

Congrès internationaux

par le Dr Elide Montesi • Médecin généraliste • 5060 Sambreville

5^{es} journées nationales de médecine générale

Paris, 13 et 14 octobre 2006

Le médecin généraliste face aux adolescent(e)s

Le statut d'adolescent est particulier car l'adolescent n'est pas encore adulte et plus vraiment enfant. Il s'agit aussi de ne pas médicaliser à outrance car, si l'adolescence est une période à risque pour la santé mentale comme le démontrent les chiffres des enquêtes épidémiologiques, 85% des adolescents n'ont pas de problèmes majeurs. 75% des adolescents consultent un MG au moins une fois par an mais ils sont moins de 14% à consulter leur médecin de famille. Nous, généralistes, sommes donc un interlocuteur de premier plan mais il est très probable que nous rencontrions souvent des adolescents que nous ne connaissons pas. L'adolescence est la période au cours de laquelle le risque suicidaire est le plus élevé.

Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les adolescents. En cas de tentative de suicide, le risque de récurrence est de 40 à 60% dans l'année. 60% des adolescents décédés par suicide en ont parlé dans l'année écoulée. Et il faut savoir qu'une tentative de suicide sur deux ne fait pas l'objet d'une hospitalisation...

À partir de l'âge de 17 ans, on considère que plus d'un adolescent sur deux consomme simultanément plusieurs produits psychoactifs (tabac, cannabis, drogues, alcool, anxiolytiques). La consommation précoce de tabac est souvent corrélée à l'usage d'autres toxiques. Il faut ajouter à cela les conduites à risque telles que rapports sexuels non protégés ou conduite de voiture ou moto sous l'influence de drogues diverses ou encore conduite de moto sans casque.

Mais il faut par ailleurs à tout prix dépister les situations à risque en évitant les introspections sauvages susceptibles de bloquer tout dialogue ultérieur. Il s'agit aussi de ne pas avoir peur de nos propres tabous : parler du suicide à l'adolescent(e) ne risque pas de générer d'idées suicidaires chez l'ado qui n'en a pas, pas plus qu'aborder le problème de la drogue ne poussera un adolescent à se droguer. En parler montre par contre que nous sommes

ouverts à ce qu'il nous en parle et que nous nous intéressons à lui.

Dépister les troubles anxieux, les conduites addictives et la dépression devrait se faire de manière systématique lorsque l'occasion nous est donnée de rencontrer un adolescent pour n'importe quel motif. Les plaintes somatiques répétées avec examen clinique normal, l'absentéisme scolaire sont des clignotants auxquels nous devons être attentifs. Et enfin, il est important de rappeler que les adolescents ont droit à la confidentialité.

D'après l'atelier des Dr Baqué-Gensac et T. Sedoghat (médecins généralistes, Unafarmec et SDFRMG)

TSTS-CAFARD et ADOSPA

Face à un adolescent, le MG peut éprouver une certaine difficulté à ouvrir le dialogue. Comment dépasser le motif premier de la consultation pour repérer la souffrance psychologique que l'adolescent a du mal à exprimer en raison de la timidité face à un professionnel ou de la pudeur pour dire ses sentiments ?

Des outils simples ont été créés à l'usage des généralistes pour le dépistage individuel des situations problématiques en consultation.

Ces tests ont été élaborés sur base d'éléments fournis par l'analyse statistique de la littérature. Ils ont été ensuite validés par la première ligne (3800 adolescents et 38 généralistes) avec un feedback sur l'utilisation.

Le **TSTS-CAFARD** est composé de quatre questions à choix fermé complétées par cinq items de gravité.

Traumatologie : as-tu eu un accident ou une blessure même légère au cours de l'année ?
Sommeil : éprouves-tu des difficultés pour dormir ?

Tabac : as-tu^(a) déjà fumé ?

Stress scolaire ou familial : ressens-tu du stress pour ton travail scolaire ou dans ta vie familiale ?

Ces quatre questions peuvent être intégrées dans n'importe quelle circonstance quel

que soit le motif de consultation. Elles ne sont pas intrusives et laissent l'adolescent et le médecin suffisamment à l'aise. Il s'agit d'une ouverture à l'adolescent qui voit que l'on s'intéresse à lui et sait qu'il peut nous parler, avec l'avantage que ces questions anodines ont été validées quant à leur efficacité. Toute réponse positive à l'une de ces quatre questions nécessite de passer au deuxième temps du test qui permet d'évaluer la gravité des problèmes évoqués dans la première partie.

Cauchemars : fais-tu des cauchemars ?

Agressions : as-tu été victime d'agression (de toute nature)

Fumeurs : fumes-tu 5 cigarettes par jour tous les jours ? **Ressenti Désagréable :** dirais-tu que ta vie familiale est désagréable ?

La spécificité et la sensibilité du test sont élevées. L'évaluation de ce test a permis de constater que 50% des filles et 30% des garçons avec 2 réponses positives à TSTS ou CAFARD ou 1 réponse positive à TSTS et une réponse positive à CAFARD avaient des idées suicidaires ou avaient déjà fait une tentative de suicide. Un jeune sur deux avait déjà eu une tentative de suicide et trois sur quatre des idées suicidaires parmi ceux qui avaient répondu oui à trois des questions des deux tests.

La question portant sur le tabac est importante car **le tabac est souvent associé à l'usage d'autres substances psychoactives**. Signalons que la validation du test a montré que le risque n'existait qu'à partir de cinq cigarettes par jour.

Le test ADOSPA permet d'évaluer la gravité de consommation de toxiques (ADolescents et Substances Psycho-Actives). Ce test sera fait si la réponse est positive pour le F du Test CAFARD. Le test ADOSPA a été évalué en Grande Bretagne et aux USA ainsi qu'en France. Les questions simples et à choix fermé sont à poser dès lors que l'on suspecte une conduite addictive (consommation reconnue de plus de 5 cigarettes par jour entre autres).

A(uto, moto) : es-tu déjà monté dans un véhicule avec quelqu'un ivre ou défoncé ?

D : utilises-tu l'alcool ou autres drogues pour te Détendre ?

O : t'est-il déjà arrivé d'Oublier ce que tu as fait sous l'emprise d'alcool ou de drogue ?

S : consommes-tu de l'alcool ou de la drogue Seul ?

(a) Les questions seront posées avec le tutoiement ou le vouvoiement en fonction des habitudes du médecin et de la volonté de marquer le rapprochement ou le respect. Le test reste valide quelle que soit la forme utilisée.

P : as-tu déjà eu des problèmes suite à ta consommation d'alcool ou de drogues ?
A : tes amis ou ta famille t'ont-ils déjà dit que tu devrais réduire ta consommation. Les conclusions de ce test : 0 ou 1 réponse positive, le risque est faible, 2 réponses > 0 : risque intermédiaire, 3 ou plus : risque élevé qui nécessite une prise en charge orientée spécifique.
 Tant TSTS-CAFARD qu'ADOSPA sont des tests simples, faciles à faire lors d'une consultation quelqu'en soit le motif et évitant de médicaliser tous les problèmes des adolescents.

D'après l'atelier des Dr Baqué-Gensac et T. Sedoghat (médecins généralistes, Unaformec et SDFRMG)

Thyroïde en 1^{re} ligne

Voici quelques messages fondés sur la physiopathologie pour baser notre démarche diagnostique en pathologie thyroïdienne. La concentration sérique de T4 libre évolue de façon logarithmique par rapport à celle de TSH : une faible variation de T4 libre entraîne une forte variation de TSH. En conséquence, seul le dosage de TSH est à réaliser en première intention en cas de suspicion d'anomalie de la fonction thyroïdienne car sa variation est plus sensible et plus importante que celle de la T4 libre. En cas de dysthyroïdie progressive, la première modification porte sur la TSH. La normalité des dosages de TSH exclut une dysthyroïdie. Le dosage de la TSH en cas de surpoids ne se justifie pas sauf si tous les signes d'hypothyroïdie sont présents. La prise de poids ne se fait qu'en dernière phase de l'hypothyroïdie. La demi-vie de la TSH est courte (6 heures) mais sa durée d'action est longue (6 semaines). Il est donc inutile de doser la TSH de manière rapprochée (moins de 6 semaines) en cas de traitement car elle réagit de façon lente aux variations de la T4 libre. L'iode minéral d'origine alimentaire est capté par le thyrocyte pour être transformé en T4 sous l'action de la peroxydase. Cette transformation est bloquée en cas d'hypothyroïdie autoimmunitaire par les anticorps anti peroxydases (anti TPO). Les anti TPO seront donc dosés en cas d'hypothyroïdie pour asseoir l'origine auto immunitaire (et uniquement dans ce cas) mais leur dosage n'a pas d'utilité pour suivre l'évolution de la maladie. De même les anticorps anti TSH interviennent dans le blocage de l'effet rétro-actif de l'hypophyse sur la sécrétion de T4. Leur dosage ne se justifie donc qu'en cas d'hyperthyroïdie pour le diagnostic d'hyperthyroïdie autoimmune de Basedow. Il faut doser la T4 libre et non la T4, cette dernière étant liée à la thyroglobuline (TBG), elle est soumise aux variations de la molécule porteuse dont la sécrétion dépend des circonstances (grossesses, contraception

hormonale orale, cirrhose). La T4 libre est la forme active précurseur de la T3 libre dont le dosage ne se justifie pas en première intention. En effet, c'est la T4 libre qui est le reflet des capacités productrices de la thyroïde et le dosage de T3 libre est moins aisé et moins fiable. Ce dosage ne sera demandé que face à une TSH basse avec une T4 libre encore normale.^(b)

La thyroïde est victime de deux types d'atteintes qui peuvent coexister : l'atteinte fonctionnelle en trop (hyperthyroïdie) ou en trop peu (hypothyroïdie) et les atteintes de structure (nodules, kyste, goitre multinodulaire ou homogène). La démarche est essentiellement clinique mais la palpation thyroïdienne pour aussi simple qu'elle paraisse n'est pas si facile à réaliser.

En l'absence de symptômes évocateurs de dysthyroïdie avec une palpation thyroïdienne normale, l'abstention sera de mise. Devant toute anomalie palpatoire, l'examen à faire en priorité est l'**échographie** à laquelle on ajoutera un dosage de TSH lorsqu'à l'anomalie structurelle s'ajoutent des signes de dysthyroïdie.

Tout nodule supracentimétrique isolé ou au sein d'un goitre multinodulaire doit bénéficier d'une ponction à visée anatomopathologique, de même que le ou les kystes détectés à l'échographie.

Le goitre homogène avec un dosage normal de TSH ne nécessite qu'une surveillance clinique mais l'échographie peut se justifier en cas de gros goitre afin d'exclure un ou des petits nodules non palpables.

Nodule, goitre multinodulaire ou goitre homogène avec une TSH élevée nécessitent le dosage de T4 libre et des antiTPO en plus de la ponction.

La **scintigraphie** n'est indiquée qu'en cas d'anomalie échographique associée à une TSH basse pour le diagnostic d'un nodule chaud hypersécrétoire.

Le **scanner** ne sera demandé qu'en présence d'un goitre plongeant avec signes de compression de voisinage.

D'après l'atelier des Dr de Beco A. et Cornet P, généralistes, SFTG, enseignants UFR Pierre et Marie Curie.

Promenade cutanée

Des poils axillaires englués dans une substance blanche visqueuse et nauséabonde dans un contexte de peau saine et en l'absence de prurit doivent évoquer une **trichobactériose à corynebactéries**. Cette pathologie liée à une transpiration excessive et une hygiène déficiente nécessite un traitement antiseptique local (savon antiseptique) et des imidazolés à large spectre en poudre ou spray pendant 15 jours à 3 semaines. Le rasage, utile à des fins psychologiques, ne soigne pas le problème qui

(b) N.D.L.R. : bien que non évoqué au cours de cet atelier, la rédaction signale que le dosage de T3l est utile aussi pour le diagnostic des hyperthyroïdies sous amiodarone.

récidive avec la repousse en l'absence de traitement. Il n'y a pas de traitement préventif hormis une hygiène correcte.

En présence d'un **prurit et de lésions de grattage de la nuque**, pensons à rechercher une pédiculose dont il constitue un signe spécifique. Le traitement de choix reste le malathion le soir à renouveler après 8 jours avec traitement des personnes de l'entourage qui se grattent. Pour les enfants de moins de 2 ans, on utilisera la perméthrine. On évitera les sprays chez les asthmatiques. L'éviction scolaire est inutile, de même qu'il est inutile de traiter toute la classe mais seuls les enfants qui se grattent doivent l'être.

Un **prurit persistant** après traitement d'une pédiculose ou d'une gale doit évoquer soit un traitement insuffisant, soit une origine iatrogène par irritation, soit une eczématisation ou encore un prurit psychogène. Le prurit est en effet un cercle vicieux qu'il faut rompre par l'utilisation de produits émollients voire même des dermocorticoïdes de classe 1 pour éviter les complications liées au grattage (surinfection).

En cas d'**érythème migrant** sur piqûre de tique, la sérologie ne présente aucun intérêt car d'une part la lésion est assez typique et l'anamnèse évocatrice et d'autre part, la sérologie n'est pas assez sensible et ne se positive que tardivement.

D'après l'atelier des Dr JP Aubert, médecin généraliste, enseignant UFR Denis-Diderot et Dr D Kerob, dermatologue, hôpital Saint Louis à Paris

Sérologie syphilitique

Comment interpréter le dosage de TPHA et de VDRL chez un patient ancien syphilitique chez qui on soupçonne une recontamination ?

Le TPHA (tréponema pallidum hemagglutination essay), spécifique d'une infection à tréponème restera toujours positif. Le VDRL (Venereal disease research laboratory) est peu spécifique mais sa sensibilité en fait l'outil de choix pour le suivi du traitement et le marqueur idéal de recontamination.

Pour le cas d'un patient ancien syphilitique : TPHA > 0 (> 1/160) et VDRL > 0 (> 1/8) : cicatrice sérologique mais en cas de rapport suspect, le VDRL sera contrôlé à 15 jours et toute augmentation traduit une recontamination.

Une syphilis précoce (date connue du dernier rapport suspect) sera traitée par une dose de benzathine-penicilline (2,4 millions d'unités en une dose). Le VDRL sera dosé après trois mois. En l'absence de données concernant la date de la contamination, le traitement comportera trois injections à une semaine d'intervalle avec contrôle du VDRL à trois mois.

Le partenaire sera bien évidemment traité si possible. Le patient est contagieux tant qu'il n'est pas traité.

D'après l'atelier des Dr JP Aubert, médecin généraliste, enseignant UFR Denis-Diderot et Dr D Kerob, dermatologue, hôpital Saint Louis à Paris