

Congrès internationaux

par le Dr Thierry Van der Schueren • Médecin généraliste • 5640 Mettet

Preuves et Pratiques

Varsovie, les 24 et 25 mars 2007

Nous poursuivons la présentation de thèmes présentés lors de ce congrès de médecine générale qui s'est tenu à Varsovie.

Quand penser au déficit en Gh chez l'adulte ?

Face à des plaintes de perte d'énergie vitale et de force physique accompagnées d'une diminution du bien-être et de la masse corporelle avec augmentation des lipides sanguins, un déficit en hormones de croissance (Gh) doit être évoqué. Il peut s'accompagner d'une ostéopénie, voire d'une ostéoporose avec augmentation du risque de fracture. De plus, la mortalité cardio-vasculaire est nettement augmentée en cas de déficit en Gh. Une certaine labilité émotionnelle et un isolement social ont aussi été décrits dans ce cas.

Il ne faut toutefois rechercher ce déficit que dans des situations particulières. L'anamnèse doit révéler des antécédents d'affections de l'hypophyse ou de l'hypothalamus (adénomes, craniopharyngiomes) traitées par chirurgie ou radiothérapie ou encore des traumatismes crâniens. Dans ces cas seulement, le médecin effectuera un dosage hormonal et demandera à la deuxième ligne d'effectuer un test de tolérance à l'insuline. Le traitement consistera à combler le déficit en Gh en débutant par de très faibles doses. Notons que les doses adultes sont bien inférieures aux doses pédiatriques.

D'après l'exposé du Pr. M. KARBOWNIK-LEWINSKA, endocrinologue à l'Université de Lodz en Pologne.

Nouveau traitement de la TVP

La triade de Virchow est toujours d'actualité dans la clinique de la thrombose veineuse profonde. La TVP est très fréquente. Selon des statistiques européennes datant de 2000, sa prévalence est de 183/100 000 hab/an.

Le traitement de référence actuel consiste en l'injection d'héparine de bas poids

moléculaire (hbpm) suivie par un relais aux AVK afin de maintenir l'INR entre 2 et 3. La durée de ce traitement ira de 3 à 12 mois selon la clinique et l'état du patient. La thérapie compressive et la mobilisation font également partie intégrante de la prise en charge.

Toutefois, une nouvelle technique de fibrinolyse se développe et semble offrir d'excellents résultats en terme de rapidité et de qualité de guérison. En effet, cette technique endo-vasculaire semble réduire de manière considérable le nombre de syndromes post-thrombotiques par rapport à la prise en charge classique. Il s'agit d'une thrombolyse locale par cathéter muni de 2 ballonnets permettant ainsi d'isoler le segment veineux lésé. Une petite dose de fibrinolytique est alors injectée dans le segment veineux isolé et agitée par vibrations de la partie du cathéter comprise entre les deux ballonnets. Les avantages sont une guérison rapide, la suppression du risque embolique dès la fin de la procédure, la suppression du risque d'AVC hémorragique grâce à une fibrinolyse localisée et la faible dose de fibrinolytique nécessaire.

D'après l'exposé du Prof R. NIZANKOWSKI, chirurgien vasculaire à l'Université de Cracovie en Pologne.

Obésité chez les personnes âgées

L'obésité est également en augmentation chez les personnes âgées. Les causes sont une diminution de l'activité physique, des apports alimentaires inadaptés ainsi que certains facteurs familiaux et psychosociaux. Les marqueurs de ce surpoids sont le BMI et le tour de taille. En effet, le tour de taille est le reflet de la graisse abdominale qui constitue un important facteur de risque. Les normes sont en dessous de 88 cm pour la femme et 102 cm pour l'homme. Une étude comparant un programme d'éducation + placebo avec un médicament anorexigène + placebo a démontré la supériorité à long terme du programme éducatif par rapport au médicament.

D'après l'exposé du Pr J. KOCEMBA, professeur à l'Université de Cracovie en Pologne.

Étude ADOPT: quelles leçons ?

Cette étude multicentrique, randomisée, double aveugle contrôlée d'une durée de 4 ans a suivi l'évolution de nouveaux patients diabétiques répartis en 3 groupes bénéficiant chacun d'un seul médicament. Les 3 substances étudiées étaient la metformine, la rosiglitazone et le glyburide (sulfonylurée). La glycémie à jeun et le taux d'HbA1c étaient contrôlés tous les 2 mois la première année puis tous les trimestres. Les patients qui ne répondaient pas à la dose maximale de leur médicament durant 6 semaines étaient exclus. L'absence de réponse suffisante au traitement était définie comme une glycémie à jeun supérieure à 180 mg % lors de dosages répétés.

Au fil des mois, le nombre des patients exclus dans chaque bras est comptabilisé afin de comparer les traitements. Comme attendu, c'est dans le groupe traité par glyburide que le nombre d'échappements au traitement a été le plus élevé. Par contre, le groupe traité par metformine vient en seconde place, après le groupe sous rosiglitazone, ce qui est plus inattendu. En d'autres termes, le temps moyen durant lequel un patient diabétique reste stabilisé (HbA1c < 7%) en monothérapie est de 33 mois sous glyburide, 45 mois sous metformine et 60 mois sous rosiglitazone.

Parmi les effets secondaires des glitazones, les œdèmes sont fréquents (14%) ainsi que les fractures chez les femmes (9,3%). Aucune explication à cette dernière constatation n'est encore avancée.

L'orateur conclut donc que les glitazones ralentissent plus l'évolution du diabète de type 2 que la metformine ou les sulfonylurées.

Il signale aussi que cette étude démontre qu'**aucun médicament n'est actuellement capable de stopper l'évolution défavorable du diabète**. Il est donc primordial d'agir en amont par des mesures préventives sur le contrôle du poids et l'encouragement des activités physiques.

D'après l'exposé du Pr D. MOCZULSKI, professeur de néphrologie à l'Université de Lodz en Pologne.