

Nouvelles des Congrès

par le Dr Patricia Eeckeleers • Médecine générale • 5590 Leignon

Semaine à l'étranger

Agadir, du 26 avril au 3 mai 2008

Conseils aux sportifs de 40 ans et plus

La reprise du sport nécessite un examen d'aptitude complet avant toute délivrance du certificat de non contre-indication.

Cet examen doit permettre de quantifier les risques du sport et nécessitera souvent une épreuve d'effort.

Il faut souligner que les lésions sportives sont rares chez les sportifs professionnels de haut niveau par rapport à leur fréquence chez les sportifs amateurs de plus de 40 ans.

Celles-ci résultent d'une sollicitation sportive importante qui se surajoute bien souvent à des surcharges liées à la profession exercée et/ou aux autres activités de loisirs (bricolage; jardinage...). Il faut insister sur l'entraînement progressif précédé d'un échauffement sérieux et d'exercices d'étirement après la période d'échauffement et l'activité pour éviter les pathologies tendino-musculaires nettement plus fréquentes à partir de cet âge.

Les efforts doivent être dynamiques et rester dans la zone aérobie.

Leur fréquence optimale est de trois fois par semaine pour une durée de 20-25 minutes en sachant que la lipolyse ne commence qu'à partir de 40-45 minutes. L'intensité maximale de l'activité doit permettre de parler pendant l'effort.

En termes de fréquence cardiaque, ceci correspond à: la FC au repos + 50 % [(FC max-FC au repos), la fréquence cardiaque maximale étant égale à 220-âge en années].

D'après l'exposé « Les lésions les plus courantes chez le sportif amateur » du Pr J-M CRIELAARD, CHU Liège

Arthropathie acromioclaviculaire

L'arthropathie acromioclaviculaire est fréquente lors de la pratique de sports de raquette, du golf et des sports de ballon. Elle survient typiquement lors des mouve-

ments de service (rétropulsion suivie d'adduction et élévation antérieure). Elle peut se manifester par des trapézialgies atypiques. Le diagnostic se fait par la clinique (douleur lors de l'adduction forcée) et sera confirmé par la radiographie centrée sur l'acromioclaviculaire. Le traitement consiste en AINS, rééducation en rétropulsion des épaules et infiltration intra articulaire de l'articulation.

D'après l'exposé « Les lésions les plus courantes chez le sportif amateur » du Pr J-M CRIELAARD, CHU Liège

Le coude du sportif

Le coude est une articulation à risque: les épicondylalgies sont fréquentes surtout lors de la pratique du tennis associée aux activités de sport ou professionnelles surchargeant le coude.

Ces épicondylalgies sont principalement liées à une pratique intensive, du matériel défectueux et/ou à des erreurs techniques. Lors d'épicondylalgies chroniques, il faut d'abord vérifier qu'il ne s'agit pas en réalité d'une atteinte intra-articulaire, d'une lésion canalaire du nerf radial ou d'une douleur projetée.

Si l'épicondylalgie est récente (moins de quatre mois), en plus de la correction des erreurs techniques ou matérielles, un repos de minimum un mois est impératif (repos sportif et éventuellement professionnel). Les AINS et les infiltrations corticoïdes sont classiquement prescrits.

Les bracelets ou contentions adhésives sont utiles.

Le traitement physiothérapeutique consistera en cryothérapie, ultrasons, massages transverses profonds suivis d'étirements myo-aponévrotiques.

Il est indispensable, pour éviter les récives de poursuivre après la guérison par des exercices de tonifications contre résistance isocinétique, poignet fléchi.

Le traitement médical et kinésithérapeutique doit être repris. Les ondes de choc extra corporelles peuvent être utilisées mais sont très douloureuses. Une orthèse amovible sera prescrite.

Dans les cas résistants, la désinsertion chirurgicale peut être envisagée mais elle nécessite une immobilisation plâtrée de trois semaines et un repos total (sportif et professionnel) de quatre mois.

D'après l'exposé « Les lésions les plus courantes chez le sportif amateur » du Pr J-M CRIELAARD, CHU Liège

Suivi de la RCUH et de la maladie Crohn: flashes

Le suivi et la prise en charge des maladies inflammatoires du tube digestif (BID ou bold intestinal disease) peuvent être réalisés en médecine générale en collaboration avec le gastro-entérologue.

En cas de diarrhée trainante, avant toute mise au point, la coproculture reste la règle. Les infections à campylobacter (transmises par le poulet) sont fréquentes. Dans ce cas, les quinolones sont à éviter car elles sont déjà utilisées à grande échelle dans les élevages de poulet.

Des facteurs environnementaux et un facteur génétique de susceptibilité sont nettement présents dans les maladies inflammatoires du tube digestif.

Le tabagisme a un effet délétère dans la maladie de Crohn au contraire de la RCUH, pour laquelle il semble avoir un effet protecteur.

Les patches de nicotine n'ont cependant pas démontré d'efficacité.

Il est formellement contre-indiqué de prescrire un AINS en cas d'entérite ou de colite, d'autant plus qu'il s'agit d'une maladie inflammatoire du tube digestif: le risque de perforation est très important.

L'association de BID et de plaintes rhumatologiques nécessite la prescription de salazopyrine pour son action anti inflammatoire également efficace sur les plaintes articulaires. La salazopyrine pourrait aussi avoir une action protectrice contre la cancérisation.

Les complications des corticoïdes pres-

crits au long cours sont l'ostéopénie et la cataracte. Il est conseillé de réaliser une densitométrie osseuse avant traitement et de suivre régulièrement les crosslabs sériques.

Les patients sous Imuran® présentent tous une macrocytose discrète avec leucopénie et neutropénie relative, ce qui permet de vérifier l'observance thérapeutique.

Le traitement par Imuran® nécessite un suivi régulier de l'hématologie, de la fonction hépatique et des enzymes pancréatiques. Les réactions idiosyncrasiques sont rares mais obligent à l'arrêt définitif du traitement. L'Imuran® n'a aucune action tératogène et permet donc les grossesses, du moins en période de rémission.

Par contre, le traitement par anti-TNF est formellement contre-indiqué pendant la grossesse et devra être idéalement prescrit au début du traitement des BID survenant à l'adolescence afin de permettre une rémission complète avant toute conception.

La chirurgie est réservée aux complications, souvent aiguës et au cancer secondaire. Celui-ci est d'autant plus fréquent que l'évolution de la maladie est longue et le suivi du traitement aléatoire.

Le risque de cancérisation d'une RCUH est multiplié par 19 en cas de non-observance thérapeutique.

D'après l'atelier «Les maladies inflammatoires du tube digestif» animé par le Pr M. MELANGE, gastro-entérologue aux Cliniques Universitaires de Mont-Godinne, le Dr A. GERMAY, généraliste à Houyet et le Dr P. VAN BELLE, généraliste à Kraainem

Escalade thérapeutique des BID

Le traitement fera d'abord appel à la 5 ASA à la dose de 4 grammes en traitement d'attaque et 3 grammes en chronique. Le choix de la galénique se fera en fonction de l'endroit de l'atteinte: Pentasa® en cas d'atteinte proximale (jéjunum), Colitofalk® en cas d'atteinte colique ou rectale.

En raison de leur biodisponibilité imprécise, les génériques sont à déconseiller dans cette situation.

L'escalade thérapeutique passera d'abord par les corticoïdes: le budesonide (3 mg x 2/j) en cas d'atteinte modérée et le Medrol® à la dose de 1 mg/kg lors des poussées. L'Imuran® constitue l'étape suivante à la dose de 2,5 mg/kg en se méfiant de l'idiosyncrasie et en surveillant les paramètres biologiques.

Le ledertrexate à la dose de 25 mg en intramusculaire est une alternative en cas d'intolérance.

Les anti-TNF seront prescrits en dernier recours avant la chirurgie: Remicade® en perfusion ou Humira® en voie sous-cutanée.

D'après l'atelier «Les maladies inflammatoires du tube digestif» animé par le Pr M. MELANGE, gastro-entérologue aux Cliniques Universitaires de Mont-Godinne, le Dr A. GERMAY, généraliste à Houyet et le Dr P. VAN BELLE, généraliste à Kraainem

Conflit sous acromial

Dans les conflits sous-acromiaux de l'épaule, le traitement conservateur consistera en AINS, myorelaxants, antalgiques, kinésithérapie (décoaptation de la tête humérale et travail des abaisseurs de l'épaule) associés à maximum 3 infiltrations intra articulaires de corticoïdes. En cas d'échec, un traitement chirurgical pourra être envisagé. Il s'agira soit d'une acromioplastie soit d'une résection de la bourse séreuse sous-acromiale associée éventuellement à la section du ligament coraco-acromial. Mais toute intervention à ce niveau imposera un repos strict du bras en écharpe avec mobilisation à la salle de réveil. AINS, myorelaxants et antalgiques seront prescrits à dose efficace car la douleur est importante pendant 3 à 6 semaines. Le travail ne sera permis qu'après 3 semaines à la condition qu'il soit léger et salarié...

D'après l'exposé «Traitements des pathologies de l'épaule» du Dr K HUTSEBAUT, orthopédiste à l'Hôpital Erasme et réseau IRIS Sud à Bruxelles

Rupture de la coiffe des rotateurs

Les ruptures de la coiffe des rotateurs sont d'origine traumatique ou dégénérative. La décision chirurgicale dépend de la douleur, de la perte fonctionnelle, de l'état général et de la trophicité musculaire. Mais si la décision chirurgicale est prise, la suture devra intervenir rapidement. La période postopératoire est très importante: le bras devra rester en abduction pendant environ six semaines. La douleur persistera environ trois mois. La force musculaire ne sera récupérée qu'après un minimum de six mois. L'efficacité de la suture au-delà de 65 ans n'est pas bonne: la guérison n'est obtenue que dans 43% des cas. Le traitement conservateur s'attachera à renforcer les muscles agonistes et les abaisseurs de l'épaule.

D'après l'exposé «Traitements des pathologies de l'épaule» du Dr K HUTSEBAUT, orthopédiste à l'Hôpital Erasme et réseau IRIS Sud à Bruxelles

Épaule hyperalgique

L'épaule hyperalgique correspond à une souffrance des muscles (essentiellement le sus-épineux) de la coiffe sur fragmentation de calcifications. L'épaule est pseudo-paralytique et parfois inflammatoire.

Contrairement à la pensée commune, les calcifications ont la consistance de dentifrice séché et peuvent disparaître spontanément. Le traitement est conservateur: antidouleurs, infiltrations de corticoïdes et Milking ou aspiration-trituration.

Il s'agit d'une méthode réalisée par les radiologues. Douleuruse, celle-ci consiste à aspirer les calcifications en terminant par l'injection d'un corticoïde associé à un anesthésique. Selon les études, les patients restent ravis à 1 an de l'épisode. La chirurgie est réservée aux calcifications trop importantes ou persistantes. Celle-ci consiste soit en une chirurgie classique de conflit sous acromial soit en un simple nettoyage par arthroscopie.

D'après l'exposé «Traitements des pathologies de l'épaule» du Dr K HUTSEBAUT, orthopédiste à l'Hôpital Erasme et réseau IRIS Sud à Bruxelles

Notion de fragilité

La longévité des femmes est supérieure d'environ 10 ans à celle des hommes. Par contre, elles subissent une perte d'autonomie nettement plus précoce et importante. En prévention primaire, le maintien d'une activité physique régulière et la préservation des capacités d'équilibre, via des cours de Tai-chi par exemple, sont fondamentaux.

Plus on avance en âge, plus les patients présentent des pathologies multiples avec une perte d'autonomie d'autant plus importante que ces pathologies sont plus nombreuses.

Quels sont les problèmes liés à l'âge?

La capacité fonctionnelle diminue physiologiquement après 30 ans, par la perte musculaire et la perte d'équilibre. Or, après un accident aigu, la récupération est d'autant plus difficile que les co-morbidités sont importantes et/ou que la prise en charge de l'incident aigu est tardive.

Les co-morbidités et les poly-médications sont importantes. À cela se surajoutent comme facteurs aggravant les problèmes sociaux et psychologiques.

D'après l'exposé «L'approche du patient gériatrique» du Pr G KENNES, immuno-allergologue et gériatre, CHU Charleroi

Omarthrose : quand la chirurgie s'impose

L'omarthrose est centrée ou excentrée. Cet aspect est important à connaître pour déterminer le type d'intervention et de prothèse.

Si on ne retrouve qu'une limitation des mouvements en rotation interne et externe avec des tests de coiffe négatifs, il est probable qu'elle est centrée, ce qui simplifiera la procédure chirurgicale. En effet, si l'omarthrose est excentrée, elle s'accompagne d'une rupture de coiffe, empêchant une bonne stabilité des prothèses anatomiques. Il faut alors envisager une prothèse de type inversé.

La décision chirurgicale et le type d'acte chirurgical dépendent fortement de l'état de la coiffe des rotateurs et du capital osseux. En préopératoire, le bilan d'imagerie comportera

1. des radiographies de l'épaule sous cinq incidences (face, profil, rotations)
2. une RMN de l'épaule pour contrôler l'état de la coiffe
3. la recherche drastique d'un foyer infectieux (dents, infection urinaire) qui grèverait le pronostic.
4. une EMG pour éliminer une interférence avec une pathologie neuromusculaire
5. une densitométrie osseuse éventuelle.

La qualité et la précocité de la kinésithérapie sont responsables de 50% de la récupération. Il s'agit donc de trouver avant l'intervention un kinésithérapeute expérimenté dans ce type de pathologie. La douleur post opératoire est importante et imposera un bloc scalénique et une pompe à morphine les premiers jours. Le résultat fonctionnel maximum est en général atteint après un an.

D'après l'exposé « Traitements des pathologies de l'épaule » du Dr K HUTSEBAUT, orthopédiste à l'Hôpital Erasme et réseau IRIS Sud à Bruxelles

Traitement de l'entorse de la cheville

Une entorse de stade 1 correspond à une atteinte isolée du faisceau antérieur du ligament latéral externe.

Un stade 2 signe une atteinte des faisceaux antérieur et moyen.

Le stade 3 se traduit par une atteinte des trois faisceaux.

Le taping s'adresse exclusivement aux stades 1 et 2.

Le diagnostic différentiel entre les trois stades de l'entorse de cheville s'appuie sur cinq critères :

- la cinétique de l'accident (vitesse, hau-

teur, violence de la chute).

- l'évolution de l'intensité douloureuse en 24h. Une douleur importante syncopale suivie d'un amendement partiel de la douleur signe une entorse grave. L'entorse légère ou moyenne provoque une douleur modérée à importante suivi de son amendement partiel puis d'une augmentation de celle-ci ;
- l'importance et la rapidité de l'œdème ;
- l'hématome diffus ou localisé ;
- la douleur éventuelle à l'appui révélant une entorse grave.

En cas de consultation pour douleur ou instabilité chronique, l'examen clinique prendra en considération :

- la comparaison avec le coté controlatéral de l'éversion, inversion, extension et dorsiflexion du pied (jambe pliée) ;
- la recherche des péroniers latéraux (luxation?) ;
- recherche du sinus du tarse (syndrome du sinus du tarse?).

Le traitement consistera en deux taping laissés en place à chaque fois pendant une semaine suivis de deux semaines de kiné proprioceptive (= augmentation de la boucle réflexe de la proprioception sur les péroniers latéraux) qui ne peut être réalisée que si la cheville est indolore et assez mobile

D'après l'atelier « Taping de la cheville » animé par le Pr J-M CRIELAARD CHU de Liège et le Dr J LAMBERT, généraliste à Saint Denis.

Quand le patient nécessite un conseil génétique

Le conseil génétique donné par un généticien est une consultation au cours de laquelle le patient reçoit toutes les informations génétiques sur l'affection dont lui ou un des membres de sa famille souffre. Cette consultation est l'aboutissement de toute une recherche anamnétique, clinique et génétique qui n'est pas toujours simple.

Pour le patient lui-même, les implications sont importantes car elles engagent son avenir et celui de sa descendance. La charge émotionnelle n'est donc pas à négliger.

En tant que médecin de famille, par la connaissance que nous avons du patient, de sa famille proche et éventuellement plus lointaine, nous sommes idéalement placés pour penser à la génétique dans de nombreuses maladies fréquentes tels l'hypercholestérolémie familiale, l'hémochromatose, les cancers du sein et du colon. Nous pouvons suggérer une demande de conseil génétique, que le patient est toujours libre de refuser. De plus, nous pou-

vons dépister les situations à risque comme la consanguinité assez fréquente dans les populations maghrébines et turques (maladies métaboliques fréquentes). Et in fine, ce sera aussi à nous de prendre en charge le suivi médical des patients porteurs de l'anomalie génétique décelée.

Un arbre généalogique reprenant les membres de la famille atteints en essayant de remonter le plus haut dans le temps est la première étape.

En cas de consanguinité, le risque d'avoir un enfant avec un problème génétique est théoriquement de 6,5 %, en réalité de 4,5 % car il y a souvent un problème d'hypofertilité. S'il y a grossesse, nous pouvons conseiller une échographie morphologique réalisée par un échographe expérimenté et une ponction trophoblastique recherchant essentiellement la trisomie 21, la mucoviscidose, la recherche d'un X fragile et le gène SNV codant pour la maladie de Wernich-Hoffman (maladie neuro-dégénérative type poliomyélite génétique) dont 1/30 de la population est porteur.

D'après l'atelier intitulé « Conseil génétique et médecine générale » animé par le Dr Y. GILLEROT et par les Drs C. JENTGES, généraliste, à Esch-sur-Alzette (GD de Luxembourg) et F. BAIVIER, généraliste à Montignies-sur-Sambre

Cholestérol et génétique

L'hypercholestérolémie familiale est une maladie autosomique dominante, qui concerne 5% de toutes les hypercholestérolémies.

Le coût de la recherche génétique est élevé mais les implications sont importantes pour le patient et sa descendance. En effet, la prise en charge intensive de cette dernière devra être faite précocement.

Il faudra y penser en cas d'antécédents familiaux chargés, d'un taux de LDL cholestérol supérieur à 190 mg/dl, de xanthomes tendineux, d'arc cornéen.

Un bon signe également est l'épaississement du tendon achilléen (mesuré à mi hauteur de son insertion inférieure et de son insertion musculaire).

D'après l'atelier « Conseil génétique et médecine générale » animé par le Dr Y. GILLEROT et par les Drs C. JENTGES, généraliste, de Esch-sur-Alzette (GD de Luxembourg) et F. BAIVIER, généraliste, de Montignies-sur-Sambre

Hémochromatose

L'hémochromatose est la maladie autosomique récessive la plus fréquente avec 10 % de la population hétérozygote. Tous les patients homozygotes (1/200) ne sont pas atteints par la maladie, ce qui suggère qu'il s'agit plutôt d'un gène de susceptibilité.

La présence du gène sera suspectée par une saturation en fer élevée, la ferritine n'étant franchement pathologique que chez le patient atteint par la maladie. Dans ce cas, l'altération des tests hépatiques est constante.

En cas de patient atteint d'hémochromatose, la recherche génétique se fera dans la fratrie.

Par contre, la faible pénétrance ne le justifie pas chez les enfants. Le dépistage ne sera dans ce cas réalisé que si le dosage de la saturation en fer est pathologique.

D'après l'atelier « Conseil génétique et médecine générale » animé par le Dr Y. GILLEROT et par les Drs C. JENTGES, généraliste, de Esch-sur-Alzette (GD de Luxembourg) et F. BAIIVIER, généraliste, de Montignies-sur-Sambre

2009 : dépistage du cancer côlorectal

Le dépistage du cancer côlorectal représente un défi majeur de santé publique.

En effet le cancer côlorectal constitue la deuxième cause de mortalité chez la femme et la troisième cause chez l'homme. Dans la plupart des cas, le point de départ est un polype adénomateux qui devient invasif en environ dix ans.

La mortalité globale moyenne reste de 50 %. Or l'exérèse d'une tumeur au stade précoce donne une survie à 5 ans de plus de 90 %. Par contre, en cas de métastase, la survie tombe à moins de 10 % à 5 ans. Quelle technique de dépistage faut-il employer ?

La technique la plus connue et la moins couteuse reste l'HEMOCULT II. Ce test s'il n'a qu'une sensibilité de 50 % (un hémocult positif sur deux révèle réellement une pathologie) présente cependant une spécificité élevée à 99 %. La moyenne de positivité est de 2 %.

Il est le seul examen validé de dépistage par l'Union Européenne dans la population tout-venant entre 50 et 74 ans. Le but du dépistage est de diminuer la mortalité de plus de 15 %.

Le gold standard reste la colonoscopie totale mais l'observance est très faible (moins de 20 %), cet examen n'est pas dénué de risque et le budget à lui allouer est élevé. Dans les pays réalisant le dépistage par cette voie la réduction de mortalité obtenue n'est pas supérieure à 6 %. Ceci est à comparer aux méta-ana-

lyses prouvant une réduction de près de 30 % par le dépistage de masse par HEMOCULT II.

Suite à l'étude du KCE, la Communauté française a décidé de mettre en place un programme de dépistage systématique dès le 1/1/2009. Elle ciblera toute la population de la Communauté française et impliquera les médecins généralistes.

En effet, les études ont clairement démontré que la participation des médecins de famille était le meilleur facteur prédictif. Le médecin de famille triera ses patients en trois catégories : pas à risques, risque personnel ou familial, population à dépister (50-74 ans). Un HEMOCULT II sera réalisé tous les deux ans. En cas de résultat positif, une colonoscopie totale sera réalisée. Par contre, en cas d'anamnèse révélant des antécédents personnels de polypes ou néoplasie colique, la colonoscopie sera d'emblée réalisée. En général, chez les enfants d'un patient atteint de néoplasie colique, on commencera les colonoscopies 10 ans avant l'âge d'apparition du cancer chez le patient atteint.

D'après l'exposé « Actualités et perspectives d'avenir dans les cancers digestifs » du Pr M. MELANGE des Cliniques Universitaires de Mont Godinne à Yvoir

Lésions cutanées paranéoplasiques

Les syndromes paranéoplasiques cutanés sont rares mais pathognomoniques.

Ces lésions ne correspondent nullement à des métastases cutanées, les biopsies restant d'ailleurs négatives.

Leur évolution suit celle de la tumeur : si celle-ci disparaît, les lésions cutanées disparaissent parallèlement.

Ces lésions ne sont pas à négliger car elles signent souvent une néoplasie profonde.

L'**acanthosis nigricans** après 50 ans, traduit quasi systématiquement un adénocarcinome gastrique, d'autant plus si les lèvres et la langue sont papillomateuses.

L'**hypertrichose lanugineuse acquise** (apparition rapide en moins d'un mois de longs poils sur tout le corps) souvent associée à de l'érythème et une papillomatose de la muqueuse buccale doit faire suspecter un cancer profond (vessie, poumon, voies biliaires, lymphome)

La **dermatopolymyosite** (érythème et œdème des paupières et de la région sous unguéale associés à de la parésie proximale) est le signe dans 32 % des cas d'un cancer profond (ovaires, poumon, digestif)

L'**acrokératose paranéoplasique de Bassey** (lésions érythémato-squameuses des extrémités, du pourtour de l'oreille et de l'arête nasale) signe un cancer des voies respiratoires supérieures.

L'**ichtyose acquise** (brutale, générale et très importante) est le marqueur d'un cancer profond de type pulmonaire, mammaire, du col utérin ou une maladie de Hodgkin.

D'après l'exposé "Syndromes cutanés paranéoplasiques" du Dr. J. DECROIX, dermatologue à Mouscron