

Revue des Revues

par la rédaction de la Revue de la médecine générale

Douleur abdominale aiguë : quand hospitaliser ?

La décision d'hospitaliser en urgence un syndrome douloureux abdominal aigu (SDAA) repose sur une anamnèse et un examen clinique rigoureux. Le diagnostic étiologique n'est pas indispensable à ce stade, et n'est pas facile à poser sans quelques examens paracliniques.

Les antécédents médico-chirurgicaux, la thérapeutique en cours ou récemment stoppée, une notion de traumatisme, un anévrisme abdominal connu sont autant d'éléments à prendre en compte.

La caractérisation de la douleur et des symptômes d'accompagnement est essentielle. Les douleurs agoniques (aigües rapidement intolérables) signent une ischémie mésentérique, une rupture d'anévrisme, certaines hémorragies ou certaines péritonites chimiques. Les douleurs progressives signent plutôt une infection, une inflammation, un sepsis ou la distension d'organes pleins. Les douleurs de type coliques sont plutôt typiques d'occlusion d'organes creux.

Une hémorragie digestive, à l'exception de celle où l'origine hémorroïdaire est prouvée à l'examen visuel, impose l'hospitalisation. Les paramètres vitaux les plus sensibles sont la température, la fréquence respiratoire et cardiaque. La chute tensionnelle et du débit urinaire sont des signes tardifs. Le péritonisme n'est pas toujours simple à confirmer. Trois signes péritonéaux simples et opérateur-indépendant sont décrits : la douleur provoquée par l'inspiration, l'expiration et la toux. Si les trois signes sont présents, l'hospitalisation est urgente.

L'auscultation abdominale recherchera 2 signes de gravité : l'absence de péristaltisme et la présence de bruits métalliques de lutte. Par contre, le toucher rectal n'est plus considéré comme un examen discriminant en urgence. (PE)

Schreyer N., Yersin B. L'orientation du patient souffrant d'un syndrome douloureux abdominal aigu à domicile *Revue Médicale Suisse* 2006; 75: 1844-8

Écrire améliore le médecin

Des chercheurs de la Yale University ont montré que les membres du personnel médical qui ont suivi un cours d'écriture créative ont une perception de leurs patients plus globale et plus humaine. Quinze médecins ont suivi pendant trois jours un cours d'écriture créative avec un auteur connu. Aucun d'eux n'avait jamais suivi ce type de cours précédemment et n'avait donc aucune idée des résultats possibles. À la fin de l'atelier, les médecins ont expliqué qu'écrire les avait aidés à élaborer leurs émotions et à mieux comprendre celles de leurs patients. "Le processus narratif permet d'examiner sa propre expérience professionnelle et humaine sur un mode plus réflexif et approfondi" déclare Anna Reisman, professeur de médecine interne à l'école de médecine de Yale et directrice de l'étude. "En d'autres mots, se focaliser sur l'écriture potentialise l'esprit d'observation et l'empathie". Mettre ses expériences par écrit améliore donc les compétences professionnelles du médecin. (EM)

Reisman AB, Hansen H, Rastegar A. The craft of writing: a physician-writer's workshop for resident physicians. *Journal of Internal Medicine* 2006; 261 (10): 1109.

Réussir une perte de poids

Cet article décrit et détaille les sept éléments nécessaires pour une perte de poids réussie. La prise de poids est le résultat d'un déséquilibre entre les apports et les dépenses énergétiques. Inexorablement, sans prise en charge, l'âge nous fait prendre du poids. Une perte minime même de 5 à 10 % réduit la mortalité de 30 %.

Ces 7 éléments sont :

1) La **motivation** qui vient souvent d'un tiers. Un objectif trop important et donc souvent inatteignable mène à un

sentiment d'échec. L'objectif est atteint si le patient suit un équilibre alimentaire sans trop d'efforts.

- 2) La **diététique** est souvent bien connue mais difficile à mettre en pratique à long terme.
- 3) L'**activité physique** doit être intégrée au quotidien.
- 4) Les **troubles du comportement alimentaire** sont rarement avoués par culpabilité. Ce sentiment de culpabilité est paradoxalement momentanément calmé par la prise alimentaire. Le patient doit trouver des stratégies pour les gérer et y faire face.
- 5) Les sensations alimentaires ne sont pas ressenties, c'est la distension gastrique qui indique au patient qu'il doit s'arrêter de manger : il faut **faire la différence entre faim et envie**.
- 6) Les **émotions** doivent être nuancées : la prise alimentaire compulsive est un moyen de faire baisser les tensions intérieures.
- 7) Le **rapport au corps** est primordial : en prendre soin et surtout éviter les tenues camouflages. (LD)

Guillermin Spahr M.-L., Golay A. Les ingrédients de la perte de poids *Revue Médicale Suisse* 2006; 59: 834-8.

Hospitalisation du patient palliatif

Cette recherche flamande a enregistré et étudié tous les patients au stade palliatif admis aux cliniques universitaires du Gasthuisberg durant 3 mois. Ces patients étaient au nombre de 124 dont plus de la moitié (54%) était issu d'autres services hospitaliers (oncologie, chirurgie, ...). Le motif d'admission le plus fréquent est la douleur non maîtrisée, motif unique ou principal, dans 54% des admissions observées. Parmi les patients venant de leur domicile (46% des 124 cas), la moitié avaient pris cette décision sans consulter leur généraliste. L'autre moitié avait été référée par un généraliste. Fait marquant, tous les patients référés par un généraliste disposaient d'une lettre d'accompagnement alors que seuls 60% des patients issus d'autres services ou d'autres

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.

cliniques, disposaient d'une lettre d'accompagnement. Malheureusement, le contenu de la lettre de référence a été jugé insuffisant dans de nombreux cas, tant pour celles rédigées par les généralistes que par les spécialistes. Ce qui paraît indispensable comme information dans la lettre de référence est le traitement antalgique actuel et ancien ainsi que les doses utilisées. Les auteurs concluent qu'il est important de diffuser le contenu idéal d'une lettre de référence en cas d'hospitalisation d'un patient en soins palliatifs. Ceci est crucial au niveau des généralistes qui jouent un rôle indéniable de manager des soins de santé dans notre système. (TVdS)

Menten J, De Lepeleire J. Emergency hospital admission for pain in palliative patients: a crucial role for general practitioners. *Eur J Gen Pract* 2006; 12: 133-4.

Douleurs neuropathiques: un outil de diagnostic

Les douleurs neuropathiques représentent une proportion importante des douleurs chroniques dans la population générale. Face à un patient douloureux et rebelle à tout traitement antalgique classique, le questionnaire DN4 facilite le diagnostic par la réponse aux quatre questions (et 10 items) suivantes.

- La douleur présente-t-elle une des caractéristiques suivantes:
 - 1: brûlure,
 - 2: sensation de froid douloureux,
 - 3: décharges électriques?
- La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des éléments suivants:
 - 4: fourmillements

5: picotements

6: engourdissement

7: démangeaisons?

- La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen clinique met en évidence:

8: hypoesthésie au tact

9: hyperesthésie à la piqûre?

- La douleur est-elle augmentée ou provoquée par:

10: le frottement?

Le score DN4 est établi par l'addition de 1 point par item positif. Un score de 4/10 est considéré comme valeur seuil de diagnostic (spécificité de 89.9% et sensibilité de 82.9%). Le DN4 a été validé par des groupes d'experts.

Diagnostiquer une douleur neuropathique est d'autant plus important que les antalgiques usuels (palier 1 et 2) sont inefficaces et les antalgiques morphiniques déconseillés en première intention. Le traitement fait appel aux antiépileptiques (carbamazépine, gabapentine ou prégabaline) et antidépresseurs (tricycliques, venlafaxine). Mais tous n'ont pas d'indications officielles reconnues pour ces douleurs... (EM)

Bouhassira D, Attal N, Bruxelles J, Cunin G and al: Douleurs neuropathiques: un diagnostic exclusivement clinique. *Rev Prat Med Gen* 2006; 742/743: 934-8

Ne pas secouer BB!

Le syndrome des enfants secoués est une forme de maltraitance encore trop mal connue. Les chiffres sont variables: 25 pour 100 000 enfants de moins de un an entre 1998 et 2000 en Écosse, 1 à 2 par semaine à l'hôpital Necker entre 1996 et 2000 tandis que les CHU de Nantes, Rennes et Lille en reçoivent 1 par mois. Ce sont surtout les enfants de moins de 15 mois qui en sont victimes pour un âge moyen de trois mois.

Le syndrome de l'enfant secoué se caractérise par des hématomes sous-duraux ou sous arachnoïdiens mais aussi par des hémorragies rétinienues et des lésions du SNC ainsi que par un traumatisme à tête fermée avec troubles de la conscience, coma, convulsions ou décès. Le fait d'avoir été secoué est suffisant, même sans impact, pour provoquer ces lésions.

Le poids élevé de la tête par rapport au corps du nourrisson, la faiblesse de la musculature de la tête et du cou, la faible myélinisation du cerveau et son contenu élevé en eau, de même que la largeur des espaces arachnoïdiens sont les facteurs expliquant les lésions. Un bébé avec une altération de l'état de conscience sans histoire évocatrice et en l'absence d'intoxication est suspect de traumatisme crânien jusqu'à preuve du contraire. Toujours se demander si l'histoire racontée par les parents est plausible: un nourrisson de moins de trois mois ne saurait se heurter la tête aux barreaux de son lit jusqu'à provoquer de telles lésions. Outre l'entretien, un examen clinique complet est bien sûr indispensable. Un examen du fond d'œil, une imagerie cérébrale et des radios de squelette compléteront les investigations.

Le pronostic est particulièrement mauvais: un tiers des enfants meurt, un tiers survit avec séquelles physiques ou mentales, un tiers survit mais avec possibilités de troubles ultérieurs, comportementaux ou cognitifs. Le suivi à long terme du développement est donc essentiel.

La prévention du syndrome de l'enfant secoué, par une information des parents sur les effets néfastes d'un tel geste, est efficace. En tant que généralistes, proches des familles, n'hésitons pas à en parler aux parents (EM)

Nathanson M, Tisseron B, Bailly-Bothua C, Balu L: Syndrome des enfants secoués, une forme très grave de maltraitance *Revue prat med gén* 2006; 740/741: 879-81