

Journée SSMG

par le Dr Elide Montesi, médecin généraliste, 5060 Sambreville

Quand il faut choisir...

Liège, 29 novembre 2008

Plaque carotidienne : critères d'indication chirurgicale

Le traitement direct de la plaque carotidienne a pour objectif de réduire le risque d'AVC ipsilatéral. L'athéro-embolie est la cause principale d'AVC dans la maladie carotidienne par rapport à la diminution du flux vasculaire. Le traitement de base est d'abord médical : stabilisation de la plaque et traitement des facteurs de risque cardio-vasculaire. Selon de larges études randomisées, par rapport au traitement médical optimal, l'endarterectomie carotidienne montre le bénéfice le plus évident pour les sténoses de la carotide interne de 70 à 99 % récemment symptomatiques. La réduction du nombre d'AVC ipsilatéral à 5 ans est de 15.9 % (NNT = 6 patients). Si l'on considère les AVC avec séquelles ou décès, le NNT est de 14 patients. L'effet protecteur de la chirurgie dans ce cas n'est significatif que pour les sténoses symptomatiques de 80 à 99 %. Le bénéfice de la chirurgie est moins évident pour les sténoses carotidiennes de 50 à 69 % (NNT = 22).

En ce qui concerne les lésions carotidiennes asymptomatiques, elles ont une évolution bénignes si traitées médicalement.

Il existe actuellement un consensus préconisant d'opérer les patients asymptomatiques de risque chirurgical acceptable pour les sténoses de 80 % ou plus et de traiter médicalement les patients avec sténoses asymptomatiques inférieures à 80 %.

En dehors du degré de sténose et des symptômes, les autres critères sont :

- le délai par rapport à l'AVC (bénéfice majoré dans les premières semaines suivant l'AVC pour autant qu'il n'y ait pas de lésion cérébrale avec rupture de la barrière hématoencéphalique) ;
- le sexe : l'homme tire un plus grand bénéfice de la chirurgie que la femme qui présente quant à elle un risque opératoire majoré et dont le risque d'AVC est moins important sous traitement médical ;

- la sévérité de la sténose n'influence pas le risque périopératoire d'AVC ou de décès ;
- la morphologie de la plaque : si ulcérée, risque majeur d'AVC donc bénéfice accru de la chirurgie ;
- les AIT répétés ;
- la thrombose de la carotide interne hétérolatérale, le bénéfice chirurgical est multiplié par deux ;
- l'âge : 1/3 des AVC chez le vieillard entraîne des séquelles. Sténose de 70 à 99 % : NNT = 3 patients après 75 ans, NNT = 10 patients avant 60 ans.

D'après l'exposé du Dr CREEMERS, chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, CHU Sart Tilman, Liège

Plaque carotidienne : stenting ou endarteriectomie ?

Le danger de la plaque carotidienne est son risque emboligène. Les dilatations stentings sont par essence emboligènes. La chirurgie entraîne moins (9 %) de micro embolies ipsilatérales silencieuses. Le nombre de micro athéromes détachés lors de la chirurgie est huit fois moins important que lors de la pose d'un stent. Contrairement à la chirurgie, les résultats du stenting carotidien sont fonction de l'âge du patient, de la sévérité de la sténose et de l'instabilité de la plaque. Le KCE a conclu à la non supériorité du stenting carotidien par rapport à la chirurgie, pour un coût plus élevé. Toujours selon le KCE, le stenting carotidien est une technique expérimentale à réaliser dans le cadre d'études randomisées.

Le stenting carotidien peut être une alternative à la chirurgie dans les indications suivantes : cou radique, lésions haut situées, trachéostomie, antécédents de chirurgie majeur du cou et antécédents de chirurgie carotidienne.

D'après l'exposé du Dr CREEMERS, chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, CHU Sart Tilman, Liège

Sténose aortique chez l'octogénaire : faut-il opérer ?

2 à 4 % de patients de plus de 75 ans sont porteurs d'une sténose aortique à l'échographie. Après une phase de latence, la sténose aortique devient symptomatique (angor, syncope, décompensation). Le taux de survie à 5 ans chez des patients avec sténose aortique symptomatique refusant la chirurgie est d'environ 10 %. Le risque chirurgical est par ailleurs majoré chez l'octogénaire. La survie après chirurgie aortique après 80 ans est de 82 % à 1 an et 56 % à 5 ans. La décision de remplacement valvulaire aortique est difficile tant que l'âge est considéré comme un facteur déterminant de la sélection des patients pour la chirurgie. Mais il est important de ne pas refuser une intervention en temps opportun, au cas où le patient nécessiterait une chirurgie à plus haut risque dans un futur proche. La chirurgie de remplacement de la valve aortique chez l'octogénaire a des résultats acceptables.

La décision opératoire tiendra compte de l'âge physiologique, de l'espérance de vie, des comorbidités et facteurs de risque, du rapport risques/bénéfices et coût/efficacité. En ce qui concerne le choix de la prothèse, la prothèse métallique a pour inconvénient l'anticoagulation à vie. Les bioprothèses ont une longévité supérieure à 10 ans, ne nécessitent pas d'anticoagulation au long cours et n'ont qu'une faible incidence d'accidents thrombo-emboliques.

Pour les patients dépassés pour la chirurgie, la voie endovasculaire est une technique d'avenir.

D'après l'exposé du Dr CREEMERS, chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, CHU Sart Tilman, Liège

MICI: quelles sont les indications chirurgicales?

Le traitement des Maladies Intestinales Chroniques Inflammatoires de l'intestin (Rectocolite ulcérohémodorragique et maladie de Crohn) est essentiellement médical. L'objectif du traitement est contrôler les poussées, prévenir les rechutes et les complications. L'arsenal thérapeutique visant à réguler l'inflammation s'est enrichi des immunosuppresseurs et des anti-TNF.

La chirurgie a sa place pour les complications et les situations réfractaires aux traitements médicamenteux. Les complications non accessibles au traitement médicamenteux, endoscopique ou transcutané sont des indications chirurgicales absolues.

La RCUH évolue par poussées et rémissions. Elle touche surtout l'hémi côlon gauche mais une atteinte pancolique n'est pas rare. Cette affection nécessite un traitement d'entretien continu et le traitement des poussées est à poursuivre jusqu'à disparition des lésions. L'évolution naturelle de la maladie l'entraîne vers la fibrose pariétale cicatricielle. L'âge du patient, l'étendue de la maladie et sa durée ainsi que la sévérité de la poussée influencent la stratégie thérapeutique. Les complications sont le mégacôlon toxique dont le risque de perforation est de 5 à 10%, l'adénocarcinome colique (10% de cas après 10 ans de maladie), les sténoses coliques entraînant l'occlusion et enfin la perforation avec péritonite aiguë. La chirurgie s'indique de manière absolue en cas de poussée sévère réfractaire au traitement médical avec complication et également pour les colites de longue durée ayant évolué

en cancer. Les poussées sévères réfractaires au traitement médical maximal (2 x 7 jours de stéroïdes IV, Infiximab et cyclosporine), la dysplasie sur colite de longue durée et la maladie chronique active non contrôlée sont des indications chirurgicales relatives.

La **maladie de Crohn** est une maladie chronique active pouvant atteindre n'importe quel segment du tube digestif. Les lésions peuvent persister même en période de rémissions. Les lésions chroniques transmursales sont responsables de sténoses et fistulisations. Les complications intestinales sont les occlusions du grêle ou du colon sur sténoses, la péritonite aiguë sur perforation, le mégacôlon toxique, les fistules et les abcès. La stratégie thérapeutique est déterminée par l'âge du patient, la qualité de vie, l'agressivité et la fréquence des périodes symptomatiques, la localisation de la maladie, les complications sténosantes et fistulisantes. La chirurgie trouve sa place dans la stratégie thérapeutique d'une poussée de la localisation iléale de la maladie.

La sténose obstructive non accessible à la dilatation, la perforation et l'abcès intra-abdominal ainsi que l'abcès périanal sont des indications absolues de la chirurgie dans la maladie de Crohn. La longueur et la localisation de l'atteinte sont les éléments déterminants la décision chirurgicale en cas de sténose avec subocclusion chronique ou récurrente. Les petits abcès para intestinaux sont une indication chirurgicale relative, fonction du contexte lésionnel, de la réponse aux antibiotiques et de l'accès possible ou non au drainage transcutané sous contrôle radiologique. Une autre indication relative est la maladie périale fistulissante complexe réfractaire au drainage et au traitement médicamenteux (Immunosuppresseurs, anti-TNF, stomie). La

maladie de Crohn périale se présente sous forme de douleurs péri-anales, suintements, orifices fistuleux cutanés, fistules rectovaginales. Le traitement nécessite le bilan lésionnel complet, le drainage des collections, mise à plat si possible, la prescription d'antibiotiques (métronidazole) et d'azathioprine.

D'après l'exposé des Drs LOUIS et COIMBRA, CHU Sart Tilman, Liège

Anti-TNF ou Immunosuppresseurs dans les MICI

Lorsque les MICI sont chroniquement actives, on a recours aux immunosuppresseurs: azathioprine (2 à 2,5 mg/kg), la 6-mercaptopurine (1-1,5 mg/kg) ou le méthotrexate (25 mg IM/semaine pendant 3 mois puis 10-15 mg/semaine per os, sous-cutané ou IM). Ce traitement nécessite un suivi clinique et biologique régulier ainsi qu'une prévention anti-infectieuse. La durée est indéterminée.

Les anti-TNFs, Infiximab ou Adalimumab ont aussi des indications comme traitement de la maladie de Crohn ou de la RCUH. On les prescrit en cas de maladie luminale réfractaire principalement dans la localisation iléale non compliquée ou colique. La maladie fistulante dans sa forme périale est une autre indication de ces molécules. La prescription d'infiximab ou d'adalimumab peut faire partie d'une stratégie thérapeutique avec ou sans immunosuppresseur. La durée du traitement est indéfinie. Ce type traitement nécessite d'exclure des infections intercurrentes, un BK latent et une prévention anti-infectieuse.

D'après l'exposé des Drs LOUIS et COIMBRA, CHU Sart Tilman, Liège

Accompagner le patient dans ses changements de comportement

L'asbl Promo Santé et Médecine Générale et la Commission Tabac de l'Institut de Médecine préventive vous convient dans ce but à une **Formation pratique à l'entretien motivationnel**.

L'entretien motivationnel entraîne des consultations plus agréables et de meilleurs résultats!

Cette matinée de formation consiste en une découverte de l'entretien motivationnel grâce à diverses mises en situation.

Le samedi 9 mai de 8 h 30 à 13 h à la SSMG, rue de Suisse, 8 à 1060 Bruxelles.

Cette formation bénéficie d'une accréditation.

Contenu de la formation:

- Présentation du modèle de base: le cycle du changement
- Développement des concepts de résistance et d'ambivalence
- Expérimentation des techniques de l'entretien motivationnel

Formateurs: Valérie Hubens et Jean Laperche

Inscription à la formation Entretien motivationnel, le samedi 9 mai à Bruxelles

Soit par **mail**: ssmg@ssmg.be • Soit par **téléphone** au 02 533 09 87 • soit par **fax** au 02 533 09 90 (secrétariat SSMG)

Nom et prénom: Localité:

Désire un sandwich à 13 h oui ☐ / non ☐

