

Nouvelles des Congrès

par le Dr Patricia Eeckeleers • Médecin généraliste • 5590 Leignon

NOUVELLES DES CONGRÈS

Semaine à l'étranger

(Tekirova, du 31 mars au 7 avril 2007)

Parkinson : ne pas le rater !

La maladie de Parkinson est sous- et sur-diagnostiquée.

La triade classique est motrice et comporte akinésie, raideur et tremblement, auquel il faut ajouter les troubles posturaux. Chez le patient atteint, les mouvements automatiques (déambulation, préhension...) perdent cet automatisme et doivent être pensés pour être exécutés. Contrairement à la pensée dominante, le Parkinson est la cause la moins fréquente de tremblement. Le tremblement du Parkinson est typiquement au repos, unilatéral, du moins au début de la maladie, touchant les membres, excluant la tête mais touchant parfois le menton. Le diagnostic de Parkinson est souvent oublié car les signes de la triade ne sont pas toujours présents.

Par contre, des **signes non moteurs** doivent faire évoquer le diagnostic car ce sont ceux-ci qui motivent la consultation car altérant le plus la qualité de vie.

Au niveau neuropsychiatrique, on observe régulièrement de la dépression, un caractère de plus en plus obsessionnel, des signes de démence, une insomnie avec syndrome des jambes sans repos (parfois difficile à diagnostiquer vu la raideur), l'anxiété.

La fatigue importante, des raideurs ou des douleurs articulaires évocatrices d'arthrose invalidante sont autant de signes évocateurs.

Typiquement, un **test au Prolopa HBS** de 2 semaines doit avoir un effet « miraculeux », améliorant tous les symptômes dans le mois. Il se réalisera en passant progressivement d'1/4 de comprimé à 250 mg 3 fois par jour à 3 x 1 comprimé par jour.

En cas de non réponse au traitement test, pouvant déjà être suspecté par la bi-latéralisation symétrique d'emblée des symptômes, il faudra revoir le diagnostic et rechercher une pathologie autre telle une hydrocéphalie à pression constante. Dans ce cas, un scanner cérébral et un DAT scan (scintigraphie cérébrale à l'ioflupane marqué à l'I¹²⁸) seront utiles.

Parkinson : traitement

La thérapeutique visera de prime abord à supprimer tous les médicaments potentiellement capable d'induire du parkinsonisme : neuroleptiques, neuroleptiques cachés ^(a) et les antagonistes calciques. Seule la clozapine ^(b), neuroleptique atypique, ne semble pas avoir d'effet parkinsonien. L'amiodarone, l'acide valproïque peuvent être responsables d'un syndrome akinétorigide.

La première question à se poser est de savoir **quand et comment commencer** le traitement. Tout diagnostic de Parkinson débutant n'impose pas un traitement d'emblée. Il est parfois utile de postposer tant que les symptômes ne sont pas invalidants.

Les agonistes dopaminergiques ^(c) représentent le traitement de première intention des patients jeunes (<70 ans). En effet, ils permettent de postposer le traitement à la L-DOPA de plusieurs années. Or leurs effets secondaires (hallucinations, psychose) sont âge- et dose-dépendant. Ces effets secondaires sont une des raisons pour lesquelles ils sont rarement donnés chez les patients âgés (>70 ans).

Chez ces derniers, un traitement à base de **L-DOPA** sera préféré.

Les problèmes principaux liés à la L-DOPA sont les complications motrices, l'effet de fin de dose, l'effet « ON-OFF » et les dyskinésies. Ces problèmes sont liés à l'instabilité du taux de dopamine dans le sang et le cerveau. Il est souvent nécessaire d'adapter un schéma très fractionné avec doses multiples (parfois 7 par jour), ce qui représente souvent un défi en MRS ou à l'hôpital. Actuellement, on l'associe à un inhibiteur de la décarboxylase (COMT) ^(d) ce qui permet d'obtenir des taux plus stables.

Les anticholinergiques peuvent être utiles chez les patients jeunes chez qui le tremblement est prépondérant et invalidant.

La stimulation cérébrale profonde est spectaculairement efficace sur la triade classique et est à réserver aux patients jeunes, non détériorés au niveau neuropsychiatrique avec des complications importantes non contrôlées par le traitement classique : dyskinésie importante, complications motrices

D'après l'exposé "Maladie de Parkinson" du Dr Michel GONCE, neurologue à Liège

La Médecine face au Droit

Le droit est l'ensemble des règles de comportement édictées par le législateur et sanctionnée en Justice. Ses sources sont la Loi et ses interprétations faites par les juges (jurisprudence) et la doctrine (orientation de l'action des tribunaux écrite par les auteurs).

Il n'existe pas de droit propre au corps médical. La responsabilité devant la Justice peut être de deux types : civile ou pénale, sachant que le pénal prime toujours sur le civil, tant au niveau de la décision de la sanction qu'au niveau de la sanction elle-même.

La responsabilité pénale a un cadre strict et suppose une infraction prévue par un texte de loi. Elle poursuit un objectif d'intérêt général, la protection des intérêts de la société et la plainte déposée ou retirée n'a aucune influence sur celle-ci. Au niveau médical, les fautes reprochées sont essentiellement : coups et blessures involontaires, l'abstention coupable, les faux certificats, les violations du secret médical et le non respect des lois sur l'euthanasie et les IVG. L'avocat de la société est le Procureur du Roi (ou le substitut du Procureur du Roi). Trois tribunaux sont concernés : le tribunal correctionnel, la Cour d'appel et la Cour de cassation. La sanction consiste en amende associée ou non à une peine de privation de liberté.

La responsabilité civile a un cadre nettement plus flou : elle juge des manque-

(a) Antiémétique (Primpéran®), flunarizine, cinnarizine

(b) Leponex®

(c) Parlodel®, Permax®, Requip®

(d) Entacapone (Comtan®), tolcapone (Tasmar®), association fixe entacapone et L-DOPA (Stavelo®)

ments à l'obligation générale de prudence. Le médecin est censé agir prudemment en bon père de famille en tenant compte de l'évolution de la science.

L'objectif est l'indemnisation, la réparation d'un dommage causé. La sanction est financière (dommages et intérêts).

D'après l'exposé « Les secrets médicaux et le droit » du Pr Catherine DELFORGE, facultés Universitaires Saint Louis à Bruxelles.

Secret médical et témoignage judiciaire

L'article 458 du code pénal stipule que la divulgation de données médicales est pénalement sanctionnée.

Le secret médical a une double justification: la protection de la société car il représente la base de la relation de confiance permettant les soins que chaque individu est en droit de recevoir et la protection de l'individu particulier dans sa relation avec son médecin personnel.

Le témoignage en justice est une des exceptions. En effet, quand il est cité comme témoin, lors d'un procès qui ne le concerne pas, le médecin peut déclarer des éléments relevant du secret médical. Selon la Cour de Cassation, cette levée du secret est également valable lors de témoignage devant un juge d'instruction. Il est important de savoir qu'il ne s'agit pas d'une obligation mais plutôt d'une autorisation de parler. Seul le médecin est juge de ce qu'il peut divulguer dans l'intérêt du patient et de la société.

Il est capital de garder à l'esprit que **le médecin n'est pas délié du secret lorsqu'il est interrogé par la police ou tout autre personne qu'un juge**. En cas de convocation par la police, s'il est obligé de s'y rendre, il doit donc refuser net de répondre en se réfugiant derrière le Secret Médical.

De même, seul le juge peut apprécier si des documents médicaux peuvent être saisis. Le médecin qui exécute l'ordonnance du juge les remettra au juge ou médecin désigné par celui-ci.

Par contre, si le médecin est appelé à **se défendre en justice**, il est admis que le médecin est obligé de dévoiler les éléments en sa défaveur et est autorisé à dévoiler des éléments qui lui sont favorables. Il sera toujours prudent de solliciter l'avis du Conseil de l'Ordre au sujet des éléments du dossier pouvant être divulgués.

D'après l'exposé intitulé « Les secrets médicaux et le droit » du Pr Catherine DELFORGE, facultés Universitaires Saint Louis à Bruxelles.

Biologie clinique de précordialgie

En cas de douleurs thoraciques avec dyspnée, le dosage des **D-Dimères** permettra d'éliminer une embolie pulmonaire s'il revient normal. Sa positivité, par contre, ne permet pas d'affirmer le diagnostic car de nombreux faux positifs existent.

Le dosage du peptide natriurétique (BNP) est utile pour orienter le diagnostic vers une décompensation cardiaque sans passer par l'échographie cardiaque, qui sera d'ailleurs peu utile en cas de décompensation diastolique surtout retrouvée chez les patients âgés. De plus, la normalisation de son taux est parallèle à l'efficacité clinique des thérapeutiques administrées. Il semble aussi que son taux mesuré à J+2 de l'infarctus constitue un excellent marqueur prédictif de la mortalité à 3 mois.

En cas de suspicion d'infarctus ou de syndrome de menace, l'enzymologie classique (GOT, CPK-mb) garde sa place mais est supplantée en phase précoce (< 6h) par la **troponine**, test le plus sensible et le plus spécifique restant élevé plus de 8 jours, permettant aussi un diagnostic rétrospectif.

D'après l'atelier « Biologie clinique » animés par le Dr Jean-Michel POCHET, néphrologue à Namur, et les Drs Christian PIRE, généraliste à Neufchâteau et Thierry Van VLAENDEREN, généraliste à Tournai

Critères biologiques de décision devant un pic monoclonal

Lors d'une découverte de pic monoclonal, la question est de savoir qui investiguer, qui surveiller et qui traiter.

Il n'y a pas de gammopathie bénigne. En effet, l'avenir de celle-ci est toujours incertain. Même en cas de pic modéré sans symptômes associés, l'évolution peut être insidieuse vers une amylose hépatique et rénale. C'est pourquoi, un pic monoclonal est parfois découvert fortuitement lors d'une mise au point pour insuffisance rénale.

Le MGUS (gammopathie monoclonale de signification indéterminée) se définit par un **pic monoclonal isolé (souvent en IgG) sans symptôme associé** évoquant un myélome ou une pathologie similaire, avec un taux de **protéines circulantes < 3 gr/100 ml** et un taux de **plasmocytes à la ponction médullaire < 10 %**. Son taux de transformation en myélome est 1 % par an.

À l'inverse, **le myélome** sera caractérisé par un **pic monoclonal isolé (pas nécessairement IgG) ou non, des protéines circulantes > 3 gr/100 ml**, la moelle comportera **plus de 10 % de plasmocytes et les symptômes associés** seront présents (douleurs, fatigue...)

Le dosage des chaînes légères sériques (non remboursé) permet de calculer le ratio des chaînes κ/λ . Celui-ci doit se trouver entre 0,26 et 1,65. S'il est anormal, une mise au point approfondie s'impose. De même, il est utile de rechercher les **chaînes légères sur un échantillon d'urine**: un échantillon normal comprend 1/3 de chaînes λ et 2/3 de κ .

Le pronostic est lié à la présence d'un ratio des chaînes κ/λ normal ou non, de la présence d'un pic monoclonal IgG ou autre et de la concentration en protéines > ou < à 3 gr/100 ml.

Dans le suivi d'un pic monoclonal qualifié de MGUS, le COFO, la fonction rénale (avec calcul MDRD de la fonction rénale par le laboratoire), l'enzymologie hépatique, le dosage du calcium et du phosphore ainsi que le dosage des chaînes légères dans le sang et l'urine sont utiles et nécessaires une fois par an.

D'après l'atelier « Biologie clinique » animés par le Dr Jean-Michel POCHET, néphrologue à Namur, et les Drs Christian PIRE, généraliste à Neufchâteau et Thierry Van VLAENDEREN, généraliste à Tournai

THS pratique

La ménopause n'est pas une maladie, ne l'oublions pas. La longévité actuelle entraîne une période de vie plus longue après l'arrêt des règles. Il est donc important de préserver la qualité de vie tout en étant le moins nocif possible. La WHI et la Millions Nurse Study ont créé une tempête qui s'est heureusement calmée. En effet, de nombreux biais ont été soulignés et l'interprétation des études est actuellement discutée. Il était d'ailleurs étonnant que ces deux études contredisent radicalement les études antérieures. De plus l'étude E3N, branche de l'étude française ESTHER^(e), a également renversé la tendance.

85% des femmes au-delà de 50 ans présentent des bouffées de chaleur qui disparaîtront en général au fil du temps chez une grande partie d'entre elles. Les plaintes urogénitales et sexuelles sont également fréquentes de même que la fatigabilité.

Il est important de discuter avec la patiente de ses désirs mais aussi de ses craintes. Le traitement doit en tout cas être individualisé, sachant que certains traitements sont plus sûrs que d'autres.

(e) EStrogen and ThromboEmbolic Risk Study

En cas de prescription de THS, le choix se fera entre un traitement combiné à doses fixes et un traitement « sur mesure ». Concernant les œstrogènes, la voie transdermique doit si possible être préférée. En cas de non satisfaction, le traitement oral privilégiera l'œstradiol par rapport au valérianate d'œstradiol. Quant au progestatif, les molécules les plus neutres métaboliquement seront également favorisées avec comme gold-standard la progestérone micronisée^(f). En cas d'intolérance la didrogestrone^(g) est une bonne alternative, ainsi que la drospirénone^(h).

Parmi les associations fixes, on choisira préférentiellement les associations neutres avec œstradiol et progestatif neutre

D'après l'atelier « Ménopause » du Dr Patrick EMONTS, gynécobstétricien à Liège, animé par le Dr Michèle JOHNSON, médecin généraliste à Casteau (Soignies)

MG et services d'urgence

Le recours de la population aux services d'urgence est de plus en plus important. Le Belgian College Emergency Physicians (BECEP), en 1996, a étudié les principales raisons de cette augmentation. Cinq points sont prépondérants :

1. **Le Principe de précaution** : le recours aux urgences pour des vraies urgences ou des mises au point à faire rapidement pour établir un diagnostic précis pouvant nécessiter une hospitalisation.
2. **La Tyrannie de l'immédiat** : les patients, comme dans beaucoup de domaines, veulent recevoir les soins qu'ils veulent, au moment où ils le veulent et par le « bon » spécialiste.
3. **Le Fusible du programmé** : utilisation des urgences pour les examens préopératoires non réalisés en ambulatoire, décision d'hospitaliser par un spécialiste de l'hôpital avec passage aux urgences plutôt qu'adressage direct au service hospitalisé.
4. **La Possibilité du tout en un** : le plateau technique des SU sont disponibles 24h/24h et donc permettent des mises au point spécialisées rapides et complètes.
5. **Le Délai de paiement des factures** : les patients vivent dans l'illusion que la fréquentation des SU est gratuite ou tout le moins que le paiement est différé.

Le patient admis en urgence consulte soit de sa propre initiative, soit envoyé

par le médecin traitant. Il est important que tout patient consultant soit au minimum muni d'une demande d'avis détaillée de son médecin traitant. À défaut, un appel téléphonique du médecin traitant au SU est important. Inversement, en cas de patient arrivant spontanément en urgence ou non, un appel du SU au médecin traitant devrait être la norme. Ceci est d'autant plus important que la situation est urgente et grave. De même, lors de la demande du SMUR, il est capital que le médecin traitant attende son arrivée car il détient des informations souvent capitales quant aux antécédents ou au traitement.

D'après l'exposé « Droits et devoirs du généraliste vis-à-vis des services d'urgence » du Dr Pierre MOLS, SMUR Clinique Saint Pierre à Bruxelles

Rotation des opioïdes

Celle-ci s'indique quand les symptômes douloureux ne répondent plus à une molécule, lors d'accumulation des métabolites actifs (insuffisance rénale, hépatique), lors d'escalade des doses avec accoutumance rapide ou lors d'intolérance à celle-ci (hallucinations, cauchemars). Un bon moyen d'améliorer la tolérance est de prévenir le patient et son entourage que les effets secondaires de type nausées et sédation sont transitoires et disparaissent en quelques jours. Par contre, la constipation touche 95 % des patients et se traite par émoullients en association avec un laxatif osmotique.

La morphine orale est l'étalon à 1. La valeur d'un patch de fentanyl⁽ⁱ⁾ équivaut à la dose de morphine retard en 12 heures. On switche de la morphine vers le patch de fentanyl ou inversement, de la morphine vers la méthadone ou inversement ou encore, de la morphine vers l'hydromorphone ou inversement.

La méthadone par son action antagoniste sur les récepteurs NMDA, est intéressante dans les hyperalgies et douleurs neuropathiques. Sa biodisponibilité orale est élevée, à 80 %, et son élimination est fécale. Elle est actuellement partiellement supplantée par la prégabaline^(j) et la gabapentine^(k).

Le chlorhydrate d'hydromorphone^(l) n'a montré aucune supériorité nette par rapport à la morphine. De plus, son élimination est rénale. Sa seule réelle indication est l'intolérance à la morphine

D'après l'exposé du Dr Michel STROOBANTS, Unité de soins palliatifs à la Clinique de l'Europe à Bruxelles

Adolescence

L'adolescence recouvre deux notions : une notion d'âge et un processus psychique de maturation.

On sait actuellement que la plasticité du cerveau se conserve toute la vie. Chez l'adolescent, la maturation n'est pas encore complètement acquise entre autre au niveau du cervelet (marche pataude), de l'amygdale (gestion des émotions) et du cortex préfrontal (organisateur).

Or, la maturation cérébrale est liée aux expériences vécues qui privilégieront certaines connections. Les expériences de vie dure, des difficultés existentielles difficiles à vivre, les imprégnations aux toxiques (tabac, alcool, drogues...) influenceront cette maturation et détermineront la manière d'être de l'adulte. 85 % des jeunes passent une adolescence sans problème grave. Par contre, il est important de détecter les 15 % en souffrance. La communication entre les parents et l'adolescent est souvent problématique et pathogène. Sans oublier que la souffrance de l'adolescent est parfois le symptôme d'un parent qui va mal.

Les difficultés scolaires, le repli sur soi ou le rétrécissement du champ social sont les principaux signes d'alerte. Les filles exprimeront plus leur souffrance par des troubles du comportement alimentaire, tandis que les garçons seront plus dans l'agressivité et la violence.

Dans la communication avec l'adolescent, la première priorité est de pouvoir créer un lien avec lui et ses parents tout en restant neutre et non jugeant. Le médecin doit rester le tiers qui permet à la communication de circuler entre l'adolescent et les parents. Dans les appels à l'aide de l'adolescence, il est important de rester disponible, de décoder la plainte et parfois urgent d'attendre sauf pour les 15 % d'adolescents en souffrance.

D'après l'atelier « Adolescence » du Dr Pierre SCHEPENS, psychiatre à la Clinique d'Otignies animé par le Dr Nathalie COGELS, généraliste à Bruxelles

(f) Utrogestan®

(g) Duphaston®, en combiné dans les différents Femoston®

(h) En combiné dans l'Angeliq®

(i) Durogesic®

(j) Lyrica®

(k) Neurontin®

(l) Palladone®, Palfium®