

Nouvelles des Congrès

par le Dr Patricia Eeckeleers • Médecin généraliste • 5590 Leignon

Semaine à l'étranger (suite)

(Tekirova, du 31 mars au 7 avril 2007)

Troubles bipolaires

Les troubles bipolaires sont des troubles de l'humeur avec cycles amples de plus ou moins longue durée. Le but du diagnostic et du traitement est de pouvoir récupérer un certain équilibre.

Les patients présentant des troubles bipolaires (anciennement appelés «maniacodépression») souffrent dans 30 % des cas d'un retard diagnostique de 10 ans. Dans 70 % des cas, il y a erreur de diagnostic au départ (dépression, psychose), ce qui n'est pas sans conséquence au niveau médical et social. Les troubles bipolaires commencent entre 20 et 25 ans avec un sex ratio de 1, au contraire de la dépression unipolaire touchant principalement les femmes et débutant plus souvent après 30 ans. 25 % des patients feront des tentatives de suicide suivies de décès dans 11 % des cas. Les comorbidités sont fréquentes avec toxicomanies diverses et anxiété importante. Le non-diagnostic ou une mauvaise prise en charge peut conduire à une désinsertion sociale importante et cela d'autant plus que l'entourage social est peu soutenant (SDF, hospitalisation en hôpital psychiatrique, toxicomanie grave).

Le traitement fait appel aux stabilisateurs de l'humeur (valproate de sodium^(l), lithium, lamotrigine^(m)). Le lithium est actuellement moins utilisé vu sa toxicité rénale à long terme. En cas d'erreur de diagnostic, la prescription d'un antidépresseur isolément peut conduire à un épisode maniaque et inversement un neuroleptique prescrit seul pour une psychose soupçonnée précipitera la chute en dépression.

D'après l'atelier intitulé «Troubles bipolaires» du Dr Pierre SCHEPENS, psychiatre à la Clinique d'Ottignies

Le rein diabétique

Contrairement aux notions antérieures, le diabète de type 2 représente 20 % des patients en dialyse (nettement plus que le diabète de type 1) et est la seconde cause d'insuffisance rénale terminale après l'HTA.

On sait actuellement que la néphropathie diabétique est une pathologie, tant rénale que cardio-vasculaire, faisant appel aux mêmes molécules en thérapeutique. Tant en prévention qu'en présence d'une protéinurie, il est impératif d'obtenir une tension artérielle la plus basse possible, et en tout cas < à 120/80. Le traitement de celle-ci privilégiera les inhibiteurs du système rénine-angiotensine. En seconde ligne, les diurétiques de type thiazides ou indapamide. En troisième ligne, les antagonistes calciques et/ou les bêtabloquants sachant que la dose de ces derniers doit être divisée par 2 en cas d'insuffisance rénale chronique.

Concernant le traitement du diabète de type 2, la filtration rénale sous 30 ml/min privilégiera la gliquidone⁽ⁿ⁾ et les glitazones^(o). Il n'y a par contre aucun problème à utiliser les glinides^(p). Vu le risque d'acidose métabolique, la metformine^(q) sera arrêtée dès que la créatinine sérique passe au-delà de 2 mg/dl.

Au stade d'insuffisance rénale terminale, toutes les possibilités de dialyse (intra ou extra péritonéale) ainsi que les transplantations restent possibles avec une amélioration notable de la durée et de la qualité de vie.

D'après l'exposé «Le rein diabétique» du Dr Jean-Michel POCHET, néphrologue à Namur

La loi des droits des patients

Il est frappant de constater que cette loi du 22/8/2002 n'a été que peu lue par les médecins. Or elle est fondamentale pour nos relations avec nos patients.

Un grand principe: toujours garder les preuves de ce qui est dit, fait ou non. Il y a actuellement obligation légale d'information du patient, et lui seul, au sujet de son état de santé et de l'évolution probable, et ceci par voie orale ou écrite. Deux exceptions existent à cette obligation:

Le patient qui exprime sa volonté de ne pas être informé. Seule exception: le risque de dommage pour lui-même ou pour un tiers suite à cette demande; dans ce cas l'avis d'un second praticien sera demandé

L'exception thérapeutique qui s'applique quand la divulgation de la réalité médicale est délétère pour la santé du patient. (le noter et l'expliciter dans le dossier). Dans ce cas, cette information devra être donnée dès que l'état du patient le permettra.

En cas d'incapacité juridique, le représentant légal du patient sera prévenu. En cas d'incapacité de fait, le texte de loi prévoit précisément la succession des personnes devant être prévenues.

Tout patient a droit à un dossier médical tenu à jour et gardé en lieu sûr. Le patient peut consulter ou demander une copie de son dossier médical (indiquer dessus «personnel et confidentiel») à tout moment, soit de lui-même, soit via une personne de confiance. Ne sont pas consultables les notes personnelles du médecin ni les données concernant un tiers. Néanmoins, si la personne de confiance est un médecin, celui-ci pourra également consulter les annotations. Par contre, le médecin peut refuser cette consultation du dossier quand il dispose d'indication selon laquelle la demande du patient résulte d'une pression extérieure pour communiquer ce dossier à des tiers.

D'après l'atelier «Droit et Médecine» du Pr Catherine DELFORGE, juriste, des Facultés Universitaires Saint Louis à Bruxelles animé par le Dr Paul VAN BELLE, généraliste à Kraainem

(l) Depakine®
(m) Lambipol®

(n) Glucorm®
(o) Aktos®, Avandia®
(p) Novonorm®
(q) Metformax®, Glucophage®

Les pièges en orthopédie

L'imagerie est précieuse et incontournable mais ses pièges sont multiples. Il est impératif que le choix du type d'imagerie soit judicieux et la demande d'examen précise et orientée. Ses résultats doivent ensuite être intégrés dans le contexte clinique. En effet, le véritable défi est d'être certain que la pathologie découverte à l'imagerie correspond bien aux symptômes présentés par le patient. Inversement, une radiographie étiquetée négative ne signifie absolument pas qu'il n'y a rien.

Il est fréquent de trouver des images montrant une arthrose majeure complètement asymptomatique, ne nécessitant évidemment aucune mise au point.

De même à la RMN, on retrouve chez 17% de patients jeunes asymptomatiques une petite hernie discale et au-delà, de 60 ans, une discopathie importante, également asymptomatique, 85% des patients. Ce qui signifie également que cette pathologie ne doit pas systématiquement être mise en relation avec la symptomatologie du patient.

Il faut toujours une concordance entre l'anamnèse, la clinique et l'imagerie.

Les douleurs de hanche peuvent mimer une lombosciatalgie. Une radiographie du bassin en charge doit être associée à toute radiographie de la colonne lombosacrée. En cas de pathologie concomitante, la hanche prime toujours sur la colonne.

Une boiterie vraie signe toujours une pathologie de hanche. Les difficultés pour entrer et sortir de la voiture sont pathognomoniques.

En cas de pathologie inflammatoire aiguë, la scintigraphie sera positive dans les 48 heures, la RMN dans les 24 heures mais la radiographie reste normale très longtemps, la difficulté étant de ne pas passer à côté d'une nécrose de la tête fémorale.

Après une crise d'épilepsie ou une électrocution, une position antalgique, bras collé au corps signe une luxation postérieure d'épaule, peu douloureuse, pas toujours bien visible sur la radiographie et qui est à réduire rapidement

D'après l'exposé « Pièges en orthopédie » du Dr Jacques MAGOT-TEAUX, orthopédiste à Libramont et à Liège

Protocole d'urgence en soins palliatifs

Dans toute situation de fin de vie, une prise de décision éthique correcte s'impose qui tienne compte de l'évolution de la maladie, de la souffrance et du désir du patient. En fin de vie, trois urgences particulières nécessitent un protocole d'urgence stan-

dardisé pour non seulement agir rapidement mais aussi pour diminuer la souffrance et l'anxiété anticipative du patient. Ces 3 urgences sont :

1. l'hémorragie cataclysmique
2. la dyspnée aiguë sur : inondation alvéolaire, compression trachéale ou crise de panique respiratoire
3. la douleur intolérable et inapaisable

Le protocole standardisé doit être noté, et les médicaments prescrits et disponibles au chevet du patient.

La première seringue contiendra de la morphine (dose en fonction de la dose donnée en 4h) et de la scopolamine pour son action asséchante, amnésiante (10 minutes) et sédatrice (30 minutes)

La seconde seringue contiendra 10 à 15 mg de Dormicum® selon la tolérance du patient aux benzodiazépines. Si le patient survit à la complication, ce protocole pourra être réinitialisé après 4 heures.

D'après l'atelier « Soins palliatifs » du Dr Michel STROOBANT, Clinique de l'Europe, à Bruxelles animé par le Dr Vincent MOMIN, généraliste à Waterloo

Nausées en fin de vie : hypercalcémie ?

En soins palliatifs, nausées, constipation et anorexie doivent évoquer une hypercalcémie. D'autant plus si ces symptômes sont accompagnés de vomissements, de confusion et polyurie.

Le traitement actuel d'urgence au lit du patient comporte :

- **hydratation intensive** de 3 litres/24h de soluté physiologique
- **arrêter** tout supplément calcique et les thiazides qui retiennent le calcium.
- **Administration d'une perfusion (One Day Clinic) d'un biphosphonate.** L'acide zolédronique^(r) sera privilégié vu sa puissance et la durée courte de la perfusion (15 minutes). À défaut, on utilisera 4 à 6 ampoules d'acide pamidronique^(s) en perfusion de 2-3 heures à répéter après 2-3 semaines. La calcémie sera dosée 2 à 3 jours après la perfusion puis toutes les semaines et ensuite à un rythme normal.

D'après l'atelier « Soins palliatifs » du Dr Michel STROOBANT, Clinique de l'Europe, à Bruxelles animé par le Dr Vincent MOMIN, généraliste à Waterloo

Datation de la grossesse

La première échographie faite rapidement au premier trimestre permet une datation certaine avec une date de terme prévu pré-

cise à 3 jours près. L'échographie sera positive au-delà de 1000UI/ml de β -HCG. Le calcul du terme établi d'après le taux de β -HCG ou selon l'échographie du 2^e trimestre n'a aucune valeur.

D'après l'exposé « Signes d'alerte et pathologies pendant la grossesse » du Dr Patrick EMONTS, gynécologue à Liège

Saignements au premier trimestre de la grossesse

Une grossesse sur quatre saigne au 1^{er} trimestre dont 50% finiront en fausse couche. Tout saignement ne signe donc pas une fausse couche ou une menace de fausse couche.

L'anamnèse est capitale et explore la date des dernières règles, l'histoire gynécobstétricale de la patiente, les antécédents familiaux. De même le caractère du saignement et les signes associés tels la douleur et la fièvre seront investigués. Il n'y a aucune corrélation entre l'importance des saignements et la pathologie.

L'examen clinique vérifiera les paramètres généraux : TA, pouls, température en n'oubliant pas qu'une température au delà de 37,5° est déjà à surveiller et que la fièvre commence à 38° chez la femme enceinte. Ensuite l'examen abdominal recherchera une défense localisée éventuelle (GEU?). L'examen gynécologique détectera une douleur du corps utérin, d'une annexe ou dans le cul de sac de Douglas. Le col utérin sera inspecté et palpé.

La question principale à se poser est de savoir si la grossesse est encore évolutive. **Le dosage du β -HCG** et l'étude de son évolution (son taux double tous les 2 jours au début) sont des éléments de même que **l'échographie obstétricale**, d'autant plus si elle n'a pas encore été réalisée. Le diagnostic différentiel sera ainsi fait entre une grossesse évolutive ou non, une grossesse extra-utérine ou une môle hydatiforme.

Si la grossesse est arrêtée et qu'elle a moins de 7 semaines, que les saignements ressemblent à des règles normales et qu'il n'y a aucune douleur, on attendra l'expulsion normale. Par contre, si la grossesse a plus de 7 semaines, un curetage sera nécessaire. Une mise au point complémentaire sera réalisée au-delà de 3 fausses couches.

Par contre, en cas de grossesse évolutive normale, une origine cervicovaginale des saignements sera recherchée et surveillée.

D'après l'exposé « Signes d'alerte et pathologies pendant la grossesse » du Dr Patrick EMONTS, gynécologue à Liège

(r) Zometa®
(s) Aredia®