

Entretiens de la SSMG

par les Drs Elide Montesi et Jacques Vanderstraeten • Médecins généralistes • 5060 Sambreville et 1200 Bruxelles

ENTRETIENS DE LA SSMG

Louvain-la-neuve 30/09 – 01/10/2006

Le sommeil du juste

D'après une enquête de 1998, 48 % des Belges se plaignent de leur sommeil. 10 à 15 % de la population souffre d'insomnie chronique avec des conséquences sur la qualité de la vie et sur la santé.

Les besoins en sommeil ne sont pas identiques pour tout le monde : il y a de gros et de petits dormeurs. Et par ailleurs, le sommeil décalé (spontané ou pour des raisons de travail) n'est pas de l'insomnie. Une diminution de la vigilance en début d'après-midi est normale, de même qu'il est normal de s'éveiller la nuit. Chez le bon dormeur et les sujets jeunes ces éveils parfois de 3 minutes ne laissent pas de soulever grâce à des mécanismes protecteurs. **L'insomnie psycho-physiologique** est un trouble complexe multifactoriel fréquent, sans causes évidentes médicales ou psychiatriques. Elle se traduit par des difficultés d'endormissement ou des réveils nocturnes avec des problèmes du fonctionnement diurne. Dans l'histoire naturelle de l'insomnie, on observe des facteurs prédisposants (nous ne sommes pas tous égaux devant le sommeil), des facteurs précipitants (événements de la vie, stress physique comme une maladie grave et douloureuse) et des facteurs perpétuants. La prise en charge de l'insomnie chronique nécessite de s'intéresser à ces derniers.

Peut-on prescrire un hypnotique ? Toute insomnie chronique démarre par une insomnie aiguë. La prescription d'un hypnotique pour une période courte peut être utile pour empêcher la chronicisation d'une insomnie passagère en évitant le conditionnement négatif (peur de ne pas dormir) entretenant l'insomnie. En cas d'insomnie aiguë sans anxiété, le premier choix se porte sur zolpidem (courte demi-vie) ou zopiclone (longue demi-vie). Les benzodiazépines peuvent être utiles seules ou en association pour des périodes limitées. On doit déjà parler de leur arrêt au moment de la prescription. Les antidépresseurs sont indiqués en présence d'une dépression ou de troubles anxieux.

En revanche, les hypnotiques sont déconseillés à long terme pour les insomnies chroniques car générateurs de dépendance, d'accoutumance, de troubles de la vigilance et de troubles cognitifs.

Les facteurs conditionnant l'insomnie sont : la dilution du sommeil dans la journée, les horaires de sommeil irréguliers, les levers tardifs, les activités au lit incompatibles avec le sommeil (lire, manger, regarder la TV ou surfer sur Internet), et les ruminations sur les conséquences du manque de sommeil. Il va de soi que l'on ne changera pas les habitudes de sommeil, même mauvaises, d'un patient qui ne se plaint pas de celui-ci !

Les activités au cours d'une journée influencent la qualité de la nuit. Réduire ses activités la journée entretient les problèmes de sommeil. Le maintien d'une activité physique et mentale (intellectuelle, échanges sociaux, ...) est donc indispensable. Éviter par ailleurs la sieste si on a des problèmes de sommeil, pour ne pas diluer le sommeil en journée !

Il vaut mieux ne pas rester au lit si on ne sait pas y dormir : mieux vaut se lever, avoir l'une ou l'autre activité peu stimulante (pas Internet) et se recoucher aux premiers signes de fatigue. Cela évite les ruminations et la tension physique liées à l'énervement de ne pas dormir. **Un principe de base : le lit ne doit servir qu'à dormir et à l'activité sexuelle !**

La consommation d'alcool au coucher est délétère pour le sommeil, de même qu'une activité physique intensive avant d'aller dormir. Le sport et l'exercice physique sont d'excellents moyens d'améliorer le sommeil pour autant qu'ils soient pratiqués en début de journée.

Prendre en charge l'insomnie nécessite de reconnaître la plainte du patient. Pour ce faire, la tenue d'un **agenda du sommeil** par le patient pendant un mois permet d'avoir une vue d'ensemble du sommeil, et aidera patient et médecin à mieux se rendre compte de certains comportements. Cette grille du sommeil est disponible sur le site de la SSMG (www.ssmg.be) ainsi que différents questionnaires d'évaluation du sommeil, de

l'hygiène de vie, des habitudes de sommeil, échelle d'Epworth de la somnolence, etc. (EM)

D'après l'atelier des Dr DUMONT F, psychiatre et cliqué du sommeil du CHU de Charleroi (site Van Gogh) et BAIVIER F, médecin généraliste, Charleroi

Pathologies du sommeil

Un premier point est l'importance de l'hétéroanamnèse pour le diagnostic de ces pathologies du sommeil dont le traitement est évidemment prioritaire.

Quand demander une polysomnographie ?

Les indications sont les apnées, les mouvements périodiques nocturnes, la narcolepsie et les épilepsies (certaines formes se révèlent mieux pendant le sommeil). Les critères de diagnostic de SAOS sont (en Belgique) 20 de ces événements par heure. La qualité d'un examen du sommeil dépend de la personne qui installe le patient et de la compétence du lecteur. Cet examen comporte un EEG, un EMG et une electrooculographie.

Le syndrome des apnées du sommeil (SAOS) touche 1 à 3 % de la population belge dont 8 % d'hommes et 3 % de femmes. Il affecte 30 % des personnes au-delà de 65 ans, 30 % des hypertendus et 30 % des insuffisants cardiaques. Le SAOS se caractérise par des apnées, des hypopnées et des micro-éveils (instabilité du sommeil). Le SAOS est d'autant plus important à diagnostiquer que le risque d'infarctus est augmenté par 4 en présence de ce syndrome. L'anamnèse doit rechercher des ronflements nocturnes (entourage !), des apnées, des mouvements brusques, des nycturies (énurésie) transpiration nocturne et sialorrhée. Mais il existe des manifestations diurnes. La somnolence et les endormissements impromptus seront évalués par l'échelle d'Epworth. L'échelle d'Epworth apprécie la somnolence diurne dans 8 situations

(assis en train de lire; regardant la télévision; assis dans un endroit relativement bruyant; dans une voiture qui roule pendant une heure (comme passager); Désirant se reposer dans de bonnes circonstances l'après-midi (allongé); assis et s'adressant à quelqu'un; assis après avoir pris un repas sans alcool; assis dans une voiture immobile depuis quelques minutes dans un embouteillage). Chaque item est coté de 0 à 3, le test est positif pour un résultat supérieur à 8, des tests complémentaires s'imposent pour un résultat supérieur à 10. On interrogera le patient sur des céphalées au réveil, des troubles de l'humeur, des troubles cognitifs et des problèmes de libido ou d'impuissance (25% de SAOS). La présence de ronflements associés à un des symptômes évoqués plus haut et/ou des troubles respiratoires chroniques et/ou une insuffisance cardiaque est une indication de référer à un laboratoire du sommeil (toujours faire une polysomnographie avant une indication de pace-maker). Outre les mesures hygiéniques et positionnelles, le traitement de référence reste la CIPAP.

Les **mouvements périodiques** se définissent comme des mouvements variables des membres inférieurs (voire même supérieurs) d'une durée de 1,5 à 2,5 secondes toutes les 30 secondes. Ils sont souvent associés au syndrome des jambes sans repos. Une biologie (carence en fer, diabète, insuffisance rénale) et une électromyographie (neuropathie) seront réalisés dans un but de recherche étiologique en plus d'un envoi en laboratoire de sommeil. Certaines médications, comme les SSRI et les neuroleptiques, favorisent ce trouble. Le traitement actuel, outre un supplément en fer utile même en l'absence de carence, fait appel au ropinirol (Requip®), 0,25 mg jusque 4 mg ou au clonazepam (Rivotril®) qui reste le premier choix.

La **narcolepsie** est rare et sous diagnostiquée (20 à 40/100 000 habitants). Elle se caractérise par de la somnolence et des endormissements incoercibles, de la cataplexie, des paralysies du sommeil, des hallucinations hypnagogiques, et un sommeil agité et découpé avec parasomnies. On retrouve 32% d'obèses chez les personnes souffrant de narcolepsie. Le traitement de la somnolence diurne fait appel au modiodal (Provigil®). On respectera leur besoin de sieste. Le sommeil sera stabilisé par des hypnotiques de dernière génération. La cataplexie associée sera soignée par la clomipramine (Anafranil®). (EM)

D'après l'atelier des Dr DUMONT F, psychiatre et clinique du sommeil du CHU de Charleroi (site Van Gogh) et BAIVIER F, médecin généraliste, Charleroi

Obésité ? Bougez, pour éliminer !

«Mais docteur, je ne mange rien!» On n'est pas gros parce qu'on mange trop. Comparativement, nous mangeons moins en Occident que les générations précédentes. Mais par contre la sédentarité va croissant depuis la généralisation de l'utilisation des énergies fossiles pour se déplacer et les «dépendances scopiques» que constituent TV ou ordinateurs. Le temps passé en position assise a considérablement augmenté entraînant entre autre l'atrophie des muscles antigravitationnels comme les muscles fessiers. L'obésité n'est que la réaction physiologique normale à un environnement anormal.

Car l'être humain que nous sommes est toujours génétiquement programmé comme nos ancêtres chasseurs cueilleurs, pour courir vite, souvent et longtemps. Les apports caloriques chez l'homme comme chez tous les mammifères à sang chaud sont destinés à la thermogenèse des myocytes des muscles squelettiques au niveau des mitochondries. La quantité calorique que nous devons absorber est proportionnelle à la masse musculaire. Toute diminution de la masse musculaire (sarcopénie) et/ou du nombre de mitochondries entraîne une diminution des capacités de dépense énergétique et les apports caloriques devraient être réduits d'autant pour maintenir le même poids.

Dans un contexte de sédentarité et d'apports caloriques inadaptés, on assiste à un dysfonctionnement mitochondrial et à une réduction du nombre de mitochondries. Les apports graisseux inadéquats par rapport aux besoins en cas d'activité physique insuffisante provoquent une perturbation du métabolisme lipidique responsable de la diminution de captation musculaire du glucose même si le signal insulinaire reste approprié. L'insulinorésistance n'est donc pas liée à l'augmentation du tissu graisseux viscéral mais elle est provoquée par les dysfonctionnements mitochondriaux au sein des fibres musculaires engendrés par des cycles métaboliques perturbés.

L'**exercice physique** est donc impératif chez un obèse ou diabétique de type 2 obèse pour réduire la résistance à l'insuline. On conseillera les exercices physiques modérés et prolongés pour favoriser la lipolyse et des exercices de résistance pour développer la myogenèse. Tout cela dans un contexte d'augmentation de l'activité physique générale et de la capacité d'endurance cardio-respiratoire associées à la réduction des apports caloriques et l'amélioration de la composition qualitative des aliments. Bref, bougez pour éliminer. (EM)

D'après l'exposé du Pr HERMANS M, endocrinologie et nutrition UCL-St Luc Bruxelles

Quand passer à l'insuline ?

L'objectif du traitement du diabète de type II est le maintien de l'hémoglobine glycosylée (HbA1C) sous la barre des 7% (pour une norme labo < 6%), afin de prévenir efficacement les complications.

De par son histoire naturelle, tout diabète échappera à terme au traitement par metformine et/ou sulfamidé hypoglycémiant. Rappelons que les **sulfamidés hypoglycémiant** ne constituent qu'une deuxième intention chez les sujets dont le BMI est supérieur à 25, et que seule la gliquidone (Glurenorm®) peut être utilisée sous la barre des 40 ml/min de clearance de la créatinine. Le **répaglinide** (Novonorm®), quant à lui, ne semble pas avoir apporté grand chose de nouveau dans l'arsenal thérapeutique de base. Il est à noter que l'auto-contrôle glycémique devient une obligation légale aussitôt qu'un diabétique reçoit un sulfamidé ou le Novonorm®. Il est d'ailleurs préférable que cette habitude soit prise dès avant le passage à l'insuline, afin de rendre moins lourd ce dernier.

La **metformine**, quant à elle, est contre-indiquée chez les personnes âgées et les insuffisants rénaux (clearance de créatinine < 40 ml/min). Seule une **glitazone** peut encore retarder le passage à l'insuline de quelques années supplémentaires, pour autant qu'elle soit introduite suffisamment tôt, et pour un coût à la société nettement moindre que celui de l'insuline. Mais les critères belges de remboursement n'en permettent la prescription qu'au delà de 7,5% d'HbA1C et en 2^e intention seulement, chez le sujet en surpoids notable (BMI > 27,5).

Ces glitazones constituent avec la metformine les seuls choix thérapeutiques per os logiques, au contraire des médicaments stimulant la sécrétion pancréatique d'insuline (sulfamidés et répaglinide). Elles peuvent être prescrites jusqu'à 20 ml/min de clearance de créatinine créat. Elles n'exposent à aucun risque d'hypoglycémie, leur effet étant de promouvoir la création de nouveaux adipocytes à partir des cellules souches sous-cutanées. Aucun auto-contrôle glycémique n'est donc requis. Quatre patients sur cinq seront répondeurs après une latence de 2 à 3 mois, durant lesquels il est préférable de maintenir les sulfamidés pris au préalable, le cas échéant (en échantillon, si possible, puisqu'ils ne sont alors plus remboursés) afin d'éviter des hausses glycémiques indésirables.

Une prise de poids est classique avec les glitazones (souvent ± 2 kg en 6 mois). La

contre-indication majeure est l'existence d'une décompensation cardiaque.

Aussitôt que l'HbA1C dépasse les 7% à plusieurs reprises malgré un traitement oral maximalisé, une **insuline basale type NPH** ou Insulatard® s'impose, en administration unique le soir afin d'enrayer l'élévation nocturne de la glycémie (due à la néoglucogénèse hépatique) et de ramener la moyenne glycémique à un niveau inférieur (c'est d'elle que dépend la probabilité d'apparition des complications). La dose initiale est de 2 U, à augmenter de 2 U tous les 3 jours, sous titration par glucométrie à domicile, jusqu'à ce que la glycémie à jeun atteigne 130 mg/dl (valeur souvent atteinte avec 50-60 U). La reproductibilité de l'effet de ce type d'insuline rend en effet compte de variations de glycémie de ± 50 mg/dl autour de cette valeur, sous laquelle il ne faut donc pas descendre. Un seul contrôle matinal par semaine suffira ensuite.

Si ensuite l'HbA1C remonte au-delà des 7,5% (à doser 1 x/2 mois), seule la **Lantus®** permet un gain en administration unique (repartir à la dose atteinte avec la NPH et amener les auto-contrôles à 100 mg/dl, étant donné la précision à ± 20 mg/dl). Cette insuline n'est d'ailleurs remboursée que dans ce cas de figure en Belgique.

Si enfin l'HbA1C remonte au-delà de 7%, cela signifie alors que de fortes élévations glycémiques post-prandiales signent la fin du schéma basal simple. Il faut alors passer la main au service de diabétologie pour mise au point d'un **schéma basal-prandial** en injections multiples. (JV)

D'après l'atelier du Pr Michel HERMANS, service de diabétologie, Cliniques universitaires Saint-Luc.

Néphroprotection

Face à une insuffisance rénale chronique, l'attitude consiste à en ralentir la progression, celle-ci étant toujours inexorable quelle qu'en soit la cause: néphrite interstitielle, néphrosclérose, néphropathie diabétique, polykystose, glomérulonéphrite chronique.

À côté du nécessaire bilan étiologique, il faut faire l'état des lieux par la **mesure de la clearance de la créatinine** (Cl créat) celle-ci étant au mieux évaluée par la moyenne entre la formule MDRD donnée par le labo (qui tient compte de la race et de la surface corporelle) et celle de Cockcroft (qui tient compte du poids). Les **mesures néphroprotectrices de base** sont les suivantes:

- Hydratation ni insuffisante, ni excessive, le rein insuffisant n'étant plus capable de faire face aux extrêmes.

- Maintien d'une TA la plus basse tolérée.
- Apports alimentaires contrôlés en matière de protéines (≤ 1 g/kg.j), de potassium (≤ 1 mEq/kg.j) et de sodium (≤ 2 mEq/kg.j).

• Médicaments néphroprotecteurs: IEC, sartans, spironolactones, statines.

Le **suivi** comporte les points suivants:

- Dosage de la créatinine sérique, celle-ci constituant un facteur prédictif de l'évolution à long terme, l'inverse de sa valeur évoluant dans le temps selon une droite descendante.
- Dosage urinaire de 24 heures des protéines, de la créatinine et d'éléments permettant le contrôle du régime (Na⁺, K⁺, urée). Une valeur d'urée de 25 à 35 g/24h témoigne tant de l'absence d'un abus de protéines alimentaires que, à l'inverse, d'une carence, celle-ci étant tout autant à éviter. En effet, l'objectif est aussi de ne pas amener vers la dialyse de patients dénutris et déprimés.

- Traque aux marqueurs de gravité: HTA, albuminurie, augmentation de la créatinine, co-morbidité.

Enfin, envoi au néphrologue en présence de complications, dont l'anémie, et de fluctuations importantes de la créatinine ou d'autres difficultés. (JV)

D'après l'atelier des Dr Albert QUOIDBACH, service de néphrologie. (Clinique Saint-Joseph à Gilly) et Benoit CALCUS, médecin généraliste.

Hyperkaliémie

Les **patients à risque**, susceptibles de développer une hyperkaliémie, sont les suivants:

- Les insuffisants rénaux (mêmes modérés)
- Les diabétiques (à risque d'acidose)
- Les patients sous IEC, sartans ou spironolactones
- Les patients recevant des médicaments néphrotoxiques (AINS, metformine, triméthoprim, cyclosporine, lithium, certaines chimiothérapies, etc.).

Les **facteurs déclenchants** de l'hyperkaliémie sont de deux types:

- Bilan excédentaire avec en priorité les excès alimentaires (fruits, légumes, pommes de terre, chocolat, sels de remplacement). Un repas plantureux peut apporter 150 mEq de K⁺, alors qu'un rein déficient ne peut souvent en éliminer que 60 mEq/jour. Viennent ensuite les rares administrations IM de pénicilline (sels potassiques) et enfin, les facteurs freinateurs de l'excrétion rénale qui ne sont autres que ceux qui caractérisent les patients à risque cités, et la déplétion sodée et l'acidose métabolique.

- Potassium shift interne dû à une lyse cellulaire (infarctus), une acidose métabolique (diabète, metformine), une carence insulinaire ou la prise de b-bloquants.

L'interprétation de l'hyperkaliémie doit tenir compte de la possibilité des faux positifs (hémolyse, tube de prélèvement ayant tardé à être centrifugé pour l'analyse). Hormis l'indispensable dosage de la créatinine et de la glycémie, des bicarbonates effondrés signent une acidose métabolique, ce qui majore le risque cardiaque de l'hyperkaliémie. Enfin, une anémie brutale par hémorragie digestive peut donner lieu à une résorption intestinale massive de K⁺.

La mise au point au chevet du patient consiste à identifier d'abord le ou les facteurs déclenchants, à obtenir les éventuels compléments de dosages sanguins manquants auprès du labo, et surtout à **pratiquer un ECG d'emblée**, en particulier en cas d'hyperkaliémie aiguë ou récente dépassant les 6,5 à 7 mEq/l:

- Une onde T pointue à pente ascendante plus forte que la pente descendante est le 1^{er} signe ECG de l'hyperkaliémie. Il n'est en soi pas alarmant.
- Un allongement de l'espace QRS (> 0.09 Sec) (suivi du P et du QT) est par contre alarmant et doit impérativement entraîner la décision d'hospitalisation d'office.
- Une disparition de l'onde P, puis les arythmies et l'arrêt cardiaque sont enfin les stades ultimes.

La **prise en charge immédiate** varie selon le résultat de l'ECG. La découverte d'un espace QRS allongé impose l'envoi immédiat en hôpital, précédé, si possible, d'une injection IV lente au domicile, d'une ampoule de gluconate de calcium (protection cardiaque), voire d'une ampoule de glucose hypertonique accompagné de 10 U d'Actrapid® (promotion du shift intracellulaire du K⁺).

En dehors de l'urgence, les **mesures à moyen terme** seront les suivantes:

- Correction de l'acidose si présente (eau de Vichy, citrates: citron...)
- Diurétiques de l'anse IV ou per os, sachant qu'1 mg de Burinex® équivaut à 40 mg de Lasix®.
- Kayexalate de calcium pour diminuer l'absorption digestive de K⁺, préférable à son équivalent sodique (goût, moindre risque de rétention hydro-sodée, relative carence calcique classique en cas d'insuffisance rénale).
- Régime pauvre en K⁺ (voir ci-dessus: apports alimentaires), avec un maximum de 60 mEq/jour environ (ce qui équivaut en tout et pour tout à 6 bananes sur 24h). (JV)

D'après l'atelier des Dr Albert QUOIDBACH, service de néphrologie. (Clinique Saint-Joseph à Gilly) et Benoit CALCUS, médecin généraliste.