

Nouvelles des Congrès

par le Dr Patricia Eeckeleers • Médecin généraliste • 5590 Leignon

NOUVELLES DES CONGRÈS

Semaine à l'étranger

Malte, du 23 au 30 avril 2005

Gestion du risque Cardio-vasculaire: simple comme ABC!

Le dépistage des facteurs de risque devrait idéalement être fait pour tout patient adulte de 30 à 75 ans quel que soit le motif de consultation. Ce dépistage peut se faire rapidement (1 minute) uniquement par l'anamnèse et l'examen clinique de base.

Ces 8 facteurs de risque clinique se retiennent par la liste alphabétique **ABCDEFGH**:

1. A (âge): patient de plus de 45 ans
2. B (briquet): plus d'1 cigarette/jour
3. C (cholestérol): élévation connue
4. D (Diabète de type 2): connu
5. E (événements): antécédent personnel d'accident ischémique (cérébral, coronaire ou artériel périphérique)
6. F (familial): antécédent familial ischémique précoce chez les parents ou la fratrie (homme < 55 ans; femme < 65 ans)
7. G (graisse): obésité (BMI > 30) et/ou tour de taille > 102 cm chez l'homme ou > 88 cm chez la femme
8. H (hypertension): systolique > 140 ou diastolique > 90 mmHg ou traitement hypotenseur

Cela permettra de classer immédiatement le patient dans l'un des **4 groupes à risque suivants**:

1. Risque d'embolie élevé: groupe E et D (ROUGE)
2. Risque d'embolie bas: aucun facteur de risque clinique (VERT)
3. Risque lié au tabac uniquement: groupe B (BRUN). Le sevrage est associé à un risque bas (VERT) après 2 ans
4. Risque à déterminer: 1 ou plusieurs facteurs de risque (A, C, F, G, H). Ce n'est que dans ce groupe qu'un profil lipidique associé à une glycémie est nécessaire, pour déterminer le risque CV grâce aux tables de risque selon SCORE ou Framingham: la table précise si le

patient est à risque élevé (ROUGE), moyen (ORANGE) ou bas (VERT).

Le niveau de risque [Couleur] est ainsi déterminé chez chaque patient. Il est demandé de proposer aux patients à risque élevé [ROUGE] et à ceux avec tabagisme isolé [BRUN] de reconsulter pour un entretien santé et une prise en charge concrète du risque CV^(a).

D'après l'atelier «L'hypercholestérolémie et la gestion du risque cardio-vasculaire» animé par le Pr B. Boland, Cl. Univ. St Luc, et le Dr. Y. Gueuning, MG, Bande.

Prévention cardio-vasculaire & EBM

Douze cibles thérapeutiques sont définies pour le patient à haut risque cardiovasculaire (ROUGE). Seules 6 d'entre elles ont un niveau de preuve élevé I (essais randomisés) à II (Etudes de cohorte).

1. O: absence de tabagisme
2. M: alimentation de type méditerranéen
3. E: exercices physiques: 3 x 30' / semaine
4. P: inhibition plaquettaire: acide acétylsalicylique
5. C: inhibition du cholestérol: une statine essentiellement pour son rôle de stabilisateur de plaque, même en cas de cholestérol normal.
6. A: inhibition de l'angiotensine: un IEC (ou sartan en cas d'intolérance) pour son rôle protecteur au niveau des artères, même en cas de pression artérielle normale

Ces 6 cibles principales du haut risque CV se retiennent sous forme d'une plaque minéralogique: **OMEPCA**

Par contre, les cibles thérapeutiques chiffrées (HbA1C < 7%, Cholestérol total = 190 mg%, LDL < 115 mg%, TA systolique = 130 mmHg, TA diastolique = 85 mmHg et BMI = 25 kg/m²) n'obtiennent qu'un

niveau EBM de preuve III (études cas contrôle) et IV (opinions d'experts).

D'après l'atelier «L'hypercholestérolémie et la gestion du risque cardio-vasculaire» animé par le Pr B. Boland, Cl. Univ. St Luc, et le Dr. Y. Gueuning, MG, Bande.

PSA & dépistage

Le PSA est spécifique de la prostate, et non d'une maladie particulière de la prostate! Or, le volume prostatique est augmenté chez tous les hommes dès 40 ans dont seulement 10-30% deviendront symptomatiques.

Un TR banal n'influence pas le taux de PSA. Une éjaculation, un massage prostatique ou du vélo, le font monter légèrement. Par contre, une prostatite et une biopsie prostatique majorent nettement son taux.

Comment améliorer la sensibilité et la spécificité du PSA? De prime abord en l'associant au toucher rectal. La valeur prédictive du PSA sera améliorée:

Soit en calculant **la densité de PSA** c'est-à-dire le PSA en fonction du volume de la prostate (nl: < 0.15 ng/ml/cc)

Soit en analysant la **vitesse de PSA** c'est-à-dire sa vitesse d'augmentation en fonction du temps: une courbe formée par les valeurs montant lentement indiquera une prostate normale. Si celle-ci est concave vers le haut, il s'agira sans doute d'un adénome ou d'une hypertrophie bénigne (HBP). Par contre, si la courbe s'accélère brutalement, il faudra suspecter une lésion maligne.

Soit en tenant compte des **valeurs en fonction de l'âge**: 0-2,5 ng/ml avant 50 ans, 0-6,5 ng/ml au-delà de 70 ans.

Soit en mesurant le PSA libre et calculant le **rapport PSA libre/PSA total**: le PSA libre est associé à une prostate normale ou en hypertrophie bénigne. Par contre, le PSA lié est prédominant en cas de cancer. Un rapport PSA libre/PSA total bas (< 10%) est suspect de néoplasie au contraire d'un rapport élevé (> 25%) qui orientera plutôt vers un adénome ou une HBP.

(a) Cet algorithme est consultable sur www.ssmg.be et disponible sur la plaquette reçue en même temps que ce numéro.

D'après l'atelier «Dépistage des pathologies prostatiques» animé par le Pr Van Cangh, UCL, et le Dr Th. Van Vlaenderen, MG, Tournai.

PSA & suivi oncologique

Le PSA est essentiel dans le suivi des pathologies néoplasiques de la prostate. Il devra être dosé, avec le PSA libre, tous les 3 mois la première année, tous les 4 mois, la deuxième année, tous les 6 mois la 3^e année et ensuite tous les ans.

Après prostatectomie radicale totale, le PSA tombe à 0 ng/ml après 6 sem. Une remontée rapide du PSA, même faible, signe une dissémination oncologique. Par contre, si celui-ci ne remonte qu'après 2-3 ans, la récurrence est sans doute locale. Dans ce cas une radiothérapie locale sera indiquée.

Après prostatectomie endoscopique avec préservation des pédicules vasculaires, une remontée lente du PSA signe une repousse prostatique liée au tissu laissé en place. Une remontée plus rapide sera sans doute associée à une récurrence locale ou à distance. Si le PSA reste < 1, une radiothérapie locale suffira.

Après radiothérapie et brachythérapie, le PSA dégringole et est < 1 après 6 mois. S'il est indétectable, le patient est considéré comme guéri. Après 2-3 ans, le PSA peut subitement remonter au-delà de 1 ng/ml. Cela correspond à un phénomène radiologique de nécrose secondaire radique qui dure quelques mois. Ensuite le PSA retombera.

D'après l'atelier "Dépistage des pathologies prostatiques" animé par le Pr Van Cangh, UCL, et le Dr Th. Van Vlaenderen, MG, Tournai.

Traitement de l'HBP

La phytothérapie (Prostaserène®, Prostaurgenin®, Compleal homme®) est efficace sur les prostates de petite taille.

Les α-bloquants (Omic®, Hytrin®, Xatral®) sont actifs au stade spastique caractérisé par des impériosités, de la nycturie, de la dysurie et pollakiurie et n'interfèrent pas avec le PSA.

Par contre, en cas de signes plus obstructifs (faiblesse du jet, gouttes retardatrices, sensations de miction incomplète), les **inhibiteurs de l'α-reductase** (Proscar®, Avodart®) semblent plus efficaces. Ils agissent en diminuant le volume de la prostate et peuvent diminuer le PSA. Par contre, ils peuvent dégrader la fonction sexuelle. Les études ont montré que si ils diminuaient la fréquence des cancer, ceux-ci étaient par contre plus invasifs.

D'après l'atelier "Dépistage des pathologies prostatiques" animé par le Pr Van Cangh, UCL, et le Dr Th. Van Vlaenderen, MG, Tournai.

Néoplasie prostatique : respecter la qualité de vie

Le temps de doublement d'un cancer de bas grade est de 7 ans. Ce qui signifie que

le fait de découvrir un cancer un peu plus tôt ou un peu plus tard peut ne rien changer au pronostic mais, par contre, peut dégrader rapidement la qualité de vie ! La simple surveillance peut donc être une stratégie thérapeutique valable en cas de petit cancer chez un patient âgé. Le traitement du cancer, ainsi que de l'adénome simple ou de l'HBP, devra toujours tenir compte du patient.

Autant que faire se peut, une prostatectomie avec préservation des pédicules neurovasculaires sera effectuée pour garantir la fonction sexuelle.

Il semble qu'en continu, l'hormonothérapie favorise la mutation du récepteur avec un risque d'augmentation de l'agressivité du cancer. De plus, l'hormonothérapie dégrade fortement la qualité de vie et la fonction sexuelle.

L'hormonothérapie pulsée est actuellement à l'étude. Elle débute par le traitement classique à base de radiothérapie et d'hormonothérapie. Dès l'obtention d'un PSA indétectable, on stoppe l'hormonothérapie qui sera, de façon intermittente, systématiquement recommencée dès remontée du PSA et arrêtée dès l'obtention d'un PSA indétectable. Ce schéma améliore nettement la qualité de vie du patient et éviterait la mutation du récepteur.

La recherche de métastases commencera toujours par une IRM médullaire car la moelle osseuse est l'endroit des premières métastases.

D'après l'atelier "Dépistage des pathologies prostatiques" animé par le Pr Van Cangh, UCL, et le Dr Th. Van Vlaenderen, MG, Tournai.

Le Comité Directeur de la SSMG s'est réuni ce samedi 18 juin. Nous y avons naturellement parlé de la volonté du Ministre Demotte de se servir de l'accréditation comme moyen de pression et de sanction si les médecins ne prescrivent pas assez de médicaments génériques.

La SSMG ne peut que s'insurger et désapprouver cette attitude qui risque de mettre en péril l'accréditation elle-même. L'accréditation est un système mis en place dans le but de l'amélioration de la qualité, organisé sur le mode volontaire, et grâce auquel les médecins ont fait la preuve qu'ils étaient capables de remettre leur pratique en question en envisageant non seulement l'aspect qualitatif mais aussi en évaluant les implications financières de celle-ci. Reconnaissons, en outre, que les incitants financiers qui y sont liés, même s'ils constituent un progrès indéniable, sont loin d'être mirobolants.

Il faut arrêter de dire que les médecins sont des irresponsables. L'augmentation réelle de la prescription des génériques ces dernières années, de même que la rupture de tendance en matière de prescription d'antibiotiques et d'anti-hypertenseurs, démontrent le contraire. Enfin, il faut cesser de nous mettre sous le nez des comparaisons boiteuses avec les pays voisins où les génériques des benzodiazépines et du paracétamol sont pris en compte dans le calcul alors que, chez nous, seuls les médicaments remboursés sont comptabilisés.

Même si la prescription de génériques n'augmente pas aussi vite que le veut le Ministre, il faut faire confiance aux médecins et se rappeler que certains éléments leur échappent : certaines substances ne possèdent pas de génériques ou les galéniques sont différentes. Il n'est pas toujours envisageable de modifier le traitement d'un patient bien équilibré avec un autre médicament. Enfin, il ne faut pas sous-estimer le nombre de cas où le patient refuse le générique.

Mais, aux yeux de la SSMG, ce qui est le plus important c'est la direction qui vient d'être prise : se servir d'un outil de développement de la qualité comme instrument de sanction. On voudrait définitivement détruire l'accréditation qu'on ne s'y prendrait pas autrement.

L'accréditation doit rester un incitant positif à l'amélioration de la qualité. Elle ne doit, en aucun cas, devenir le bâton derrière la porte.