

Congrès internationaux

par le Dr Elide Montesi, médecin généraliste, 5060 Sambreville

7^{es} Journées nationales de médecine générale

Paris, les 3 et 4 octobre 2008

Une septième édition des Journées nationales de médecine générale s'est tenue ce début octobre au quartier de la Défense à Paris. Plusieurs centaines de participants se bousculaient aux 40 sessions et ateliers (dont plusieurs affichaient complet) sur les thématiques diverses et variées rencontrées en médecine générale. Cette année, pour la première fois les JNMG intégraient en plus dans leur programme Gynecologia MG.

Ces patients si fatigués

Ils ou elles consultent souvent pour des motifs aussi variables que multiples, sans que ni eux ni nous comprenions in fine pourquoi ils sont venus ni ce qu'ils attendent vraiment. Ils ou elles sortent de la consultation en nous laissant aussi insatisfaits qu'eux-mêmes. Ils ou elles mettent en permanence en échec notre démarche intellectuelle, notre sens de la finitude et notre désir d'aider. Leurs symptômes sont le plus souvent inexplicables, leurs traitements mal tolérés, leurs demandes d'explications réitérées et nos réponses jamais acceptées. D'après les études qui s'y intéressent, chaque généraliste en aurait au moins huit dans sa patientèle.

Ils ou elles sont les *frequent attenders* (FA), les adeptes des consultations répétées, ceux que nous appréhendons de rencontrer parce qu'on dirait qu'ils refusent d'aller mieux. Ils, souvent elles deux fois sur trois, ont plus de 40 ans, sont déprimés 4 fois sur 10, sont des personnes solitaires. Chronophages et énergivores, ces FA peuvent devenir « heartsicking » : ils nous donnent la nausée. Il en existe deux sortes : ceux qui consultent en rafale entre deux éclipses et ceux qui viennent régulièrement. Les consultations sont caractérisées par une grande passivité : personne ne cherche à sortir de la situation et aucun projet thérapeutique n'est plus élaboré.

On peut classer ces patients en huit groupes : les rationnels à l'affût de réponses à leurs questions, les désinformés, les patients aux problèmes in-

avouables (secrets), les troubles mentaux, les demandeurs de médicaments, les solitaires dépendants du médecin, les bien portant soucieux, et ceux qui ne veulent pas aller mieux. Si l'on considère qu'il existe dans une consultation trois dimensions : biomédicale, psychosociale et relationnelle, on peut dire que les *frequent attenders* ont des problèmes à la fois biomédicaux, psychosociaux et relationnels avec le médecin.

Pourquoi des études s'y intéressent-elles ? Parce que 3 % d'entre eux constituent 15 % de nos consultations, qu'ils reçoivent cinq fois plus de prescriptions et sont référés cinq fois plus vers les soins de seconde ligne sans que leur état ne s'améliore.

Cependant des solutions existent. Tout d'abord il semble que les interventions médicales à l'origine de la somatisation sont davantage proposées par les médecins qu'exigées par les patients. Ne fabriquerions-nous pas nous-mêmes nos « enquiquineurs » ? Le MG supporte 6 secondes de silence or il en faut au moins 15 pour que le patient livre des propos importants pour lui. Deux minutes sont nécessaires pour que le patient exprime le motif de sa consultation. Lui accorder ces délais de silence et de parole pourrait nous permettre de mieux entendre ce que le patient a à nous dire. Certains préconisent des consultations types, d'autres des recommandations relationnelles : il n'y a pas de recette toute faite (l'humour, le renvoi au patient, l'écoute, bien sûr). N'ayons pas peur d'anticiper les questions chez les patients questionneurs, tendons les perches pour susciter l'aveu d'un secret inavouable tout en tenant compte du fait que le patient peut avoir besoin de temps pour digérer la suggestion. Situer le problème non pas chez le malade mais dans la relation que l'on a avec lui, oser se remettre en question, parler avec d'autres et aussi avec le patient des difficultés que nous éprouvons à le gérer sont des attitudes susceptibles de débloquent une situation difficile comme le conseillait déjà un certain Dr Balint il y a plusieurs décennies.

D'après l'exposé des Dr M-A PUEL et M JARRY, généralistes, (Société Balint France)

Cancer de l'endomètre

Le cancer de l'endomètre a une incidence faible (13.6/100 000). Sa mortalité est liée au diagnostic généralement tardif. Le type le plus fréquent est l'adénocarcinome endométrioïde. Les facteurs de risque de cancer de l'endomètre sont ceux qui augmentent l'imprégnation œstrogénique.

On sera attentif chez les femmes ayant eu une puberté précoce et/ou une ménopause tardive, celles ayant souffert d'anovulation ainsi que les femmes obèses. Rappelons aussi le risque que constitue une œstrogénothérapie de substitution isolée. La parité, la contraception hormonale sont des facteurs limitant le risque. Le tabagisme aurait aussi un effet protecteur...

L'obésité sévère triple le risque de cancer endométrial : l'augmentation de risque se fait par unité de BMI. Un régime méditerranéen réduit de 10 %, le risque de cancérisation de l'endomètre. **L'exercice physique a un effet protecteur indépendamment de son effet sur le poids.**

La prévention passe donc par la lutte contre la sédentarité. Les femmes plus à risque de cancer endométrial bénéficient ainsi de mesures hygiéno-diététiques. La contraception a également un effet favorable. Si l'effet de la contraception hormonale est directement compréhensible, on s'explique moins le rôle protecteur d'un DIU. Le stérilet est en effet connu comme vecteur potentiel d'infection et d'inflammation et ces conditions seraient plus propices à une dégénérescence. Le diagnostic précoce diminue la mortalité de ce cancer. La survie d'un cancer endométrial au stade I est de 100 %. **Toute métrorragie postménopausique est suspecte et nécessite une mise au point.** La question doit être posée aux patientes même si elles n'en parlent pas spontanément. Une échographie doit être demandée dans cette situation. La spécificité de l'échographie est de 55 %. Une épaisseur endométriale supérieure à 5 mm à l'échographie (ne pas se contenter d'une description qualitative...) justifie une hystéroscopie. Le diagnostic histologique est essentiel et incontournable. En présence

d'une hyperplasie endométriale avec des atypies de Kurman, il existe 30 % de risque de cancérisation. La prise en charge thérapeutique s'impose.

Les femmes porteuses de mutations génétiques (HNPCC) sont à très haut risque. L'avenir du dépistage chez ces femmes passe par le dosage des marqueurs biochimiques et génétiques. Il n'y a pas de preuve cependant pour ce groupe de patientes que l'hystérectomie soit supérieure à une surveillance rapprochée.

D'après l'exposé du Dr BOUBLI, gynécologue, Toulouse

Cancer de l'ovaire

L'incidence du cancer de l'ovaire est faible mais sa mortalité est très élevée chez les femmes jeunes. Et la mortalité dépend du stade du diagnostic. Les chances de survie sont de 85 à 95 % pour un cancer ovarien diagnostiqué au stade I. Le risque est lié à la vie de reproduction. La diminution des ovulations réduit le risque. La parité, la puberté tardive, la ménopause précoce sont des situations protectrices. La contraception œstroprogestative a un effet protecteur vis-à-vis du cancer de l'ovaire. Elle diminue le risque de moitié dans une population à risque faible. L'effet protecteur est lié à la dose et à la durée. On sera attentif par contre en cas d'endométriose, d'obésité, et aussi aux patientes consommant peu de légumes verts. Des études ont testé l'effet protecteur de la vit A, la vit D, des AINS (aspirine) et du paracétamol mais sans résultat véritablement significatif. Le dépistage est encore un vœu pieu. Les marqueurs humoraux habituels sont trop peu spécifiques. L'avenir réside

dans les biomarqueurs spécifiques à haute valeur prédictive positive.

Certaines patientes ont un risque familial identifié (mutation BRCA2 et 1, syndrome de Lynch). En cas d'antécédent familial de cancers du sein (surtout si bilatéral) ou de l'endomètre, un bilan s'avère nécessaire à la recherche de mutations génétiques.

L'annexectomie totale bilatérale chez les patientes à haut risque est le geste préventif de choix chez les patientes à très haut risque. Ce geste chirurgical est d'autant plus efficace qu'il est précoce. On diminue de la sorte le risque de cancer du sein et de l'ovaire. Mais il pose un problème éthique actuellement avec les maternités de plus en plus tardives.

Le syndrome de Lynch ne justifie pas d'annexectomie sauf si une hystérectomie s'avère nécessaire.

D'après l'exposé du Dr BOUBLI, gynécologue, Toulouse

Pensons au HIV si...

En dehors des situations connues comme à risque bien défini pour demander une sérologie HIV, quelques contextes cliniques relativement fréquents en médecine générale justifieraient d'y penser dans le diagnostic différentiel.

- 1) Des symptômes de fièvre, adénopathies généralisées, pharyngite accompagnés d'une éruption maculopapuleuse (fréquentes chez les enfants, ce type d'éruption n'est pas banal chez un adulte), ou d'un syndrome méningé, de diarrhée avec une altération de l'état général peuvent être la manifestation d'une primo-infection par le HIV.
- 2) Un zona sévère chez un patient jeune (< 60 ans)

3) Les condylomes acuminés : en tant que MST, ils justifient d'en rechercher d'autres dont le HIV.

4) Les candidoses buccales : fréquentes chez le jeune enfant (muguet), elles ne se rencontrent chez l'adulte que dans certaines situations (diabète, éthyliisme, antibiothérapie à large spectre, corticoïdes inhalés... et HIV);

5) Les candidoses vaginales récidivantes : la récurrence est plus fréquente chez les patients séropositifs, pensons-y;

6) Les crises d'épilepsie chez les patients non connus comme épileptiques justifient une imagerie cérébrale mais aussi une sérologie HIV;

7) Les paralysies faciales à scanner normal ne doivent pas être étiquetées trop vite d'a frigore et méritent une sérologie, surtout si elles accompagnent un syndrome grippal sévère comme cité plus haut;

8) Les diarrhées traînantes, récurrentes avec altération de l'état général et même si le germe est connu;

9) Les pneumopathies sévères dyspnéiques : penser à la pneumocystose ou au pneumocoque, germes opportunistes dans l'infection par HIV;

10) Les altérations de l'état général avec ou sans amaigrissement doivent faire rechercher le HIV;

11) La tuberculose est très souvent associée au HIV (surtout chez les patients originaire d'Afrique centrale);

12) Une leucoplasie chevelue de la langue est fortement évocatrice d'une contamination HIV;

13) Les lésions du syndrome de Kaposi sont quasi pathognomoniques.

D'après l'exposé des Dr JP AUBERT, généraliste, S LARIVEN, infectiologue et P SANTANA, généraliste, Paris