiples.

Chaque professionnel de santé doit, avec les richesses et les ressources locales, inventer des solutions toujours plus proches de ce que vivent les malades lors de leur fin de vie ; mais Il est illusoire de donner des directives pratiques communes à un généraliste parisien et à un médecin en milieu rural, vu la diversité des ressources et des contextes rencontrés.

En revanche, les principes des stratégies, l'éthique de la relation sont les mêmes et méritent d'être approfondis, car ils sont encore trop peu mis en actes.

1 - APPROCHE GLOBALE DU MALADE ET DE SON ENTOURAGE

- Se centrer résolument sur la dignité de la personne, sa liberté d'accepter les stratégies proposées après un consentement convenablement éclairé. Ce consentement doit être mis dans les perspectives de la nouvelle Loi de mars 2002 ; mais les altérations cognitives rendent souvent ce consentement problématique : l'avis de la personne de confiance prend toute sa valeur dans les éléments de la décision medico-soignante.

- Penser à préparer (anticipation, cheminement relationnel) les évolutions bien longtemps avant la période de fin de vie
 - cette préparation instaure le climat de confiance,
 - prépare la famille à s'appuyer sur la compétence du généraliste, ce qui conditionne l'accompagnement ultérieur
- relation authentique avec le malade, guide de la dynamique de soin
 - "soutenir le regard" : lien qui garde du sens même dans les altérations cognitives
 - implique du temps, de l'espace, de l'écoute vraie
 - oser annoncer puis accompagner les mauvaises nouvelles
- relation optimisée avec l'entourage,
 - au mieux des possibilités souvent restreintes
 - en repérant le (s) référent(s) relationnels

2 - COMPETENCE CLINIQUE

- connaissance des pathologies en cause
 - indispensable pour s'insérer dans les stratégies et anticiper les crises
 - indispensable pour s'adapter aux objectifs réalistes, en rapport avec le déficit cognitif, la fin de vie ...
- connaissance sur le contrôle de la douleur et des symptômes
 - "conversion intérieure" pour faire évoluer les blocages engendrés par la faculté sur ces sujets thérapeutiques : les bonnes pratiques cliniques actuelles sont souvent le contraire de celles qui étaient enseignées il y a 15 ans ! (sur les escarres, les douleurs, les perfusions, l'agonie..)
 - formation au contrôle des symptômes, loin du dogmatisme scientifique
- méthodologie de prise de décision
 - formation éthique : pour préciser les arguments qui font poursuivre ou alléger un traitement lourd dans une maladie évolutive
 - pour préciser à la famille l'inutilité de l'alimentation et même de l'hydratation dans les derniers jours

3 - TRAVAIL " EN RESEAU"

Cette notion (hypocritement) à la mode n'aurait jamais dû quitter notre système et son organisation ! Travailler en "transversal" devrait être naturel ...

Au quotidien, le réseau n'est rien d'autre qu'un travail d'équipe bien compris où l'on accepte les complémentarités : équipe avec les hospitaliers, équipe à domicile.

Encore faut-il que la règle du jeu soit honnête, et la même pour tous les acteurs ...

- des outils :
 - mise en place d'un cahier de transmission au domicile
 - rendre effectif les organes de liaisons existants (courriers, rencontres...)
- des partenaires :
 - qui ont conscience de leurs limites
 - qui acceptent d'échanger des informations
- des moyens nouveaux grâce au FAQSV et aux innovations en cours d'expérimentations : innovations de prise en charge, des remboursements, des forfaitisations...

4 - ORGANISATION MATERIELLE

Il faut être inventif !

- adapter à temps l'environnement du soin à domicile
- utiliser toutes les ressources des matériels d'aide : du lit de soin à la cuvette, en passant par la téléalarme ou le demabulleur

Ainsi un lit de soin rentre à peu près n'importe où, même dans les petites pièces ; mais le plus dur est de faire accepter le bouleversement du mobilier qui marque les racines des familles et leurs histoire intime!.

5 - ORGANISATION DE L'EQUIPE SOIGNANTE ET COORDINATION AU QUOTIDIEN

- libéral ou salariée en SAD ou HAD, l'équipe est composée de soignants qui sont des partenaires, sûrement pas de simples effecteurs subalternes et à peine considérés
- cahier de transmission indispensable (respectant confidentialité et secret médical partagé s'il le veut)
- rencontre de vive voix au moins de temps en temps
- surtout s'assurer que le projet de soins est compris par tous et chacun, et cohérent dans son application

ex : si morphine il y a, personne ne la critique
si kinésithérapie : tous d'accord sur le but à atteindre, adapté aux possibilités réelles
si hospitalisation : transmission de vraies informations
etc ...

6 - LIMITE DU SOIN PALLIATIF A DOMICILE

Mais **tout n'est pas possible à domicile**. Certains patients ou certaines familles ont "besoin" de l'hôpital pour ce temps ultime, par desinvestissement de leur domicile ou besoin de la sécurité hospitalière.

Certains malades présentent également des risques de complications dont la pénibilité pour l'entourage font préférer l'hospitalisation : l'hémorragie externe des cancers O.R.L. ou des tumeurs superficielles, les vomissements incoercibles des occlusions . L'agitation mal contrôlée, la peur du coma, de l'étouffement, des convulsions peuvent forcer un entourage déjà fatigué à hospitaliser le patient ; malheureusement peu de circuit spécifiquement gériatrique existent, et l'attente aux urgences du secteur durera souvent des heures...

De toute façon nous ne pouvons tout "maîtriser" ! Un certain nombre de patients garde des douleurs difficiles à contrôler à domicile. Mais ces malades ne seront davantage en sécurité à l'hôpital que si l'équipe est rompue à ces traitements et surtout à une présence relationnelle intense.

Nous ne sommes pas là pour imposer à une famille d'assumer à domicile une fin de vie compliquée, en leur faisant prendre des risques excessifs pour eux-mêmes et le malade. Ces rehospitalisations ultimes ne devront pas être vécues comme des "échecs" du soin à domicile, qui a des limites.

Nous sommes au service d'un équilibre fragile dans une histoire à chaque fois singulière, ou se mêle désir du malade et désir de la famille.

Le sens de leur vie leur appartient, nous ne sommes que de modestes catalyseurs du confort et de la communication - si celle-ci est possible-, jusqu'aux ultimes instants.

Références:

- SAUNDERS C., BAINES M. *La vie aidant la mort*,. Ed MEDSI, 2 ème Ed. 1992
- GOMAS J-M.- *Soigner à domicile des malades en fin de vie*. Ed DU CERF, 2ème ed. 1993, tirage 2001
- Collectif : *Manuel de soins palliatifs*, Dunod, 2000

ORGANISER DES SOINS PALLIATIFS A DOMICILE : L'ESSENTIEL

Docteur GOMAS

- ❖ - relation authentique
- ❖ - compétence clinique rigoureuse
 - si on ne sait pas : travail en réseau
 - s'adapter aux spécificités gériatriques
- ❖ - anticiper les douleurs physiques
- ❖ - anticiper les demandes psychologiques
- ❖ - prendre du temps pour parler à l'entourage
- ❖ - respecter l'équipe de soins :
 - faire exprès de se voir de temps en temps
 - lire et prendre aux transmissions
 - s'assurer de la cohérence du projet de soins
- ❖ - utiliser les ressources de matériel facilitant la vie du malade
- ❖ - accepter de ne pas tout "maîtriser"

TROUSSE D'URGENCE A DOMICILE POUR LE CONTROLE DES SYMPTOMES

Extrait de la Revue du Praticien
Dr J-M GOMAS (2000)

- 1 **COMPETENCE CLINIQUE** : (sans commentaires!!)
- 2 **COMPETENCE PSYCHOLOGIQUE** :
"savoir-être" et sécurisation
- 3 **COMPETENCE ETHIQUE** : savoir évaluer et décider vraiment
- 4 **ANTALGIQUES**
 - injectables : **paracétamol, aspirine**
morphine chlorhydrate : amp. à 10 ou 20 mg

 - oral: **moscontin* ou skenan*** (10,30 mg, voire 60, 100)
une plaque de chaque
temgesic* : une plaque
sevedol ou actiskenan * : 1 plaque de 5 ou 10 mg
- 5 **CO-ANALGESIQUES**
 - corticoïdes** : solumedrol* 40 et 120
 - antispasmodiques** : spasfon*, primperan*, atropinique, au choix
- 6 **PSYCHOTROPES**
 - benzodiazépine** injectable, et oral
 - neuroleptique** injectable
 - anticonvulsivant** injectable

LES FACTEURS DE RISQUES CARDIO-VASCULAIRE

**Professeur CARRE, Docteur GLANTENET, Professeur KACET,
Professeur FONTAINE, Docteur LECERF**

Le risque cardio-vasculaire représente la première cause de mortalité en France, raison pour laquelle une prévention primaire et secondaire est absolument nécessaire.

Parmi les quatre facteurs que l'on peut incriminer, nous pouvons citer le cholestérol total, l'hypertension artérielle, le tabagisme et le diabète sucré.

Beaucoup d'autres facteurs viennent se surajouter à ces quatre facteurs essentiels et en particulier la sédentarité, redoublée d'une obésité.

Nous avons à notre disposition comme hypocholestérolémiants les statines, mais leur rôle reste discutable et discuté en l'absence d'autres facteurs de risque gravitant autour de l'hypercholestérolémie. En revanche, l'hypertension artérielle joue un rôle absolument capital quand on sait qu'il y a pratiquement plus de 7.500.000 hypertendus en France et que moins de la moitié sont dépistés ou traités. Le diabète sucré, avec sa macro et micro angiopathie, joue également un rôle capital. Enfin, il est inutile d'insister sur l'intoxication tabagique, qui touche pratiquement 100 % des artéritiques des membres inférieurs, 50 % des coronariens et 25 % des sujets porteurs d'une artérite cérébrale.

La surcharge pondérale, doublée d'une sédentarité, est de plus en plus fréquente en France. Nous pouvons constater chez l'enfant des obésités pathologiques, dues au mode d'alimentation «à l'américaine» de nos enfants.

Dans ces conditions, nous avons jugé utile dans le cadre du Congrès Euro-Régional de Médecine, qui doit se dérouler le jeudi 26 septembre 2002, d'effectuer une communication, afin d'attirer une nouvelle fois l'attention sur ce problème essentiel d'épidémiologie en France.

LA JOUVENCE ETERNELLE SERAIT DISPONIBLE EN PHARMACIE... « BIEN VIEILLIR » CE QUI A ET CE QUI N'A PAS FAIT PREUVE DE SON EFFICACITE

Professeur Jean-Louis WEMEAU : les hormones
Docteur Hélène BULCKAEN : les anti-oxydants
Professeur Monique ROMON : le régime alimentaire
Professeur François PUISIEUX : synthèse

De tous temps, les hommes ont cherché à percer le secret de la jeunesse éternelle. Avoir 20 ans jusqu'à 100 ans...

Si l'on en croit une certaine presse, la jouvence éternelle est en vente chez votre pharmacien. Elle a la forme de gélules et pour nom DHEA, GH, testostérone, vitamine E, vitamine C, bêta carotène. Le plus efficace – et certains patients n'hésitent pas à le faire, outre atlantique notamment - étant sans doute de prendre une ou plusieurs gélules de chaque.

Que connaissons-nous en réalité des mécanismes du vieillissement ? Que savons-nous du vieillissement neuroendocrinien et du rôle des radicaux libres et du stress oxydant ? Que savons-nous des effets de la DHEA, de la testostérone ou des anti-oxydants ? Que pouvons-nous répondre à une patiente qui vous demande une ordonnance de DHEA ? Quelles sont les bonnes indications ?

Pour bien vieillir d'autres thérapeutiques ou règles de vie n'ont-elles pas démontré, bien plus sûrement, leur efficacité et leur innocuité ? On pense au traitement hormonal substitutif de la ménopause, à l'équilibre alimentaire, au maintien d'une activité physique régulière...

Toutes ces questions, vos patients vous les posent régulièrement. Monique ROMON, Jean Louis WEMEAU, Hélène BULCKAEN et moi-même tenterons d'y apporter des réponses.

François PUISIEUX

EXPERTISE COMMENTEE : LE JUGE, LE PLAIGNANT, LE MEDECIN, L'AVOCAT, L'EXPERT JUDICIAIRE

**Monsieur ZANATTA, Juge. au TGI de Lille –
Maître SEGARD, Avocat au barreau de Lille
Professeur MAUROY, Docteur VANNELLE**

Le malade a des droits, mais parmi ces droits une notion très nouvelle a été introduite par la jurisprudence récente ! le malade est en passe de devenir un consommateur de santé. Pour cette raison, il appartient au Médecin de se glisser dans la logique du Juge.

L'arrêt Mercier (20 mai 1936), selon lequel "le médecin doit prodiguer des soins consciencieux, attentifs et conformes aux données actuelles de la science" reste une référence, Dans l'arrêt Mercier le médecin n'est pas tenu à un résultat, il doit mettre les données acquises de la science au service de son patient, sa responsabilité ne sera engagée que s'il manque à cette obligation c'est-à-dire que la jurisprudence n'a pas voulu mettre à la charge du Soignant, l'aléa thérapeutique inhérent à tout acte de soin

Mais depuis le 25 février 1997, la jurisprudence s'est construite sur de multiples arrêts tenant au devoir d'information et à la responsabilité du médecin.

Le droit de la responsabilité civile médicale repose sur l'établissement de trois notions indissociables :

- une faute,
- un préjudice,
- un lien de causalité entre la faute et le préjudice.

Si la faute est commise mais qu'elle n'entraîne aucun préjudice, la responsabilité civile n'est pas engagée. De même, si un préjudice existe mais sans aucun lien avec une faute (c'est-à-dire dans tous les cas où il n'existe pas de faute démontrable), il n'y a pas lieu à responsabilité. La responsabilité civile nécessite la réunion de ces trois éléments.

Ce qui revient à dire qu'en droit français l'indemnisation d'un quelconque préjudice nécessite l'existence d'une faute et lien de causalité entre les deux.

Il est essentiel que le médecin mis en cause par un malade mécontent se sente accompagné par l'Etablissement de soins dans lequel il exerce le cas échéant, mais en tout cas, par son assureur, le Médecin-Conseil de la Compagnie d'Assurances, la Compagnie elle-même et son avocat. Le médecin ne doit pas être abandonné dans une procédure dont il ignore tout, ni se sentir victime d'un système judiciaire inquisiteur, qui le traite comme un coupable en puissance, les juges, comme les experts sont à la recherche de la vérité.., Le médecin ne peut se défendre que s'il connaît la base des procédures, et il doit savoir ce qu'il risque.

Ce principe préside au déroulement de la Table ronde que nous vous proposons. A partir d'un exemple concret engageant la responsabilité d'un médecin généraliste, nous y reconstituerons le déroulement d'une procédure, de l'ordonnance de référé au jugement, en passant par l'expertise médicale.

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE DE LA DOULEUR

**Professeur Serge BLOND, Docteur A. BERA LOUVILLE,
Docteur F.X. DEROUSEAUX, Mme M.C. DEFONTAINE-CATTEAU,
Docteur VANNELLE**

La prise en charge de la Douleur Chronique ne peut se concevoir sans une approche clinique minutieuse évaluer l'intensité de cette douleur, la replacer dans le contexte étiologique et biographique, en définir la physiopathogénie. Au terme de cette analyse des choix thérapeutiques peuvent être envisagés durant cette table ronde, seront évoquées les modalités de prise en charge thérapeutique des douleurs cancéreuses et des douleurs neuropathiques.

Dans un contexte néplastique, le recours aux traitements opioïdes s'avère une évidence : c'est l'intensité de la douleur qui justifie le recours à ces traitements et non pas le pronostic de la maladie. Le traitement de ces douleurs, directement liées à une évolutivité cancéreuse, s'avère plus aisé grâce à la libéralisation des modalités de prescription, à la mise au point de présentation simplifiée de morphine et à l'abandon de certaines connaissances erronées. Après rappel de certaines règles essentielles, l'évocation de plusieurs situations cliniques permettra de bien identifier les possibilités thérapeutiques en fonction de la nature des douleurs, de leur intensité, de leur relation avec la pathologie causale et du patient lui-même. A ce jour, nous disposons maintenant de plusieurs présentations d'opioïdes au sein desquelles il convient d'établir « le bon choix », en fonction des données cliniques, de la chronobiologie des douleurs, du contexte psychologique mais également des avantages et inconvénients des différents traitements.

Les douleurs neuropathiques sont essentiellement décelées au terme d'une analyse clinique minutieuse. L'évaluation de leur intensité doit tenir compte des différentes composantes douloureuses et de multiples facteurs susceptibles d'intervenir dans l'expression douloureuse. Ces douleurs sont classiquement rebelles aux différents antalgiques et imposent en première intention, le recours aux anti-consulsivants et aux anti-dépresseurs dont les posologies doivent être adaptées non seulement en fonction de l'intensité douloureuse mais également de la sensibilité du patient. Après rappel des données classiques, d'autres possibilités médicamenteuses seront envisagées en fonction des données étiopathogéniques les plus récentes tout en sachant que leur prescription demeure encore du domaine de la recherche clinique et fondamentale. Enfin, sous couvert d'une analyse multi-factorielle minutieuse, le recours à un geste de neuromodulation sera rappelé depuis la neurostimulation transcutanée à visée analgésique jusqu'à la très récente stimulation chronique du gyrus moteur.

SUBSTITUTION EN IMAGERIE : ACTUALITE

**Docteur URBAIN, Professeur PROVO,
Docteur STALNIEKIEWICZ, Docteur ZAMBONI**

Pour que l'imagerie contribue à l'amélioration de l'accès à des soins de qualité, il convient de :

- Organiser en matière d'imagerie (actes et interprétations) une réponse appropriée aux besoins de prise en charge des patients, y compris en terme de délai et en assurant la continuité des soins ;
- Permettre un accès de tous les professionnels de l'imagerie aux différentes techniques ;
- Favoriser le regroupement des équipements et des ressources humaines pour permettre d'améliorer la qualité et répondre au mieux aux besoins de la population, dans le respect des bonnes pratiques (indications et procédures) ;
- Promouvoir la diffusion sur tout le territoire des nouvelles techniques validées du scanner et de l'IRM, en favorisant dans la mesure du possible la substitution entre les

techniques d'imagerie ou entre une technique d'imagerie et une autre technique médicale ou chirurgicale.

Vocation des équipements et indications par groupe de pathologies

a) Place actuelle des différentes techniques

- La radiologie standard

La radiologie standard représente environ 70% des actes réalisés dans les services d'imagerie. Si l'on constate encore une légère augmentation de la radiologie ostéoarticulaire notamment en urgence, il existe une stabilité de l'imagerie thoracique et même une diminution de l'imagerie abdominale au profit de l'échographie et du scanner. Enfin, quelques applications spécialisées continuent de progresser (mammographie, panoramique dentaire).

- L'échographie

Elle concerne environ 10 % des actes de radiologie, dans les domaines digestif, urologique, gynécologique, et vasculaire. Son caractère non irradiant et non invasif est particulièrement intéressant.

- L'angiographie

L'angiographie représente environ 3% des examens réalisés dans les services d'imagerie. Il s'agit d'examens invasifs qui peuvent se diviser en deux familles :

- les examens diagnostiques qui devraient décroître progressivement grâce à la substitution possible maintenant avec la scanographie et l'IRM ;
- les examens thérapeutiques ou "radiologie interventionnelle" qui voient leurs indications continuer à croître régulièrement dans toutes les disciplines.

- La scanographie

La scanographie représente environ 10% des examens réalisés dans les services d'imagerie. Cette technique a connu une forte évolution technologique ces dernières années (scanographie multibarrette).

Les grandes tendances pour les indications du scanner peuvent être résumées de la manière suivante :

- Réduction des indications neurologiques grâce à la substitution avec l'IRM ;
- Substitution partielle des indications en pathologie abdominale ;
- Stabilité des indications pour l'activité ostéo-articulaire et uro-génitale ;
- Augmentation potentielle importante pour les explorations cardio-vasculaires et thoraciques grâce aux nouvelles machines rapides ;
- Intérêt de la technique multibarrette pour de larges explorations comme celles nécessaires à l'urgence pour les polytraumatisés ou encore en cancérologie.

- L'imagerie par résonance magnétique

L'IRM représente environ 5% des examens réalisés dans les services d'imagerie. Ce pourcentage est faible, il est lié au manque de machines en service. Le recours à l'IRM devrait être de l'ordre de 10%, ce qui permettra le doublement du parc des appareils installés rendu possible par les récentes ouvertures d'indice. C'est une technique non irradiante (recours à la résonance magnétique) et non invasive (injection intraveineuse).

L'intérêt de l'IRM morphologique est manifeste pour les explorations de tous les organes à l'exception du thorax (problème inhérent à la technique même de la résonance magnétique) et de certaines contre-indications (pacemaker, claustrophobie).

L'IRM doit également prendre une place prépondérante dans l'exploration des vaisseaux (ARM : angiographie par résonance magnétique) et dans les explorations cardiaques.

Enfin l'IRM est également un outil d'exploration fonctionnelle avec l'utilisation de séquences de diffusion et de perfusion.

b) Indications principales du scanner et de l'IRM

Les indications respectives du scanner et de l'imagerie par résonance magnétique doivent à ce jour se baser sur le document intitulé "Recommandations en matière de prescription d'imagerie médicale" adapté par des experts représentant la radiologie et la médecine nucléaire européenne, en liaison avec le UK Royal College of Radiology, sous la coordination de la Commission Européenne.

Ce texte écrit au cours de l'année 2000 sert de référence au ministère de la santé, pour la transposition de la Directive EURATOM 97/43 en droit français.

Vous trouverez ci-joint une synthèse de ces indications, faite par des experts désignés par la Société Française de Radiologie sur les 240 indications cliniques que comporte le document Européen.

- Neurologie

L'IRM est l'examen de référence en neurologie, notamment pour l'exploration des pathologies neurovasculaires, neurooncologiques, neuro-inflammatoires et neurodégénératives.

- ORL

A l'exception des angles ponto-cérébelleux et des glandes salivaires, l'IRM est rarement un examen de première intention pour l'exploration des affections de la sphère O.R.L. mais est le plus souvent complémentaire du scanner ou de l'échographie.

- Rachis

En pathologie rachidienne, l'IRM reste une exploration de seconde intention. Elle est excellente pour l'étude des ligaments des disques et de la moelle épinière et indispensable pour apprécier la nature d'une lésion médullaire.

- Membres

Pour l'exploration des membres, en matière de traumatologie, la radiologie standard et le scanner restent globalement les examens de première intention. L'IRM est l'examen de référence pour explorer les lésions ligamentaires.

- Thorax

Les examens de référence pour l'exploration du thorax sont la radiologie standard et le scanner.

- Cardiovasculaire

Si l'échographie du cœur reste actuellement le plus souvent réalisée, il faut noter la supériorité de l'IRM et du scanner multibarrettes dans l'étude morphologique et fonctionnelle du cœur et signaler l'apport prometteur de ces deux techniques dans l'imagerie non invasive des coronaires.

Pour les pathologies vasculaires, en dehors de l'échographie-doppler, le scanner et l'IRM remplacent progressivement l'angiographie diagnostique.

- Digestif

En pathologie digestive, le scanner est dans tous les cas indiqué et, à ce jour, il n'y a pas de pathologie relevant exclusivement de l'IRM.

- Urologie

En urologie, le développement du scanner et de l'IRM doit se substituer aux techniques conventionnelles avec produit de contraste (ex : urographie intra-veineuse).

- Gynécologie-Obstétrique

En gynécologie-obstétrique, l'IRM prend toute sa place compte tenu des problèmes de radioprotection.

- Traumatologie

L'examen de référence pour la traumatologie reste le scanner sauf dans le cas des pathologies rachidiennes évoquées plus haut.

- Cancérologie

En cancérologie, le scanner et l'IRM restent les techniques à mettre en œuvre en première intention.

- Pédiatrie

En pédiatrie, l'IRM est l'examen de première intention en raison de l'absence d'irradiation.

Un guide actualisé des indications sera disponible fin 2003, suite aux travaux des professionnels coordonnés par la Société Française de Radiologie, en partenariat avec la Société Française de Biophysique et Médecine Nucléaire et l'ANAES.

GROSSESSES NORMALES : RETOUR A DOMICILE DE L'ACCOUCHEE Docteur J.M. BLONDEL - Docteur M. MARON – Docteur J.P. DUBOZ - Professeur X. CODACCIONI

Le post-partum est classiquement défini comme la période s'étendant de la délivrance jusqu'au retour de couches dont la date est variable selon le mode d'allaitement.

Le post-partum est divisé en 4 périodes chronologiques :

- le post-partum immédiat, c'est-à-dire les 24 premières heures après la naissance où le risque hémorragique domine la scène.

- le post-partum précoce dont la durée est fixée aux 10 jours suivants ; c'est la période de risque maximal des complications.

- le post-partum secondaire du 10ème jour à la 12ème semaine où le risque thrombo-embolique est majeur pendant les 6 premières semaines.

- Enfin, le post-partum tardif au-delà du 3ème mois.

① **La prise en charge à domicile** s'inscrit dans le prolongement de la surveillance de la grossesse et de l'histoire personnelle de la patiente. Elle prend le relais de l'équipe obstétrico-pédiatrique.

Elle aborde 3 dimensions :

① médicale avec ou sans pathologie associée,

② psycho-affective : la naissance apparaît comme une « bombe à retardement » pour le psychisme d'une femme. La période périnatale est un moment de grande vulnérabilité psychique pour la mère. Les troubles psychopathologiques en général, et dépressif en particulier, sont fréquents (15 %) mais très sous-estimés car non diagnostiqués. Le dépistage en est très important en raison des conséquences

graves sur la mère et sur la mise en place des interactions entre la mère et son nouveau-né qui retentiront plus tard sur le développement de l'enfant.

③ sociale en raison de la précarité, d'une grossesse non suivie ou non désirée, d'une grossesse chez l'adolescente, d'une maltraitance sous-jacente.

Ces 3 dimensions sont intriquées les unes par rapport aux autres et la période du post-partum représente un véritable modèle bio-psycho-social.

② **La surveillance au retour à domicile** s'articule en 3 temps successifs :

- Le premier évalue la situation à la sortie de la Maternité,
- Le deuxième prend en charge les complications secondaires,
- Le troisième est celui de la consultation post-natale du 2ème mois qui est un véritable enjeu de santé publique en raison de l'évaluation qu'elle permet à la fois sur le plan médical, psycho-affectif et social.

③ **La prise en charge médicale** s'adapte :

- aux pathologies pré-existantes à la grossesse,
- aux pathologies associées à la grossesse,
- au mode d'accouchement,
- au mode d'allaitement,
- aux complications du post-partum.

Normalement, le jour de la sortie de maternité, l'examen clinique est strictement normal.

Le suivi évalue :

- **Les modalités de l'allaitement** :

- soit maternel dont la mise en route et le déroulement doivent être harmonieux,
- soit artificiel bénéficiant d'une inhibition pharmacologique par le PARLODEL ou en raison de contre-indications à la bromocriptine par la mise en place de petits moyens habituels.

- **La rééducation abdomino-pelvienne**, fonction des pathologies urinaires et/ou anales.

- **La contraception** dont les modalités tiendront compte du mode d'allaitement en retenant la contre-indication formelle des oestro-progestatifs pendant les 3 premières semaines.

- **Les prescriptions de principe** :

- La supplémentation martiale pour anémie très fréquente,
- La prévention du risque thrombo-embolique chez les patientes à risque faible (allaitement, obésité, césarienne, âge supérieur ou égal à 38 ans) ou à risque élevé en raison d'antécédents personnels de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire ou d'antécédents des collatéraux de premier ou deuxième degré de ces mêmes pathologies.

- **Les prescriptions thérapeutiques ciblées** :

- antibiothérapie préventive ou curative,

- **La prescription de soins infirmiers** à domicile pour les cicatrices de laparotomie ou d'épisiotomie.

A domicile, les complications les plus souvent rencontrées sont les infections.

- C'est le diagnostic d'une fièvre qu'il faut rattacher soit :

- au sein en cas d'allaitement maternel (engorgement mammaire, lymphangite, et de façon exceptionnelle, au moment du sevrage, l'abcès du sein).
- A l'utérus, c'est la classique infection puerpérale locale, les formes loco-régionales et générales ayant disparu.
- Au rein : c'est l'infection urinaire basse ou haute.

La prise en charge doit permettre à la mère de rester à domicile pour privilégier le lien mère-enfant et la poursuite de l'allaitement maternel.

Une pathologie particulière obligera à une réhospitalisation, c'est l'endométrite à forme hémorragique.

Enfin, la visite post-natale est le pivot central de la prise en charge en post-partum car elle permet de faire le point :

- du vécu et du déroulement de la grossesse,
- d'une pathologie antérieure ou étant apparue au cours de la grossesse.
- du vécu et du déroulement de l'accouchement,
- sur le retour à la normale des voies génitales, tant sur le plan physiologique, anatomique que sexuel,
- Sur la contraception immédiate ou secondaire,
- Sur la dimension psycho-affective de la mère et de son enfant et singulièrement, la mise en place de l'interaction mère/enfant en essayant de dépister la dépression du post-partum dont la fréquence est de 15 % et dont l'effet délétère sur le nouveau-né est considérable.

- Des éventuelles conséquences esthétiques de la grossesse.

PREVENTION DES AVC : CELA BOUGE !

**Professeur LEYS, Docteur LAMBILLOTTE, Professeur PRUVO,
Docteur LUCAS, Docteur DEPLANQUE.**

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) posent un problème majeur de santé publique par leur fréquence, leur mortalité, les handicaps physiques et cognitifs résiduels et le risque de récurrence ischémique, cérébrale ou myocardique. Dans une population occidentale d'un million d'habitants, chaque année 500 patients ont un accident ischémique transitoire (AIT) ; 2400 ont un AVC, dont 480 (20 %) sont décédés à un mois, alors qu'à un an 700 (29%) sont décédés et 600 (25%) dépendants. Dans la même population existent 12.000 survivants à un AVC ou AIT dont 800 (7 %) ont un nouvel AVC chaque année.

La prévention secondaire repose sur :

(i) dans tous les types d'AVC, la correction des facteurs de risque (hypertension artérielle, hypercholestérolémie, tabac), (ii) dans les accidents ischémiques, l'aspirine (75 à 325 mg) qui doit être remplacée par le clopidogrel ou l'association aspirine-dipyridamole chez des patients à haut risque en l'absence de cardiopathie emboligène, ou par un antivitamine K en présence d'une cardiopathie à haut risque embolique, et (iii) dans les ischémies cérébrales transitoires ou peu invalidantes de cause athéroscléreuse, l'endartérectomie chez des patients sélectionnés sur la base de critères cliniques et d'imagerie.

Les progrès récents sont :

(i) la mise en évidence de l'intérêt de faire baisser la pression artérielle par périndopril et indapamide chez des normotendus ayant un antécédent d'AVC ischémique ou hémorragique de moins de 5 ans (PROGRESS), (ii) la mise en évidence de l'intérêt des statines chez les sujets à haut risque, y compris normocholestérolémique (HPS), (iii) les réserves sur le traitement hormonal substitutif de la ménopause dans les suites d'un

AVC (WEST), (iv) les indications opératoires dans les sténoses symptomatiques intermédiaires symptomatiques de carotide (NASCET).

Les progrès à attendre dans les prochaines années concernent (i) le bénéfice éventuel des associations d'antiplaquettaires, (ii) les résultats définitifs des essais d'hormonothérapie substitutive après un AVC, (iii) les résultats des 3 grands essais randomisés comparant chirurgie carotide et angioplastie.

L'évaluation des pratiques, déterminant si les patients sont réellement traités conformément aux données scientifiques, doit par ailleurs se développer si l'on veut que l'évolution de la recherche ait un impact sur la santé de la population. C'est dans le domaine de la fibrillation auriculaire (FA), cardiopathie emboligène la plus fréquente, que cela a été le mieux étudié. Lorsque l'on considère que la FA augmente par 5 le risque relatif de présenter un infarctus cérébral et qu'elle constitue la cause de plus d'un quart des infarctus cérébraux des plus de 80 ans, on mesure rapidement l'impact, en terme de morbi-mortalité, de cette pathologie dans les années à venir. De grands essais thérapeutiques, réalisés dans les années 90, ont permis de définir les patients à risque le plus élevé d'infarctus cérébral ainsi que les modalités thérapeutiques idéales au regard des éventuels risques hémorragiques liés à la prise des traitements anticoagulants. Cependant, les données concernant la pratique quotidienne restent parfois très éloignées de ces recommandations ...

THROMBOSE VEINEUSE : ASPECTS PRATIQUES EN MEDECINE GENERALE Professeur P-Y Hatron, Docteur J-M Blondel, Docteur M Lambert, Docteur U Michon-Pasturel.

La maladie thrombo-embolique est au troisième rang des pathologies cardio-vasculaires touchant 160 pour 100 000 habitants en France, en moyenne entre 66 et 72 ans. Elle ne doit par ailleurs pas être sous-estimée avant 30 ans puisqu'elle touche 20 pour 100 000 habitants dans notre pays.

La mortalité liée à la maladie thrombo-embolique représente près de 10 % des décès survenant en hospitalisation. Le décès est le plus souvent du à la survenue d'une embolie pulmonaire. On dénombre en France près de 100 000 embolies pulmonaires dont 10 000 seront mortelles. Par ailleurs un syndrome post-phlébitique survient chez près de 30 % des patients. La prévention de la maladie thrombo-embolique reste donc un sujet de santé publique.

Quand évoquer une thrombose veineuse profonde ?

Le diagnostic de la maladie thrombo-embolique n'est pas facile. La sensibilité et la spécificité pour le diagnostic de thrombose veineuse profonde sont d'environ 50 %. En effet, près d'une thrombose veineuse sur deux n'est pas associée aux signes cliniques habituels. La douleur, par exemple, spontanée ou provoquée est objectivée dans 60 % des cas. Il faut cependant rechercher les signes classiquement associées à la phlébite : œdème local, perte du ballottement et empatement du mollet. La présence d'un œdème doit d'ailleurs faire évoquer une thrombose sus-poplitée.

Au cours d'une embolie pulmonaire, une thrombose veineuse profonde est retrouvée dans près de 75 % des cas.

Mais c'est surtout dans un contexte à haut risque de thrombose, devant un tableau clinique qui n'est pas toujours évocateur, que le diagnostic de thrombose veineuse doit être suspecté. C'est alors l'évaluation des facteurs de risque qui va définir les patients chez lesquels le diagnostic de thrombose veineuse devra être évoqué en l'absence de signes cliniques évocateurs.

La stase, les altérations pariétales, une modification de la viscosité au niveau des veines vont générer le thrombus.

Les facteurs de risque sont résumés dans le tableau suivant :

Risque lié au patient	Risque acquis
Age > 40 ans	Traumatisme, immobilisation
Obésité	Chirurgie orthopédique ou pelvienne
ATCD de thrombose	Grossesse, pré et post partum
Insuffisance veineuse	Syndrome néphrotique, infection bactérienne
Insuffisance cardiaque	Cancer et hémopathies
Anomalie constitutionnelle de l'hémostase : facteur V Leyden...	Anomalie acquise de l'hémostase : anticorps antiphospholipides...

Quand proposer une prévention thrombo-embolique ?

Les facteurs de risque du patient doivent bien sur être au premier plan dans le choix d'une prévention thrombo-embolique. Ils définissent un risque thrombotique. L'association de plusieurs facteurs de risque justifie le plus souvent d'une prévention par une héparine de bas poids moléculaire (HBPM) à une posologie dite de "risque fort". Cependant l'utilisation des HBPM doit être prudente justifiant un contrôle bi-hebdomadaire des plaquettes et une adaptation des doses en cas d'insuffisance rénale.

La maladie thrombo-embolique reste de diagnostic difficile et est encore grevée d'une mortalité importante. Sa prévention et son diagnostic sont donc d'actualité justifiant toute l'attention du corps médical.

RENCONTRE AVEC L'ADOLESCENT EN DIFFICULTE. QUELS MOTIFS DE CONSULTATION, QUEL DECRYPTAGE, QUELS MOYENS DE TRAVAIL ?

Docteur P.Gronnier, Docteur A.Fossaert, Professeur L.Convain

L'adolescent en difficulté est un adolescent souvent difficile pour son entourage qu'il sollicite par ses plaintes ou ses troubles du comportement.

Beaucoup d'adolescents vont bien, et les difficultés sont parfois l'expression d'une simple "crise" d'adolescence, de ces remaniements propres à cette période de la vie. Tout l'art consiste à peser la part du "normal" et du "pathologique" qui nécessitera éventuellement une intervention spécifique.

Les motifs de consultation et donc de rencontre avec l'adolescent pour le soignant, et plus particulièrement pour le médecin généraliste, sont multiples et d'expression très variée. D'emblée on peut retenir qu'il faut s'attacher à décoder, à décrypter pour, au-delà du symptôme allégué, essayer de comprendre quelle est la plainte, l'appel réel. L'adolescent a grand talent pour parler avec son corps ou par ses comportements sans exprimer clairement ses besoins. Par ailleurs, ses plaintes ou ses comportements engendrent souvent des "contre-réactions" de l'entourage et des soignants qui peuvent masquer le problème réel et renforcer les symptômes somatiques et comportementaux.

Les plaintes peuvent être et sont souvent somatiques : douleurs abdominales, répétées, malaises, douleurs dorsales, fatigue, troubles du sommeil. Mal étiquetables, elles sont souvent résistantes aux diagnostics d'organe et aux traitements proposés. Les accidents, traumatismes, entorses, fractures, secondaires au sport, aux accidents de la voie publique, sont fréquents à l'adolescence. Difficultés scolaires, désinvestissement,

peuvent être des motifs de consultation émanant plus souvent des parents. Consommation de produits licites ou illicites, idées suicidaires voir tentatives de suicide, troubles du comportement alimentaire, sont plus clairement l'expression de difficultés et inquiètent directement l'entourage mais leur sens et la souffrance sous-jacente sont aussi plus compliqués à approcher. Les adolescents trop silencieux qui se replient sur eux-mêmes ne dérangent pas mais ce repli est souvent l'expression d'un mal-être.

Comment rencontrer ces adolescents ?

Ils consultent plus qu'on ne le pense, pour des motifs d'allure parfois banale. Ils demandent beaucoup de temps. Leurs parents sont aussi demandeurs de conseils, d'aide, voire d'autres personnes de leur entourage, tels les enseignants.

L'adolescent qui consulte est souvent amené par ses parents. La rencontre avec l'adolescent lui-même en tant que personne à part entière peut néanmoins et devrait pouvoir se faire. Il n'est pas facile de trouver la bonne place, la bonne distance avec l'adolescent, entre celui-ci et ses parents. Les questions de confidentialité, de confiance se posent de manière variable. Le jeune peut s'installer dans une grande proximité dans la relation, voire engendrer une complicité qui est un piège. Il est important de ne pas travailler seul avec un adolescent, de pouvoir échanger, travailler avec d'autres acteurs, du champ médical, psychiatrique, éducatif, social, ou parfois juridique, qui contribueront à une véritable évaluation et à un étayage de ce jeune. Parfois, le médecin aura à évaluer l'intérêt d'une prescription médicamenteuse, en prenant le temps, rarement en urgence, ces médicaments peuvent jouer un rôle apaisant de la souffrance et faciliter une approche plus psychologique gérée par un spécialiste.

Le médecin généraliste est en première ligne pour le repérage et l'évaluation des difficultés de l'adolescent qui se présente comme cet "adolescent difficile".

LES DIFFICULTES SCOLAIRES : DU DIAGNOSTIC A LA PRISE EN CHARGE

**Professeur VALLEE, Docteur LEHEMBRE, Docteur GILSKI,
Docteur LIBERT**

Les difficultés scolaires sont un motif de consultation pour 40 à 50 % des enfants suivis en pédopsychiatrie.

Les mécanismes psychopathologiques dont elles sont la résultante sont multiples, complexes et conjuguent, dans une spirale d'interactivités tout au long de l'histoire de l'enfant, les particularités de l'équipement de base, les troubles des apprentissages, les distorsions des interactions précoces, la constitution de pathologies organisées et les invalidation ou inhibition qu'elles déterminent, le poids de l'histoire familiale, les carences ou excès, la réaction aux événements traumatisants, les facteurs environnementaux, et l'école elle-même.

On conçoit dès lors que la prise en charge ne peut être univoque et se doit d'intégrer les multiples dimensions concernés rééducations spécifiques, psychothérapie individuelle et soutien à la famille afin d'aider l'enfant à dégager l'énergie et la motivation nécessaire, positivation des interactions circulaires enfant-école-famille, contribution solide à l'intégration scolaire et à l'adaptation de l'école à l'élaboration de projets individualisés.

Sur chacun de ces plans, le médecin généraliste peut intervenir en première ligne ou comme étayage, et reste le garant d'une représentation globale de la santé de l'enfant.

**TRAITEMENT DE L'OSTEOPOROSE
FACTEUR DE RISQUE, PLACE DE LA DENSITOMETRIE
OSSEUSE, TRAITEMENT VITAMINO-CALCIQUE,
BISPHOSPHONATES ET SERMs
Docteur B. CORTET, Docteur R. GLANTENET,
Docteur I. LEGROUX-GEROT, Docteur B. LETOMBE**

**FACTEURS DE RISQUE DE L'OSTEOPOROSE ET INDICATION DE
L'OSTEODENSITOMETRIE**

L'ostéoporose est une maladie généralisée du squelette caractérisée par une masse osseuse basse et une détérioration de l'architecture osseuse ayant pour conséquence une fragilité osseuse accrue responsable de fractures.

De nombreux facteurs étiologiques sont associés à la survenue d'une ostéoporose. La carence oestrogénique joue un rôle important dans l'ostéoporose post-ménopausique et de l'hypogonadisme. Les causes principales d'ostéoporoses secondaires sont l'ostéoporose cortisonique, l'intoxication alcoolique ou tabagique et certaines endocrinopathies (hyperthyroïdie, hyperparathyroïdie). D'autres facteurs de risque ont été incriminés, une carence calcique, en vitamine D, des atteintes digestives (cirrhose hépatique, gastrectomie), des causes iatrogènes (hormones thyroïdiennes, héparine, anti-convulsivants) et des causes plus rares (hémochromatose, mastocytose, diabète phosphoré, grossesse, néphropathie, l'immobilisation).

L'ostéoporose est une affection préoccupante et trop souvent négligée. Seulement 19% des femmes ayant des antécédents de fractures reçoivent un traitement anti-ostéoporotique. L'ostéoporose représente un coût socio-économique majeur, 20% des patientes présentant une fracture du col du fémur décèdent dans l'année qui suit et 50% ne récupéreront pas leur activité antérieure. Le vieillissement de la population fait de l'ostéoporose post-ménopausique un problème majeur de santé publique dans les années à venir. Des données récentes soulignent l'importance du dépistage et d'un traitement précoce des fractures ostéoporotiques.

L'ostéodensitométrie permet la mesure non traumatique et reproductible de la masse minérale osseuse. Elle représente l'examen de choix pour le diagnostic d'une ostéoporose non fracturaire. Mais son absence de remboursement limite son utilisation pour le diagnostic précoce de l'ostéoporose. L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) a élaboré en 2001 des recommandations professionnelles pour l'utilisation de la densitométrie pour le diagnostic de l'ostéoporose.

L'ostéodensitométrie ne doit être réalisée que si elle peut conduire à une modification de prise en charge des patients. Chez la femme ménopausée, il est recommandé de réaliser une ostéodensitométrie lors : de la découverte d'un tassement vertébral en dehors d'un contexte traumatique, un antécédent personnel de fracture périphérique survenue sans traumatisme majeur, des antécédents de pathologies reconnues inductrices d'ostéoporose (hyperthyroïdie, hypercorticisme, hyperparathyroïdie). La réalisation de cet examen peut être proposée chez une femme ménopausée ayant un ou plusieurs facteurs de risque suivants : antécédents de fracture vertébrale ou périphérique sans traumatisme majeur chez un parent du premier degré; un indice de masse corporelle < 19kg/m²; ménopause avant l'âge de 40 ans; antécédents de corticothérapie prolongée (>3 mois) à une dose équivalent prednisone ≥ 7,5 mg/jour. Il n'est pas recommandé de réaliser une ostéodensitométrie osseuse chez une femme ménopausée chez laquelle le traitement hormonal substitutif est indiqué, prescrit à dose efficace et bien suivi. Lorsque le résultat de la densitométrie osseuse est normal et qu'aucun traitement n'est instauré, un deuxième examen sera proposé à la patiente 2 à 3 ans après le premier. Dans le cas d'une surveillance d'un traitement anti-ostéoporotique une seconde mesure ne sera pas réalisée avant 2 ans de traitement. Enfin cet examen sera également proposé lors de la

mise en route d'un corticothérapie prolongée >3 mois à une dose équivalent prednisone \geq 7,5 mg/jour.

PLACE DES ESTROGENES DANS LA PREVENTION ET LE TRAITEMENT DE L'OSTEOPOROSE

La ménopause est secondaire à la carence brutale et irréversible en estrogènes. Elle s'accompagne d'un certain nombre de modifications métaboliques et notamment de perturbations du métabolisme osseux. Celles-ci se caractérisent par une augmentation du remodelage osseux et tout particulièrement de la résorption osseuse conduisant à la genèse d'une perte osseuse. Cette dernière est très importante durant les 5 à 10 ans qui suivent la ménopause (entre 0,5 et 3% par an). Elle se poursuit au-delà à un rythme moindre de l'ordre de 1% par an.

Compte-tenu de ces éléments, la prévention de l'ostéoporose post-ménopausique repose d'abord et avant tout sur la prescription d'un traitement hormonal substitutif. On dispose à l'heure actuelle de nombreuses formes galéniques (traitement per os, percutané ou transdermique) qui permettent, dans la très grande majorité des cas, de s'adapter aux particularités des patientes. Toutes les études contrôlées ont bien démontré que le THS était susceptible de prévenir la perte osseuse post-ménopausique et ce de façon significative comparativement à ce qu'il est observé sous placebo. L'efficacité est d'autant meilleure que la dose est élevée. Dans une telle situation, on est cependant parfois confronté à une mauvaise tolérance du traitement ce d'autant que celui-ci est administré à distance de la ménopause. De plus faibles doses sont également efficaces mais de façon moindre.

L'efficacité du THS dans le cadre de la prévention des fractures a été démontrée par le biais de nombreuses études en précisant cependant que celles-ci sont méthodologiquement critiquables (étude de cohorte ou cas-témoins). Elles permettent de conclure que le THS est susceptible de diminuer d'environ 50% le risque fracturaire. L'efficacité nécessite cependant que la prescription soit prolongée c'est-à-dire au moins 7 à 10 ans. Enfin, la protection s'amenuise assez rapidement lors de l'arrêt du THS.

En conclusion, le THS demeure la principale molécule susceptible de prévenir l'ostéoporose post-ménopausique. Son efficacité est cependant conditionnée par la durée de prescription du traitement qui doit être prolongée.

BISPHOSPHONATES ET SERMs DANS LE TRAITEMENT DE L'OSTEOPOROSE

Les bisphosphonates qui agissent en inhibant la résorption osseuse ont fait la preuve de leur intérêt dans le cadre du traitement de l'ostéoporose. L'étidronate (Didronel®), bisphosphonate de première génération, ne doit plus être utilisé en première intention dans cette indication compte-tenu de son efficacité moindre comparativement aux molécules de nouvelle génération.

L'alendronate (Fosamax®) prescrit pendant 3 ans est à l'origine d'une diminution du risque de fractures vertébrales de 50% chez les femmes ayant au préalable au moins une fracture de vertèbre. Cette thérapeutique est également efficace pour prévenir les fractures du poignet mais également de l'extrémité supérieure du fémur dont on connaît la gravité potentielle. Son intérêt a également été démontré chez les femmes ostéoporotiques n'ayant pas de fracture prévalente avec une réduction du risque fracturaire comparable à ce qu'il en est chez les femmes ayant déjà une fracture.

Le risédronate (Actonel®) s'est également avéré utile pour prévenir l'apparition de fractures vertébrales (réduction du risque de 41 à 49% en fonction des travaux) chez les patientes ayant au moins une fracture vertébrale. Il existe également une réduction significative du risque fracturaire en périphérie. Enfin, dans le cadre d'une vaste étude ayant inclus près de 10 000 femmes, il a été démontré que chez les patientes dont la masse osseuse de l'extrémité supérieure du fémur était abaissée de

façon substantielle (Tscore < à 4), l'Actonel® réduisait le risque de fractures de hanche de 40%.

Les SERMs (modulateurs sélectifs du récepteur des estrogènes) sont des molécules qui, en fonction du tissu considéré, se comportent soit comme des agonistes estrogéniques soit comme des antagonistes. Le SERM idéal se doit d'avoir une action osseuse identique aux estrogènes sans exercer d'effet délétère sur le tissu mammaire ou utérin.

Le raloxifène (Optruma®, Evista®) a fait la preuve de son intérêt pour prévenir l'apparition de fractures vertébrales chez des femmes ostéoporotiques sans antécédent fracturaire (réduction du risque 40%) ou avec antécédent fracturaire (réduction du risque 30%).

En outre, cette molécule à l'issue d'un suivi médian de 40 mois s'est avérée capable de réduire le risque de cancer du sein dans cette population de 65%. L'efficacité apparaît d'autant meilleure qu'il s'agit de cancers ayant des récepteurs aux estrogènes (réduction du risque de 90%).

Au total, nous disposons actuellement de molécules anti-ostéoporotiques efficaces dont les indications respectives reposent sur leur puissance d'action mais également leur tolérance ainsi que leur éventuel impact bénéfique extra-osseux.

PLACE DU CALCIUM ET DE LA VITAMINE D

Ces thérapeutiques adjuvantes apparaissent surtout utiles de façon systématique chez les patients âgés. En effet, dans ces circonstances, on sait qu'il existe d'une part une diminution des apports alimentaires en calcium mais également d'autre part une diminution de son absorption intestinale. Ces deux éléments (carence vitamino-calcique) vont concourir à l'apparition d'une hyperparathyroïdie secondaire à l'origine d'un effet délétère osseux notamment au niveau de l'extrémité supérieure du fémur. La prescription d'une association vitamino-calcique durant 18 mois chez des femmes institutionnalisées permet de réduire le risque de fracture de l'extrémité supérieure du fémur de 43% et de l'ensemble des fractures périphériques de 32%. Les données concernant l'utilisation isolée de la vitamine D chez des femmes non institutionnalisées apparaissent cependant moins convaincantes.

Pression pulsée, coronaire et diabète

PRESIDENT DE SEANCE :
Professeur CARRE
(CHRU – Lille)

▪ **INTRODUCTION**

Dr MOUNIER-VEHIER
(CHU LILLE)

▪ **PRESSION PULSÉE ET INSUFFISANCE CORONAIRE**

Dr PONCELET
(Clinique HENIN-BEAUMONT)

▪ **ÉTUDE REASON ET SON DÉVELOPPEMENT**

Dr PANNIER
(Hôpital FLEURY-MEROGIS)

▪ **HTA ET DIABÈTE**

Dr PREVOST
(Hôpital de Douai)

Jeudi 26 septembre 2002
18 h 30 à 20 h 00 – Salle Multimédia
Symposium Satellite
ARDIX MEDICAL / THERVAL MÉDICAL

Notes perso

Notes perso

Notes perso