

Nouvelles des Congrès

par le Dr Patricia Eeckeleers • Médecine générale • 5590 Leignon

Semaine à l'étranger

Agadir, du 26 avril au 3 mai 2008

Génétique et médecine générale

Nous avons tous 23 chromosomes, totalisant trois milliards de bases qui correspondent à 30 000 gènes.

Apparemment, le déterminisme génétique dépend surtout de nos gènes qui sont pour la plupart localisés et décodés. La partie non codante est-elle pour autant « anodine » ?

Il n'en est très certainement pas ainsi et le génome, outre les séquences codantes (des gènes) est parsemé d'innombrables « polymorphismes » qui permettent l'identification formelle des individus en criminalistique et en médecine légale.

La prévention concerne cinq groupes de maladies :

- Les maladies liées à une mutation chromosomique (Trisomie 21)
- Les mutations autosomiques dominantes (chorée de Huntington) et récessives (mucoviscidose)
- Les mutations liées à l'X (hémophilie)
- Les gènes de prédisposition (cancers)
- Les gènes de susceptibilité (notion de « terrain ») : HTA, diabète...

Actuellement, nos moyens sont limités. Si le dépistage des porteurs d'anomalies et la prévention sont possibles, les traitements (thérapies génétiques), après avoir suscité de grands espoirs, n'ont actuellement abouti encore à rien de tangible.

Au niveau préventif, l'information concernant les risques liés à la consanguinité est importante pour les populations issues du Maghreb et d'Asie mineure où la consanguinité peut atteindre 25%.

Les techniques de dépistage anténatales sont en plein essor mais posent aussi de nombreux problèmes.

La médecine prédictive porte en elle de nombreux dangers, par les attentes qu'elle suscite (amniocentèse normale signifie-t-elle pour autant enfant normal ?), la confusion entre des données statistiques et la réalité (triple test, gène de susceptibilité au cancer du sein, à l'alcoolisme...).

Il faut différencier :

- La prédiction d'une certitude comme dans la chorée de Huntington, où tout individu porteur de la mutation a une certitude de 100% de développer la maladie.
- L'annonce d'une prédisposition pour une maladie pour laquelle existe un espoir de traitement comme dans le cancer du sein lié à une mutation du gène BRCA1, la femme porteuse du gène n'ayant qu'un risque de 60 à 80% de développer la maladie
- L'annonce d'une susceptibilité à développer la maladie, par exemple dans la maladie d'Alzheimer

Les compagnies d'assurance, les employeurs, les organismes d'embauche, les juristes, les financiers sont évidemment très fortement attentifs et intéressés par ces évolutions qui représentent un marché potentiel phénoménal en terme financiers. Cet intérêt pose évidemment d'énormes problèmes éthiques.

D'après l'exposé "Les maladies génétiques en médecine générale" du Pr Y. GILLEROT, généticien, Cliniques Universitaires St Luc à Bruxelles

Dépistage en stomatologie

L'anamnèse recherchera des douleurs, des paresthésies linguales, des difficultés à s'alimenter. Une otodynie associée au tabac et à une consommation alcoolique même faible est un cancer jusqu'à preuve du contraire.

L'examen de la cavité buccale doit toujours être attentif, surtout s'il existe des facteurs favorisants (tabac, alcool, HPV, antécédents de néoplasie ou irradiation à ce niveau).

L'examen nécessite un bon éclairage et le retrait du dentier.

La langue doit être saisie dans une compresse ou un mouchoir.

Les gencives, le palais et le cavum doivent aussi être inspectés attentivement. Cela n'est pas toujours facile à domicile, d'autant plus que nous ne disposons pas d'écarteurs.

Toute lésion nécessite un palper bi-digital. La biopsie peut aisément être réalisée après anesthésie à la xylocaïne avec

une lame de bistouri 15.

Une langue chargée n'est que le reflet d'une alimentation « faible » entraînant un faible décapage de la muqueuse linguale. Il ne faut pas la confondre avec une mycose.

Il faut rechercher des ulcérations, des zones plus rouges au niveau des muqueuses, des épaississements, des zones blanchâtres à ne pas trop vite étiqueter mycose, une déviation de la luette.

En cas de douleur buccale ou d'ulcération, le Pyralvex® doit être fortement déconseillé car inutile. Il masque par ailleurs les lésions, diminue les plaintes et retarde de ce fait le diagnostic..

Le seul désinfectant utilisable est l'Isobétadine® car le seul à pouvoir être appliqué sur une plaie (la chlorhexidine est cytotoxique !). Il est par ailleurs antibactérien, anti mycosique et antituberculeux tout en ne favorisant aucune résistance.

Les examens complémentaires utiles sont la radiographie panoramique dentaire, permettant de voir les pathologies mandibulaires et le scanner qui est l'examen de choix.

La radiologie standard et l'échographie n'ont aucun intérêt.

D'après l'exposé "Dépistage des lésions cancéreuses précoces de la cavité buccale et de la face" du Dr P. LEJUSTE, chirurgien maxillo-facial au CMSE à Namur

Suivi des patients irradiés au niveau buccal

Chez les patients irradiés, l'inspection de la cavité buccale doit être systématique à chaque consultation.

Le suivi chez le dentiste, très régulier, inclura des gouttières fluorées à appliquer hebdomadairement.

Le risque de récurrence est important, grevé d'une importante mortalité.

La diminution de la vascularisation induite par la radiothérapie est responsable d'un risque important d'ostéonécrose.

D'après l'exposé "Dépistage des lésions cancéreuses précoces de la cavité buccale et de la face" du Dr P. LEJUSTE, chirurgien maxillo-facial au CMSE à Namur

Tendinites: éléments pour le diagnostic

La qualité des tendons s'améliore jusqu'à l'âge de quarante ans pour s'altérer ensuite progressivement. Cela explique que les problèmes tendineux surviennent au-delà de la quarantaine.

Le diagnostic de tendinite est bien souvent un diagnostic de facilité, peu précis, entraînant des traitements aléatoires, porte d'accès à la chronicité et éventuellement à la rupture tendineuse.

Les étiologies sont d'origine :

- mécaniques : mouvements répétitifs en contraction musculaire excentrique, microtraumatismes répétés, frottement du tendon (bandelette de Maissiat)
- endogènes : décompensation tendineuse secondaire à des troubles morphostatiques auparavant bien compensés, facteurs métaboliques (hyperuricémie, déshydratation...)
- exogènes : échauffement insuffisant, changement de rythme au niveau sportif, matériel inadapté...
- iatrogène : quinolones, statines mais aussi isotrétinoïne, corticoïdes même inhalés et anabolisants cachés (poudres hyperprotéinées vendues dans les salles de sport...)

Le diagnostic clinique repose sur :

- la douleur en palpation profonde
- la douleur en contraction isométrique, contrariée
- la douleur en fin d'étirement passif

Par contre, la mobilisation passive de l'articulation n'éveillera jamais de douleur. L'examen clinique recherchera également des crépitations signant une ténosynovite ou des nodules dans le corps du tendon. Ces nodules ne doivent JAMAIS être infiltrés. L'examen complémentaire de choix est l'échographie musculo-tendineuse.

La radiologie dévoilera des calcifications éventuelles.

L'IRM s'effectuera éventuellement en préopératoire ou pour visualiser les lésions inaccessibles à l'échographie, telles celles du muscle sous-épéineux.

D'après l'atelier « Les tendinites-infiltrations » animé par Dr K. HUTSEBAUT, orthopédiste à l'Hôpital Erasme à Bruxelles et Hôpitaux Iris Sud, Site Etterbeek-Ixelles et le Dr Y. GUEUNING, généraliste à Bande.

Tendinites: principes de traitement

Le traitement sera d'abord étiologique.

Le repos tendineux est essentiel.

Le traitement doit lutter contre la douleur et l'inflammation.

La kinésithérapie aura d'abord des visées trophiques et fibrinolytiques grâce aux

ultrasons, aux massages transverses profonds et au travail musculaire isométrique et concentrique.

Ensuite, la kinésithérapie veillera à l'amélioration de la résistance à l'étirement et en dernier lieu à l'amélioration des contraintes à l'étirement par le renforcement des muscles agonistes et le port d'orthèses spécialisées.

Les infiltrations sont indiquées pour les bursites, les ténosynovites et les entésopathies après exclusion des facteurs irritatifs endogènes et exogènes et des facteurs infectieux.

D'après l'atelier « Les tendinites-infiltrations » animé par Dr K. HUTSEBAUT, orthopédiste à l'Hôpital Erasme à Bruxelles et Hôpitaux Iris Sud, Site Etterbeek-Ixelles et le Dr Y. GUEUNING, généraliste à Bande.

Prise en charge de l'enfant obèse

La prise en charge de l'obésité de l'enfant repose sur cinq principes.

- 1) Les données biométriques doivent être suivies et rapportées sur les **tables de percentiles**. Ces données doivent être montrées à l'enfant et ses parents tout en évitant de les culpabiliser.
- 2) Il faut aider l'enfant et ses parents à **reconnaître le problème tout en dédramatisant la situation**. En effet, la manière de s'alimenter touche intimement au fonctionnement de la famille. L'expression par l'enfant des conséquences sociales et scolaires de son poids permettent d'augmenter sa motivation.
- 3) Expliquer le **principe d'équilibre entre les apports et les dépenses énergétiques**. L'éducation alimentaire doit nécessairement s'appuyer sur la pyramide alimentaire
- 4) **Encourager les dépenses physiques** en débutant par des moyens simples : limiter la télévision ou l'ordinateur à une ou deux heures par jour, jouer dehors, encourager les activités de détente familiale (vélo, marche, piscine).
- 5) Donner des **conseils alimentaires** pour une **alimentation équilibrée** en insistant sur leur validité **pour toute la famille**, en intégrant les parents qui doivent montrer l'exemple. Faire prendre conscience que l'enfant n'a pas besoin de manger autant que l'adulte. Cela passe souvent par des compromis propres à la famille.

Une adresse intéressante à consulter :

www.gros.org

D'après l'exposé « La nutrition raisonnée et adaptée de l'enfant et de l'adolescent » de M^{me} L. DIEU, nutritionniste Clinique St Joseph, Mons

Éléments basiques de diététiques...

Un grand principe de base consiste à ne jamais interdire aucun aliment!

Nous vivons dans une société d'abondance et de consommation. L'enfant doit apprendre à gérer progressivement ses ingestats en écoutant ses besoins.

Le repas est un moment social : il se prend en famille, en évitant les conflits et sans télévision allumée.

La durée d'un repas est idéalement de vingt à vingt-cinq minutes. Une collation dure entre cinq et dix minutes.

Beaucoup d'enfants ne déjeunent pas.

On investiguera pour rechercher la cause de cet état de choses : lever difficile ? heures de sommeil insuffisantes ? mallette non prête ? habitude familiale ? ou manque d'appétit au lever ? Dans ce dernier cas, on peut suggérer d'emporter son petit déjeuner avec soi pour le consommer plus tard.

Les enfants obèses sont systématiquement de grands mangeurs de viandes qui délaissent les légumes et les féculents.

On peut conseiller à la maman de partir de ce que l'enfant aime comme légumes et d'élargir progressivement le choix.

La présentation sera variée : soupes, dips, gratin, ratatouilles, éventuellement mixées, les associations avec les viandes préférées, de la sauce blanche allégée ou de la sauce tomate.

D'après l'exposé « La nutrition raisonnée et adaptée de l'enfant et de l'adolescent » de M^{me} L. DIEU, nutritionniste Clinique St Joseph, Mons