

Revue des Revues

par la Rédaction de la Revue de la Médecine générale

Risques psychiques du cannabis

Les troubles psychiatriques liés à l'usage de cannabis sont fréquents. Certains sont liés au cannabis, d'autres sont induits par le cannabis.

Parmi les premiers, l'anxiété, l'irritabilité, l'agitation et les troubles du sommeil sont des symptômes de sevrage. La dépendance au cannabis concerne 5 à 10% des expérimentateurs et 15 à 20% des adolescents, plus susceptibles.

Parmi les troubles induits par le cannabis, citons les troubles anxieux (attaque de panique et syndromes de dépersonnalisation), les troubles psychotiques (bouffées délirantes aiguës, sentiments de persécution, flashs-back et états confusionnels) et le syndrome amotivationnel (asthénie, humeur dépressive et difficultés de concentration et de mémoire).

De plus, le cannabis est un facteur d'aggravation de toutes les affections psychiques évolutives (schizophrénie, dépression, anxiété et boulimie en premier lieu). Il favorise aussi les passages à l'acte des sujets vulnérables, engendrant violence, abus sexuels et tentatives de suicide. (TVdS)

Laqueille X. Troubles psychiatriques liés au cannabis. *Rev Prat médecine générale* 2006; 726/727: 349-50.

Risques médicaux du cannabis

L'usage de cannabis, occasionnel ou chronique, peut induire des troubles somatiques et des complications. En dehors de l'intoxication aiguë, peuvent apparaître des manifestations cardio-vasculaires (tachycardie, hypotension orthostatique avec ou sans syncope), des troubles respiratoires (hyperréactivité bronchique, bronchite,

laryngite chronique), une augmentation de l'appétit avec prise de poids, de la sécheresse buccale, des vomissements et des diarrhées, une rétention urinaire, des éruptions cutanées et des irritations conjonctivales. Le cannabis fumé régulièrement, même en petite quantité, est responsable de cancers bronchiques et ORL. (TVdS)

Mallaret M. Consommation de cannabis: les effets somatiques. *Rev Prat médecine générale* 2006; 728/729: 417-8.

Vols long-courriers: quelle prévention ?

Les voyages aériens de plus de 8 heures sont associés à une augmentation du nombre de maladies thromboemboliques veineuses. Le risque absolu est faible et estimé à 0,5% pour les maladies veineuses symptomatiques et à 1 pour 4,77 millions pour les embolies pulmonaires sévères. Il n'existe aucun élément de preuve pour estimer la classe «économique» plus dangereuse que la classe «affaires».

Actuellement, il persiste encore de nombreuses incertitudes quant aux recommandations à formuler. En effet, aucune étude bien menée n'existe et donc aucune stratégie de prévention validée ne peut être diffusée. L'OMS a lancé un vaste programme qui devrait nous éclairer dans le futur.

Néanmoins, le port de bas de contention et la mobilisation durant les vols de plus de 8 heures sont des recommandations de bon sens.

Il ne faut pas recommander la prise d'aspirine. L'injection à dose préventive d'héparine de bas poids moléculaire ne doit pas être préconisée sauf, peut-être, chez les patients avec antécédents documentés de TVP et/ou embolie pulmonaire et qui ne reçoivent plus d'anticoagulants. (TVdS).

Oger E, Le Gal G. Voyages aériens: existe-t-il un risque de maladie thromboembolique? *Rev Prat médecine générale* 2006; 724/725: 306-8.

FA et ablation par radiofréquence

Selon les guidelines actuels des plus importantes sociétés de cardiologie américaines (American Heart Association, American College of Cardiology) et européenne (European Society of Cardiology), l'isolation électrique des veines pulmonaires par radiofréquences via cathétérisme auriculaire est recommandée chez tout sujet porteur de fibrillation auriculaire (FA) paroxystique qui ne répond pas à un traitement par anti-arythmique en monothérapie.

La technique d'ablation par radiofréquence vient d'être testée chez des porteurs de FA chronique permanente, cette fois, dont les mécanismes en cause sont plus complexes que dans le cas de la forme paroxystique.

L'étude, randomisée, a porté sur un total de 146 sujets âgés de moins de 70 ans (57 ans en moyenne), porteurs de FA chronique depuis 4 ans en moyenne (max 9 ans), et ne présentant ni dysfonction majeure du VG (fraction d'éjection > 30%), ni dilatation majeure de l'OG (diamètre < 55 mm). Le groupe contrôle a bénéficié d'un traitement par amiodarone durant 3 mois ensuite.

Parmi les 77 patients qui ont bénéficié de la technique d'ablation, 32% ont dû subir une réintervention pour récurrence (26%) ou pour flutter atypique consécutif (6%). Au terme des 12 mois de suivi, 74% de ces patients avaient conservé un rythme sinusal contre 58% dans le groupe contrôle, sans aucun traitement anti-arythmique. Les auteurs mentionnent également que tant le diamètre de l'OG que le score symptomatique étaient significativement améliorés chez les patients dont le rythme était resté sinusal tout au long de l'étude. (JV)

Oral A et al. Circumferential pulmonary-vein ablation for chronic atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2006; 354: 934-41.

AVERTISSEMENT: La «Revue des Revues» vous propose des comptes-rendus d'articles parus dans la littérature internationale. Le comité de lecture (CL) de la «Revue de la Médecine Générale» estime, pour différentes raisons, que ces articles sont susceptibles d'intéresser les médecins généralistes. Ceci ne veut pas dire que le CL est nécessairement d'accord avec le contenu des articles présentés. Que chaque lecteur se fasse sa propre opinion en fonction de ses connaissances et de son expérience, après éventuellement avoir pris connaissance de l'article.

Sérologie & maladie de Lyme

En cas de suspicion de maladie de Lyme, faut-il réaliser une prise de sang à la recherche d'une séroconversion? La séroconversion n'a lieu que trois à cinq semaines après l'infection pour les IgM et six à huit semaines pour les IgG. Une prise de sang précoce pourrait donc exclure trop vite une maladie de Lyme. De plus, la situation clinique la plus fréquemment rencontrée est l'érythème migrant, qui apparaît en moyenne 7 à 10 jours après la piqûre de tique. Une sérologie effectuée à ce moment-là est négative une fois sur deux.

La sensibilité atteint 80% pour le stade II. La sérologie positive est requise pour confirmer le diagnostic de maladie de Lyme au stade III. Pour le stade I, le diagnostic est clinique.

Les indications de la sérologie sont donc les suivantes:

- suspicion de lymphome débutant,
 - parésie faciale périphérique,
 - méningite lymphocytaire aiguë ou chronique,
 - méningo-radculite,
 - mono-arthrite aiguë ou chronique.
- Par contre, une sérologie n'est pas indiquée:
- lorsqu'il s'agit d'un érythème migrant (seuls 50% des patients sont positifs à ce stade),
 - d'une fatigue chronique,
 - de plaintes non spécifiques,
 - de plaintes neurologiques non spécifiques sans symptômes évoquant une borréliose.

La sérologie se prête mal au suivi de l'évolution de la maladie ou de son traitement. En effet, les titres d'anticorps évoluent mal avec le temps et les IgM peuvent rester positifs pendant des années! La seule indication de refaire une sérologie est la suspicion d'une réinfection.

En outre, méfions-nous des sérologies faussement positives. Cela peut se rencontrer dans les infections et maladies immunologiques où a lieu une stimulation polyclonale et non spécifique du système immunitaire, telles que la syphilis, l'endocardite, la mononucléose, l'infection à CMV ou à VIH, les rickettsioses, l'arthrite rhumatoïde juvénile, la sclérodermie et certaines tumeurs. (PE)

Evison J., Aebi C. and coll. Borréliose de Lyme: épidémiologie et diagnostic *Revue Médicale Suisse* 2006; 60: 919-24

Manifestations les plus courantes de la maladie de Lyme

Les manifestations cliniques de la borréliose de Lyme (BL) sont bien connues. Malgré cela, le diagnostic et le traitement de la maladie posent souvent des problèmes car aucun symptôme n'est pathognomonique.

La manifestation la plus courante est celle rencontrée au stade précoce: l'érythème migrant. Au site de la piqûre de tique, celui-ci se développe après trois à trente-deux jours (en moyenne sept jours) sous forme

d'une papule érythémateuse ou une macule. Celle-ci s'étend lentement en une lésion annulaire avec un centre pâle. La lésion est indolore, elle peut toutefois être accompagnée de brûlures et de prurit. Son apparition chronologique, ainsi que l'évolution de la lésion cutanée permettent le diagnostic différentiel avec une réaction banale à la piqûre de tique. Sans traitement antibiotique, l'érythème migrant régresse spontanément en quelques semaines à quelques mois. Sous antibiotiques, la régression de la lésion se fait en quelques jours. Le traitement consiste en doxycycline 2 x 100 mg pendant 10 jours ou amoxicilline 500 mg 3 x/jour pendant 14 à 21 jours. La cefuroxime-axétyl 500 mg 2 x/jour pendant 14 à 21 jours, l'azithromycine 500 mg pendant 7 à 10 jours ou la clarythromycine 2 x 500 mg/jour pendant 14 à 21 jours⁽¹⁾ ne seront utilisées qu'en second choix (allergie ou contre indications).

Une neuro-borréliose (stade II) se manifeste par une parésie des nerfs crâniens (une paralysie faciale uni et surtout bilatérale est suggestive), une méningite aseptique peu expressive (céphalées modérées et fluctuantes) mais qui touche surtout les enfants ou une radiculite suivie de syndrome déficitaire (des déficits moteurs asymétriques sont caractéristiques) avec guérison spontanée en 5 à 6 mois. Dans ces cas, l'antibiothérapie sera intraveineuse. (PE)

Evison J., Aebi C. and coll. Borréliose de Lyme: clinique et traitement *Revue Médicale Suisse* 2006; 60: 925-34

(1) NDLR: Les recommandations belges publiées dans le Folia Pharmacotherapeutica de mai 2004 sont identiques. (La maladie de Lyme: mise à jour Folia Pharmacotherapeutica vol. 31, 5: 40-2)