

Congrès internationaux

par les Drs Maurice Einhorn • Médecin journaliste • 1332 Genval • Elide Montesi • Médecin généraliste • 5060 Sambreville

4^{es} Journées Nationales de Médecine générale

Paris, 14 et 15 octobre 2005

Pour la quatrième année consécutive, le centre de congrès du Cap 15 en bord de Seine et au pied de la tour Eiffel accueillait les journées nationales (françaises) de médecine générale. Sous l'égide des Éditions Baillères et avec le concours des structures de généralistes experts en FMC, trente thèmes spécifiques de la médecine générale ont été abordés. Du dépistage à la prise en charge des maladies chroniques, en passant par l'application des recommandations de bonne pratique, l'évaluation des pratiques médicales ou les démarches cliniques et diagnostiques, sans oublier l'aspect psycho-social, on se rend compte combien le champ d'action du généraliste est varié et combien l'approche du patient par le généraliste s'inscrit dans une vision horizontale et spécifique.

Troubles d'apprentissage chez les enfants de 6 à 12 ans

Comment réagir en médecine générale face à des parents dépassés par un enfant qui apprend mal à l'école? Les troubles de l'apprentissage et du comportement peuvent être d'ordre neuro-psycho-sensoriel, socio-éducatif ou fonctionnel. Le **dialogue avec l'enfant** concernant ses difficultés permet d'apprécier sa capacité d'appropriation du temps et de l'espace, sa gestion de la sémantique, ses troubles d'élocution. On évalue ainsi le degré d'inadéquation entre les attentes parentales et les aptitudes de l'enfant. Si celui-ci n'arrive pas à suivre les attentes de son entourage, il peut réagir en régressant et déprimant ou à l'inverse par un comportement perturbateur pour attirer l'attention. L'hyperactivité d'un enfant peut traduire une **dépression**!

Faire dessiner l'enfant pendant la consultation est un excellent test de ses facultés de concentration, des troubles de la praxie fine, sans parler de l'intérêt du choix du dessin fait par l'enfant.

L'**anamnèse** doit être la plus complète possible. Elle reprendra les **antécédents familiaux** (importance de l'arbre généalogique), les **antécédents personnels** de l'enfant mais aussi son **vécu familial et personnel**. La **prématurité** est responsable de 30 à 50% de déficits psychomoteurs et intellectuels légers (parmi lesquels troubles praxiques et dysorthographiques). Un Apgar limite ou moyen à la naissance a souvent été surcoté. Les **problèmes psychologiques** (phobies, tics, énurésie secondaire, encoprésie) entraînent une désaffection de l'apprentissage. L'**examen clinique sera complet**. On observera l'enfant se déshabiller et s'habiller (gestion de l'espace et schéma corporel). Des signes de **phénotype anormal** seront recherchés (Klinefelter, neurofibromatose, Turner, Bourneville).

La position de la langue, une micromanibulie, un voile du palais ogival, des amygdales hypertrophiques doivent évoquer la possibilité d'un **syndrome des apnées du sommeil**. Le SAOS par la désaturation qu'il provoque est responsable de troubles qualitatifs du sommeil, en particulier de périodes de sommeil paradoxal («régénérateur») trop courtes. Des problèmes de comportement ou d'apprentissage peuvent s'ensuivre.

Il est capital d'évaluer les **capacités auditives et visuelles** de l'enfant. Une acuité visuelle normale ne signifie pas une captation correcte de l'image par le regard. La convergence, la vision du relief, des couleurs, la fixation interviennent dans l'apprentissage.

Les maladroresses, les tics peuvent être des manifestations de **myoclonies bénignes**. Les **absences typiques ou atypiques** génèrent une démotivation de l'enfant qui ne «suit» plus. Un EEG est utile.

Bilans logopédique et psychomoteur font évidemment partie de la prise en charge de même que les **tests neuropsychologiques** (évaluation du QI).

3 à 7% de la population générale souffre de troubles dits fonctionnels de l'apprentissage: **dyslexie ou dyspraxies** (troubles visuo-spatiaux). La surstimulation par l'entourage peut masquer ces problèmes pendant un certain temps. Mais l'enfant se retrouve un jour à ne plus pouvoir répondre aux exigences toujours plus grandes. La dyslexie correspond à un trouble de l'apprentissage du langage écrit en dehors de toute pathologie. On constate un retard de 2 ans au niveau des acquis par rapport à un enfant normal du même âge. Ce diagnostic ne saurait donc être posé avant l'âge de 8 ou 9 ans par rapport au début de l'apprentissage. L'enfant dyslexique est incapable de faire du sens avec un son. Il y aura donc une incompréhension des consignes écrites.

Un **enfant dit «précoce»** (surdoué ou à haut potentiel) est souvent en difficulté dans un environnement scolaire ordinaire. Ces enfants ont par ailleurs une maturation psychologique ordinaire, inférieure au niveau de leurs compétences cognitives. Ce décalage peut-être source de souffrance psychique et de comportement inadapté.

Le **TDAH** (déficit attentionnel-troubles d'hyperactivité) (1 à 2% de la population) est un diagnostic d'exclusion porté sur plusieurs éléments spécifiques: instabilité motrice en tout lieu et tout temps, déficit attentionnel, impulsivité, grande composante affective. Ces troubles doivent exister depuis au moins six mois. Ils sont observés depuis l'âge de 2 ans au moins et s'exacerbent au cours du temps. Si le diagnostic est bien posé, le traitement est efficace à 80%. Tout enfant perturbateur n'est pas synonyme de TDAH.

Le rôle du généraliste est capital tant pour le dépistage que pour l'orientation vers le spécialiste ou le centre multidisciplinaire adapté et pour l'accompagnement familial. On évite ainsi la mise hors champ scolaire et social de l'enfant.

D'après l'exposé du Dr Alain BROCA, pédiatre, centre de référence régional de Picardie des troubles de l'apprentissage, CHU Amiens

La consultation des femmes de 50 ans

La patientèle d'un généraliste compte environ 200 femmes ménopausées, tandis que la moitié de la population féminine de nos pays sera ménopausée dans vingt ans.

Les femmes qui arrivent à la cinquantaine ont désormais encore une espérance de vie tout à fait conséquente et ont des exigences en termes de qualité de vie que n'avaient pas leurs mères et certainement pas leurs grands-mères.

Il est important pour le médecin, lorsqu'il aborde les problèmes de la ménopause, qu'il soit conscient des représentations de sa patiente sur ce plan et qu'il en tienne compte. Pour la femme se pose un problème de vieillissement, de troubles du caractère, de symptômes climatiques, de perte de la fertilité (parfois au contraire vécue comme un soulagement), de problèmes sexuels, d'arrêt des règles (également parfois éprouvé comme un avantage) et d'ostéoporose. La ménopause, problème médical, est finalement bien autre chose que cela également, au carrefour de la médecine et des sciences humaines. La question est d'autant plus complexe en réalité qu'aux représentations des femmes répondent en quelque sorte les représentations des médecins. En analysant ce phénomène de près, on s'est rendu compte que les médecins sont beaucoup plus pessimistes que les intéressées sur une série de points concernant la ménopause (baisse du pouvoir de séduction, problème de l'arrêt des règles, atteinte à la féminité, début de la vieillesse, problèmes sexuels, etc.). Les médecins pensent aussi qu'il est difficile pour les femmes de trouver l'information plus détaillée qu'elles souhaiteraient obtenir au sujet de la ménopause, alors que la grande majorité des intéressées savent où se procurer cette information.

Le praticien doit également prendre en compte les connaissances actualisées en matière de risques liés à la ménopause et les recommandations actualisées sur les traitements hormonaux de substitution (THS).

Les risques dont il est question ici sont en réalité de trois ordres essentiellement : cardiovasculaire, carcinologique (sein, colon, utérus) et fracturaire.

Du point de vue thérapeutique, l'approche sera de trois ordres : traitements non hormonaux (pour atténuer les symptômes), prise en charge de l'ostéoporose et THS.

Pour l'ostéoporose on recommande classiquement 1 g de calcium par jour + 800 U de vitamine D hydroxylée par jour, sans oublier l'activité physique.

Les nouvelles recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) recommandent pour la femme de 50 ans sans fractures une densitométrie osseuse dans les cas où il existe des facteurs de risque d'ostéoporose ou de fracture. Si le score est > -1 , on donnera Ca + vitamine D et on préconisera l'exercice physique, en dessous de cette valeur diverses possibilités seront envisagées (Raloxifène, biphosphonate, THS).

À qui donnera-t-on en quelque sorte sans trop d'états d'âme un THS en 2005 ? s'interrogent les animateurs de cet atelier. A une femme qui le demande, après avoir obtenu son consentement éclairé, en cas de troubles climatiques, en l'absence d'un risque supérieur à la normale de cancer du sein et avec un risque cardiovasculaire faible.

D'après l'atelier du Dr Jean-Baptiste SAUTRON PU-MG, UFR de Lille, de Pierre FAINSILBER, généraliste enseignant et de Daniel LEONARD, PU-MG, UFR de Lille.

Coiffe des rotateurs chirurgicale

La pathologie de la coiffe des rotateurs est l'atteinte de l'épaule la plus fréquemment rencontrée à partir de 45 ans. 80 % des douleurs de l'épaule sont dues à une pathologie tendineuse de la coiffe.

L'anamnèse est importante. La douleur insomniante de l'épaule est typique d'une pathologie de la coiffe. Certains gestes entraînent une douleur vive : prendre un ticket de parking ou de péage, laver les vitres, repasser. Certaines professions sont plus à risque : coiffeurs, peintres, laveur de carreaux, de même que certains sports : tennis, golf, haltérophilie, escalade. Le déshabillage est important à observer car il signe le type de tendon atteint.

L'examen de la mobilisation passive en position couchée permet d'éliminer une capsulite rétractile qui contre-indique d'emblée le recours à la chirurgie. La palpation est aspécifique.^(a)

L'examen paraclinique de choix pour la détection des petites ruptures des tendons de la coiffe est l'arthroscanner précédé

éventuellement d'un IRM. L'échographie est opérateur dépendant, la radiographie de l'épaule est inutile. En cas de notion de traumatisme, l'arthroscanner s'impose d'emblée, car la rupture traumatique de la coiffe est une bonne indication chirurgicale avec un excellent pronostic. Aucun parallélisme n'existe entre la clinique et les lésions existantes.

Le diagnostic de rupture non traumatique de la coiffe doit être posé endéans les trois mois si on veut que le pronostic chirurgical soit bon.

Les calcifications tendineuses n'ont pas nécessairement de traduction clinique. Par ailleurs, ces calcifications évoluent spontanément vers la disparition (par « explosion » inflammatoire). Il ne faut donc pas nécessairement faire opérer les tendinites calcifiantes.

Les facteurs pronostiques défavorables à la chirurgie de la coiffe sont : la capsulite rétractile (rupture associée à raideur : on n'opère pas), l'atrophie graisseuse des muscles (absence de récupération du tonus), la rupture massive, la rétraction importante et les ruptures traumatiques sur accident du travail (sinistrose), les patients de plus de 60 ans. Les petites ruptures isolées partielles, de moins de 1 cm, sans rétraction ni atrophie et chez les sujets de moins de 60 ans en bonne santé sont d'excellentes indications chirurgicales.

Les résultats sont excellents sur la douleur nocturne (95 %), la mobilité (85 % en l'absence de capsulite). La douleur à l'effort est améliorée dans 70 % des cas. En revanche, le tonus de l'épaule ne récupérera qu'à 50 %. L'épaule restera faible et on doit envisager un reclassement professionnel. Le patient est immobilisé pendant 10 jours avant d'entreprendre six semaines de rééducation passive en balnéothérapie. Les tendinites de la coiffe ne doivent pas être immobilisées : le repos suffit avec la suppression des mouvements « en l'air » ainsi qu'une rééducation en balnéothérapie. La mobilisation intensive est inutile et contre indiquée.

D'après l'exposé du Dr Vincent TRAVERS, chirurgien orthopédique, Lyon

(a) L'examen clinique détaillé de l'épaule fera l'objet d'un article dans un prochain numéro de cette revue.