

Congrès internationaux

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

4^{es} Journées nationales de la Médecine Générale

Paris, 14 et 15 octobre 2005

La Coxarthrose au cabinet du généraliste

Les problèmes d'arthrose font indéniablement partie du quotidien du généraliste. On estime en effet que 20 % des consultations chez le MG sont motivées par des pathologies de ce type. En France, c'est, chaque année, un total de 12 millions de consultations de médecine générale et d'un million de consultations en rhumatologie qui sont motivés par des troubles arthrosiques, avec à la clé des coûts de l'ordre d'un milliard d'euros.

Et l'augmentation de l'espérance de vie à laquelle nous assistons ne va faire qu'amplifier ce phénomène. Un texte de l'OMS ne précise-t-il pas que « l'arthrose, c'est le défi de ce millénaire ». La première décennie de celui-ci a d'ailleurs été qualifiée de celle des os et des articulations.

La coxarthrose, en particulier, est la première pathologie de la hanche et une cause particulièrement fréquente d'invalidité. Parmi les facteurs déterminant sa fréquence on notera que l'âge n'a pas le même impact direct que pour la gonarthrose, par exemple. Le rôle des facteurs génétiques, par contre, semble bien réel, puisque la coxarthrose est sensiblement moins fréquente chez les noirs, par exemple. Elle est également influencée par des facteurs climatiques et géographiques (avec un gradient sud/nord tout à fait classique). L'excès pondéral favorise sa survenue, mais de façon plus nette chez les femmes. L'extrême rareté de l'affection chez les patients ostéoporotiques est bien connue. Un certain nombre de sports, caractérisés par des impacts verticaux marqués (handball, tennis, basket, volley) provoquant des microfractures sous-chondrales, augmentent le risque de coxarthrose. Celui-ci est, enfin, également accru par la particularité anatomique qu'est la saillie latérale de la tête fémorale de même que par une démarche se caractérisant par une rotation marquée du bassin.

La coxarthrose touche un peu plus souvent les femmes que les hommes.

Comme dans toute localisation d'arthrose, la coxarthrose s'aggrave au fil des années. Schématiquement, après 10 ans d'évolution, 40 % des sujets relèvent d'une indication

chirurgicale si elle n'a pas été faite avant. Cette aggravation peut notamment être suivie à travers la réalisation de plus en plus malaisée de certains gestes de la vie quotidienne, comme lacer ses souliers, sortir d'une voiture surtout lorsque celle-ci a des sièges bas, etc. On peut de la sorte se constituer sa propre grille d'évaluation.

L'examen clinique, qui se fera en décubitus, montrera surtout une limitation de l'abduction interne et externe de la jambe, probablement aussi de la rotation interne et, plus tard, de la flexion.

Le traitement de choix de la douleur sera le paracétamol, seul ou en combinaison avec un AINS. Il est important à cet égard d'insister sur une prise adéquate du médicament, c'est-à-dire de façon systématique pendant un certain nombre de jours (dans la majorité des cas moins de 4 semaines) lors d'une poussée douloureuse et non pas à la demande, ainsi qu'à une dose suffisante (4g par jour de préférence).

On n'oubliera pas non plus les approches non médicamenteuses : conseils diététiques pour le contrôle du poids, conseils pour économiser l'articulation, marche en décharge (avec une ou deux cannes, kiné ou autorééducation et développement d'une activité physique adéquate).

On se référera, de plus, aux dix recommandations émises par l'EULAR (European League against Rheumatism) disponibles sur le site de la SSMG

D'après l'atelier du Dr Albert HERCK, professeur de médecine générale à Bichat et Laurence LUCAS-COUTURIER, généraliste et enseignante

Patient informé, médecin plus tranquille

Le devoir d'information fait partie de la responsabilité du médecin.

L'évolution vers le consumérisme a transformé la relation médecin patient en un service rendu par un professionnel à un non-professionnel. Les dérivés de cette évolution font du patient un consommateur de soins médicaux et transforment le dossier médical

en élément de défense pour le médecin.

Si en Belgique, jusqu'à présent du moins, la charge de la preuve concernant l'information ne nous incombe pas encore comme cela est le cas en France, il n'en reste pas moins que le devoir d'information fait partie des obligations de moyens. Cette information doit être claire, appropriée et adaptée à la compréhension du patient. Une bonne habitude à prendre est de mentionner au dossier que l'information a été fournie au patient concernant les risques encourus par un traitement ou un examen médical de même que les risques de ne pas le suivre. Un dossier tenu correctement (quelque soit le support) est un élément important en matière de responsabilité médicale.

Un patient informé en vaut deux, un médecin averti aussi.

D'après l'exposé de Maître François ROCHERON-OURY et Soledad RICOIARD, avocats à la cour

Diabète 2 : quelques rappels de prise en charge

La chose la plus importante à faire avec un patient diabétique c'est d'établir un bilan détaillé une fois par an.

Un élément particulièrement important de cet examen approfondi annuel concerne le **piéd**. On recherchera des traces éventuelles de neuropathie (sensation ou non avec le monofilament) et d'artériopathie, ainsi que des déformations.

Les résultats permettront de déterminer le grade d'un piéd diabétique éventuel :

- 0 examen normal
- 1 Neuropathie sans déformation ni artérite
- 2 Neuropathie + artérite et/ou déformation
- 3 antécédent d'amputation ou d'ulcération ayant duré plus de trois mois

La prise en charge varie évidemment selon le stade diagnostiqué :

- au stade 1, examen des pieds et des chaussures à chaque consultation. Éducation du patient
- au stade 2, idem + soins de podologie tous les deux mois + si nécessaire, orthèses et chaussures adaptées

- au stade 3, idem + éducation par une équipe spécialisée

On aura toujours à l'esprit le fait qu'un patient qui en est au stade 3 est un sujet à très haut risque.

Un deuxième examen important est la recherche d'une **microalbuminurie**, à faire sur les premières urines du matin. Le résultat doit être inférieur à 20 µg/l.

S'il y a microalbuminurie, on donnera une molécule néphroprotectrice, c'est-à-dire un inhibiteur de l'enzyme de conversion ou un sartan. Le risque cardiovasculaire étant élevé dans ce cas, on ajoutera de l'acide acétylsalicylique, à la dose de 75 à 160 mg par jour. On peut discuter au cas par cas de cette mesure, en fonction d'un risque hémorragique éventuel. Certains préconisent de ne prescrire l'AAS que s'il y a réellement un haut risque.

Il est également recommandé de donner une statine.

Chez les patients présentant réellement une protéinurie il est capital de **baissier la pression artérielle**, en se fixant comme objectif de ne pas dépasser 125/75 mmHg.

On n'insistera jamais assez, à côté de ce traitement pharmacologique, sur l'utilité de l'**exercice physique quotidien** (éventuellement tous les deux jours, le bénéfice de l'exercice physique sur la glycémie durant moins de 48 heures).

La modification du régime alimentaire s'impose évidemment le plus souvent, mais un tiers à peine des patients suivent les instructions du médecin sur ce point. D'où l'intérêt des groupes d'entraide, qui se réunissent 4 à 5 fois par an.

D'après l'atelier du Dr Ghislaine HENRY, généraliste, enseignante et du Dr Michel VARROUD-VIAL, diabétologue

Coups d'œil sur la peau

Quatre situations mettent le généraliste en contact avec un problème de peau. Le patient vient avec une lésion qui l'inquiète. Le médecin repère une lésion lors d'un examen clinique pour autre chose. Le patient ne s'inquiète pas d'une lésion qu'il connaît mais le médecin suspecte une pathologie. Le médecin examine la peau du patient à la recherche de lésions cutanées spécifiques d'une pathologie.

La **rosacée** (improprement nommée acné rosacée) est une lésion érythémato-papuleuse du visage associée à des poussées pustuleuses et à des télangiectasies (couperose). Le sillon nasogénien est respecté. Par rapport à l'acné, le diagnostic différentiel se fera par l'absence de comédons dans la rosacée. Le contexte clinique général fera la différence entre rosacée et lupus érythémateux. Le traitement sera local d'abord par des crèmes au metronidazole, suivi en cas d'échec par une cure antibiotique de trois mois par des cyclines (doxycycline). Les macrolides peuvent être donnés en cures courtes d'une quinzaine de jours. Le roaccutane ne sera utilisé qu'en dernier recours et est de toute façon peu efficace sur la rosacée. Le maquillage est déconseillé sur une peau du visage érythémateuse. Le soleil, l'alcool et les épices sont à éviter. On n'appliquera pas de traitement laser sur une rosacée.

Le **vitiligo**, dépigmentation cutanée, survient à tout âge et dans certains contextes particuliers. Il s'agit d'une pathologie auto-immune associée parfois à d'autres pathologies auto-immunes qu'il convient de rechercher: diabète, thyroïdite. La repigmentation est parfois possible surtout s'il persiste des poils pigmentés dans la zone atteinte. La repigmenta-

tion démarre en effet au départ des cellules pigmentaires d'un follicule pileux. L'exposition solaire est à éviter mais peut être envisagée avec un traitement photosensibilisant avant midi ou après 17h. En tant que pathologie auto-immune inflammatoire, les dermocorticoïdes à petites doses sur des petites zones isolées peuvent avoir parfois un effet bénéfique. La Puvathérapie peut être tentée sur les vitiligos étendus. Notons aussi le rôle du stress dans cette pathologie. Au passage, on peut constater que dans bon nombre d'affections dermatologiques chroniques, l'interface est grande avec la psychologie...

La **mélanose de Dubreuil** est une lésion pigmentée polychromique extensive sur les joues des personnes âgées, d'évolution lente. Il s'agit en fait d'un mélanome in situ, ne touchant que les cellules de la membrane basale sans la franchir. Mais cette tumeur peut devenir extensive et justifie donc son exérèse dès lors que le diagnostic est posé, car il s'agit d'un mélanome qui guérit.

Face à un **syndrome de naevi atypiques** (plus de 50 naevi disséminés sur la peau), il faut appliquer la règle du vilain petit canard c'est-à-dire l'exérèse du naevus différent des autres. Pratiquer l'exérèse de la totalité des naevi ne sert de rien puisque un mélanome dans deux cas sur trois survient de novo.

Les **ongles striés** sont un motif fréquent de consultation en médecine générale. Les stries sont le signe d'une inflammation de la matrice unguéale. Les causes sont les micro-traumatismes (refoulement des cuticules), le psoriasis (ongle ponctué), les candidoses (associées à un périonyxis lorsque les mains sont souvent dans l'eau). Les ongles striés ne sont jamais provoqués par une carence en calcium ou vitamines. En revanche, des ongles cassants et friables traduisent une carence martiale ou une hypothyroïdie.

D'après l'exposé de Jean Pierre AUBERT médecin généraliste et le Dr Delphine KEROB, dermatologue, hôpital Saint Louis à Paris