

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

Place du MG en radiologie interventionnelle

La radiologie interventionnelle se pose de plus en plus comme alternative à la chirurgie, du moins dans certaines indications et/ou chez certains patients.

Elle comprend 3 domaines :

La pathologie vasculaire : angioplasties, fibrinolyse in situ, embolisation, prothèses aortiques

L'oncologie : embolisation de tumeurs, chimio-embolisation tumorale (essentiellement au niveau hépatique), traitement percutané par radio fréquence des tumeurs du foie, mise en place des port-à-cath (PAC), biopsie sous guidage radiologique ou échographique ainsi que le marquage tumoral (sein, rein, poumon)

L'antalgie : infiltrations (articulaires postérieures, canal d'Alcock, plexus cœliaque...), vertébroplasties (injection de ciment dans des vertèbres tumorales ou tassées sur ostéoporose)

La place du médecin traitant est ici capitale car il est responsable non seulement de la mise au point et du diagnostic mais aussi du choix thérapeutique, de l'information du patient et du suivi médical et médicamenteux. C'est particulièrement vrai dans les dilatations d'artères carotides et les vertébroplasties.

D'après l'exposé « La radiologie interventionnelle » du Dr P. Magotteaux, radiologue, Clinique St Joseph à Liège

Angioplastie et stenting artériels

Actuellement, l'angioplastie est devenue le premier choix thérapeutique dans les sténoses de l'artère rénale, iliaque, fémorale et sous-clavière. Le taux de récurrence, qui était plus élevé que dans la procédure chirurgicale classique, s'améliore grâce au

traitement médical concomitant à base d'AAS et clopidogrel. Un stent sera placé en cas de re-sténose au dégonflage du ballonnet d'angioplastie.

Elle implique un jour d'hospitalisation et une anesthésie locale. L'acide acétylsalicylique (AAS) et le clopidogrel (Plavix®) seront commencés 48h avant et poursuivis pendant 4 semaines. Ensuite, l'AAS sera continué seul à vie. Le gros facteur de risque de récurrence est le tabagisme qui multiplie le risque par 10.

D'après l'exposé « La radiologie interventionnelle » du Dr P. Magotteaux, radiologue, Clinique St Joseph à Liège

Vertébroplasties

La vertébroplastie consiste en injection de ciment dans une vertèbre ayant subi un tassement récent sur raréfaction osseuse. Elle donne une antalgie rapide et prévient l'hyper cyphose et le collapsus vertébral. Ses indications sont les douleurs liées aux fractures tassement sur ostéoporose, aux hémangiomes vertébraux et aux vertèbres métastatiques.

Elle sera envisagée dans les douleurs récentes, de maximum 3 mois et si le tassement est inférieur à 50 %. Elle implique une anesthésie générale avec hospitalisation de 48 heures et se réalise par abord postérieur transpédiculaire. L'antalgie est immédiate. Les accidents potentiels sont liés à la fuite de ciment avec risque d'embolie pulmonaire, de névralgie intercostale et de compression médullaire.

D'après l'exposé « La radiologie interventionnelle » du Dr P. Magotteaux, radiologue, Clinique St Joseph à Liège

RMN versus Scanner

Actuellement, le coût des examens par RMN devient comparable à ceux du scanner. L'irradiation étant nulle en RMN, les indications sont plus larges. La RMN sera utilisée de préférence au scanner dans les pathologies à contrôler fréquemment, par exemple dans le suivi de

certaines néoplasies. Ses indications préférentielles sont également : les récurrences d'hernies discales opérées, les lésions de la fosse postérieures, les lésions dégénératives cérébrales, les pathologies de l'articulation temporo-maxillaire, l'ostéonécrose aseptique de la hanche, les lésions hypophysaires et évidemment, toutes les contre-indications au produit de contraste iodé utilisé en scanner. Les produits de contraste utilisés en RMN ont des effets secondaires rarissimes. Par contre, les lésions osseuses sont toujours mieux mises en évidence au scanner. La RMN sera utilisée préférentiellement au scanner chez la femme enceinte et en pédiatrie. Elle reste contre indiquée en cas de pacemaker. Certaines valves cardiaques ou clips métalliques contre-indiquent également l'examen par résonance. Tout dépend du type de matériel. À cet effet, un contact préalable avec le service de radiologie permettra de préciser l'éventuelle contre-indication à la résonance. Le stent par contre n'est pas une contre-indication.

Un grand principe aussi à ne pas oublier : ne jamais hésiter à demander conseil au radiologue dans le choix de l'examen à privilégier.

D'après l'atelier « Prescription raisonnée en imagerie médicale » animé par le Dr P. Magotteaux, radiologue, Clinique St Joseph, Liège et le Dr M. Johnson, MG à Casteau

Grossesse et radiologie

Le risque d'irradiation fœtale est nul si la zone radiographiée n'est pas l'abdomen. Les risques sont de 2 ordres : malformation et induction de carcinogenèse chez le fœtus.

Du J0 au J12 de la grossesse, le risque est nul (loi du tout ou rien).

De la 2^e à la 9^e semaines, le risque de l'irradiation est le plus important : de la 3^e à la 5^e pour les malformations, jusqu'à la 15^e semaine pour le cerveau (induction éventuelle d'un retard mental).

De 9 semaines à 9 mois de grossesse, les organes sont formés, les risques sont donc mineurs.

Ces risques sont engendrés par des doses d'irradiation élevées, par exemple des scanners pelviens répétés (= 200 mgray/scanner pelvien). Le risque de carcinogénèse est dose dépendant, sans notion de seuil avec une sensibilité individuelle et non prévisible. Le risque spontané de néoplasie chez l'enfant âgé de moins de 15 ans est de 2 à 3/1000. Actuellement, il n'y a pas de preuve scientifique absolue que l'irradiation aux doses habituellement employées en diagnostic puisse augmenter le risque de développer un cancer chez l'enfant.

Il faut donc absolument s'informer d'un risque éventuel de grossesse en cas de prescription d'un scanner pelvien chez toute femme en âge de procréer. Si une imagerie est nécessaire, l'échographie et la RMN seront préférées. En cas d'irradiation fœtale, il est important de rassurer la patiente au cours d'un entretien entre celle-ci, le radiologue et le médecin traitant.

D'après l'atelier «Prescription raisonnée en imagerie médicale» animé par le Dr. P. Magotteaux, radiologue, Clinique St Joseph, Liège et le Dr M. Johnson, MG à Casteau

Allergie aux produits de contraste

L'allergie au produit de contraste n'est pas une allergie vraie à l'iode mais plutôt une réaction pseudo allergique à sa molécule porteuse. Il est donc impératif de noter dans le dossier médical de tout patient étiqueté «allergique à l'iode» le nom déposé du produit en cause. Actuellement, si les malaises sont fréquents après produit de contraste, les réactions sévères sont rares (1/130 000 injections) Ces réactions sont toujours imprévisibles: aucune précaution (type cortisone) n'est utile. Par contre, un bronchospasme induit par l'injection est possible chez un patient asthmatique

D'après l'atelier «Prescription raisonnée en imagerie médicale» animé par le Dr. P. Magotteaux, radiologue, Clinique St Joseph, Liège et le Dr M. Johnson, MG à Casteau

La jungle des éruptions virales

Dans la majorité des cas, les éruptions de l'enfant sont liées à une virose. Le diagnostic étiologique n'est pas simple et repose sur les signes généraux, les prodromes, l'évolution, le caractère épidé-

miq, l'examen clinique général et l'examen de la lésion élémentaire (aspect, type, localisation, etc.). L'anamnèse explorera aussi les médicaments donnés. Devant une éruption, fébrile ou non, soit le MG se trouve devant une éruption stéréotypée correspondant à une maladie virale «classique» (rougeole, mégalérythème, roséole, varicelle, ...) soit devant une éruption aspécifique, situation très fréquente. Dans 90% des cas, ces éruptions sont dues à des entérovirus, adénovirus, ou des virus du groupe herpès (CMV, EBV, ...). Le diagnostic différentiel se pose avec une éventuelle toxidermie médicamenteuse, une éruption d'origine bactérienne ou une maladie systémique. Ne pas oublier qu'un même virus peut être responsable de plusieurs tableaux cliniques (par exemple, le parvovirus B19) et inversement, un même tableau clinique peut être causé par différents virus! Outre l'anamnèse et l'examen clinique complet, la biologie, les frottis mycologiques et bactériens peuvent aiguiller le diagnostic différentiel. Cependant, ces résultats sont souvent tardifs. Par contre, la biopsie cutanée est rarement contributive. Il peut également être intéressant de photographier les lésions et de les comparer dans le temps.

D'après l'exposé «Les affections virales chez l'enfant» du Dr K. Despontin, dermatologue au CHU de Luxembourg et aux Cliniques Universitaires de Mont Godinne

L'atopie chez l'enfant

Le diagnostic d'atopie ne doit pas être posé «à la légère» vu ses implications. La dermatite atopique doit être clairement distinguée de la dermatite d'irritation banale. Il est important de créer un climat de confiance avec les parents, de leur donner des consignes claires et de lutter contre les «mythes» liés à l'atopie.

La prise en charge de l'atopie doit être globale.

Le but du traitement est de limiter les poussées pour obtenir les rémissions les plus longues et faire une épargne médicamenteuse au long cours.

La prise en charge comportera différentes étapes, aussi importantes les unes que les autres: le nettoyage et l'hydratation de la peau, l'éviction des irritants, la lutte contre l'inflammation et l'infection et la réduction du prurit.

Les principaux agents irritants, en particulier chez les nourrissons, sont l'excès de transpiration, la salive pour la région péri-orale, certains textiles comme la laine et également le chlore des piscines.

Des crèmes barrières sont disponibles en

pharmacie pour assurer une protection. Certaines crèmes émollientes à base d'acide salicylique, d'urée ou d'acide lactique sont parfois trop irritantes et mal supportées par les peaux atopiques.

Après la piscine (irritation du chlore), l'enfant doit systématiquement se doucher.

Les vêtements en laine et en synthétiques seront évités.

Une toilette quotidienne, visage compris, à l'aide d'un savon doux est indispensable. Les bains doivent cependant être courts et à température modérée (35°). Les douches sont préférables et l'emploi d'une huile de douche est très pratique.

D'après l'atelier «La dermatologie de l'enfant» animé par le Dr K. Despontin, Cliniques Universitaires de Mont Godinne et CHU de Luxembourg et par le Dr. C. Pire, MG, Neufchâteau

Tests allergiques chez l'enfant

Quand penser à une allergie?

En cas d'eczéma sévère ne répondant pas à un traitement bien suivi, en cas de cassure de la courbe de croissance, en cas d'anamnèse et de symptômes suggestifs associés. Les tests seront orientés en fonction des hypothèses cliniques et ne feront souvent que confirmer la suspicion clinique. Les RASTs, le dosage des IgE et les prick-tests (non douloureux) peuvent déjà être effectués chez le nouveau-né: il n'y a aucune justification scientifique pour les retarder. Les résultats évoluent et se modifient au fil des années. L'allergie au lait et aux œufs est transitoire au contraire de l'allergie aux arachides qui est définitive.

Une positivité précoce des tests aux pneumallergènes tels que les graminées et les acariens est souvent un facteur de mauvais pronostic et un bon indice de prédiction de risque d'asthme dans le futur. Le dosage des IgG est par contre non significatif et inutile dans le dépistage d'allergies.

Les principaux allergènes chez l'enfant de moins de trois ans sont le blanc d'œuf, l'arachide, le lait de vache, le blé et le soja. Il ne sert à rien de prolonger au delà d'un mois un régime d'éviction en l'absence d'amélioration, cela pour éviter toute carence inutile!

Les principaux allergènes chez l'enfant de moins de 3 ans sont: le blanc d'œuf, l'arachide, le lait de vache, le blé et le soja. Les signes cliniques sont souvent évocateurs et les tests ne feront que confirmer la suspicion clinique.

D'après l'atelier «La dermatologie de l'enfant» animé par le Dr K. Despontin, Cliniques universitaires de Mont Godinne et CHU de Luxembourg et le Dr C. Pire, MG, Neufchâteau