



par les Drs Jimmy Fontaine, Virginie HUYGHE,
et Anne-Sophie MICHEL

médecins généralistes

rmg@ssmg.be

Bronchiolite chez un nourrisson

La bronchiolite est une infection respiratoire virale qui touche surtout les enfants de moins de deux ans. Le virus respiratoire syncytial est le principal agent causal. Elle survient le plus souvent en épidémie de novembre à février.

La bronchiolite ne doit pas être confondue avec de l'asthme pour lequel une histoire de dyspnée sifflante répétée est associée à un terrain atopique personnel et/ou familial.

L'évolution est souvent favorable avec disparition de la toux en 8 à 15 jours.

Certains nourrissons sont à risque de complications : moins de 3 mois, nés prématurés, faible poids de naissance, affection pulmonaire chronique, cardiopathie congénitale, trouble de l'immunité.

Il faut rester attentif aux signes d'alerte qui justifient une hospitalisation : altération de l'état général, survenue d'apnées, cyanose, fréquence respiratoire > 60 inspirations par minute, tirage sus-sternal et intercostal, battement des ailes du nez, difficultés d'alimentation, perte de poids supérieure à 5%.

Les mesures sont avant tout non médicamenteuses : maintenir un air ambiant ni trop chaud, ni trop sec, sans fumée de tabac, fractionner les repas, main-

tenir une bonne hydratation, rincer le nez au sérum physiologique. En cas de pyrexie, on optera pour du paracétamol à la dose de 10 à 15 mg/kg par prise toutes les 4 à 6 heures.

La kinésithérapie respiratoire sera proposée au cas par cas. Les corticoïdes, les bêta-2-mimétiques inhalés et les antibiotiques n'ont pas d'efficacité démontrée. (JF)

Rédaction Prescrire.
Bronchiolite chez un
nourrisson. L'essentiel sur
les soins de premier choix.
Revue Prescrire octobre 2017;
37 (408) : 767-770.

Mots-clés : bronchiolite,
nourrisson, asthme.

Les articles sont disponibles
au secrétariat de la SSMG.

Imagerie dans la sinusite

L'ASBL Focus on Medical Imaging publie depuis fin 2014 de petits folders d'une quinzaine de pages sur différents sujets médicaux. Son but est de diffuser des informations objectives basées sur des données scientifiques, pour améliorer le recours à l'imagerie médicale, et notamment diminuer l'utilisation des radiations ionisantes. Pour information, la Belgique est un des pays de l'OCDE où l'exposition aux radiations ionisantes pour raisons médicales est la plus élevée. Le 11^e numéro de la série concerne la prise en charge des sinusites. Chez l'adulte, les radiographies de sinus ne sont plus à utiliser. Un scanner, un cone-beam CT^a ou une IRM peuvent se justifier dans certains cas :

- chez les candidats potentiels à la chirurgie (rhinosinusites aigües récurrentes, rhinosinusite chronique, polypose naso-sinusienne, sinusite fongique) ;
- si l'on suspecte une complication orbitaire ou intra-crânienne (plutôt IRM) ;
- si l'on suspecte la présence d'une masse sous-jacente (IRM) ;
- si l'on suspecte une sinusite fongique invasive (IRM ou CT).

Chez l'enfant, l'imagerie par scanner ou IRM n'est indiquée que dans certains cas : présentation atypique, hyperalgie ou complications. Elle n'a sa place qu'en complément de l'endoscopie nasale, jamais en 1^{re} intention. (ASM)

Focus on Medical Imaging. La sinusite. Mai-juillet 2017,
numéro 11.

Mots-clés : sinusite, imagerie médicale, prévention quaternaire.

a. N.D.L.R. : technique de radiographie numérisée, de résolution similaire ou parfois supérieure au scanner tout en étant moins irradiant. Utilisé pour visualiser les tissus minéralisés (dents, cartilages, os).

Diabète de type 2 : empagliflozine, pas d'emballement

La metformine est le premier choix en monothérapie dans la prise en charge du diabète de type 2. Quand celle-ci ne suffit pas, d'autres médicaments (sulfamidés hypoglycémiants, analogues du GLP1, insuline...) peuvent être ajoutés. Depuis peu, de nouvelles molécules sont apparues sur le marché : les gliflozines. Il en existe trois : dapagliflozine^b, canagliflozine^c et l'empagliflozine^d. Ce sont des inhibiteurs des récepteurs SGLT-2. Ils augmentent la diurèse et l'élimination rénale de glucose.

Les deux premières molécules présentent une balance bénéfice-risque négative et ne sont donc pas recommandées.

Un essai randomisé en double aveugle a comparé l'empagliflozine versus placebo. Cette étude comprenait 7020 patients diabétiques de type 2 traités par différents hypoglycémiants. Ils avaient une Hb1AC moyenne de 8% et au moins un antécédent cardiovasculaire.

Il a été constaté une baisse de la mortalité d'origine cardiovasculaire dans le groupe ayant reçu l'empagliflozine. En effet, le nombre d'hospitalisations pour insuffisance cardiaque a diminué. Cependant, il n'y a pas eu de baisse du taux d'infarctus ou d'AVC. Les mécanismes expliquant cette diminution de mortalité ne semblent pas clairs. Il est à supposer que la diminution d'hospitalisation pour insuffisance cardiaque soit liée à la majoration de la diurèse dues aux inhibiteurs des SGLT-2.

L'empagliflozine expose comme les autres gliflozines à différents effets secondaires : hypotension artérielle, infection urogénitale (liée à la présence de sucre dans les urines), thromboembolie suite à une majoration de l'hématocrite sur hypovolémie, aggravation d'insuffisance rénale, acidocétose. Par ailleurs, l'aggravation de l'insuffisance rénale par certains médicaments (diurétiques, IEC, AINS) peut entraîner une accumulation de l'empagliflozine et majorer ses effets indésirables tout en diminuant son efficacité. Elle pourrait entraîner des atteintes hépatiques et des cancers. La revue Prescrire conseille de ne pas exposer nos patients aux effets secondaires liés à cette molécule en attendant davantage de données sur la cause de la baisse du risque cardiovasculaire. Il faut limiter son utilisation aux essais cliniques. (VH)

Rédaction Prescrire. L'empagliflozine. Diabète de type 2 : pas d'emballement. Revue Prescrire Mars 2016 ; 36. (389) ; 168-173.

Mots-clés : Gliflozines, diabète de type 2

b. Forxiga®
c. Invokana®
d. Jardiance®

Eczéma atopique des nourrissons

Un tiers des enfants atteints de dermatite atopique développeront de l'asthme et la moitié, une rhinite allergique.

Chez le nourrisson, l'eczéma atopique est surtout localisé au niveau des joues, du front, du cou et des faces d'extension des membres.

Le traitement a pour objectif de diminuer les poussées et soulager du prurit sans nécessairement viser une disparition totale des lésions.

Éviter les savons, les vêtements en laine et les bains trop chauds est conseillé. Les nettoyants liquides sans savon, ni parfum, associés à un pH neutre ou légèrement acide seront privilégiés.

Sans allergie confirmée, la restriction de certains aliments ne se justifie pas.

Pour lutter contre la sécheresse cutanée, un émollient sans parfum sera utilisé plusieurs fois par jour. En cas de poussée, les corticoïdes locaux constituent le traitement de choix. Il sera utilisé jusqu'à amélioration des lésions et sera interrompu progressivement soit en diminuant le niveau d'activité du corticoïde, soit en espaçant son utilisation (1 jour sur 2 puis 2 fois par semaine). Les effets secondaires sont surtout liés à un usage prolongé (atrophies cutanées, télangiectasies, voire effets systémiques).

Les corticoïdes d'activité forte à très forte sont à proscrire avant l'âge d'un an.

En cas de traitement prolongé, on optera pour un corticoïde avec le plus faible niveau d'activité efficace avec des périodes de non utilisation. (JF)

Rédaction Prescrire. Eczéma atopique des nourrissons. Bien utiliser les émollients et les dermocorticoïdes. Revue Prescrire octobre 2017 ; 37 (408) : 757-762.

Mots-clés : dermatite atopique, nourrisson, dermocorticoïdes, atopie.