

CERM 2004
4ème Congrès Euro-Régional de Médecine
les 23 et 24 sept. 2004

PETITS DEJEUNERS DEBATS

Pages	
11	Faut-il encore prescrire une THS en 2004
11	La démographie des spécialistes : conséquences pour la pratique des médecins généralistes ; l'exemple de l'hépatogastro-entérologie dans la région
12	Gériatrie et iatrogénicité : s'y retrouve-t-on dans les génériques ?

SEANCES PLEINIÈRES

Pages	
15	Céphalées et migraines
15	Post Infarctus
16	L'euthanasie et le généraliste
17	Carence en iode chez l'adulte et chez l'enfant ses réalités et ses conséquences dans la pratique généraliste de ville
19	Rein / néphrotoxicité / HTA
19	L'annonce d'une mauvaise nouvelle en oncologie
21	Dépendances à domicile

COMMUNICATIONS

Pages	
23	La Codéine chez l'enfant
23	Reconstruction mammaire après amputation du sein pour cancer
24	Les urgences abdominales chez le vieillard : quel pronostic ?
24	Quelle activité professionnelle ou sportive après prothèse de hanche ?
25	Traitement chirurgical des malformations de la paroi thoracique antérieure : une technique simple et fiable
25	La contraception par implant de progestérone, 3 ans après
26	L'enfant autiste : comment aider les parents ?
26	Enurésie nocturne de l'enfant ? Quelles solutions ?
27	Quelle antibiothérapie dans le post-partum
27	Prise en charge des impatiences et des mouvements périodiques du sommeil
28	Le bon usage des thymorégulateurs
28	Nouvelles thérapeutiques dans l'ostéoporose : le teriparatide et les sels de strontium
30	Nouveautés thérapeutiques dans la maladie de Parkinson

ATELIERS

Pages

32	A 1 - Rachis et sport chez l'enfant
34	A 2 - Diagnostic et conduite à tenir devant une ulcération génitale
35	A 3 - Traiter la dysfonction érectile en 2004
35	A 4 - Utiliser les anticoagulants en médecine générale
36	A 5 - Du phénomène de Raynaud à la sclérodermie systémique
37	A 6 - Quel calendrier vaccinal dans les deux premières années de vie ?
38	A 8 - Dépister précocement les troubles du langage : une priorité régionale
38	A 10 - Maladies de hanche chez l'enfant : maladie luxante, dysplasie...Conduite à tenir
39	A 12 - Algies pelviennes chez la femme
39	A 14 - Allergies alimentaires
41	A 15 - Prise en charge TCC du patient anxieux et stressé en pratique de ville
41	A 16 - Imagerie ostéoarticulaire
41	A 18 - Pathologie unguéale
42	A 21 - La désensibilisation spécifique dans l'asthme et la rhinite
42	A 22 - Maltraitance de l'enfant
43	A 23 - Améliorer l'observance en médecine générale
44	A 26 - Prise en charge des ulcères de jambe, quels pansements pour quels ulcères ? Contention
45	A 28 - Travail du généraliste en milieu précarisé et son partenariat
45	A 29 - Certificats
46	A 30 - Schizophrénie et neuroleptiques
46	A 31 - Réseau de communication d'informations médicales sécurisées, pourquoi, où, quand, comment ?
47	A 32 - Tendinites du poignet, poignet douloureux, gestes infiltratifs, contexte du Tableau 57

- PETITS DEJEUNERS DEBATS -

FAUT-IL ENCORE PRESCRIRE UN THS EN 2004 ?

Francis COLLIER Brigitte LETOMBE

Depuis une vingtaine d'années, le traitement hormonal substitutif (THS) de la ménopause était considéré comme un moyen très efficace de prévention de plusieurs pathologies, maladies cardio-vasculaires, ostéoporose,... liées au vieillissement de la femme, et sa prescription était largement encouragée.

Le doute, voire la défiance, se sont installés au cours de l'été 2002, de par la publication sur médiatisée des résultats de la WHI (Women Health Initiative), qui ont été confirmés, un an plus tard, par celle de la MWS (Million Women Study).

Au premier plan, semblant effacer toutes les autres données du problème, apparaît alors le risque mammaire du THS, pourtant déjà évoqué par la méta analyse d'Oxford en 1997.

En réalité, le véritable apport nouveau de l'étude WHI est de remettre en cause l'effet préventif du THS sur les maladies cardio-vasculaires, effet pourtant démontré à de nombreuses reprises par des travaux à la méthodologie et à l'épidémiologie rigoureuses. A l'évidence, le risque supplémentaire de cancer du sein, 8 cas pour 1000 femmes suivies pendant 10 ans, a masqué la réduction du risque de cancer du colon, pourtant quantitativement équivalente, et la confirmation de l'effet protecteur vis à vis de l'os.

C'est donc bien l'appréciation de la balance Bénéfices /Risques du THS qui doit primer. Si la prudence recommandée par l'AFSSAPS en décembre 2003 s'impose aujourd'hui, il reste que la ménopause constitue, dans la vie de la femme, une période charnière marquée par des événements physiques et psychiques dont l'impact doit être évalué. Sa prise en charge médicale doit tenir compte de ses incidences sur le quotidien, des risques à venir, mais aussi des différentes possibilités thérapeutiques, aucun traitement ne pouvant prétendre tout traiter ou tout prévenir. Cette approche est désormais « multicartes » : THS, phytohormones, Tibolone, SERM, biphosphonates...

La vraie question n'est plus de savoir s'il faut ou non prescrire un THS, mais plutôt de préciser, cas par cas, quelle est la gêne occasionnée par la ménopause, quels sont les risques, et quelle est la solution la plus opportune, en fonction de l'histoire, du contexte et du vécu. Cela va bien au delà de l'opposition simpliste entre les partisans et les adversaires du THS.

LA DEMOGRAPHIE DES SPECIALISTES : CONSEQUENCES POUR LA PRATIQUE DES MEDECINS GENERALISTES ; L'EXEMPLE DE L'HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE DANS LA REGION

Pr Cortot, Dr Kazubek, Dr Verbièse

Les données de la DREES et celles du Conseil de l'ordre sur les hépato gastro-entérologues sont convergentes : 3 200 spécialistes environ sont recensés selon les deux sources au 1^{er} janvier 2003 (France entière), auxquels il faut ajouter un peu moins d'une centaine de praticiens recrutés dans cette spécialité comme PH sans avoir eu au préalable la qualification reconnue. 2086 gastro-entérologues ont une pratique libérale en 2002, parmi eux un tiers exerce également à l'hôpital. 171 praticiens sont des médecins hospitaliers temps plein ayant un secteur privé à l'hôpital public.

Il existe une réelle crise démographique dans la profession liée à la baisse importante du nombre d'internes. Selon un travail effectué par l'Assistance publique, et portant sur les internes en Ile de France, le nombre d'internes dans la discipline a diminué de 54 % depuis 1994. Alors que 130 médecins étaient formés par an en moyenne au niveau national, ce nombre est actuellement de 50. La baisse importante du nombre des étudiants choisissant actuellement le DES d'hépatogastroentérologie laisse donc prévoir, selon les professionnels, un déficit plus important que celui qui est établi dans les projections de la DREES.

Plusieurs éléments se conjuguent pour expliquer la diminution des juniors dans la spécialité :

- la filiarisation a desservi les spécialités qui n'étaient pas filiarisées ;
- la répartition géographique des postes d'internes a contribué à aggraver la situation. En effet, de nombreux postes d'internes ont été par exemple créés dans le Nord Pas de Calais, alors que le nombre de chefs de clinique est insuffisant dans cette région. Il n'y a pas d'indexation entre le nombre d'internes, le nombre de chefs de clinique et l'importance de la population. L'examen national classant risque d'aggraver cette situation ce qui, selon les professionnels auditionnés, devrait conduire à envisager une régionalisation de l'installation ;
- certaines caractéristiques de la spécialité contribuent à son manque d'attractivité.

C'est un métier jugé lourd, à cause des pathologies traitées et de certains actes comme l'endoscopie ;

des incertitudes liées au passage de la nomenclature (NGAP) à la classification commune des actes médicaux (CCAM) ont pu également peser ;

Les raisons de la rupture de la vocation restent à approfondir.

Cette diminution des effectifs d'internes se produit dans un contexte de tensions sur l'offre de soins. Les problèmes immédiats dans la région concernent le renouvellement des HPGE libéraux (près de la moitié vont partir en retraite dans les 5-10 ans) et le maintien d'équipes suffisantes dans les services de certains CHG : Maubeuge , Cambrai par ex . La tension sur les lits se fait du fait de l'implication de la discipline dans l'aval des SAU(hémorragies digestives , insuffisance hépato-cellulaire , syndrome douloureux abdominal) .Elle provient aussi de l'implication de la spécialité dans des pathologies fréquentes et graves (cancers digestifs , hépatite C , alcool) ainsi que dans l'endoscopie digestive .

Les évolutions techniques à venir vont affecter l'exercice de la spécialité et conduire à une concentration des plateaux techniques, complexes , intimement liés à la présence des anesthésistes réanimateurs , mais en nombre limité, ce qui rendra impossible l'exercice dans des villes de moins de 50 000 habitants.

GERIATRIE ET IATROGENICITE : S'Y RETROUVE-T-ON DANS LES GENERIQUES ?

Dr HELFRICH, Pr CARON, Pr PUISIEUX

Le rapport de la CNAMTS de 2003 concernant le problème des effets secondaires médicamenteux est alarmant. Chaque année en France, 130 000 personnes sont hospitalisées en raison d'un accident ou d'un malaise liés à la prise de médicaments (1,2 millions de jours d'hospitalisation). Les personnes âgées sont les premières concernées.

Les accidents médicamenteux sont en moyenne deux fois plus fréquents chez les plus de 65 ans que dans le reste de la population. Ils sont aussi plus graves. 12% des personnes âgées qui se rendent aux urgences d'un hôpital le font pour un accident ou un incident liés à la prise de médicaments.

Or près de la moitié des accidents sont évitables !!

Les « responsables » potentiels ? Ce sont le ou les médicaments, le ou les prescripteurs, le patient et parfois aussi le pharmacien et l'entourage du patient, dont les conseils peuvent ne pas être appropriés.

Les facteurs de risque incontestables de survenue d'accidents iatrogènes liés aux médicaments sont la polymédication+++ , les interactions médicamenteuses, la marge thérapeutique étroite, la documentation pré-AMM insuffisante, l'insuffisance du suivi post-AMM.

Quel rôle peuvent jouer les génériques ???

En juin 1999, les pharmaciens ont obtenu le droit de substitution, leur permettant de remplacer un médicament princeps, par un médicament générique, inscrit au répertoire, moins coûteux.

En juin 2002, un accord entre la CNAM et les organisations de médecins a été conclu. Après sept mois de conflit, les médecins libéraux obtenaient une revalorisation du tarif de la consultation médicale à 20 euros ; en contrepartie, ils s'engageaient à prescrire massivement les médicaments en dénomination commune internationale.

Depuis, le marché des génériques se développe en France... lentement... Réticences des patients, des prescripteurs, des pharmaciens ??? Craintes fondées ???

Un médicament générique n'est pas la copie à l'identique de la spécialité princeps. La loi du 23 décembre 1998 précise : « On entend par spécialité générique d'une autre spécialité, une spécialité, qui a la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique, et dont la bioéquivalence avec l'autre spécialité a été démontrée par des études appropriées de biodisponibilité ».

Les changements de nom, la multiplicité des génériques, la présence d'excipients différents sont-ils source d'effets iatrogènes ? En quel nombre ?

Beaucoup de questions qui feront l'objet de notre débat.

- SEANCES PLEINIERS -

CEPHALEES ET MIGRAINE

C. LUCAS, J.P. PRUVO, J.M. BLONDEL

Les céphalées sont un motif de consultation quotidien chez le médecin généraliste avec au premier rang la maladie migraineuse. La prévalence de la maladie migraineuse est de 12% en population adulte en France. Pratiquement un quart des migraineux en population générale française ont une maladie migraineuse invalidante retentissant de façon significative sur leur qualité de vie, soit environ 2 millions de nos concitoyens. La moitié des migraineux sans altération significative de la qualité de vie ont des crises sévères soit systématiquement soit occasionnellement. Malgré ce constat, seuls 20% des migraineux sont suivis au plan médical.

Lors de la première consultation, il faut s'assurer que le patient présente bien une maladie migraineuse telle que définie par l'International Headache Society (IHS). Ce diagnostic repose uniquement sur l'interrogatoire, avec par ailleurs, un examen clinique normal. Les examens complémentaires sont inutiles sauf dans certaines situations particulières qui seront détaillées. Il faut informer le patient que l'on connaît beaucoup mieux les mécanismes de la migraine, que l'on a désormais des traitements très actifs pour les crises ainsi que des traitements de prévention si les crises sont fréquentes et/ou invalidantes, que la maladie migraineuse est fluctuante au cours de la vie. Il faut insister sur la nécessité de tenir un agenda des crises pour les migraineux sévères et éviter l'auto-médication « sauvage » qui peut aboutir au tableau de céphalées chroniques quotidiennes (céphalées plus de 15 jours par mois depuis plus de 3 mois) qui touche environ 3% de la population générale adulte en France soit 1,5 millions de patient et enfin, il faut rechercher une éventuelle co-morbidité anxieuse et/ou dépressive.

Les récentes recommandations des pratiques cliniques dans la migraine et dans les céphalées chroniques quotidiennes selon la méthodologie ANAES (qui seront présentées) ont permis d'affiner les stratégies thérapeutiques et sont une aide précieuse pour le médecin généraliste, qui est et doit rester l'interlocuteur médical de première ligne des patients céphalalgiques.

POST INFARCTUS DU MYOCARDE

Prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire dans le Nord Pas de Calais

Pr Kacet, Dr Stalnikiewicz

INTRODUCTION

Les cardiopathies ischémiques sont en France, comme en Europe, l'une des premières causes de mortalité et de morbidité. En France, le projet MONICA a retrouvé un gradient modéré Nord / Sud pour les cardiopathies ischémiques dont la fréquence décroît entre Lille (236/100 000 habitants) et Toulouse (227/100 000 habitants). Il existe également des variations régionales en ce qui concerne la mortalité par cardiopathies ischémiques. En effet, chez l'homme, mais aussi chez la femme, les régions du Nord de la France ont un indice comparatif de mortalité supérieur à la moyenne nationale. En ce qui concerne l'infarctus du myocarde, dans la région lilloise, d'après le Registre français des Cardiopathies Ischémiques : projet MONICA, l'incidence, rapportée à 100 000 habitants, est plus élevée à Lille par comparaison aux régions de Strasbourg et de Toulouse. Tout comme les taux de mortalité (58,7 % pour les hommes et de 69,5 % chez les femmes). Il existe en matière de prévention secondaire des recommandations des sociétés savantes dont l'application permettrait une diminution des récurrences et de la mortalité après un premier épisode aigu de maladie coronarienne. Ce haut niveau de preuve scientifique concerne en particulier : le traitement des différents facteurs de risque d'athérosclérose, le traitement par Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion (IEC) en cas d'insuffisance cardiaque ou de dysfonctionnement ventriculaire gauche significatif et la réadaptation à l'effort.

Cette étude, inscrite au Programme Régional de l'Assurance Maladie a été réalisée, en 2002. Elle avait pour objectifs : d'analyser la prise en charge des facteurs de risque

cardiovasculaire six mois au moins après un infarctus du myocarde aigu et de comparer la pratique collective aux recommandations et références médicales élaborées par la Société Française de Cardiologie, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé et l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé.

METHODE

La population étudiée était composée de patients, d'âge inférieur ou égal à 70 ans au moment de l'infarctus aigu et admis en affection de longue durée exonérée du ticket modérateur pour "infarctus du myocarde datant de moins de 6 mois" entre le 1/1 et le 31/3/2001 et entre le 1/6 et le 31/8/2001. Tous les patients ont été convoqués et examinés au service médical.

Le recueil d'informations médicalisées a été réalisé, à l'aide d'un questionnaire, au premier semestre 2002.

Les données nécessaires à l'étude ont été recueillies à partir des sources d'information suivantes : compte rendu d'hospitalisation, interrogatoire et examen clinique du patient, entretien éventuel avec le médecin désigné par le patient.

RESULTATS

307 patients ont été inclus dans cette étude (269 hommes de moyenne d'âge égale à 54 ans et 38 femmes de moyenne d'âge égale à 57,5 ans). Les principaux constats étaient : La prise en charge médicamenteuse n'était pas toujours optimale :

- 28 % des patients ayant une altération de la fonction ventriculaire gauche n'avaient pas de traitement spécifique (inhibiteur de l'enzyme de conversion).
- La tension artérielle n'était pas normalisée pour près d'un patient sur deux (48 %).

Les facteurs de risque étaient insuffisamment corrigés

- 79 % des patients étaient toujours en surpoids ou obèses.
- Le sevrage tabagique était non obtenu pour 1/3 des fumeurs.

La réadaptation cardiaque, qui favorise l'arrêt du tabac, n'a été réalisée que dans 37,5 % des cas.

CONCLUSION

Cette étude a permis une approche de la prise en charge du post infarctus du myocarde dans le Nord - Pas de Calais. Sa prise en charge médicamenteuse est comparable à d'autres études antérieures du même type, certains écarts existent par rapport aux référentiels et recommandations de bonne pratique. La prise en charge des facteurs de risque des patients n'est pas optimale en ce qui concerne l'arrêt du tabac, la surcharge pondérale, l'HTA et la dyslipidémie. Le recours à la réadaptation cardiaque reste faible. Des actions de sensibilisation seront réalisées en lien avec les travaux menés dans le cadre des programmes régionaux de santé vis à vis des patients, en particulier sur les facteurs de risque cardiovasculaire, mais également vis à vis des professionnels de santé sur l'importance de la prévention secondaire. Enfin, une analyse et une réflexion en matière d'offre de soins, de réadaptation cardio-vasculaire et de prise en charge en réseau doit s'engager dans un partenariat fort entre l'Assurance Maladie et l'ensemble des acteurs du système de soins qu'ils soient hospitaliers ou libéraux.

L'EUTHANASIE

Dr Desrousseaux, Dr Kazubek, Dr Rogeau, Maître Potie

L'euthanasie est un sujet brûlant d'actualité.

Etymologiquement, l'euthanasie signifie « mort douce et sans douleur ».

Selon le Comité Consultatif National d'Ethique, c'est l'acte d'un tiers qui met délibérément fin à la vie d'une personne dans l'intention de mettre un terme à une situation jugée insupportable.

Il faut ne pas faire l'amalgame avec des concepts souvent rapprochés, tels que les soins palliatifs et le refus de l'acharnement thérapeutique, objet d'une proposition de loi actuellement en cours d'examen.

A ce jour, l'acte d'Euthanasie est contraire au droit européen, et tombe sous le coup des règles édictées par le Code de Déontologie. La loi pénale française considère que l'euthanasie est un crime.

Une étude de droit comparée des législations européennes montre les évolutions différentes entre ces différents pays.

Le Médecin français peut-il proposer à son patient de bénéficier de ces législations différentes ?

LE DEFICIT ET LA CARENCE EN IODE CHEZ L'ADULTE ET CHEZ L'ENFANT : SA REALITE DANS LE NORD-PAS DE CALAIS ET SES CONSEQUENCES POUR LA PRATIQUE DU MEDECIN GENERALISTE

Pr Jean-Louis WEMEAU – Clinique Endocrinologique Marc Linquette - USNA

Pr Dominique TURCK – Clinique de Pédiatrie - Hôpital Jeanne de Flandre

Dr Philippe MANNECHEZ - Isbergues

Le déficit en iode constitue la première cause de retard mental dans les pays en développement ; il est responsable de la survenue de goitre et d'une augmentation de la mortalité et de la morbidité périnatales et infantiles.

Il peut sembler incongru d'évoquer dans la région Nord-Pas-de-Calais un état de déficit voire de carence en iode. Chacun sait que c'est dans les hautes vallées alpêtres que sévissaient les goitres et le crétinisme goitreux. Mais ces situations historiques ont disparu, car on consomme les produits de la mer aussi bien à Chambéry ou Crans-sur-Sierre, qu'à Boulogne-sur-Mer ou Marseille

Pourtant en 2004, dans toute l'Europe occidentale, la carence relative en iode est une réalité. Elle est loin d'être sans conséquence chez le fœtus, l'enfant, l'adolescent, la femme enceinte et le sujet âgé. Elle mérite d'être dépistée, traitée et prévenue.

STATUT EN IODE DE NOS POPULATIONS

L'apport en iode recommandé par l'OMS est de 50 µg/jour chez l'enfant de moins de un an, 150 µg chez l'adolescent et l'adulte, et 200 µg chez la femme enceinte et allaitant.

L'étude SUVIMAX conduite en France chez 4160 hommes et 7154 femmes âgés de 35 à 70 ans a montré que l'excrétion urinaire d'iode - reflet de l'apport oral - était en moyenne de 82 µg/L, partout inférieure à 100 µg/L (une iodurie au moins égale à 100 µg/L témoigne selon l'OMS d'un statut en iode normal).

Dans la région Nord – Pas de Calais, l'iodurie moyenne était de 96 µg/L chez l'homme et de 86 µg/L chez la femme. Ces valeurs étaient les moins basses de tout l'hexagone, l'état de carence étant plus évident encore dans le Centre et toute la partie Est de la France.

A Toulouse en 1997, seules 12 % des femmes enceintes avaient une iodurie favorable, supérieure à 200 µg/L et ¾ des femmes enceintes avaient une iodurie inférieure à 100 µg/L. La situation était encore plus inquiétante à Bruxelles : en 1995 la moitié des femmes enceintes avaient une iodurie inférieure à 50 µg/L, avant que dans ce pays ne soit systématiquement assurée une supplémentation médicamenteuse.

Le projet Thyromobile avait concerné, il y a bientôt 10 ans, des enfants en âge scolaire (de 6 à 14 ans) d'une dizaine de pays européens. L'iodurie moyenne était en France de 130 µg/L, apparemment satisfaisante. Mais elle était inférieure à 100 µg/L chez 38 % des enfants ; 10 % des enfants avaient une iodurie inférieure à 10 µg/L.

Dans le Nord, une enquête réalisée en 2000 et 2001 chez 160 enfants âgés de 10 jours à 6 ans (moyenne ± DS : 17,7 ± 2,5 mois) consultant en PMI dans la région lilloise, a révélé un déficit en iode (iodurie inférieure à 100 µg/L) chez 24 % d'entre eux : ce déficit était faible (iodurie de 50 à 99 µg/L) dans 17 % des cas, et modéré (iodurie de 20 à 49 µg/L) dans 5 % des cas ; on notait une situation de carence (iodurie inférieure à 20 µg/L dans 2% des cas). Ce statut en iode était indépendant de l'âge, du sexe, de l'état nutritionnel, et de l'origine géographique de l'enfant et de la catégorie socio-professionnelle des parents. L'allaitement maternel ne protégeait pas du déficit en iode. Le statut en iode n'était pas différent entre les enfants consommant du lait de vache et ceux n'en consommant pas. La consommation de préparations pour nourrissons (lait

« 1^{er} âge ») de préparations de suite (laits « 2^{ème} âge ») et de préparations pour enfants en bas âge (laits « croissance ») était un facteur de risque de déficit en iode.

LES CONSEQUENCES DE LA CARENCE EN IODE

Elles sont multiples, d'autant plus sournoises que peu expressives et sans conséquence immédiate. Ceci explique l'extrême difficulté de motiver les individus et les pouvoirs publics à cette thématique.

La carence en iode est le principal facteur environnemental participant à la constitution des goîtres : 10 % de la population adulte surtout féminine a une hypertrophie thyroïdienne, dont le volume et l'organisation en nodules s'affirment au fil des années et des décennies.

La carence en iode favorise aussi la constitution des nodules thyroïdiens solitaires : adénomes non fonctionnels (classiques nodules froids), adénomes toxiques responsables d'hyperthyroïdie (la carence en iode provoque des mutations activatrices du récepteur de la TSH à l'origine de cette pathologie), cancers. Les cancers de la thyroïde sont présents sur les pièces d'autopsies chez 5 % des adultes, ce qui n'a rien à voir avec l'accident de Chernobyl. La carence en iode est responsable d'une proportion plus importante de cancers moins différenciés, de type vésiculaire.

La carence iodée explique l'extrême sensibilité des individus aux surcharges iodées : l'apport massif d'iode délivré à l'occasion d'examens radiographiques contrastés, d'un traitement par l'amiodarone... est susceptible de déterminer des hyperthyroïdies. La disponibilité accrue en iode, permet en effet l'emballement des petits foyers d'hyperplasie qui se sont constitués du fait de la carence iodée.

La grossesse rend les mères et les fœtus particulièrement vulnérables. L'expression de la carence en iode s'accroît chez la mère du fait de la fourniture d'iode au fœtus, et de l'augmentation de la clairance rénale de l'iode. C'est pourquoi le volume thyroïdien s'accroît d'environ 30 % au cours de la grossesse. De véritables statuts d'hypothyroïdie peuvent se démasquer. Cette situation est d'autant plus préjudiciable que l'ontogénèse cérébrale du fœtus est complètement dépendante de la fourniture transplacentaire des hormones thyroïdiennes. Des études ont montré que le développement neuro-comportemental des enfants évalués entre 7 et 9 ans était réduit de 7 points si la mère avait eu une hypothyroxinémie au cours de la grossesse.

La carence en iode a expliqué l'extrême sensibilité des enfants de Chernobyl aux conséquences dramatiques du rejet massif d'iode radio-actif à l'occasion de l'accident de la centrale nucléaire le 26 avril 1986. La prévention des éventuels accidents des centres nucléaires passe par l'enrichissement de la charge en iode des populations.

DEPISTAGE, PREVENTION, ET TRAITEMENT

Le problème est que l'on ne dispose pas d'un moyen simple et peu onéreux pour dépister la carence en iode. Le dosage de l'iodurie est hors nomenclature et non remboursé. Force est donc pour le moment d'évoquer la carence en iode de principe devant toutes les situations familiales et personnelles de goitre et de nodule, et particulièrement à l'adolescence, chez la femme enceinte et allaitant.

Le sel constitue a priori une source potentielle d'apport iodé. Cependant la majorité des sels de mer sont dépourvus d'iode. L'iode est en effet un élément très volatile. Seuls les sels enrichis en iode (sel LA BALEINE, sel CEREBOS iodé) contiennent 15 à 20 mg/kg d'iode, si bien que l'apport de 10 g de sel fournit 150 à 200 µg d'iode, assurant une iodurie satisfaisante de 100 à 200 µg/L. Mais dans le même temps, on prône la réduction de l'apport en sel pour prévenir la maladie hypertensive, et tout particulièrement chez la femme enceinte. Il apparaît évident que la prévention de la carence en iode ne pourra pas se faire uniquement par l'enrichissement du sel de table et de cuisine. L'iodation du sel industriel, celui utilisé pour les conserves, constitue une piste plus raisonnable.

En pratique, il faut recommander l'achat de sel enrichi en iode, la consommation des produits de la mer : huîtres, coquillages, poissons (en évitant leur cuisson au court-bouillon, au profit de celle au four à micro-ondes et en papillote). La consommation du pain, du lait de vache (qui concentre l'iode du fait de l'utilisation d'algues dans l'alimentation du bétail et la désinfection du pis des vaches par des antiseptiques iodés), d'alginate (utilisés dans les préparations alimentaires) contribue aussi à accroître l'apport

en iode. Il faut aussi augmenter la quantité d'iode contenue dans les préparations lactées pour les nourrissons et les jeunes enfants

Prochainement seront disponibles les comprimés d'iodure de potassium (IK = 130 µg , apportant 100 µg d'iode). Ils seront à recommander particulièrement pour le traitement des goitres simples de l'adolescent, et presque systématiquement chez la femme enceinte (pour obtenir à coup sûr chez elles les ioduries minimales recommandées de 100 à 200 µg/L). La plupart des compléments nutritionnels actuellement proposés pour la supplémentation de la grossesse contiennent des doses adaptées d'iode, mais sont particulièrement onéreux.

CONCLUSIONS

- **24 % des enfants et 30 % des femmes enceintes sont victimes d'un déficit en iode.**
- **le déficit en iode favorise la constitution des goitres et des nodules. Il prédispose aux cancers moins différenciés de la thyroïde**
- **le déficit en carence en iode obère le pronostic intellectuel du fœtus**
- **le sel de table et de cuisine ne constitue pas le vecteur idéal de supplémentation en iode**
- **à la dose de 100 à 150 µg/jour, une supplémentation iodée n'est responsable d'aucun effet délétère**
- **le bénéfice d'une supplémentation en iode a été démontré chez les femmes enceintes et les fœtus, et à long terme pour l'ensemble de la population.**

BIBLIOGRAPHIE

- CARON P., JAFFIOL C, LECLERC J, ORGIAZZI J, DELANGE F. Apport iodé en France. Résultats nationaux du projet Thyromobile dans une population d'enfants scolarisés de 6 à 14 ans. Annales d'Endocrinologie (Paris) 1996 ; 57 : 228-233.
- CAFFARELLI E. Iode .Conséquences d'une carence, d'un excès en iode et intérêt d'une supplémentation systématique. Journal de Gynécologie, Obstétrique et de Biologie de la Reproduction. 1997 ; 26 : 90-4
 - COMITE DE NUTRITION DE LA SOCIETE FRANCAISE DE PEDIATRIE. La nutrition iodée.chez l'enfant. Archives de Pédiatrie 2000 ; 7 : 66-74.
 - DELANGE F.Les troubles dus à la carence en iode.La Thyroïde- J Leclère, J Orgiazzi, B Rousset, JL Schlienger, JL Wémeau - 2001– 2^{ème} édition Elsevier : pp 355-364
 - GLINOER D. Pregnancy and iodine.Thyroid 2001 ; 11 : 471-481.
 - HADDOW JE, PALOMAKI GE, ALLAN WC et al. : Maternal thyroid deficiency during prgnancy and subsequent neuropsychological development of the child. New England Journal of Medicine1999 ; 331:549-555
 - POUESSEL G, BOUARFA K, SOUDAN B, SAUVAGE J, GOTTRAND F., TURCK D. Statut en iode et facteurs de risque de déficit en iode chez des enfants vus en consultation de protection maternelle et infantile dans le département du Nord. Archives de Pédiatrie 2003 ; 10 : 96-101.
 - VALEIX P, ZAREBSKA M, PREZIOSI P, GALAN P, PELLETIER B, HERCBERG S. Iodine Deficiency in France. The Lancet 1999 ; 353 : 1766-1767.

REIN/NEPHROTOXICITE/HTA

C Noël

Les néphrologues ont justement abandonné l'idée que l'HTA n'était pas forcément une maladie rénale mais bien un facteur de risque vasculaire qui devait concerner tout praticien qu'il soit généraliste ou spécialiste. En revanche, toute prise en charge (PEC) anti-hypertensive doit s'accompagner d'une réflexion néphrologique. C'est cette réflexion que nous voudrions aborder à travers :

- l'importance des mesures hygiéno-diététiques bien trop souvent délaissées devant l'arsenal médicamenteux actuel,
- l'évaluation de la fonction rénale dès le départ de cette PEC qui conditionne le pronostic et les modalités de surveillance du traitement,
- les dangers rénaux que peuvent représenter certains produits notamment lors des associations médicamenteuses

Le silence qui accompagne le retentissement rénal ne doit pas rendre sourd ou aveugle.

L'ANNONCE DE MAUVAISES NOUVELLES EN ONCOLOGIE

Reich MG. Centre Oscar Lambret . 3 rue Frédéric Combemale. Lille 59020, BP 307

L'annonce d'un diagnostic de maladie potentiellement létale tel que le cancer n'est jamais une situation facile tant pour le patient que pour le médecin généraliste ou

spécialiste. Symboliquement, cette annonce représente une nomination de la maladie et pour le patient son entrée « officielle » dans le monde du cancer. C'est une nouvelle qui va complètement bouleverser l'image que se faisait le patient de son futur et qui va donc changer sa représentation de l'avenir. C'est donc une modification radicale de l'existence d'un sujet et de son entourage avec des repères compromis et une précipitation dans l'incertitude.

Il s'agit d'un moment de vérité pour le patient mais aussi pour le médecin annonceur. Cette révélation n'est jamais anodine et confronte le médecin, le patient et son entourage à une violence insoupçonnée. Violence des mots, des non dits, du contenu de l'information et parfois même dans la manière et le moment choisi pour cette révélation. L'impact émotionnel intense généré chez le patient et son entourage n'est pas à négliger. En effet, la confirmation d'un diagnostic de cancer est souvent associée à une sentence de mort et à un futur peuplé de catastrophes, de souffrances et d'effets indésirables des traitements redoutés. Elle engendre de multiples craintes caractérisées par la peur de la dépendance, de la déchéance physique et de l'abandon. L'annonce de la maladie a le plus souvent été précédée par une agression iatrogénique du corps (cytoponction, biopsies, endoscopies,...) et va parfois se poursuivre par la perspective d'une intervention chirurgicale mutilante (mastectomie, colostomie, laryngectomie...), d'une radiothérapie ou d'une chimiothérapie agressives tant pour l'image du corps (brûlures cutanées, alopecie, mucite...) que pour les lignées sanguines (aplasie, hématomes, pétéchies...). A cette violence physique passée et/ou programmée s'associe une violence psychique générant un bouleversement émotionnel intense chez le patient et sa famille.

Face à tous ces événements se succédant parfois dans une période de temps courte (quelques semaines), les patients métaphorisent leur vécu comme le sentiment de ne plus être "qu'un champ de ruine" après « avoir reçu un coup dans la figure ». Hébétés, sidérés, ils éprouvent alors le besoin de se reconstruire physiquement et de se restaurer psychologiquement

Cette annonce est donc vécue comme un psychotraumatisme (le choc de l'information). Le praticien est souvent mal à l'aise face à cette situation singulière où il craint de révéler une vérité à un malade qui craint de devoir l'entendre.

Il existe une iatrogénie de l'annonce. Pourtant la manière dont la maladie va être apprise par le patient, va déterminer la façon dont elle sera perçue et vécue ultérieurement. Ainsi, si l'annonce est faite de manière brutale, les patients traîneront comme un boulet durant tout le cursus de leur maladie cette épreuve initiatique dont les effets traumatiques seront ravivés lors de chaque récurrence ou situation d'annonce.

L'annonce d'une pathologie tumorale est souvent entourée de paradoxes et de quiproquos qui sont générés par le contenu du discours médical, son ou ses destinataires, les ressentis de celui qui annonce et le cadre au sein duquel est faite la divulgation de la mauvaise nouvelle. Fonction défensive, traduction du déséquilibre entre un supposé savoir et une supposée ignorance, les paradoxes et quiproquos de l'annonce peuvent néanmoins entraîner le médecin sur un terrain miné en particulier dans le champ de la communication. De plus, ils risquent d'accroître les sources de malentendus qui pour les patients, marqueront de façon indélébile leur entrée dans la maladie cancéreuse. Comme le soulignait Nicole Alby, le cancer représente « ce qu'un médecin ne voudrait pas dire à un malade qui ne voudrait pas l'entendre ». Le fameux dilemme de dire ou ne pas dire la vérité crée d'emblée une situation anxigène tant pour le médecin annonceur de la mauvaise nouvelle que pour le patient qui s'attend à la recevoir. Parfois, ce dilemme sera tellement insupportable pour le praticien qu'il préférera en parler aux proches du patient; celui-ci devenant le grand oublié de l'annonce. Cette situation où le patient n'est plus le premier averti génère un terrain propice aux quiproquos, aux non-dits et finalement à une rupture de la communication.

Pourtant, l'annonce d'une mauvaise nouvelle représente un moment clé dans la relation médecin/malade et dans la mise en place d'une communication de qualité. En soi, l'annonce d'une mauvaise nouvelle s'inscrit dans une relation de soins et représente l'amorçage d'un acte thérapeutique à part entière. La prise de conscience par le praticien de cet aspect devrait améliorer les modalités de l'annonce et limiter les problèmes de dyscommunication souvent préjudiciables pour les patients.

Le respect d'une certaine temporalité dans l'annonce apparaît primordial tant du côté du patient que du soignant. L'annonce diagnostique doit être précédée d'une période d'évaluation de l'état d'esprit du patient et de sa disposition du moment. Puis, elle doit être suivie d'une période d'empathie et de compréhension de la souffrance induite chez le patient. Ensuite viendront les propositions thérapeutiques et la prise en charge. Toute cette procédure doit intégrer chez le patient le temps de la sidération lors de l'annonce, le temps d'assimilation et d'intégration du discours médical, le temps de l'adaptation au diagnostic et aux prochaines échéances thérapeutiques et enfin le temps du deuil par rapport à l'état antérieur et aux remaniements personnels, familiaux et professionnels.

L'apprentissage de certaines techniques de communication permettront au praticien à la fois d'atténuer la violence des effets d'annonce et de faciliter l'acceptation par les patients de la maladie cancéreuse et de ses traitements.

L'annonce d'une mauvaise nouvelle ne peut se dire que dans un dialogue (et non un monologue). Elle se construit dans une relation et un échange dans une écoute réciproque.

PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE A DOMICILE

Pr R. Glantenet, Dr O. Lehembre, Dr J. Richir, Dr C. Chapuis et Dr JM. Devienne

Les aides à la personne au domicile

- La prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD) :
exemple Santelys sur Lille : un interlocuteur dont il serait intéressant de préciser les buts, les moyens, les modes de financement. Le matériel est fourni ainsi que tous les soins médicaux et le nursing...
- Le SSAD : Service de soins à domicile ou service de soins infirmiers à domicile.
Exemple DELTA sur Lille
Ces services sont nombreux sur la région, ils couvrent une part importante du territoire et apportent les soins de nursing par un personnel aide-soignant coordonné par un infirmier coordinateur, ce qui n'exclut pas l'intervention d'autres para-médicaux libéraux. Ceci permet le maintien au domicile de nombreuses personnes dépendantes au domicile.
- L'aide au domicile et les associations qui apportent une aide à la vie quotidienne par un personnel formé à intervenir de façon ponctuelle dans la journée pour l'aide à la toilette, au lever, au coucher, pour les repas et l'aide ménagère nécessaire (exemple l'AMAGAD à Lille). Dans ce cas le patient est employeur, il doit être souvent assisté par l'association et son entourage pour la gestion administrative.
Le médecin généraliste reste indépendant vis à vis de ces différentes aides qui interviennent au domicile mais ceci impose une façon différente de travailler au vu des acteurs multiples pour la coordination des soins et des aides.

Les mesures de protection des biens

Sauvegarde de justice, curatelle, tutelle : quelles indications, quelles formes d'aides, quels intervenants, quelles conséquences dans la vie quotidienne, quelles interventions du médecin traitant vis à vis de ces mesures, quelles relations avec les professionnels intervenants ?

Les aides sociales et financières

- L'APA : le certificat du généraliste propose une évaluation pour définir le GIR de dépendance ; le Conseil Général vient codifier cette dépendance en présence du généraliste. Question de la tierce personne, sa désignation, sa rémunération...
- L'ALD : exonération du ticket modérateur ; les problèmes actuels sur cette mesure ; quels avantages ? Quelles limites ? Quelles relations avec la sécurité sociale ? Problème des situations aiguës coûteuses et les polyopathologies.

La coordination des soins

Le dossier médical : la coordination, le partage des informations, problèmes posés. Le cahier de liaison, les référentiels, les médicaments, la compliance et l'observance, quelles relations avec les soignants, les pharmaciens ?

Les matériels médicaux : remboursés, aidés non remboursés

Jusqu'ou maintenir

La décision d'hospitalisation, les services de convalescence, le long séjour, les maisons de retraite et les unités CANTOU.

La dépendance et ses risques.

- COMMUNICATIONS -

LA CODEINE CHEZ L'ENFANT

Dr Serge Dalmas, Clinique d'Anesthésie, Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille

La codéine est depuis longtemps utilisée dans certaines conditions chez l'enfant pour ses propriétés antitussives. La mise sur le marché d'un sirop de codéine (CODENFAN®), autorisé pour le traitement de la douleur chez l'enfant depuis mai 1998 a suscité un regain d'intérêt pour cette molécule dans une indication nouvelle.

La codéine est l'éther méthylique de la morphine. Son métabolisme s'effectue au niveau hépatique par glucurono-conjugaison, grâce au cytochrome P450. Environ 10% de la quantité absorbée subit une déméthylation donnant naissance à la morphine (30 mg de codéine = 3 mg de morphine). Un dixième de la population européenne est dépourvue de l'enzyme indispensable, d'où l'inefficacité de ce produit chez certains patients.

Le sirop CODENFAN® permet une administration facile car il est présenté avec une pipette dosée de 1 à 10 ml : 1 ml contient 1 mg de codéine base. La dose recommandée est de 0,5 à 1 ml/kg et par prise, avec un espacement de 6 heures (4 heures au minimum). Les doses journalières varient ainsi de 3 à 6 mg/kg/jour. La limite d'âge a été fixée à un an, mais la Suisse l'autorise à 4 mois et l'Allemagne à 7 mois. Les formes orales combinées au paracétamol ont également obtenu également l'AMM chez l'enfant depuis 1999 et permettent une prescription à partir de l'âge de 6 ans ou un poids de 15 kg. De rares cas de surdosages accidentels ou liés à une pathologie chronique (insuffisance rénale) ont été publiés, entraînant des effets secondaires de type morphinique (sédation, dépression respiratoire).

La codéine notamment sous forme de sirop est utilisable aussi bien à domicile qu'à l'hôpital. Destinée aux douleurs modérées à fortes (palier II, opioïde faible), elle est adaptée aux douleurs aiguës notamment post-opératoires et à certaines douleurs durables, en association avec les autres antalgiques non morphiniques. Il semblerait que son efficacité soit plus grande quand elle est associée au paracétamol. En fait on manque encore d'études évaluant l'efficacité de cette molécule pour le traitement de la douleur en pédiatrie, même plus de cinq ans après sa mise officielle sur le marché.

RECONSTRUCTION MAMMAIRE APRES AMPUTATION POUR CANCER DU SEIN

Pr V. MARTINOT, Dr N. CAPON, Dr Ph. PATENOTRE, Pr Ph PELLERIN

Service de Chirurgie Plastique et Reconstructrice, Hôpital Roger Salengro, CHRU de Lille

La mastectomie totale imposée par le traitement d'un cancer du sein est presque toujours vécue comme une importante mutilation. Afin de restaurer l'intégrité corporelle relative, la reconstruction mammaire peut être proposée à la patiente. Même si elle ne permet jamais de retrouver le sein perdu dont la patiente devra faire le deuil, elle peut l'aider à restaurer son image corporelle. En outre, elle rend l'habillement plus facile en améliorant le décolleté et en supprimant l'épithèse dans le soutien-gorge.

La reconstruction est parfois immédiate en même temps que la mastectomie, ou plus souvent différée à distance de la fin de la radiothérapie. Les procédés sont multiples, utilisant parfois des prothèses, d'autres fois les propres tissus de la patiente (lambeaux musculaires). Toutes les méthodes sont plus lourdes et complexes que ce que la patiente imaginait. Elles nécessitent souvent plusieurs interventions et laissent des séquelles, notamment d'autres cicatrices, qu'il faudra clairement évoquer. Le résultat habillé est souvent correct, en revanche nue, il est souvent décevant pour la patiente qui avait idéalisé cette reconstruction. Une information préalable détaillée est toujours nécessaire et un accompagnement psychologique s'avère très utile pour ces patientes fragilisées.

LES URGENCES ABDOMINALES CHEZ LE VIEILLARD : QUEL PRONOSTIC ?

Ph. Zerbib, J.P. Chambon

La proportion de sujet de plus de 85 ans est en constante augmentation. La connaissance des facteurs pronostics dans cette population opérée pour urgences abdominales peut être utile dans les renseignements donnés aux familles et peut guider le praticien lorsque des choix difficiles s'imposent. Le but de l'étude était d'évaluer les facteurs influençant la morbi-mortalité post-opératoire chez les patients de plus de 85 ans opérés pour urgence abdominale.

Nous avons revu les dossiers de 45 patients opérés entre mai 1999 et novembre 2001. L'âge moyen était de 88 ans. Huit patients étaient classés ASA IV ou V, 21 étaient ASA III, 16 étaient ASA I ou II. La mortalité opératoire était de 29%. Les patients rentrés à domicile après l'intervention ont eu une meilleure survie en comparaison avec les patients hospitalisés dans les structures de moyen et de long séjour. La mortalité péri-opératoire a bien été corrélée avec le score ASA. Il n'y a pas eu de survivant au delà de 6 mois parmi les patients ASA IV ou V.

QUELLE ACTIVITE PROFESSIONNELLE ET/OU SPORTIVE APRES PROTHESE TOTALE DE HANCHE ?

Migaud H, Laffargue P, Besson A, Senneville E
Service d'Orthopédie C, Hôpital Salengro, CHRU de Lille

L'allongement de l'espérance de vie et l'amélioration de l'accès aux soins ont modifié notre attitude concernant les patients porteurs d'une prothèse de hanche. L'accès à l'information médicale par les médias a « banalisé » la pose des prothèses articulaires. Par ailleurs, les indications des prothèses chez les sujets jeunes sont plus précoces, ces sujets n'acceptant pas, à juste titre, un handicap dans leur vie professionnelle. Enfin, les retraités sont aussi de plus en plus actifs, parfois même pratiquants sportifs de loisir voire en compétition-vétérant. La pratique d'un sport est largement entrée dans les mœurs de notre société : elle est considérée comme bénéfique chez les sexagénaires actifs, parfois elle constitue un mode de vie chez les sujets plus jeunes. Tout cela fait que nous sommes plus fréquemment confrontés à une demande d'activité professionnelle ou sportive, parfois à fort niveau de contrainte, chez les patients porteurs d'une prothèse totale de hanche. Face à ce constat, quelles réponses pouvons-nous apporter aux patients porteurs d'une prothèse de hanche : 1) Quelles sont les activités professionnelles autorisées et celles qui doivent sûrement être contre-indiquées ? 2) Quand peut-on reprendre une activité professionnelle après la pose d'une prothèse de hanche ? 3) Une activité sportive est-elle compatible avec la pose d'une prothèse de hanche (délai de reprise du sport, sports à éviter) ? Aucun consensus n'existe sur ces questions et c'est le bon sens qui doit l'emporter dans ce domaine. En effet, aucune étude n'apporte de réponse scientifique indiscutable, mais de nombreux travaux (le plus souvent des faits cliniques) rapportent les méfaits de certaines activités sur le comportement des prothèses de hanche. Le but de ce travail est de tracer les grandes lignes des réponses à apporter aux patients demandeurs d'une activité sportive et/ou professionnelle. L'apparition des nouveaux couples de frottement des prothèses (métal-métal, céramique-céramique), en théorie plus résistants à l'usure, peut apporter une réponse à ces problèmes.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES MALFORMATIONS DE LA PAROI THORACIQUE ANTERIEURE : UNE TECHNIQUE SIMPLE ET FIABLE.

Monsieur le Professeur WURTZ Alain

Le traitement chirurgical des malformations de la paroi thoracique antérieure a beaucoup progressé grâce à une technique de réparation qui tient compte de la pathogénie : l'hypertrophie en longueur des cartilages qui refoulent le sternum soit en arrière (pectus excavatum) soit en avant (pectus carinatum).

Une voie d'abord esthétique sous mammaire et sous pectorale de 15 à 20 cm de long permet d'accéder aux cartilages (3 à 7), qui sont réséqués en sous péri-chondral. Puis après ostéotomie transversale, le sternum est relevé vers l'avant et maintenu en bonne position par une attelle métallique transversale (pectus excavatum). L'attelle est enlevée quelques semaines plus tard par une incision de 1 cm.

Pour le traitement du pectus carinatum, le sternum est simplement refoulé en arrière.

L'intervention est terminée par une suture des étuis de péri-chondre, avec effet de raccourcissement et de mise en tension latérale, stabilisant le sternum.

Les études tomodensitométriques en 3 dimensions ont démontré qu'en quelques semaines, des cartilages de longueur adéquate se reforment à partir du péri-chondre, assurant la stabilité du plastron chondrosternal et la pérennité du résultat.

L'indication opératoire est le plus souvent d'ordre esthétique, chez des jeunes patients dont la qualité de vie est fortement altérée (n'osant pas, entre autre, s'exhiber à la plage, à la piscine ou en salle de sport). Les indications fonctionnelles (insuffisance respiratoire restrictive) sont exceptionnelles.

Au cours des 10 dernières années, notre expérience est de 35 opérés : 22 pectus excavatum et 13 pectus carinatum.

La durée moyenne d'hospitalisation a été de 3,1 jours. Les résultats, régulièrement excellents (31/35 soit 88 %), se maintiennent à moyen et à long terme.

LA CONTRACEPTION PAR IMPLANT DE PROGESTERONE, 3 ANS APRES

Marielle ROUMILHAC Francis COLLIER

Une trentaine d'années après la mise sur le marché de la pilule contraceptive, une nouvelle révolution semble désormais en marche, marquée par l'arrivée de nouveaux moyens de contrôle des naissances : stérilet et implant de progestérone, patches, anneaux vaginaux.

Au delà des progrès de la recherche que cela illustre, il faut sans doute y voir aussi le besoin, pour la femme d'aujourd'hui, de recourir à une contraception moins contraignante que la pilule.

Dans cet esprit, la commercialisation, en mai 2001, de l'implant de progestérone, a été saluée, par la presse dite féminine, de manière très enthousiaste. L'oubli des conséquences possibles sur le maintien du cycle menstruel a cependant entraîné des déceptions à la mesure des espoirs engendrés.

Trois ans plus tard, que peut-on penser objectivement de cette approche contraceptive ? Quelles sont les meilleures indications ? Existe-t-il des contre indications ? Quelle est la tolérance ? Quelle est la fréquence des aménorrhées, des saignements intempestifs ? Quelles sont réellement les difficultés techniques rencontrées lors de la pose, du retrait ?

Au regard d'une série de patientes suivies à l'hôpital Jeanne de Flandre, et des données récentes de la littérature, il est clair que l'implant de progestérone peut briguer une place intéressante au sein de l'arsenal contraceptif dont nous disposons aujourd'hui.

L'ENFANT AUTISTE : COMMENT AIDER LES PARENTS ?

Pierre Delion

L'autisme infantile reste aujourd'hui une maladie énigmatique. Depuis la description clinique de Kanner en 1943, les progrès réellement accomplis restent discrets. Et dans ce cas, il existe souvent une inflation d'hypothèses théoriques de toutes sortes qui contribuent encore à obscurcir le débat scientifique et humain. Et pourtant, aussi bien l'enfant autiste lui-même que ses parents et sa fratrie souffrent d'une façon trop souvent indicible. C'est essentiellement pour ces raisons que j'ai proposé de faire le point aujourd'hui sur la question de l'autisme infantile, de telle sorte que les médecins puissent aider au mieux les parents à se retrouver dans le dédale des propositions multiples qui sont faites dans ce domaine. L'autisme infantile, même s'il doit bénéficier d'approches pédagogiques et éducatives complémentaires, reste un problème médical pour lequel les parents doivent être informés « loyalement » par des médecins.

De cette manière ils seront mieux armés pour prendre les décisions qu'ils jugent les meilleures pour leur enfant, en sachant combiner les différentes approches qui lui seront nécessaires, et cela sans exclusives. Pour ce faire, les professionnels doivent pouvoir construire de vrais réseaux mettant en liens les partenaires à leur service et à celui de leurs parents.

ENURESIE NOCTURNE PRIMAIRE ISOLEE QUELLES SOLUTIONS ?

Dr Novo Robert, Unité de Néphrologie Pédiatrique, Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU Lille

L'énurésie nocturne primaire isolée de l'enfant occupe une place importante dans la pratique pédiatrique de par sa fréquence, ses retentissements, la variabilité de sa prise en charge

Elle se définit comme l'existence de mictions complètes ou non, de survenue intempestive, involontaires pendant le sommeil, chez un enfant de plus de 5 ans exempt de pathologie organique (urologique, neurologique, psychiatrique)

L'incidence en France est de 9,2% des 5-10 ans et 11,2 des 5-7 ans avec une majorité de garçons (60%)

Les répercussions sont diverses : somatiques avec des lésions cutanées dues à l'irritation et la macération, psychiques avec anxiété, sentiment de culpabilité ou d'opposition, repli sur soi, sociales avec limite des contacts sociaux (dormir chez un camarade, vacances en dehors du cadre familial).

La démarche diagnostique nécessite une écoute attentive de l'enfant, un examen minutieux, afin d'éliminer une pathologie organique. Il faut rassurer l'enfant et les parents.

Les examens complémentaires (bandelette urinaire, échographie des voies urinaires, débitmétrie, radiographies du rachis lombo-sacré) permettent d'éliminer si nécessaire une pathologie uro-néphrologique.

Les hypothèses pathogéniques sont diverses : capacité de réveil réduite, perturbation de la réaction d'éveil induite par la réplétion vésicale, instabilité vésicale nocturne, insuffisance relative de sécrétion nocturne d'ADH. L'intrication de facteurs psychologiques est variable. Le risque est augmenté si un des parents a été énurétique.

La prise en charge comportementale est la première étape du traitement. Ses objectifs sont de comprendre, minimiser l'importance et les conséquences de l'énurésie,

de déculpabiliser et de rassurer l'enfant et sa famille. La réalisation d'un calendrier mictionnel permet d'entraîner l'adhésion de l'enfant et son implication dans le traitement.

L'utilisation de médicaments est réservée à l'enfant de plus de 5 ans chez qui l'approche comportementale n'a pas donné de résultats.

On utilise en première intention la desmopressine, en spray ou en comprimés pendant 3 à 6 mois avec une tolérance en général excellente et un taux de réponse de l'ordre de 70%. Les résultats sont meilleurs si l'enfant est polyurique avec une capacité vésicale normale. Les antidépresseurs tricycliques (imipramine, clomipramine) doivent être abandonnés du fait de leur toxicité hépatique et myocardique.

Les systèmes d'alarmes (pipi-stop®, Haltur®, Wet-stop®) sont des méthodes de conditionnement à utiliser à partir de 7-8ans pendant 5 à 12 semaines.

Le taux de réussite est de 70 à 90%, avec un risque de rechute de 15 à 30% 6 mois après l'arrêt du traitement.

Il existe en France une résistance à ce type de traitement pour diverses raisons : appareillage non remboursé par la sécurité sociale, nécessité d'une chambre individuelle, non acceptation des parents d'être réveillé la nuit.

On requiert l'intervention d'un psychologue ou d'un pédo-psychiatre dans des situations difficiles : problèmes psycho-affectifs, dysfonctionnement familial, encoprésie, troubles du comportement, secondairement en cas d'échec à tous les traitements

En conclusion, la prise en charge comportementale reste indispensable dans la prise en charge d'un enfant énurétique avec nécessité d'obtenir une motivation de l'enfant et de sa famille.

Le traitement doit être orienté en fonction de la pathogénie supposée.

Il existe 10% de guérison spontanée par an

ANTIBIOTHERAPIE DANS LE POST-PARTUM

Docteur S. VANDERSTICHELE – Docteur M. ROUMILHAC – Docteur Y. HAMMOU
Professeur X. CODACCIONI

L'apparition et l'exacerbation des résistances aux antibiotiques motivent les utilisateurs à restreindre leur prescription à des indications limitées et validées en protocoles.

En post-partum, en dehors de toute chorioamniotite précédant l'accouchement, il existe de nombreuses situations obstétricales à risque qui nécessitent une antibiothérapie plus large que l'antibioprophylaxie habituellement utilisée en per ou post-opératoire. Il s'agit le plus souvent de femmes jeunes qui au décours de leur accouchement vont recevoir une antibiothérapie à large spectre (amoxicilline – acide clavulanique) pour une durée de sept à dix jours en raison de circonstances obstétricales particulières à haut risque d'endométrite du post-partum.

En cas d'allergie à la pénicilline une association « macrolides–anti-anaérobies » est proposée.

Ces situations obstétricales sont représentées par les éléments suivants très souvent associés :

- les ruptures prématurées des membranes supérieures à 24 H,
- les hyperthermies du travail supérieures à 38°,
- le travail long avec phase active supérieure à 8 heures,
- le portage microbien vaginal du troisième trimestre,
- les manœuvres lors de l'accouchement ou de la délivrance,
- les plaies de la filière génitale,
- les larges épisiotomies,
- et les hémorragies de la délivrance.

En cas de pathologie patente, comme l'endométrite du post-partum, l'antibiothérapie sera mise en place en fonction des examens cliniques et bactériologiques.

PRISE EN CHARGE DES IMPATIENCES ET DES MOUVEMENTS PERIODIQUES DU SOMMEIL

Isabelle POIROT et Philippe DERAMBURE

Les impatiences (ou « syndrome des jambes sans repos ») et les mouvements périodiques au cours du sommeil sont des pathologies fréquentes et souvent associées. Ces deux entités sont souvent peu ou mal diagnostiquées.

Un interrogatoire orienté permet d'affirmer le diagnostic d'impatiences, l'enregistrement polysomnographique est par contre nécessaire pour confirmer la présence de mouvements périodiques. Les impatiences sont à évoquer devant des troubles sensitifs des membres inférieurs, d'aggravation vespérale, s'améliorant lors de la marche. Ces troubles sensitifs entraînent un besoin de bouger. Ils sont très responsables d'une insomnie d'endormissement qui peut être sévère.

Les hypothèses physiopathologiques concernant ces deux troubles du sommeil impliquent le système dopaminergique. Le traitement de ces deux pathologies du sommeil fait appel aux mêmes molécules, principalement les substances dopaminergiques, mais aussi les benzodiazépines, les opiacés, les anti épileptiques. Le ropinirole, agoniste dopaminergique, vient de recevoir l'AMM dans l'indication « syndrome des jambes sans repos ».

La bonne prise en charge efficace de ces deux troubles du sommeil permet une amélioration de la qualité de vie des patients.

LE BON USAGE DES THYMOREGULATEURS

Professeur Michel GOUDEMAND

Psychiatrie d'Adultes - Faculté de médecine et CHRU - LILLE

Le terme de « Thymorégulateurs » est un terme général qui désigne une classe thérapeutique constituée de différents médicaments qui possèdent à des degrés divers les caractéristiques attendues d'un produit idéal que serait celui qui dans les troubles bipolaires de l'humeur assurerait à la fois une résolution complète des épisodes maniaques et dépressifs et une stabilisation définitive de l'état pathologique. Le thymorégulateur type est donc l'agent médicamenteux pourvu des qualités suivantes : diminue la durée des épisodes, réduit le risque de rechutes et de récurrences et celui de suicide, améliore globalement la durée de survie, est dépourvu peu ou prou d'effets latéraux principalement en cas de prise au long cours, favorise la bonne observance.

En l'état la question essentielle est de déterminer si le lithium reste le produit de référence - le « gold standard » ? - même s'il ne répond pas complètement aux critères énumérés ci-dessus. Les autres thymorégulateurs d'apparition plus récente comme certains anticonvulsivants (carbamazépine, valproate, lamotrigine) et antipsychotiques de seconde génération (olanzapine) ne pourront prétendre remplacer le lithium que s'ils s'avèrent plus efficaces et mieux tolérés. Ceci n'est pas encore assuré avec une complète certitude.

Cependant les troubles bipolaires réalisant une entité hétérogène constituée d'états distincts chacun avec une diathèse génétique, neurobiologique, etc ..., spécifique il ne pourrait y avoir, eu égard à cette diversité, de modalité thérapeutique univoque.

Les alternatives à la lithiothérapie ont des indications propres, en monothérapie ou en association au lithium. Dorénavant pour traiter un trouble bipolaire la sélection d'un thymorégulateur devra prendre en considération les sous-types cliniques définis par exemple d'après le cours évolutif individuel, l'histoire familiale, les antécédents familiaux et personnels et surtout d'après le risque de suicide apprécié par les tentatives personnelles antérieures et les antécédents familiaux de même nature. Il est donc indispensable de continuer à favoriser la réalisation d'essais thérapeutiques contrôlés de manière à disposer de preuves scientifiques valides qui confortent un usage rationnel des thymorégulateurs.

NOUVELLES THERAPEUTIQUES DANS L'OSTEOPOROSE : LE TERIPARATIDE ET LES SELS DE STRONTIUM

Bernard Cortet

Service de rhumatologie – Unité de recherche de l'appareil locomoteur (URAL)

CHRU Lille

L'ostéoporose est dès à présent une maladie fréquente, et le sera encore plus demain compte tenu notamment du vieillissement de la population. Ainsi les projections sont toutes concordantes pour indiquer que d'ici 2050, le nombre de fractures de l'extrémité supérieure du fémur devrait doubler. Dans ce contexte l'arrivée de nouvelles molécules efficaces ne peut que réjouir les cliniciens que nous sommes.

Le téraparatide (parathormone recombinante 1-34) est un puissant stimulant de la formation osseuse. Ceci peut paraître étonnant de prime abord dans la mesure où la sécrétion en excès d'hormone parathyroïdienne (hyperparathyroïdie primaire ou secondaire) est à l'origine d'un effet délétère osseux.

En fait l'action de la parathormone est complexe et lorsque celle-ci est administrée de manière discontinue, elle est à l'origine d'une diminution de l'apoptose des ostéoblastes et d'une stimulation de la différenciation des pré-ostéoblastes en ostéoblastes.

Celle-ci a fait la preuve de son intérêt en terme de diminution du risque fracturaire dans le cadre d'une vaste étude ayant inclus plus de 1 600 patients avec à l'inclusion au moins une fracture vertébrale. Il s'agissait d'une étude randomisée d'une durée de trois ans. Les modalités d'administration du téraparatide étaient d'une injection sous cutanée à 20 µg ou 40 µg. Le troisième groupe comprenait les patients recevant le placebo du téraparatide. Dans tous les groupes un traitement vitaminocalcique a été institué. A l'issue de dix-huit mois de traitement, il a été constaté une diminution du risque de fracture vertébrale de 65 % pour la posologie de 20 µg et de 69 % pour la dose de 40 µg. Cette réduction était hautement significative sur le plan statistique. Il a également été mis en évidence dans le même temps, une réduction notable du risque de fracture extra vertébrale par fragilité osseuse. Celle-ci était de 53 % à la dose de 20 µg et de 54 % pour la posologie de 40 µg. parallèlement il a été mis en évidence une augmentation de la densité minérale osseuse lombaire de 10 % environ après dix-huit mois de traitement à la posologie de 20 µg mais de 15 % environ pour la dose la plus forte. Les événements indésirables les plus fréquents ont été représentés par une hypercalcémie transitoire observée chez 28 % des malades recevant la posologie la plus forte et 11 % de ceux traités par la dose de 20 µg. Des nausées ont été observées respectivement dans 9 % (20 µg) et 18 % (40 µg) des cas. Des céphalées ont également été notées chez respectivement 8 % des patientes recevant la posologie la plus faible et 13 % des malades traités par la dose de 40 µg.

Compte-tenu de ces éléments, c'est donc la dose de 20 µg par jour qui a obtenu une autorisation de mise sur le marché. Son coût n'est néanmoins pas encore fixé et c'est la raison pour laquelle le téraparatide n'est pas encore disponible mais devrait l'être dans les semaines ou mois avenir.

Le ranélate de strontium est un sel de strontium original, en ce sens qu'il agit sur le tissu osseux en favorisant la réplification des pré-ostéoblastes mais également en inhibant la naissance des ostéoclastes à partir des pré-ostéoclastes. Les sels de strontium ont également fait la preuve de leur intérêt en terme de diminution du risque fracturaire. Ils ont été évalués dans deux populations.

La première comprenait 1 649 patientes ayant à l'inclusion au moins une fracture vertébrale. Il s'agissait d'une étude randomisée avec un groupe placebo.

La posologie était de 2 g par jour per os. A l'issue de trois ans de traitement il a été mis en évidence une diminution du risque fracturaire en vertébral de 41 %. Parallèlement il a été constaté une augmentation de la densité minérale osseuse en lombaire de 14,4 % d'interprétation cependant difficile compte tenu d'un poids moléculaire du strontium plus élevé que celui du calcium.

Le ranélate de strontium a également été évalué chez des patientes ayant une masse osseuse basse au col fémoral mais n'ayant pas nécessairement une fracture à l'inclusion. La méthodologie de l'étude était comparable à la précédente. Le nombre de sujets était de 5 091. Après trois ans de traitement il a été mis en évidence une diminution significative sur le plan statistique de 19 % des fractures périphériques. La réduction était encore plus conséquente (55 %) chez les patientes dont la strontiémie était la plus élevée. Concernant les fractures de hanche, il n'a pas été retrouvé pour le groupe total de diminution significative du risque fracturaire. En revanche chez les patientes dont la strontiémie était la plus élevée, il est observé une diminution

statistiquement significative du risque de fracture de hanche (- 41 %). L'autorisation de mise sur le marché européen est en cours d'obtention.

Au total l'arrivée de ces deux nouvelles molécules dans la prise en charge thérapeutique de l'ostéoporose permettra à l'avenir d'éviter les conséquences dramatiques de cette maladie encore sous diagnostiquée et par la même sous traitée.

NOUVEAUTES THERAPEUTIQUES DANS LA MALADIE DE PARKINSON

Pr L. Defebvre

Service de Neurologie et Pathologie du mouvement
Hôpital salengro, CHRU, Lille

La prise en charge médicale de la maladie de Parkinson repose sur l'association de diverses thérapeutiques réparties en 3 classes principales : la dopathérapie, les agonistes dopaminergique et les inhibiteurs enzymatiques (inhibiteur de la monoamine oxydase B et de la catéchol-O-méthyltransférase). Les différentes stratégies ont pour but essentiel de prévenir la survenue de complications motrices (fluctuations et dyskinésies) en favorisant une stimulation dopaminergique continue. De nouvelles molécules ont démontré leur efficacité chez le parkinsonien de novo ou fluctuant ou sont en cours d'évaluation : la Rasagilline (IMAO-B 10 fois plus puissant que la Sélégilline), une forme LP d'agoniste, le Requip LP, et une forme en patch cutané, la Rotigotine. L'association à la L-Dopa et à la Carbidopa de l'Entacapone (ICOMT) devrait être prochainement commercialisée (Stalévo®). Les pompes à apomorphine ont un regain d'intérêt en cas de contre-indications à la chirurgie fonctionnelle ; dans cette même indication de fluctuations sévères l'administration par voie duodénale de L-Dopa est également possible (Duodopa®). L'efficacité des anticholinestérasiques dans la démence parkinsonienne ouvre des perspectives pour le contrôle des troubles cognitifs dont la fréquence est certainement sous estimée. Des traitements neuroprotecteurs sont également à l'étude, ainsi que des thérapeutiques agissant sur d'autres voies de neurotransmission non-dopaminergiques. Enfin parmi les symptômes non dopasensibles, la dysarthrie, peut être pris en charge par une nouvelle méthode de rééducation spécifique.

- ATELIERS -

LE RACHIS, LE SPORT ET L'ENFANT

Professeur Bernard HERBAUX
Clinique de chirurgie et orthopédie de l'enfant
Hôpital Jeanne de Flandre
59037 Lille Cedex

Introduction

La vertèbre de l'enfant comporte de nombreux cartilages de croissance sans cesse en évolution. Elle est donc particulièrement fragile. Le sport lui impose des contraintes particulières dont les conséquences peuvent être pathologiques. La notion de croissance en cours est un des éléments déterminants du pronostic et du traitement.

Il ne faut pas toutefois oublier que, chez l'enfant, le sport pratiqué de façon raisonnable est indiscutablement bénéfique, permettant un développement plus harmonieux, une meilleure coordination et un comportement social mieux adapté.

1- Le certificat d'aptitude au sport.

Son intérêt est avant tout de dépister les facteurs de risque. Il se doit de préciser les antécédents personnels et familiaux de l'enfant, car il semble que la plupart des affections rachidiennes susceptibles de le concerner soient sous la dépendance d'une prédisposition familiale et de facteurs génétiques.

L'examen radiologique n'est justifié que si l'examen clinique dépiste une anomalie. La constatation de celle-ci nécessite une surveillance médicale régulière, plus particulièrement dans la période pré-pubertaire et pubertaire.

La responsabilité disciplinaire civile et pénale du médecin qui rédige le certificat est engagé.

2 - Les affections rachidiennes de l'enfant et la pratique sportive

2.1. La maladie de Scheuermann.

Le diagnostic repose sur la constatation d'une cunéiformisation associée à une irrégularité des plateaux vertébraux ainsi qu'à des pincements discaux, avec ou sans hernie rétro-marginale ou intra-spongieuse.

Le drame de la dystrophie rachidienne de croissance est que son diagnostic est bien souvent ignoré et négligé à la période où son traitement pourrait être efficace. La douleur dorsale est rarement motif de consultation. C'est plus souvent l'exagération de la cyphose remarquée par l'entourage ou par la médecine scolaire qui attire l'attention.

Si le sport est contre-indiqué en période aiguë et douloureuse, il peut être toutefois pratiqué avec prudence lors de la période pré pubertaire et pubertaire en évitant les sports violents ainsi que les positions cyphosantes du rachis dorsal (vélo, nage papillon). Il est autorisé, sans restriction, en fin de croissance.

2. 2. Les scolioses.

La constatation d'une déviation latérale du rachis dépistée par l'examen clinique impose un examen radiologique complet.

Les activités sportives soutiennent beaucoup plus facilement l'intérêt de l'enfant et sont un appoint utile. Les sports en extension, basket ou volley-ball, doivent être privilégiés. On ne peut pas en attendre une réduction de la scoliose structurale, mais une amélioration du tonus qui permet au moins de réduire la composante asthénique de la déviation.

La natation occupe une place privilégiée. En ce qui concerne les nages sur le côté, il faut s'assurer que l'asymétrie des mouvements agit dans le bon sens. La natation sous l'eau, le crawl, la natation avec "tuba" sont d'excellents exercices pour développer la capacité respiratoire.

Quant aux sports en rotation comme le tennis ou le golf, ils n'ont jamais, contrairement aux idées reçues, ni pu provoquer une scoliose, ni aggraver une déviation latérale préexistante.

2.3. Les spondylolyses et spondylolisthésis

Deux situations doivent être distinguées:

2.4.1. la douleur aiguë, pseudo-fracturaire. La spondylolyse est découverte par la radiographie. Dans ces conditions, l'arrêt du sport associé à un traitement par corset cyphosant peut conduire à la consolidation isthmique en trois à quatre mois. La reprise des activités sportives se fera ensuite progressivement, après une rééducation en cyphose et assouplissement des fléchisseurs de hanche.

2.4.2. Les lombalgies chroniques. C'est la situation la plus fréquente. Là aussi, c'est la radiographie qui met en évidence le spondylolisthésis avec ou sans spondylolyse. En dehors de l'interruption sportive en phase algique, le traitement ne diffère pas ici de l'enfant non sportif.

Il est des sports où les spondylolisthésis et les spondylolyses se rencontrent avec une fréquence particulière : la gymnastique, le saut en hauteur.

3. Pathologie traumatique

3.1. les fractures et décollements épiphysaires

Deux particularités au rachis de l'enfant:

3.1.1. le diagnostic parfois difficile des décollements épiphysaires, les pièges des synchondroses.

3.1.2. les conséquences sur la croissance du traumatisme d'un cartilage de croissance.

Il faudra ici être particulièrement vigilant, et ce d'autant plus que la croissance résiduelle est importante, sous peine de voir se développer des cyphoses post-traumatiques par défaut de croissance.

Il en découle que les indications des traitements orthopédiques par des corsets anti-cyphose permettant de décharger le cartilage lésé doivent être plus larges que chez l'adulte. De même, ce traitement doit être plus prolongé, jusqu'à obtention d'une hauteur corporelle normale. La surveillance doit être prolongée, le plus souvent jusqu'à la fin de la croissance.

3.2. Les entorses du rachis cervical

Nous n'évoquerons que l'examen d'un enfant sportif présentant une limitation douloureuse post-traumatique du rachis cervical. La question est de savoir quelle conduite adopter face à un rachis douloureux et raide.

L'examen clinique retrouve une contracture, un aspect guindé, et il faut rechercher par la palpation douce des épineuses une douleur localisée évocatrice de lésion ligamentaire postérieure.

La radio initiale est de peu d'utilité ne montrant que la raideur rachidienne avec perte de la lordose physiologique et éliminant une fracture. Il est alors impossible de pratiquer une radiographie dynamique.

Si l'enfant se présente avec un torticolis, une traction douce permet de corriger l'attitude vicieuse. Si le rachis cervical est raide en bonne position, un simple collier est mis en place. Il faudra ensuite attendre que le rachis cervical soit assoupli pour pouvoir éliminer sur des radiographies en flexion une entorse grave. La persistance d'une douleur localisée au niveau d'une épineuse peut la faire soupçonner, mais seul le cliché en flexion permet de l'objectiver.

Les signes d'une entorse grave sont:

- la perte du parallélisme des articulaires
- l'augmentation de l'écart inter-épineux
- la cyphose discale.

A ces trois signes peut s'ajouter parfois l'apparition secondaire d'une calcification inter-épineuse très significative.

Le traitement dépend alors de l'importance de l'instabilité mise en évidence. Il peut aller jusqu'à la stabilisation chirurgicale par fixation et arthrodèse postérieure localisée.

3.3. Les hernies discales

La hernie discale est rare chez l'enfant. Certains sports, tels que le basket-ball, le rugby ou la gymnastique seraient des facteurs favorisants. Elle présente deux particularités : le polymorphisme du tableau clinique et son traitement, rapidement chirurgical.

La sciatgie est rarement typique, le plus souvent tronquée. Les signes neurologiques sont le plus souvent frustrés. La symptomatologie se résume parfois à des lombalgies récidivantes ou à une hypolordose, voire une cyphose lombaire. Une symptomatologie d'emprunt telle qu'une boiterie n'est pas rare.

L'IRM fait le diagnostic.

Le traitement est au départ toujours médical par médicaments antalgiques et anti-inflammatoires, le repos et le port d'un corset.

La non régression des signes doit conduire rapidement à la chirurgie, dont les bons résultats sont altérés par des traitements conservateurs inefficaces prolongés.

3.4. Les avulsions du listel marginal

Lésion propre à une vertèbre en croissance, c'est une affection extrêmement rare. Il s'agit d'un décollement épiphysaire d'un coin postérieur d'une vertèbre à travers lequel s'insinue du matériel discal. Le mécanisme le plus fréquent est l'hyper-flexion-rotation du tronc (rugby++). Il en résulte habituellement une compression radiculaire par issue dans le canal ou le recessus d'un matériel volumineux.

La radiographie standard fait souvent le diagnostic en objectivant le listel en situation aberrante, postérieure, et l'IRM confirme la lésion en montrant la compression de nature hétérogène, ostéo-chondro-discale.

Le traitement est uniquement chirurgical.

4. La lombalgie "isolée"

Ne rien découvrir à l'examen clinique ou radiographique standard ne signifie pas forcément qu'il n'y ait pas à s'inquiéter.

La contusion musculaire peut exister, surtout devant un contexte évocateur et une disparition rapide de la symptomatologie sous traitement symptomatique et repos.

Il faudra savoir se méfier des lombalgies isolées de l'enfant, même sportif. Ce symptôme n'est ici pas fréquent, contrairement à l'adulte. Une tumeur intra ou extra rachidienne, osseuse, une spondylodiscite bactérienne ou tuberculeuse, une malformation neurologique évolutive peuvent être révélés par des lombalgies.

C'est pourquoi toute lombalgie rebelle et inexpliquée chez l'enfant, même sportif, doit pousser à compléter les investigations et en particulier à faire pratiquer une IRM neuro-rachidienne.

DIAGNOSTIC ET CONDUITE A TENIR DEVANT UNE ULCÉRATION GÉNITALE

E. DELAPORTE, O. CARPENTIER

Clinique Dermatologique, Centre Hospitalier Régional Universitaire, Hôpital CI-Huriez, rue Michel Polonovski 59037 Lille Cedex.

L'ulcération génitale ou anale se définit comme une perte de substance s'étendant au derme. L'érosion est plus superficielle et cicatrise sans séquelle. Ces lésions doivent être considérées, jusqu'à preuve du contraire, comme potentiellement d'origine infectieuse et sexuellement transmises, même chez l'enfant.

L'interrogatoire est essentiel et devra (1) évaluer le comportement sexuel du sujet (pratiques sexuelles, nombre de partenaires, changement récent de partenaire, absence de port de préservatif, MST récente ou actuelle du partenaire, rapport sexuel au cours d'un séjour en zone tropicale ou avec un(e) partenaire originaire de région tropicale ...) ; (2) déterminer le délai séparant la date du rapport de l'apparition des différents symptômes ; (3) préciser le mode de survenue, les circonstances déclenchantes, la notion de récurrence et l'existence ou non d'une automédication par voie locale ou générale.

L'examen clinique devra être réalisé sur un sujet entièrement dévêtu, l'examen de la cavité buccale, la palpation des organes génitaux externes et les touchers rectal et vaginal devant être systématiques. La clinique n'est pas toujours discriminante (exemple de l'induration qui n'est pas spécifique du chancre syphilitique et peut également s'observer dans l'herpès et le chancre mou, notamment en cas de surinfection bactérienne) et peut être prise en défaut du fait du caractère asymptomatique de certaines MST (primo-infection VIH, urétrite à Chlamydia ...).

Il faut également garder à l'esprit que la sémiologie peut être modifiée du fait de l'association de MST (syphilis + VIH, syphilis + chancre mou ...).

A côté des sérologies, qui doivent systématiquement être refaites à trois mois, les examens microbiologiques gardent tout leur intérêt pour affirmer l'une ou l'autre étiologie du groupe des 5 : herpès - syphilis - chancre mou - lymphogranulomatose vénérienne (maladie de Nicolas Favre) - Donovanose (granulome inguinal).

Pour autant, toutes les érosions/ulcérations génitales ou anales ne sont pas sexuellement transmises et il faudra toujours évoquer les diagnostics d'aphtose, de maladie bulleuse, de gale, de maladie de Crohn, de tuberculose, de carcinome épidermoïde, d'amibiase, d'ulcération caustique ou mécanique, voire iatrogène (Foscarnet) ...

Terminons sur la nécessité de traiter en simultané les partenaires pour éviter la réinfection et briser la chaîne de contamination, et de réaliser une sérologie de dépistage du VIH avec l'accord du patient car les ulcérations génitales jouent un rôle étiopathogénique majeur dans la transmission et dans l'acquisition de l'infection par le VIH.

TRAITER LA DYSFONCTION ERECTILE EN 2004

Francis COLLIER Jean-Marc RIGOT

La dysfonction érectile constitue un motif de consultation très fréquent, malgré les tabous persistants de notre culture judéo-chrétienne. La médiatisation hors du commun, il y a quelques années, de la mise sur le marché d'une petite pilule bleue en forme de losange n'a fait qu'accroître la demande. La formation du médecin, elle, n'a pas vraiment, globalement, suivi cette petite révolution.

Aussi, le doute s'est-il souvent installé dans l'esprit du praticien quant à la prise en charge d'un patient souffrant d'un tel problème. Cet atelier aura pour objectif de tenter de répondre aux questions qui se posent en pratique dans ce domaine.

Comment comprendre, au regard des données physiologiques actuelles, ce symptôme ? Comment l'entendre ? Quel crédit accorder à la clinique, aux examens para cliniques ? Quand et comment prescrire un « facilitateur » de l'érection ? Quelle place conserver pour les autres approches thérapeutiques : injections intra-caverneuses, chirurgie... ?

Faut-il encore conseiller une thérapie psycho-sexologique, traiter l'homme seul ou le couple ? Quand faut-il mieux adresser au spécialiste, lequel ?

UTILISATION PRATIQUE DES ANTICOAGULANTS EN MEDECINE GENERALE

Dr BENOIT TAVERNIER

CIBLE : médecins généralistes en exercice.

Il s'agit d'une FMC sous forme d'un « jeu » télévisuel ou radiophonique.

OBJECTIFS PEDAGOGIQUES :

Citer les indications des AVK et des HBPM

Déterminer le dosage adéquat des HBPM :

- en prévention pour un risque modéré
- en prévention pour un risque élevé
- en curatif chez un patient présentant une insuffisance rénale sévère (nécessite l'hospitalisation)

- en curatif chez un patient présentant une fonction rénale normale.

Prescrire les examens biologiques nécessaires à la surveillance d'un patient sous HBPM, établir le rythme de surveillance ;

Evaluer le seuil d'intervention lors d'une baisse des plaquettes sous HBPM

Lister les étapes du relais d'une HBPM par un AVK

METHODE PEDAGOGIQUE :

Jeu « télévisuel », l'animateur est l'« présentateur » d'un quiz télévisé, en suivant le diaporama, il expose les règles du jeu, constitue les équipes et fait respecter les règles

« l'expert » est le juge arbitre du jeu, il valide ou non les réponses des équipes.

EVALUATION

Evaluation de niveau 1 par questionnaire de satisfaction

DU PHENOMENE DE RAYNAUD A LA SCLERODERMIE SYSTEMIQUE

Pr Eric Hachulla

Service de Médecine Interne, hôpital Claude Huriez, CHU Lille

Le phénomène de Raynaud est un trouble vasomoteur caractérisé par une ischémie paroxystique des extrémités. Sa prévalence varie dans la population générale de 5 à 15 % selon les pays et les régions touchant avec prédilection la femme.

Le phénomène de Raynaud est une crise paroxystique qui se décompose en 3 actes :

- la première phase est *syncopale* liée à une vasoconstriction digitale et à l'occlusion des sphincters précapillaires aboutissant à une véritable exclusion du lit capillaire. Les doigts sont blancs, livides et froids donnant une impression de doigt mort. Cette phase dure généralement quelques minutes, elle peut rarement atteindre une heure ;
- la deuxième phase est *cyanique* (ou asphyxique) et correspond à une stagnation sanguine dans le lit veineux entraînant des phénomènes dysesthésiques. Cette phase peut durer de quelques minutes à 30 minutes ;
- la dernière phase est *érythermalgique* : il s'agit d'une phase réactionnelle avec ouverture du lit capillaire vasculaire, les doigts peuvent être tuméfiés, érythémateux et sont souvent douloureux.

Le diagnostic de sclérodémie systémique reposait jusqu'à présent sur les critères de l'American College of Rheumatology publiés en 1980 :

Critères de classification de la sclérodémie systémique (ACR 1980)

1°) Critère majeur : sclérose cutanée proximale (modification sclérodémique de la peau qui est tendue, épaissie, indurée, ne prenant pas le godet, touchant la face, le cou, le tronc ou la partie proximale des membres supérieurs ou inférieurs) ;

2°) Critères mineurs :

- sclérodactylie
- cicatrice déprimée d'un bout de doigt
- ulcérations de l'extrémité d'un doigt
- fibrose pulmonaire des bases

1 critère majeur ou au moins 2 critères mineurs sont nécessaires pour retrouver le diagnostic

Considérant que de nombreux patients échappaient à ces critères, LeRoy et coll. ont proposé de nouveaux critères de classification permettant de mieux caractériser et de mieux individualiser les sclérodermies limitées en y associant la notion de sclérodermie systémique sans atteinte cutanée :

Critères de classification des formes débutantes de sclérodermie systémique (LeRoy 2001)

Sclérodermie systémique limitée

- Phénomène de Raynaud documenté objectivement par l'examen clinique, le test au froid ou le test Nielsen ou équivalent

plus

- soit une anomalie capillaroscopique (dilatation capillaire et/ou zones avasculaires)
- soit présence d'anticorps spécifiques de la sclérodermie systémique (anticentromère, antitopoisomérase I, antifibrillarine, anti-PM/Scl, antifibrilline ou anti-RNA polymérase I ou III à un titre $\geq 1/100$)

Sclérodermie systémique cutanée limitée

En plus des critères précédents, les patients ont une infiltration cutanée distale en aval des coudes et des genoux (l'épaississement de la peau peut toucher les doigts, les mains, les avant-bras, les pieds, les orteils, le cou et la face en l'absence d'infiltration cutanée des bras, du thorax, de l'abdomen, du dos et des cuisses).

Lorsque le diagnostic de sclérodermie systémique est établi, un bilan viscéral complet doit être réalisé avec un bilan digestif (reflux gastro-oesophagien fréquent avec risque d'ulcérations et de sténose peptique), un bilan pulmonaire (EFR, scanner thoracique en coupe fine, fréquence des pneumopathies interstitielles), bilan cardiaque et rénal.

ACTUALITES : QUEL CALENDRIER VACCINAL DANS LES DEUX PREMIERES ANNEES DE VIE ?

Pr Alain Martinot, Clinique de Pédiatrie, CHRU, et Université de Lille 2.

Le médecin généraliste est confronté à une offre vaccinale de plus en plus importante dans les deux premières années de vie, avec les vaccins conjugués pneumocoque, méningocoque C, et le tout récent vaccin vivant varicelle. Dans le même temps, la couverture vaccinale contre l'hépatite B reste désespérément faible. Comment conseiller les parents ? Comment répartir ces différentes vaccinations ?

1. Suivre les obligations légales :

Le BCG doit être réalisé avant la mise en collectivité (inclue les assistantes maternelles). En l'absence de facteur de risque accru de contamination, cette vaccination pourra être réalisée le plus tard possible, c'est à dire juste avant la mise en collectivité. L'intérêt est ainsi de réaliser d'emblée un BCG intra-dermique (et non un monovax®).

Les autres vaccins obligatoires (DTpolio) inclus dans le vaccin pentavalent doivent être réalisés dès 2 mois pour protéger le jeune nourrisson le plus tôt possible de la coqueluche.

2. Respecter les recommandations du Comité Technique des vaccinations :

Le vaccin rougeole oreillons rubéole doit être réalisé dès 12 mois (et un deuxième entre un mois après le premier et l'âge de 6 ans).

L'âge idéal pour vacciner contre l'hépatite B est le nourrisson car le vaccin est alors le plus immunogène et si la contamination est rare à cet âge, elle est grave, le risque d'évolution vers une hépatopathie chronique étant majeur à cette période.

3. Informer et conseiller sur les autres propositions vaccinales

Le vaccin anti-pneumococcique conjugué (Prévenar®) est conseillé (et remboursé dans la quasi-totalité des cas). Compte tenu du risque prédominant dans la première année de vie, il convient de le réaliser le plus tôt possible, c'est à dire dès 2 puis 3 mois (protection assurée environ 10 j après le deuxième vaccin).

Le vaccin méningocoque C (en moyenne 40 % des infections invasives à méningocoque en France), s'il est réalisé doit l'être dès 12 mois (Il peut être réalisé dès 2 mois dans les

situations à risque). Il procure une protection individuelle efficace mais n'est pas remboursé.

Le vaccin varicelle, s'il est réalisé, doit l'être dès 12 mois (limite inférieure de l'AMM) compte tenu de la fréquence de l'infection dans la deuxième année de vie. Il procure une protection individuelle efficace mais n'est pas remboursé. Le taux de couverture vaccinale attendu dans ces conditions ne fait courir aucun risque à la collectivité de retarder la maladie.

4. Profiter du peu de contraintes dans les délais entre vaccination

La seule contrainte est de respecter un intervalle d'un mois entre 2 vaccins vivants (s'ils ne sont pas pratiqués le même jour). Ceci permet une grande souplesse dans l'adaptation du calendrier vaccinal.

5. Déterminer le nombre maximal d'injections vaccinales que parents et médecin acceptent le même jour chez un nourrisson : deux ou trois ?

6. Parmi différents calendriers possibles, on peut proposer le suivant qui ne comporte que deux injections maximum le même jour :

2 mois	D-T-coq- polio-Hi b	± Prévenar (ou Hépatite B)
3 mois	D-T-coq- polio-Hi b	± Prévenar (ou Hépatite B)
4 mois	D-T-coq- polio-Hi b	± Prévenar
5 mois	Hépatite B (si non faite à 2 mois)	
6 mois	Hépatite B (si non faite à 3 mois)	
11 mois	3 ^{ème} hépatite B (si faite à 5 et 6 mois)	
12 mois	R-O-R	± varicelle (ou méningo C)
13 mois	± méningo C (ou varicelle)	
16 à 18 mois	D-T-coq- polio-Hi b (rappel)	± Prévenar (rappel)
Avant collectivité	BCG	

« DEPISTER PRECOCEMENT LES TROUBLES DU LANGAGE : UNE PRIORITE REGIONALE »

Mme Crunelle, Dr Kazubek

Le lien étroit entre développement du langage oral avant 6 ans et capacités d'apprentissage de l'écrit à l'école élémentaire n'est plus à démontrer.

Ringard, dans son rapport sur l'enfant dysphasique et sur l'enfant dyslexique, souligne l'importance de la maîtrise du langage comme élément de réussite scolaire, d'intégration sociale et d'insertion professionnelle. Les plans ministériels de Lang et Kouchner insistent sur l'importance d'un repérage très précoce de difficultés langagières et de la proposition d'aides adaptées.

Au niveau régional, la Charte d'application Académique fait suite au plan ministériel concernant les troubles spécifiques du langage oral et écrit. L'objectif est de repérer le plus tôt possible les enfants en difficultés afin de permettre un dépistage, un diagnostic et une prise en charge les plus précoces possibles tout en développant des partenariats entre médecins, orthophonistes, enseignants et autres professionnels impliqués.

L'URCAM du Nord-Pas-de-Calais a par ailleurs travaillé sur ce thème et développé trois axes d'actions :

- la sensibilisation des médecins au dépistage de difficultés de langage chez le jeune enfant,
- la formation des enseignants à ce repérage dès la maternelle,
- la formation des professionnels impliqués dans le suivi des enfants en difficultés.

L'objectif de cet atelier est de donner quelques rappels sur le développement normal du langage, sur les signes d'alerte qui peuvent évoquer une difficulté et les différents troubles du langage que peut présenter un jeune enfant.

Ces éléments seront illustrés par des séquences vidéo.

LA LUXATION DE HANCHE

Professeur Bernard HERBAUX
Clinique de Chirurgie et Orthopédie de l'enfant
Hôpital Jeanne de Flandre - 59037 LILLE Cedex

S'il est une urgence orthopédique néonatale, c'est bien le dépistage et le traitement d'une luxation congénitale de hanche.

Au titre du dépistage néonatal, la radiographie n'a pas de valeur et est inutile. Par contre, toute hanche instable doit être radiographiée car ce document sert de référence pour la surveillance de la hanche pendant, puis après la période thérapeutique.

Apport de l'échographie

C'est un excellent examen car il est non invasif et il permet de visualiser les structures cartilagineuses de la hanche. Deux techniques différentes peuvent être réalisées:

- l'échographie statique avec une coupe frontale pour analyser la dysplasie cotyloïdienne;
- l'échographie dynamique sur des coupes presque horizontales pour authentifier le déplacement de la tête fémorale au cours des manœuvres de recherche de l'instabilité.

Critères de hanche à risque

Le dépistage clinique des hanches instables demeure difficile et doit être répété d'autant plus fréquemment et attentivement qu'il existe des signes de hanche à risque:

- antécédent familial de LCH (en ne retenant que les diagnostics confirmés);
- Origines géographiques bretonne ou auvergnate
- présentation du siège (accouchement par voie basse, césarienne et version tardive);
- les déformations posturales: genu recurvatum, torticolis, déformations des pieds
- abduction difficile (hypertonie des adducteurs), limitée ou asymétrique.
- adduction limitée ou difficile, c'est la hanche controlatérale qui est à risque

Les manœuvres de dépistage

La manœuvre d'Ortolani avec l'examen bilatéral des hanches et la manœuvre de Barlow examen unilatéral de la hanche

ALGIES PELVIENNES CHEZ LA FEMME

Brigitte LETOMBE

Bien souvent, les algies pelviennes chroniques n'ont aucun support organique aisément identifiable et/ou accessible à un traitement médical ou chirurgical. Dès lors, cette symptomatologie rebelle conduit à un certain nombre d'échecs thérapeutiques et amène les patientes à proposer sans arrêt leurs plaintes aux médecins qu'elles consultent. La souffrance corporelle, parfois insoupçonnable, exprimée par la plainte présentée aux praticiens, peut être quotidienne, invalidante.

Comment le médecin répond-il à cette demande ? Quelle est son attitude, sa réaction ? Quels bilans faut-il effectuer ? Quel type de prise en charge proposer ?

Trop souvent, cette plainte sert de support à une escalade thérapeutique dont les paliers sont franchis plus ou moins vite et, souvent par des praticiens différents, gynécologues, urologues, gastro-entérologues, successivement consultés.

Comment trouver la meilleure orientation thérapeutique ? Comment éviter la iatrogénèse ? Et comment maintenir une amélioration à long terme ?

Enfin, la douleur, symptôme psychosomatique, compromis trouvé face à un conflit insoluble, protection contre l'angoisse, peut être un message, quelque chose d'impossible à dire autrement, qui doit parfois être respecté.

ALLERGIES ALIMENTAIRES

Clarisse SANTOS¹, Antoine DESCHILDRE¹, Benoit WALLAERT², Bertrand STALNIKIEWICZ³
¹Unité de pneumologie et allergologie pédiatriques, hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille

²Service de pneumo-immuno-allergologie, hôpital Calmette, CHRU de Lille

³Médecin généraliste, 59770 Marly

L'allergie alimentaire (AA) correspond à des manifestations cliniques apparaissant après l'ingestion d'un allergène et impliquant un mécanisme immunologique médié ou non par des IgE. Elle doit être différenciée des réactions toxiques et de l'intolérance alimentaire sans cause immunologique représentant la majorité des effets adverses des aliments. La prévalence des AA est en constante augmentation, notamment chez l'enfant (5,4% dans une enquête réalisée dans les écoles toulousaines). Chez l'enfant, 5 allergènes sont responsables de plus de 75% des AA : l'œuf (34%), l'arachide (25%), le lait de vache (8%), le poisson (5%), et la moutarde (4%). Chez l'adulte, les allergènes d'origine végétale occupent une place importante :

les fruits du groupe latex (banane, avocat, châtaigne, kiwi) (14%) sont suivis par les rosacées (abricot, cerise, fraise, framboise, noisette, pêche, poire, pomme, prune) (13%).

Les fruits secs oléagineux et ombellifères (aneth, carotte, céleri, graines de carvi, fenouil, persil) représentent 9,5% des cas. Les allergènes d'origine animale sont minoritaires.

Manifestations cliniques

Elles sont nombreuses et non spécifiques : signes cutanéomuqueux, digestifs, oropharyngés, respiratoires, choc anaphylactique. Chez l'enfant, les manifestations digestives et la dermatite atopique sont les premières manifestations de l'AA; l'asthme par AA est rare (8,6%), comme le choc anaphylactique (4,9%); celui-ci survient plutôt chez les enfants de plus de 15 ans et les adultes. L'asthme mal équilibré est un facteur de risque majeur de réaction sévère.

Comment établir le diagnostic d'une AA ?

Le diagnostic de l'AA repose sur une méthodologie stricte, et suit différentes étapes :

- La démarche débute par un interrogatoire minutieux. Une anaphylaxie survenue moins d'une heure après l'ingestion d'un aliment isolé, et ayant nécessité un traitement médical d'urgence, permet de porter le diagnostic d'AA. En dehors de cette situation, des investigations complémentaires sont nécessaires.
- L'interrogatoire, éventuellement complété par une enquête alimentaire (relevé de 7 jours), oriente le bilan, détecte la consommation d'allergènes masqués et dépiste les fausses AA.
- Le bilan allergologique débute par des prick-tests cutanés (extraits commerciaux, aliments frais). La positivité du test cutané traduit une sensibilisation et impose de poursuivre les investigations afin de savoir s'il existe une véritable AA.
- Le dosage des IgE sériques spécifiques (RAST) apporte une confirmation de la sensibilisation IgE-médiée. Pour l'œuf, le lait de vache, l'arachide le poisson, le soja et le blé, des valeurs seuils ont été établies, permettant d'identifier un patient allergique avec une probabilité de 95%. Pour les autres aliments, le test de provocation est nécessaire.
- Les tests de provocation représentent l'outil diagnostique le plus fiable. Ils permettent de différencier une simple sensibilisation d'une authentique AA. Ils débutent par un test de provocation labiale (réalisable en consultation) qui consiste à déposer, sur le versant externe de la lèvre inférieure, un extrait alimentaire commercial ou de l'aliment frais. Le test de provocation orale reproduit les symptômes par administration de doses progressivement croissantes de l'aliment suspecté. Le régime d'éviction d'épreuve est une alternative aux tests de provocation. L'amélioration des symptômes, sous éviction de l'aliment et leur réapparition à la réintroduction de l'aliment est un argument en faveur de l'AA.

Traitement :

L'éviction de l'aliment identifié reste l'élément clé du traitement. Ce régime alimentaire nécessite une vigilance constante et une réelle éducation du patient. La prise en charge repose également sur le traitement des symptômes aigus après ingestion accidentelle d'un aliment interdit : antihistaminiques, corticoïdes, bronchodilatateurs et adrénaline (stylo d'Anapen®) selon le type et l'intensité des symptômes. La prévention primaire a pour objectif de limiter la survenue de la sensibilisation chez les enfants à haut risque

(atopie chez les 2 parents ou 1 parent et 1 membre de la fratrie) et associe les consignes suivantes :

- Allaitement maternel exclusif prolongé (dans l'idéal 6 mois)
- Diversification retardée à 6 mois révolus
- Pas d'œuf, ni de poisson avant 12 mois, Pas de fruits exotiques avant 24 mois, pas de cacahuète, ni de fruits à coque avant 4-5 ans.

PRISE EN CHARGE TCC DU PATIENT ANXIEUX ET STRESSE EN PRATIQUE DE VILLE

Docteur Dominique SERVANT, Consultation Stress et Anxiété
Service du Pr M Goudemand, CHU de Lille
d-servant@chru-lille.fr

Le médecin généraliste est très souvent confronté dans sa pratique à des patients stressés, anxieux et déprimés. La prise en charge n'est pas toujours simple et demande du temps. Afin de l'aider et de lui apporter des outils concrets de thérapie cognitive et comportementale (TCC) plusieurs points seront vus au cours de cette formation.

L'information et l'éducation du patient revêtent une importance capitale. Il faut lui expliquer que son mal être est du à l'anxiété ou à la dépression. Le principe de la prise en charge TCC lui est présenté pour augmenter l'adhérence et l'observance au traitement.

Une fois pesée les indications, le traitement antidépresseur doit être maintenu un temps suffisant car il s'agit d'un traitement de fond. Il est utile d'expliquer aux patients que ces médicaments sont efficaces aussi bien sur ses symptômes anxieux et dépressifs et qu'il ne doit pas arrêter le traitement par lui même. Les rechutes sont très fréquentes dans les troubles anxieux et dépressifs. Pour l'aider il est nécessaire de lui proposer un accompagnement psychologique complémentaire.

Les thérapies cognitives et comportementales ont été validées comme des traitements efficaces dans tous les états de stress et d'anxiété. Plusieurs techniques sont proposées qui seront illustrées par cas concrets : relaxation, thérapie cognitive, exposition, gestion du stress, affirmation de soi...Le médecin généraliste doit connaître le principe et le déroulement de ces nouvelles psychothérapies même s'il ne les pratique pas. Hélas, il y a trop peu de thérapeutes formés et le médecin se retrouve trop souvent seul face à lui même pour prendre en charge le patient. La prescription de self help (guide pratique de prise en charge du stress et d'anxiété par soi même) peut être une aide pour aider le patient à reconnaître son problème, mettre en application dans la vie de tous les jours des techniques simples ou l'accompagner dans sa thérapie.

« IMAGERIE OSTÉO-ARTICULAIRE »

J-P. Urbain, A. Cotten

Le but de cet atelier est de rappeler les principales indications des différentes techniques d'imagerie dans le cadre des pathologies ostéo-articulaires, rachis inclus. La place, l'apport et les limites des radiographies, arthrographies, scanner, IRM et échographies seront abordés de façon pratique.

PATHOLOGIE UNGUEALE

Olivier Carpentier, Frédéric Piette
Clinique de Dermatologie, Hôpital Claude Huriez, CHRU Lille

Au même titre que les glandes sudorales et l'appareil pilo-sébacé, l'appareil

unguéal fait partie des annexes cutanées. La tablette joue un rôle fondamental de protection du lit unguéal et de contre-pression indispensable à la sensibilité tactile.

La pathologie unguéale est souvent déroutante, et peut décourager bon nombre de praticiens. Pourtant, les signes cliniques fournis par cette annexe peuvent être très utiles tant en dermatologie qu'en médecine générale. Ils peuvent être l'expression parfois isolée d'une dermatose fréquente comme le psoriasis, le lichen plan, la pelade, ou encore révéler l'existence d'une néoplasie profonde comme l'hyperkératose paranéoplasique de Bazex. Les tumeurs de la région unguéale sont souvent de diagnostic difficile, car elles peuvent avoir un aspect clinique différent de celles de la peau. L'analyse sémiologique à la recherche d'une déformation ou d'une disparition de la tablette, d'une modification de sa coloration, éventuellement complétée par un prélèvement mycologique, une radiographie numérisée voire une biopsie, permet de reconnaître la plupart des affections, d'éviter de porter trop facilement le diagnostic d'onychomycose, et de ne pas omettre la découverte d'un mélanome acral.

LA DESENSIBILISATION SPECIFIQUE DANS L'ASTHME ET LA RHINITE QUOI DE NEUF ?

André-B. TONNEL, Isabelle TILLIE-LEBLOND et Brigitte HELFRICH

Face à un asthme ou une rhinite allergique l'immunothérapie spécifique représente avec l'éviction des allergènes la seule méthode thérapeutique susceptible de modifier le terrain allergique. Utilisée de longue date, largement critiquée notamment par les anglosaxons, elle a bénéficié de nombreux progrès et les arguments se multiplient pour confirmer son efficacité.

1) Quels bénéfices attendre de l'ITS ?

Face à une thérapeutique astreignante comme l'ITS il est essentiel d'en connaître le devenir à moyen et à long terme. Plusieurs études attestent du maintien de l'efficacité 3 à 4 années après l'arrêt du traitement. La plus convaincante est celle de S. DURHAM parue en 1999 dans le New England J. of Medicine. Mais l'ITS possède aussi un rôle préventif vis à vis de la maladie allergique. Elle prévient chez l'enfant monosensibilisé l'apparition ultérieure d'autres sensibilisations ; elle permet aussi chez des enfants atteints de rhinite allergique simple d'éviter le passage vers l'asthme.

2) Quelles méthodes utilisées ?

Pendant plusieurs décennies la voie sous-cutanée était la seule utilisée : elle consistait en l'injection sous-cutanée une fois par semaine de doses progressivement croissantes d'allergènes. Les injections après obtention de la dose-plafond étaient ensuite régulièrement espacées à un rythme mensuel pendant 3 à 5 ans. Le risque majeur était l'accident anaphylactique qui reste exceptionnel mais avait entraîné l'arrêt de cette modalité de traitement en Grande Bretagne.

Depuis quelques années, l'IT sublinguale a été progressivement validée. L'allergène est déposé sous la langue ; après une rapide phase d'ascension l'administration est poursuivie sur un rythme tri-hebdomadaire ; on utilise de fortes concentrations d'allergènes (300 IR). Les conditions d'utilisation sont strictes : la solution est déposée sous la langue et n'est déglutie qu'après un maintien prolongé de 2 minutes au contact de la muqueuse sublinguale. Il est nécessaire d'utiliser de fortes doses mais la tolérance est excellente et les résultats satisfaisants même si l'efficacité est probablement moindre que celle de la voie sous-cutanée classique. Sa tolérance, l'absence d'injections, justifient son large emploi en milieu pédiatrique.

3) Quelles indications pour l'ITS ?

Quelle que soit la voie choisie, l'ITS s'applique à un asthme ou une rhinite dont l'origine allergique est dûment démontrée (histoire clinique évocatrice, tests cutanés positifs, éventuellement RAST positifs).

Quand elle est instaurée dans l'asthme elle s'adresse à l'asthme modéré et bien stabilisé : il faut une fonction respiratoire satisfaisante (VEMS \geq 70 % des valeurs théoriques). La durée minimale de l'ITS est de 3 à 5 ans mais elle sera suspendue si après 1 an de traitement, l'efficacité n'est pas probante. Enfin, les contre-indications classiques sont toujours respectées : albuminurie, maladies de système, désordres immunitaires, pathologies néoplasiques ou infectieuses.

MALTRAITANCE DE L'ENFANT

Dr Françoise HOCHART*
En collaboration avec le Dr ROGEAU

Face à la maltraitance des enfants, qu'elle s'exprime par la violence physique, ou verbale, des manques de soins, des privations, des carences affectives, ou éducatives, des violences psychologiques, une éducation trop rigide ou des abus sexuels, le médecin a un rôle important dans la prévention, le dépistage, l'aide à la protection, le diagnostic, les soins, et l'accompagnement après la révélation.

Encore non assez formé, il ne doit jamais rester seul. Pour l'aider, il doit connaître le dispositif de protection de l'enfance, les noms et les coordonnées des différentes personnes qui vont concourir à l'évaluation pluridisciplinaire, et ne pas hésiter à avoir recours à l'hôpital.

Le médecin est un professionnel indispensable pour interpréter les signaux repérés par d'autres (enseignants, professionnels de l'enfant) avec une démarche qui lui est propre, il voit la souffrance, constatée sur le corps, entendu à travers la parole, ou repérée dans le langage non verbal (diagnostic positif). Il élimine une autre cause, (diagnostic différentiel). Avec d'autres professionnels, il participe à une évaluation pluridisciplinaire (diagnostic étiologique) mais il n'est pas là pour interroger (il écoute), ni faire l'enquête.

Le médecin a un rôle capital à jouer face à l'enfant, il dit qu'il a vu sa souffrance, qu'il ne la trouve pas normale, qu'il souhaite qu'on ne lui fasse plus de mal, et pour cela lui explique ce qu'il va faire. Quant les maltraitements sont avérées, il lui dit également qu'elles sont interdites, que ceux qui les commettent (dans le cas de maltraitance intra familiale) sont aussi des personnes en difficulté qui peuvent être aidées (il a le même discours alors avec les parents).

Ainsi tout en luttant contre la maltraitance et en protégeant les enfants, le médecin reste toujours à sa place dans une démarche d'aide et de soin.

*Responsable du Pole de référence Régional d'Accueil des victimes d'Abus Sexuels et Enfants Maltraités

Enfance en Danger : Pédiatrie Sociale
Hôpital Jeanne de Flandre – CHRU – 59037 LILLE CEDEX
☎ 03.20.44.44.40
fax : 03.20.44.57.10

« NON OBSERVANCE : CE QUE LE MEDECIN GENERALISTE POURRAIT FAIRE. »

Docteur Daniel Léonard

Définition :

La non observance thérapeutique est le défaut de concordance entre le comportement des patients et les prescriptions médicales (médicamenteuses ou hygiéno-diététiques)¹.

Fréquence :

La non observance pourrait concerner 30 à 60% des prescriptions².

Il n'y a pas de variation de la non observance en fonction des différentes caractéristiques sociologiques et démographiques des patients^{6,3}.

Quelles sont les causes évoquées pour expliquer la non observance ?

Les différentes enquêtes réalisées mettent en évidence de très nombreux facteurs de non-observance. Ils sont liés à la pathologie concernée, au médecin et à sa relation avec le patient, au patient et à son entourage, ou encore à la prescription...

Repérer la non observance

La fréquence importante de ce phénomène incite à y penser souvent. Mais c'est en présence des facteurs décrits ci dessus (dont certains sont malheureusement dans notre inconscient) que la vigilance s'accroît. Certains repères que nous déterminerons

ensemble, peuvent aider à repérer la mauvaise observance : La demande de renouvellement automatique des ordonnances ou l'absence de demande de renouvellement d'un médicament par exemple. Des outils existent pour interroger le patient.

Comprendre ?

Repérer qu'un patient est non observant ne suffit pas. Il faut alors essayer de comprendre ce qui détermine son action⁴.

Que se passe-t-il quand Monsieur Jules D ne prend plus sa pilule bleue alors que la plupart des autres patients observent bien cette prise ? Action, intention, croyance et désir sont étroitement liés...

Alors, que faire ?

Mettre le sujet dans l'action⁵ pallie ces inconvénients. Pour l'amener à agir, le passage obligé est le partage des croyances de santé entre le médecin et son patient. Le processus pédagogique est centré sur le patient.

Conclusion

L'enjeu est de taille si l'on considère que pour certaines affections comme le diabète ou l'hypertension artérielle, les seuls progrès que l'on peut attendre, pour la prochaine décennie, sont d'améliorer l'observance des patients⁶.

Un travail éducatif actif entre le médecin et son patient apporte au malade l'information, la connaissance et une certaine capacité à l'autonomie dans la gestion de sa maladie. C'est au médecin de se donner les compétences pédagogiques pour atteindre cet objectif et diminuer ainsi la non observance.

Référence

¹ Sackett DL. Compliance with therapeutic regimens. Baltimore The John Hopkins University Press 1979 : 1-6

² Dumesnil S et coll. Santé, soins et protection sociale en 1997. CREDES Paris 1999 : 91-93

³ D. Pouchain et al. Médecine Générale – Concepts et pratiques. Masson Paris 1996 : 241-45

⁴ G. Reach. Non compliance thérapeutique : analyse d'après la théorie causale de l'action. Bulletin d'Education du Patient, 19 ; Hors série 2000 : 39-45

⁵ JF d'Ivernois, R. Gagnayre. Apprendre à éduquer le patient. Vigot Paris 1995

⁶ Postel Vinay N. Ménard J. Observance en pratique médicale courante. Encycl Med Chir , 1-0030 Elsevier Paris 1998

PRISE EN CHARGE DES ULCERES DE JAMBE : QUEL PANSEMENT POUR QUEL ULCERE, QUELLE CONTENTION CHOISIR.

Docteur Magali SEGARD, Professeur Pierre THOMAS
Docteur BLONDEL

Les ulcères de jambe constituent un problème de santé publique par leur prévalence (1 % de la population), leur conséquence sur la qualité de vie des malades et leur coût.

La prise en charge des troubles trophiques nécessite une collaboration multidisciplinaire (médecin généraliste, dermatologue, angiologue, chirurgien vasculaire, infirmière et diététicienne) pour permettre un diagnostic étiologique puis une prise en charge médicochirurgicale et enfin l'adaptation et la réalisation des soins locaux.

Devant l'abondance des pansements et l'arrivée sans cesse sur le marché de nouvelles classes thérapeutiques, il est parfois difficile de s'y retrouver.

Nous proposerons, lors de cet atelier, un choix de pansement adapté à chaque stade d'ulcère, classé selon l'échelle colorielle (noire pour la nécrose, jaune pour la fibrine, rouge pour le bourgeonnement et rose pour l'épidermisation).

Nous conseillerons également un bilan étiologique type pour optimiser la prise en charge. Nous aborderons enfin les facteurs d'hospitalisation et la place de la contention dans la prise en charge de l'ulcère de jambe.

TRAVAIL DU GENERALISTE EN MILIEU PRECARISE ET SON PARTENARIAT

Docteur Y. QUEYRENE, Docteur C. MATTON, Docteur JM. DEVIENNE

Historique

Définitions :

Pauvreté et précarité
Les exclus et l'exclusion
AME, CMU

Les populations précaires

Prise en charge sociale

Cas cliniques :

Français sans CMU
Etranger en situation régulière
Etranger en situation irrégulière
Situation d'urgence et hôpital
Signalement aux services sociaux – **Réseau précarité**

Pathologies rencontrées :

Diabète, parasitoses, pathologies contagieuses : tuberculose, SIDA, hépatites...
Endocardites
Problème des vaccinations (cf. anciens coloniaux)
Psychoses + + +
Populations étrangères et pathologies exotiques
Etranger dont la pathologie peut être soignée au pays
Soins et visas, titre de séjour dans un but humanitaire

Réseau précarité

Quelques adresses

Réseau Ville Hôpital

Psychiatrie

CERTIFICATS

Mme le Pr Brigitte MAUROY, Mme le Dr Elisabeth VANNELLE, Mr le Dr Olivier LEHEMBRE

Rédiger un certificat est un acte médical complexe et il ne suffit pas de rappeler les règles de bonnes pratiques de rédaction des certificats pour ne pas s'exposer à quelques difficultés.

Si la connaissance de l'état de santé du patient ou le diagnostic n'apparaît pas trop problématique, l'acte de certifier signifie cependant de constater un état de santé qui évoluera et nous engageons ainsi notre responsabilité.

Le contexte du certificat est souvent beaucoup plus difficile à cerner, et l'intention de la demande, souvent pressante et urgente, mal définie, peut évoluer. La constatation peut prendre ainsi une importance très grande à distance de temps. Il y a lieu pour chaque médecin de réfléchir à l'environnement qui appelle un certificat, et de rester au plus proche de la réalité clinique.

L'atelier visera à préciser les règles de base pour établir un certificat pour éviter des erreurs qui engagent la responsabilité du médecin, vis à vis de son patient et vis à vis des institutions sollicitées.

Nous envisagerons ensuite différentes catégories de situations qui appellent à bien connaître la législation et les règles spécifiques quant à la reconnaissance de l'état de

santé pour la protection de la personne, de sa famille, de tiers impliqués, pour la protection sociale, et vis à vis d'autres interlocuteurs et institutions concernées par l'état de santé du patient.

Nous aborderons :

- les situations pathologiques en référence aux constatations des états somatiques et leurs conséquences suivant les différents contextes environnementaux.
- la constatation des états psychiatriques dans des cadres législatifs très variés qui engagent souvent le médecin dans des processus de soins et des reconnaissances de handicaps spécifiques.

SCHIZOPHRENIE ET NEUROLEPTIQUES

Dr Olivier Cottencin & Pr Pierre Thomas

Dans la région Nord Pas de Calais, La schizophrénie concerne environ 35000 personnes et chaque année, 700 nouveaux cas apparaissent. Les causes de cette maladie ne sont toujours pas connues. L'OMS classe la schizophrénie dans le groupe des 10 maladies qui entraînent le plus d'invalidité. Elle est en effet est un facteur de désocialisation et de précarité majeur. 40% des personnes qui en sont atteintes tentent de se suicider et 10 % de toutes les personnes atteintes de schizophrénie mettent fin à leurs jours. L'espérance de vie des patients est en moyenne de 10 ans inférieure à celle de la population générale.

Si les épisodes aigus peuvent parfois être spectaculaires en raison des symptômes délirants ou hallucinatoires, c'est surtout les troubles cognitifs et affectifs qui sont responsables du retentissement au long cours et du handicap

Or il a été montré qu'au début des troubles, le pronostic est surtout lié à la qualité de l'accès aux soins, à la compliance et au soutien psychosocial.

Nous illustrerons à partir de cas cliniques le rôle essentiel du médecin généraliste dans le repérage et la prise en charge précoce de cette maladie afin de prévenir son retentissement.

RESEAU DE COMMUNICATION D'INFORMATIONS MEDICALES SECURISEES, POURQUOI, OU, COMMENT ?

Pr Beuscart, Dr Demory, Dr Sion, Dr Bonte, Dr Vandembroucke

L'important en matière de e-santé c'est de ne pas faire d'usine à gaz, mais de s'adapter pour communiquer aux solutions présentes dans les cabinets médicaux, c'est-à-dire simplement Internet !

De fait, l'Ammelico a toujours soutenu le fait que pour faire de la e-santé il fallait d'abord que les Dossiers Patients des médecins soient Informatisés (DPI) ce qui est loin d'être le cas et que pour y arriver, seules les solutions de type « messagerie cryptée intégrée aux différents logiciels métiers » étaient structurantes. Il faut faire en sorte que le médecin, pour l'envoi comme pour la réception du courrier médical, n'ait pas à quitter son logiciel métier quel qu'il soit .

En ce qui concerne les projets de Dossier Médical Personnel, l'Ammelico, à la fois pour des raisons de confidentialité (secret médical) et de pratique quotidienne se positionne clairement sur le concept de publication de certaines informations médicales que sur la centralisation des données.

Je citerai donc trois innovations majeures pour moi

1. Apicrypt : un outil de cryptage de très haute sécurité qui permet quelles que soient les configurations des médecins (Mac, Linux, PC, modem, ADSL...), d'échanger les courriers médicaux en les sécurisant par un cryptage inviolable et une signature officielle (CPS Carte de Professionnel de Santé). Cet outil peut s'interfacer avec tous les autres et permet aussi bien la communication entre libéraux qu'avec les Hôpitaux Publics. De plus il est livré gratuitement à tous les éditeurs qui souhaitent l'intégrer à leur logiciel médical.

2. Waves : un logiciel qui permet de « comprimer » les images radiologiques sans perte de qualité et en conservant leur label « qualité diagnostic médical ». A titre exemple une radio de thorax en Dicom pèse 10 Mo, la même image traitée

par Waves (.cod) ne fait plus que 140 Ko ce qui permet et le transport et le stockage.

3. Les solutions de Peer-To-Peer médical (type SantNet Box), qui associant Apicrypt, la CPS et la carte Vitale, permettent la réalisation quasi-instantanée d'un Dossier Patient Médical Réparti complet sans passer par une centralisation lourde et complexe en termes de sécurité, de mise en place et d'accessibilité. En résumé, chaque spécialiste ou clinique, lors de l'envoi d'un courrier ou compte-rendu d'examen, enrichit une base de donnée, séparée de son informatique personnelle, qui elle seule est reliée à Internet.

Il s'agit donc de la publication d'un élément de dossier patient faite avec l'accord du patient. Lorsqu'un médecin disposant de sa CPS et de la Carte Vitale de son patient (ou équivalents) se connecte à un serveur, celui-ci fait le tour des éléments disponibles pour le patient concerné, la consultation et le transfert éventuel sont alors cryptés et sécurisés. En fin de consultation, il n'y a plus rien à pirater car il n'existe aucun dossier centralisé, tout est conservé chez les différents intervenants médicaux.

Pour finir il est important de noter que si l'Internet a permis d'accélérer la communication numérique tout en réduisant les coûts, il est fondamental que le monde médical en soit également bénéficiaire et ne devienne pas, paradoxalement, l'assise financière d'un nouveau marché. Le modèle économique éventuel est à rechercher ailleurs que sur les flux des échanges médicaux.

EXAMEN CLINIQUE DU POIGNET ET BILAN DU POIGNET DOULOUREUX

C. CHANTELOT

Service de chirurgie de la main et du membre supérieur
CHRU de Lille

L'interrogatoire :

Il est tout aussi important que le reste de l'examen clinique. Il doit préciser la nature du traumatisme, le type de sport pratiqué et les antécédents du poignet. Les traumatismes du poignet sont souvent vus en secondaire. Le traumatisme peut intervenir sur un poignet déjà traumatisé ou hyper sollicité. Parfois un traumatisme banal peut révéler une pathologie sous jacente jusque là tolérée. Les antécédents chirurgicaux ou autres traitements (infiltrations) ne doivent pas être négligés.

Signes fonctionnels :

La douleur est la principale cause de consultation. Sa localisation aide souvent au diagnostic. La déformation du poignet est un facteur à rechercher, mais très souvent une inspection sommaire ne révélera aucune déformation ou tuméfaction. Il est important de faire préciser au patient ce qu'il ressent : diminution de force, ressaut, craquement, blocage...

Examen clinique du poignet :

Les pathologies du bord radial du poignet :

1) La fracture du scaphoïde est la lésion la plus fréquente. La palpation de la tabatière anatomique est douloureuse, ainsi que la traction ou la compression de la colonne du pouce. On peut retrouver une synovite radio-carpienne postérieure au stade de pseudarthrose du scaphoïde. La mobilité est souvent normale sauf pour les lésions anciennes. La radiographie du poignet avec incidences spécifiques du scaphoïde fait le diagnostic. Le scanner du poignet confirmera la fracture au moindre doute. Il faut éviter de faire des clichés retardés pour objectiver la fracture, ceci retarde le diagnostic et la prise en charge.

2) Entorse scapho-lunaire est la lésion la plus fréquente après la fracture du scaphoïde. Une douleur est localisée à la palpation postérieure de l'interligne scapho-lunaire. Le poignet garde des mobilités normales, la diminution de force est constatée par le patient et à l'examen. Le patient décrit très clairement un ressaut de son poignet lors des inclinaisons et flexion-extension du poignet. Ce ressaut correspond à la dissociation du scaphoïde et du lunatum. Le signe clinique caractéristique est le signe de **Watson**. La radiographie de poignet de face poing fermé découvre de

diastasis scapho-lunaire (> 5 mm. Les clichés radiographiques en inclinaison ulnaire accentue la dissociation. Au moindre doute une arthrographie ou un arthro-scanner confirmera la rupture ligamentaire.

3) L'arthrose trapézo-métacarpienne est une pathologie du compartiment radial. La mobilité du pouce est limitée (mesure de la mobilité du pouce par la cotation de Kapandji). Le pouce peut être déformé en position de pouce adductus réductible ou pas. Le « Grinding test » de Swanson est spécifique. L'examineur stabilise le poignet et la main et de l'autre main il saisit la base du premier métacarpien et il le mobilise en compression et en rotation ou translation. Cette manœuvre déclenche une vive douleur de l'articulation trapézo-métacarpienne. Les radiographies avec plus spécifiquement l'incidence de Kapandji confirmera la rhizarthrose.

4) Apophysite du tubercule de Lister est rare. Il s'agit d'une inflammation très localisée du tubercule de Lister. Elle apparaît soit après un traumatisme du poignet ou soit après une hyper-sollicitation. La douleur est très localisée, calmée par le repos. La mobilité du poignet est limitée en flexion-extension. Une infiltration test peut aider à confirmer le diagnostique.

5) La ténosynovite de De Quervain est la plus fréquente des pathologies tendineuses du poignet. Il s'agit d'une inflammation du long abducteur du pouce et court extenseur. L'abduction et extension du pouce sont douloureuses. La présence d'un nodule juste en regard de la styloïde radiale est fréquente. On peut parfois ressentir une crépitation sous cutané liée à la synovite. La manœuvre de **Finkelstein** est spécifique. Elle consiste à placer le pouce du patient en opposition dans la paume de la main et faire passivement une inclinaison ulnaire du poignet.

L'échographie peut aider au diagnostique et rechercher une variation anatomique des corps tendineux du long abducteur du pouce.

6) Syndrome du long extenseur du pouce intervient souvent après une fracture du poignet. L'atteinte du tendon peut aller jusqu'à la rupture. Les étiologies sont nombreuses, mais une ischémie de celui-ci dans sa gaine peu extensible est une des causes à retenir. La douleur est sur le trajet du tendon avec une extension difficile et douloureuse partiellement compensée par le court extenseur. On les rencontre le plus souvent au stade de rupture avec une extension impossible de IP. L'échographie confirmera la tendinite ou la rupture et il faudra toujours rechercher une cause locale de la lésion (ostéophyte, ...).

7) Névrome sur la branche sensitive du radial, il intervient toujours après une intervention ou une plaie traumatique. Le patient se plaint d'hypoesthésie, de douleur électrique à la palpation de la cicatrice, de brûlure, ... On recherche un signe irritatif signifiant un névrome. La palpation de la cicatrice est désagréable. Une anesthésie locale peut être un bon test.

Les pathologies du bord ulnaire du poignet :

1) Atteinte du carrefour radio-ulnaire distal :

* Pathologie articulaire : (séquelles traumatiques ou dégénératives du complexe RU)

La douleur est localisée au niveau du bord ulnaire du poignet, irradiation vers le bord médial de la main. La prono-supination est douloureuse et limitée. La mobilisation de l'extrémité distale de l'ulna est sensible. On peut retrouver une subluxation dorsale de l'ulna. La radiographie du poignet de face et profil est indispensable. On recherche une atteinte dégénérative de la RU, des séquelles de traumatisme du poignet, l'indice radio-ulnaire distal doit être mesuré (entre 0 et -2 mm), une subluxation dorsal de l'ulna.

* Autres :

Des lésions du ligament triangulaire peuvent être source de douleurs médiales. Les douleurs sont déclenchées par la prono-supination et mobilisation de l'ulna. La radiographie est souvent normale. C'est l'arthroscanner ou l'arthroscopie du poignet qui confirmera le diagnostique. Le syndrome de Ulna long est une pathologie rare mais dont on doit penser. La mobilisation du poignet en inclinaison ulnaire est sensible et même parfois limitée. La prono-supination est altérée, la flexion et extension sont respectées. A l'examen clinique, la compression du poignet en inclinaison ulnaire est très douloureuse. La radiographie de face confirme le diagnostique, avec l'aspect de l'ulna long et parfois des signes indirects par une géode ou impaction sur la partie supérieure du triquétrum.

2) Lésions du carpe :

*Fractures des os du carpe :

La fracture du triquétrum est rare. Les douleurs sont localisées en regard de celui-ci. C'est le bilan radiographique qui fait de diagnostique. La fracture de l'hamalus intervient souvent après une chute sur la paume de la main. Juste en regard de celle-ci, on constate un hématome, avec douleur lors de l'appui sur le talon de la main. A la palpation on retrouve une douleur localisée sur l'Hamalus. Il faut rechercher une atteinte du nerf ulnaire par compression ou traumatisme distal. Ce type de fracture consolide difficilement et on fait souvent le diagnostique au stade de pseudarthrose.

Entorse luno-triquétrale :

La douleur est localisée en regard de l'interligne luno-triquétrale. La mobilisation du triquétrum est douloureuse. L'examineur fixe la partie médiale du carpe entre son pouce et index et de l'autre main fixe le triquétrum. Dans le même temps, il réalise un mouvement de tiroir antéro-postérieur (Tiroir de Reagan). Les radiographies dynamiques permettent d'accentuer le diastasis luno-triquétral. L'arthroscanner est indispensable pour confirmer la lésion et rechercher d'autres lésions souvent associées (entorse scapho-lunaire, fractures,...)

* Fracture et arthrose pisi-triquétrale :

La douleur est localisée dans la région hypothénarienne, la pression et la mobilisation du pisiforme est douloureuse. On peut rechercher une translation passive du pisiforme, poignet fléchi. Cette translation est de quelques millimètres état normal. La manœuvre du rabot du pisiforme, reprend la même manœuvre que précédemment mais on réalise dans le même temps une compression du pisiforme sur le triquétrum. Cette manœuvre de rabot n'est normalement pas douloureuse, quand elle est positive ceci signe une arthrose pisi-triquétrale. Les radiographies de profil et incidences spécifiques confirment le diagnostique.

3) Pathologie de L'extenseur ulnaire du carpe :

1. Tendinite :

Cette pathologie intervient dans l'hyper-sollicitation du poignet ou lors des gestes de force inhabituels. La cause est souvent un geste avec le poignet en extension et inclinaison ulnaire. La douleur est localisée sur le trajet du tendon et provoquée par les mouvements en extension et inclinaison ulnaire. On peut retrouver une crépitation sous-cutanée signant la synovite, la gaine du tendon est indurée par la pression du liquide synovite. Une simple échographie aide au diagnostique.

2. La luxation antérieure de l'extenseur ulnaire du carpe :

Fréquente dans les sports comme le tennis, golf, volley-ball, elle survient à l'occasion de geste brutal et forcé de la main en extension, pronation et adduction ou hypersupination. A l'examen, lors des mouvements de flexion-extension le tendon passe d'avant en arrière comme un essuie-glace autour de l'extrémité de l'ulna. En flexion la rupture de la gaine de l'EUC, provoque son déplacement en avant de l'ulna et en extension le tendon se remet à sa place.

4) Pathologie nerveuse :

* Névrome sur la branche sensitive du nerf ulnaire, il intervient toujours après une intervention ou une plaie traumatique. Le patient se plaint d'hypoesthésie, de douleur électrique à la palpation de la cicatrice, de brûlure,... On recherche un signe irritatif signant un névrome. La palpation de la cicatrice est désagréable. Une anesthésie locale peut être un bon test.

* Compression du nerf ulnaire dans le canal de Guyon :

Nous allons retrouver une paralysie du nerf ulnaire motrice et sensitive. On retrouve un signe irritatif en regard du Guyon. Les causes d'atteinte du nerf ulnaire au niveau du Guyon sont extrinsèques (kyste, ostéophyte,...). L'échographie ou l'IRM sont indispensables pour rechercher la cause de la compression.

Les pathologies de la face postérieure du poignet :

1) Pathologies ostéo-articulaires :

* La plus fréquente est le kyste arthrosynovial. On retrouve une tuméfaction dure de taille variable dans le temps et douloureuse en regard de l'articulation radio-carpienne. La mobilité du poignet est limitée en extension pour les kystes de la face postérieure. Les patients présentent des douleurs à l'extension des doigts longs.

* Le carpe bossu se présente comme une tuméfaction dure et sensible, souvent associé à une tendinite d'insertion du long et court extenseur radial du carpe. L'extension contrariée du poignet est douloureuse. La palpation retrouve une tuméfaction beaucoup plus dure qu'un simple kyste. La radiographie de profil strict confirme le diagnostique.

* La maladie de Kienböck est rare, il s'agit d'une nécrose du lunatum. L'étiologie n'est pas connue, mais la notion de microtraumatismes répétés est possible. Nous retrouvons à l'interrogatoire une douleur diffuse du poignet à l'effort, la mobilité est limitée par la douleur et l'atteinte du carpe. A la palpation on retrouve une douleur en regard du lunatum. Le poignet est d'aspect normal. Les mobilités sont limitées dans les amplitudes maximales. Le reste de l'examen est normal. La radiographie du poignet confirme le diagnostic pour les stades évolués. Pour le stade précoce de nécrose l'IRM permet de faire le diagnostic.

2) Pathologie tendineuse :

La tendinite la plus fréquemment rencontrée est celle du long et court extenseur radial du carpe. Elle peut être associée comme nous l'avons vu précédemment avec un carpe bossu. La douleur est déclenchée par l'extension du poignet et par tous les gestes où le poignet est verrouillé en extension. A la palpation des tendons, on retrouve une crépitation signant la synovite. La face dorsale du poignet est empâtée. L'extension passive du poignet est possible. Les autres tendinites (extenseur propre du II et V)

3) Pathologie nerveuse :

Le névrome du nerf interosseux postérieur est très rare. Souvent on le rencontre en post-traumatique, pour les fractures du poignet à grand déplacement ou lors d'embrochage du poignet. La douleur est postérieure centrée sur le nerf. Le reste de l'examen est normal. Il faut l'évoquer après une fracture du poignet ou la mise en place de broches postérieures. Une infiltration test est nécessaire pour confirmer le diagnostic.

Les pathologies de la face antérieure du poignet :

1) Tendinite du Fléchisseur radial du carpe :

Elle se présente comme une tuméfaction de la face antérieure du poignet bord radial. Le FRC est empâté, avec une ténosynovite importante. La mobilisation active du poignet est douloureuse. Cette lésion est souvent associée à une arthrose STT qui est la cause de la ténosynovite. A l'examen clinique on retrouve des signes d'arthrose STT. La radiographie confirmera le diagnostic.

2) Syndrome du canal carpien :

Les signes sont les troubles sensitifs des 3 premiers doigts. On peut objectiver une atteinte motrice et sensitive dans le territoire du nerf médian. Il faut rechercher un signe irritatif en regard du rétinaculum des fléchisseurs. L'EMG confirmera le diagnostic.