

Journée SSMG

par le Dr Jacques Vanderstraeten • Médecin généraliste • 1200 Bruxelles

Une journée de médecine générale

Bruxelles, 19 février 2005

Quoi de neuf en vaccination ?

Quelques changements importants ont eu lieu en 2004 dans les recommandations en matière de vaccination.

Tout d'abord, le **vaccin hexavalent chez le jeune enfant** remplace l'ancien tétravalent avec l'ajout de l'immunisation contre l'hépatite B (HBV) et de la vaccination antipolio injectable. Les quelques reproches que l'on peut lui adresser sont les suivants : une tolérance un peu moindre qu'au tétravalent (avec difficulté d'identifier le responsable d'une éventuelle réaction), une interférence possible entre les vaccins pertussis acellulaire et hémophilus et enfin, la répétition inutile d'une 4^e dose de polio et d'HBV.

Ensuite, le **vaccin anti-pneumococcique de l'enfant** est apparu dans la panoplie, du fait de la responsabilité prépondérante de ce germe dans les infections sévères de la prime enfance (bactériémie dans 50 %, pneumonie dans 25 % et méningites dans 15 % des cas d'infection). Il s'agit d'un vaccin d'un type différent de celui de l'adulte (non polysaccharidique). L'effet escompté est ici essentiellement une diminution de la morbidité, ce germe étant sorti en effet d'une mortalité moindre que, par exemple, l'hémophilus et le méningocoque. Un effet intéressant tient aussi dans la constatation d'une protection étendue aux parents (prévalence des infections diminuée de 10 à 20 %) et aux grands-parents (-30 %). Un frein important à la prescription en est le coût, malheureusement fort élevé (69 €).

Enfin, le **rappel de vaccination anti-coqueluche chez l'adulte** et dès l'âge de 16 ans est proposé du fait de la prévalence relativement élevée de ce germe dans cette population (15 à 20 % des toux prolongées). Il est conseillé pour tout adulte en contact avec de jeunes enfants : jeunes parents, personnel de crèches, médecins, enseignants... À titre d'anecdote, le "nouveau" **vaccin anti-varicelleux** (qui existait déjà) ne va

par contre pas modifier la donne en santé publique, sachant le caractère peu préoccupant de ce virus. De plus, il est peu immunogène et nécessiterait donc une injection de rappel.

D'après l'exposé du Pr Jack LEVY, pédiatre, cliniques universitaires Saint-Pierre, ULB, Bruxelles.

Hépatites peu communes

Rappelons tout d'abord le **tableau "classique" de l'hépatite virale A ou B**, avec syndrome grippal bref précédant l'ictère et la montée des transaminases, suivie de leur décroissance lente avec cholestase moindre et plus tardive que la cytolysse. L'incubation est d'environ 1 mois (A), 2 mois (C) ou 3 mois (B). Rappelons aussi que toute **"hépatite" douloureuse** est une lithiase biliaire jusqu'à preuve du contraire (40 % des lithiases cholécystiennes ne sont pas vues à l'échographie).

Face à un tableau non "classique" d'hépatite, un rapport GOT/GPT > 1 évoque une hépatite alcoolique ou une hémolyse. Sinon, les éventualités à prendre en considération dépendent de la présence ou non de fièvre. Une **hépatite "non classique" non fébrile** est le fait des étiologies suivantes (par ordre de fréquence) :

- 1) Les hépatites médicamenteuses représentent 10 % des hépatites aiguës (40 % après 50 ans). Leur évolution est beaucoup plus souvent fulminante (20 %) que dans le cas des hépatites virales (1 à 5 %). Les molécules les plus souvent incriminées sont : antibiotiques (cytolysse, sauf pour clavulanate et ciprofloxacine : cholestase), AINS (cytolysse), paracétamol (risque d'hépatite fulminante chez un éthylique pour une dose de 3 à 4 gr), etc. sans oublier les préparations phytothérapeutiques (germandrée, chélidoine, ...).
- 2) Le NASH ou stéato-hépatite non alcoolique est d'origine nutritionnelle (abus de glucides et de calories). Il existe un

continuum entre stéatose, stéato-fibrose (28 % des cas de stéatose) et cirrhose. Le traitement ne consiste qu'en régime et exercice physique.

- 3) L'hémochromatose est fréquente et à suspecter face à tout accroissement de la saturation de la transferrine (> 45 – 50 %). N'oublions pas que la ferritine est augmentée dans toutes les situations de cytolysse, quelle qu'en soit la cause. Les tests génétiques apportent le diagnostic et sont à effectuer chez tous les descendants et collatéraux.
- 4) La maladie de Wilson est plus rare. Elle se diagnostique par un taux élevé de céruloplasmine, voire d'une cupriurie excessive.
- 5) Une hépatite auto-immune débute par un tableau d'hépatite aiguë dans 10 % des cas. On dosera le FAN et les Ac anti-muscle lisse et LKM1.

Hormis une toxicité médicamenteuse dans un contexte infectieux (paracétamol, antibiotique), les **hépatites "non classiques" fébriles** sont le fait de virus.

- 1) L'EBV donne régulièrement une atteinte hépatique dont l'importance est corrélée aux symptômes généraux et/ou à l'angine.
- 2) Le CMV détermine un "syndrome grippal" prolongé avec céphalées et quelques particularités biologiques (leucocytose ou -pénie, LDH augmentés).
- 3) L'herpès donne une hépatite grave, aiguë, fébrile, nécessitant l'administration d'émblée d'acyclovir en IV. L'orientation diagnostique est permise par la constatation d'au moins une lésion cutanée ou muqueuse, la sérologie n'ayant que peu de valeur (trop fréquemment positive).

D'après l'exposé du Pr André GEUBEL, gastro-entérologue, cliniques universitaires St-Luc, UCL, Bruxelles.

L'insuffisance rénale chronique

Un diagnostic d'insuffisance rénale (IR) doit faire poser **3 questions** :

L'hypertension de la blouse blanche n'est pas modifiée par le traitement médicamenteux. Il arrive qu'elle ne disparaisse jamais.

- Est-elle chronique (historique biologique et symptomatique : nycturie, ...) ou aiguë (anurie...)?
- Quelle est sa sévérité : détermination de la clearance de la créatinine (Cl créat) par la formule de Cockcroft, ou mieux, du taux de filtration glomérulaire par la formule MDRD (sans recours au poids, qui constitue un biais possible de la méthode de Cockcroft), et disponible sur le site <http://www.ericabell.be>. On envisage sérieusement la dialyse ou la transplantation rénale dès que Cl créat < 15 à 20 ml/min.
- Quelle en est la cause (biologie sanguine et urinaire, echo-doppler rénal, ...)? Rappelons ici que les cas de dialyse pour IR diabétique ont été multipliés par 6 depuis 1990!

L'**objectif de la prise en charge** d'une insuffisance rénale chronique (IRC) est de ralentir sa progression par le contrôle des facteurs suivants :

- Facteurs étiologiques (diabète...), tension artérielle (TA < 13/8), facteurs de risque cardio-vasculaires.
- Protéinurie : celle-ci constitue en soi un facteur aggravant de l'IRC de par la fibrose rénale qu'elle cause. Ainsi, le déclin de la Cl créat est-il corrélé à l'importance de la protéinurie : -3 ml/min par an pour < 1 gr/24h (quelle que soit la TA!), -4,5 à -6,5 ml/min par an pour 1 à 3 gr/24h (selon que la TA systolique est ≤ 120 ou ≥ 140).
- Facteurs aggravants : déshydratation, infection, obstruction urinaire, médicaments à risque (majoration de l'IR et hyperkaliémie : AINS, spironolactone, celle-ci étant contre-indiquée si Cl créat < 40 ml/min; risque d'acidose lactique : biguanides).

Rappelons qu'en cas de majoration de l'IRC, il existe un risque de surdosage pour les médicaments à index thérapeutique étroit et à élimination rénale (spironolactone, biguanides, digoxine, IEC ou Sartan + diurétique, lithium, méthotrexate).

Les **moyens thérapeutiques** ont évolué et on ne conseille plus le régime pauvre en protéines puisque celui-ci est inutile, voire dangereux parce que risquant d'aggraver le statut nutritionnel déjà souvent carencé des personnes âgées. On peut donc conseiller un apport de 1 gr/kg par jour, pour autant qu'il y ait un contrôle efficace de la TA, d'une part, et de la protéinurie, d'autre part, par la prescription d'un IEC ou d'un sartan. Ces derniers sont devenus en effet incontournables dans la prise en charge de l'IRC avec protéinurie. À tel point que, même si l'on assiste à une hausse de la créatinine sérique sous traitement, on maintiendra une dose aussi importante que possible (si < 30% d'augmentation et < 3 mg/dl, et si normokaliémie maintenue, éventuellement par furosémide) car il est plus important de réduire à terme la protéinurie que d'abaisser la créatininémie dans l'immédiat. Il est par

contre indispensable de prescrire, en parallèle, soit un régime désodé, soit un diurétique (furosémide).

D'après l'exposé du Pr Michel JADOUL, néphrologue, cliniques universitaires St-Luc, UCL, Bruxelles.

Docteur, mon fils fume un joint !

On estime qu'à l'âge de 18 ans, dans nos pays, un jeune sur trois a un jour fumé un joint, et parmi ceux-ci, un sur deux en a fumé plusieurs fois par jour. Le cannabis constitue le stupéfiant le plus consommé au monde selon l'ONU. Qu'on l'appelle chanvre, marijuana, haschisch ou shit, le cannabis se fume (joint, pétard, bang, ...) ou se mange (space cake).

Le principe actif est le THC (tétrahydrocannabinol). Actif sur des récepteurs neuronaux centraux spécifiques, celui-ci est responsable d'une part, d'**effets immédiats** qui sont de plusieurs ordres :

- Les **effets psycho-cognitifs** varient selon le contexte de consommation, la sensibilité de l'individu, et l'attente que celui-ci a par rapport à cette consommation. L'"ivresse canabique" (bien-être, euphorie, mais aussi anxiété, panique) peut évoluer vers la "psychose canabique" (dépersonnalisation, délire, hallucinations, confusion, ...). Le risque d'accident de roulage est évidemment très augmenté. L'hyperactivité logorhémique peut céder le pas au "syndrome amotivationnel" (indifférence, passivité, troubles du sommeil, de l'humeur, ...). Les conséquences sociales de la consommation peuvent être une facilitation ponctuelle, mais elles sont surtout délétères par la révélation de traits de personnalité anti-sociale. Pour une durée de 7 jours de consommation, il faut 3 semaines de clearance pour une restitution mentale ad integrum.
- Les **effets somatiques** sont moteurs (détérioration de la vitesse de réaction, de l'habileté, de la coordination), neurologiques (analgesie), végétatifs (effets antiémétiques, hypotension orthostatique) et autres (augmentation de l'appétit, de la soif pour l'alcool, conjonctivites, ...). À noter également un risque accru de grossesses extra-utérines.

Les **effets retardés** dépendent de la durée de consommation. Leurs conséquences varient selon l'âge et le contexte de consommation : bénignes chez l'adulte consommateur occasionnel, délétères chez l'adolescent ou le jeune consommateur régulier (déscolarisation, désinsertion sociale) et effrayantes chez le polytoxicomane.

- Dépression (risque x 4) avec angoisse, indifférence affective.
- Psychose (risque x 6) provoquée ou révélée chez les personnes à risque, et annoncée par un comportement anti-social,

l'attrait pour les pratiques occultes, etc. De prime abord, la **prise en charge** du consommateur vise une diminution plutôt qu'un arrêt total de la consommation (difficile et lent à obtenir). Elle se fait par contact régulier, singulier (sans les parents), par une écoute attentive dans le but de comprendre les manques psychoaffectifs dont découle la motivation de consommer. C'est de ceux-ci qu'il faut partir pour cheminer vers une responsabilisation et un changement des habitudes de consommation. Ici aussi intervient un devoir d'information (objective, non moralisatrice) sur les risques liés à cette consommation.

D'après l'exposé du Dr Frédéric RUTTIENS, SSMG, RAT (Réseau d'Aide aux Toxicomanes).

La médecine des sans-papiers

Face à toute personne en situation illégale qui viendrait nous consulter, il est bon de savoir qu'elle peut bénéficier du remboursement des médicaments prescrits, mais aussi que nous pouvons être honorés pour la consultation que nous lui prodiguons. Ceci est rendu possible dans le cadre de l'**Aide Médicale Urgente** (qui n'a d'urgent que le nom). Celle-ci vise la prise en charge de toute aide à caractère médical, qu'il s'agisse de soins curatifs ou préventifs, en ambulatoire ou en milieu hospitalier (mais très peu d'hôpitaux l'acceptent). Cette aide financière est octroyée sur base d'une attestation médicale certifiant la nécessité de soins médicaux dans le chef d'une personne en séjour illégal et dans un état de précarité financière (ceci étant attesté par le CPAS de la commune concernée, lui-même tenu à un devoir de discrétion quant au caractère illégal du séjour de la personne).

En pratique, il y a lieu de remplir un formulaire ad hoc que l'on adresse au CPAS, via le patient, et sur lequel on précise le type de soins ("prise en charge en médecine générale") et la période à couvrir. Le délai d'obtention de l'accord est souvent de 3 à 4 semaines (d'où intérêt à introduire la demande de façon préventive). Cet accord se matérialise sous la forme d'une carte du CPAS désignant nominativement un médecin et une pharmacie référents, ou plutôt d'un réquisitoire laissant la liberté de choix au patient.

Toute information et formulaire peuvent être obtenus auprès du CPAS de la commune où l'on pratique. Il est aussi très utile de consulter une plaquette (le "Kit AMU") rédigée par l'auteur de la communication et qui peut être demandée à MSF Belgique (msfb-projets-belges@msf.be), ou encore le site d'une ASBL de sans-papiers www.medimmigrant.be.

D'après l'exposé du Dr France ROBLAIN, MSF Belgique.