

Nouvelles des Congrès

par le Dr Marjorie Dufaux, candidate médecin généraliste en 2^e année, 5170 Lesve

Semaine à l'étranger (I)

Piran-Portoroz, du 24 avril au 1^{er} mai 2010

Isotrétinoïne

L'Isotrétinoïne (Roaccutane®) est utilisé dans les formes d'acnés sévères et nodulokystiques.

Il peut être prescrit à partir de l'âge de 15 ans lorsque la croissance est terminée, afin d'éviter des calcifications des ligaments vertébraux.

L'installation d'une contraception chez la femme en âge de procréer est nécessaire, et ce dès 2 mois avant l'instauration du traitement.

La posologie cumulative doit atteindre 120 mg/kg. On recommande habituellement de débuter le traitement par une dose de 0,5 mg/kg/jour. Soit pour une femme de 60 kg, une dose quotidienne de 30 mg durant 8 mois.

Une biologie doit être réalisée avant d'initier le traitement ainsi qu'un contrôle régulier tous les deux mois.

Celle-ci comporte :

- formule sanguine complète ;
- cholestérol total et triglycérides ;
- contrôle de la fonction hépatique (GOT, GPT, gammaGT) ;
- acide urique ;
- CPK.

Les effets secondaires systématiques sont :

- sécheresse de la peau et des muqueuses. La xérophtalmie peut poser problème en cas de port de lentilles de contact ;
- photosensibilité.

Les effets secondaires rares :

- agranulocytose ;
- neutropénie et thrombopénie (pour lesquelles on peut simplement diminuer la posologie dans un premier temps si elles sont peu sévères) ;
- hépatite médicamenteuse ;
- hyperuricémie ;
- cytolysse musculaire chez le sportif.

Une grossesse peut être envisagée 2 mois après l'arrêt du traitement.

D'après l'exposé « Actualités en dermatologie » par le Dr Didier Vochelle, dermatologue à Bruxelles, chef de clinique des hôpitaux et de l'université de Lille en 1987.

Corticothérapie locale

Le choix du corticoïde dépend de l'âge du patient, de la localisation de la lésion et de la sévérité de l'atteinte.

Les corticoïdes de puissance « faible » (Eumovate®) peuvent être utilisés chez le nourrisson et sur les paupières.

Les corticoïdes de puissance « moyenne » (Locoid®, Advantan®, Elocom®) peuvent être utilisés chez l'enfant et sur le visage.

Les corticoïdes de puissance « forte » (Diprosone®, Nerisona®) sont plutôt utilisés sur le corps.

Les corticoïdes extrêmement « forts » (Dermovate®, Nerisona forte®) sont utilisés au niveau palmo-plantaire et sur le scalp.

Les règles d'or de la corticothérapie sont les suivantes :

- Une application le soir, durant 8 à 10 jours.
- L'arrêt du traitement doit être progressif et non brutal. On commence généralement par une application le soir, tous les deux jours durant une semaine. Ensuite, une application tous les trois jours durant une semaine.
- L'utilisation des dermocorticoïdes en magistrale doit être déconseillée en raison de la biodisponibilité variable et du risque infectieux associés à la préparation et à la conservation.

L'eczéma suintant peut être traité par l'application de compresses, ou de coton-tiges, imbibés de nitrate d'argent (AgNO₃ 1%) suivi par l'application de corticoïdes.

L'eczéma lichénifié ou le psoriasis bénéficieront de corticoïdes sous pansement occlusif la nuit, réalisé par l'enroulement occlusif du membre atteint par un film plastique.

Le choix de l'excipient est un élément important des corticothérapies. On choisit une crème pour les lésions suintantes, une lipocrème (crème épaisse et grasse) pour les peaux sèches, un onguent pour les lésions chroniques lichénifiées. L'application d'un lait convient bien aux plis et aux muqueuses, les lotions conviennent davantage aux lésions non suintantes du scalp. Les lotions contiennent de l'alcool et ne doi-

vent pas être utilisée pour des lésions de muqueuses telles les balanites.

D'après l'exposé « Actualités en dermatologie » par le Dr Didier Vochelle, dermatologue à Bruxelles, nommé chef de clinique des hôpitaux et de l'université de Lille en 1987.

Syndrome des jambes sans repos

Quatre critères doivent être présents pour en poser le diagnostic :

1. Besoin impérieux de bouger les jambes en raison de sensations désagréables des membres inférieurs,
2. Amélioration transitoire par le mouvement ou l'étirement,
3. Rôle déclencheur ou aggravant de la position couchée ou assise prolongée,
4. Aggravation le soir ou la nuit.

Il existe des formes primaires (héréditaires ou sporadiques) et secondaires (l'urémie, l'anémie ferriprive, la grossesse, les polyneuropathies, l'hypothyroïdie, la polyarthrite rhumatoïde, la maladie de Parkinson). Certains médicaments sont également incriminés (les neuroleptiques, le lithium, les antiépileptiques, la caféine, les antidépresseurs...).

Il existe une forme particulière, associée aux symptômes typiques nocturnes, que l'on nomme « mouvements périodiques de l'éveil ». Il s'agit de secousses brusques et intermittentes des membres inférieurs avec paresthésies associées et transitoires, survenant lorsque le patient est éveillé et en position couchée.

Le pramipexole (Sifrol®) est le traitement de choix, si aucune étiologie n'est mise en évidence.

On débute un traitement par un comprimé de 0,18 mg le soir avant le coucher. Dans les formes comprenant une symptomatologie en position assise prolongée, la posologie peut être majorée à un comprimé vers 19h et un second comprimé au coucher. L'avantage est la tolérance de ce traitement. Le clonazépam (Rivotril®) est une benzodiazépine, il présente une dépendance mais est utile chez les patients anxieux (qui ont des difficultés d'endormissement). La codéine est également efficace.

D'après l'atelier « Neurologie en mouvements » du Dr Michel Gonc, Neuropsychiatre et chef du service de Neurologie Réparatrice et de réhabilitation aux cliniques de l'IPAL-site du Péri à Liège.

Tremblement essentiel

C'est une pathologie fréquente avec souvent la présence d'antécédents familiaux. Il s'agit d'un tremblement de repos et d'attitude, qui gêne l'écriture et les activités quotidiennes (comme boire un verre d'eau dans les formes sévères). Les tremblements sont majorés par le stress et l'émotion (non spécifique) et s'améliorent avec la prise d'alcool. Certains sont induits ou aggravés par un traitement médicamenteux : neuroleptiques, antidépresseurs, lithium, antiarythmiques (amiodarone et procainamide), antiépileptique (valproate), bronchodilatateurs (bêta2mimétiques), certaines chimiothérapies, l'alcool, l'abus de drogue comme la cocaïne, le métoclopramide (Primpéran®) et la cimetidine, la thyroxine et la caféine...

Le **traitement** consiste, le cas échéant au retrait du médicament en cause.

Le tremblement essentiel familial peut être traité par des bêtabloquants non sélectifs comme le propranolol (Indéra®). On recommande un début de traitement par de l'Indéral® 10 mg 3x/j à majorer à 4X/j, puis 1 comprimé d'Indéral® retard mitis 80 mg. La dose maximale est 160 mg/jour. La primidone (Mysoline®) est utilisée en second choix. Le placement de deux électrodes intracérébrales avec un boîtier sous cutané au niveau pectoral, semblable au pacemaker, ou dans la cavité abdominale constitue une alternative au traitement médicamenteux.

D'après l'atelier «Neurologie en mouvements» du Dr Michel Goncè, Neuropsychiatre et chef du service de Neurologie Réparatrice et de réhabilitation aux cliniques de l'IPAL-site du Péri à Liège.

Le Salbutamol

Le salbutamol (Ventolin®) en aérosol-doseur ou en nébulisation est bien connu pour son utilisation dans les **dyspnées**.

Deux utilisations sont moins connues mais utiles à connaître dans le cadre de la médecine générale.

On peut en effet y avoir recours dans les cas de **QT long**, afin de prévenir la survenue de troubles du rythme ventriculaire, pour son action tachycardisante qui réduit le QT.

La seconde indication est la prise en charge rapide d'une **hyperkaliémie**. Le salbutamol (bêta2agoniste) agit sur des récepteurs musculaires et hépatiques en stimulant la pompe Na/K, ATP dépendante, et en favorisant le transfert de potassium dans l'espace intracellulaire.

D'après l'exposé du Dr Pierre MOLS, chef de service des urgences et du SMUR du CHU Saint-pierre à Bruxelles.

Hyperkaliémie

Nous sommes parfois confrontés à une hyperkaliémie vraie dans le cadre de notre pratique en médecine générale.

Les étiologies sont multiples :

- insuffisance rénale ;
- médicaments (IEC, Sartans, Diurétique d'épargne K, AINS, Bêtabloquant, Trimethoprim) ;
- rhabdomyolyse ;
- acidose métabolique ;
- maladie d'Addison ;
- paralysie périodique hyperkaliémique ;
- erreur de régime chez IRC connue.

Notre prise en charge thérapeutique doit se faire en fonction du tracé électrocardiographique. S'il est normal, il n'y a pas d'urgence à la prise en charge, un traitement par kayexalate de calcium ou de sodium peut être administré.

Les perturbations électrocardiographiques les plus fréquentes sont :

- BAV 1^{er} degré ;
- ondes T pointues et larges ;
- dépression ST ;
- fusion des ondes S et T ;
- QRS élargi ;
- bradycardie sinusale ;
- troubles du rythme ventriculaire.

En cas de perturbation du tracé électrocardiographique, **une prise en charge rapide** doit être instaurée :

- salbutamol (Ventolin®) en aérosoldoseur (2 puffs) ou en nébulisation ;
- mise en place d'une voie veineuse avec perfusion de glucosé (50 g) avec 10 unités internationales d'Actrapid pour faire pénétrer le potassium en intracellulaire ;
- furosémide (Lasix®) IV pour accroître l'élimination rénale du potassium ;
- gluconate de calcium : 2 ampoules pour son action de «stabilisateur de membrane», mais qui n'est pas forcément dans la trousse du médecin généraliste ;
- résines échangeuses d'ions (pas de place en aigu) pour adapter la kaliémie.

D'après l'exposé du Dr Pierre MOLS, chef de service des urgences et du SMUR du CHU Saint-pierre à Bruxelles.

Syndrome coronarien aigu

L'infarctus STEMI (pour «ST Segment Elevation Myocardial Infarction») est une situation où un thrombus obstrue complètement l'artère coronaire malade. Il s'agit d'un infarctus avec élévation du segment ST et onde de Pardee au niveau du tracé électrocardiographique et une Troponine élevée. L'apparition d'un bloc de branche gauche de novo, dans un contexte de douleur thoracique, doit être considérée comme étant un infarctus STEMI. Cliniquement, les plaintes sont des douleurs thoraciques irradiant vers les bras, le cou,

l'épigastre ou le dos. La douleur ne cède pas aux dérivés nitrés. Il faut traiter rapidement le patient, idéalement, l'artère obstruée doit être reperméabilisée endéans les 90 minutes.

L'infarctus Non-STEMI est un infarctus du myocarde sans élévation du segment ST. Il résulte d'une occlusion incomplète de l'artère coronaire atteinte. La Troponine est également positive. Ces infarctus N-STEMI représentent la majorité des cas de syndrome coronarien aigu en Belgique. Ils se caractérisent à l'ECG par un sous-décalage du segment ST et/ou une inversion symétrique de l'onde T. Le traitement hospitalier se base sur une thrombolyse médicamenteuse par des inhibiteurs du GP IIb/IIIa (Reopro®, Intégriline®, Aggrastat®). La coronarographie est moins urgente que dans le STEMI.

D'après l'exposé du Dr Pierre MOLS, chef de service des urgences et du SMUR du CHU Saint-pierre à Bruxelles.

Prise en charge du syndrome coronarien aigu

Elle doit se faire en milieu hospitalier. Néanmoins, le médecin généraliste peut réaliser des choses simples pour améliorer le confort et le pronostic du patient (MONA) :

- **M = morphine** (1 ampoule de 10 mg/1 ml à diluer dans 10 cc de sérum physiologique et à titrer. Injection d'un bolus de 2 à 3cc puis 1 cc à la fois pour le titrage.
- **O = oxygénothérapie** (si disponible).
- **N = dérivés nitrés** (2 puffs de nitrolingual spray en sous linguale).
- **A = acide acétylsalicylique** 300 mg (Sedergine®, Aspégic®...).

D'après l'exposé du Dr Pierre MOLS, chef de service des urgences et du SMUR du CHU Saint-pierre à Bruxelles.

Toxine botulique : mythes et réalités

Le Clostridium Botulinum est une bactérie anaérobie, gram positive, découverte en 1793 suite au décès de 13 personnes qui avaient consommé un aliment contaminé. Les spores sont largement répandues dans le sol et les eaux. Ils sont très résistants et capables de survivre 2h à plus de 100°. Ils produisent la plus puissante des neurotoxines. Celles-ci sont très sensibles à la chaleur et sont rapidement inactivées. La neurotoxine inhibe la transmission synaptique au niveau des jonctions neuromusculaires, en bloquant la libération d'acétylcholine. L'action est irréversible, mais les axones se reforment pour créer une nouvelle jonction.

La toxine est utilisée de manière thérapeutique depuis 1970, initialement dans le traitement du strabisme.

La toxine botulique est aussi connue pour son effet léthal. Des projets terroristes ont été développés à partir du *Clostridium Botulinum*. Soit par inhalation via des bombes contenant la toxine, soit par contamination alimentaire ou des eaux courantes.

Les effets secondaires généraux sont exceptionnels, ils peuvent survenir chez des enfants en cas de surdosage, on parle alors de Botulisme avec décès par paralysies des muscles respiratoires. Certains patients décrivent une asthénie et une sensation de faiblesse musculaire légère durant 8 à 10 jours après l'injection, objectivable par l'électromyographie.

Les effets secondaires locaux, plus fréquents, sont réversibles en ± 4 mois et jamais graves. Ils sont associés à la diffusion inappropriée des toxines dans les muscles voisins de l'injection.

- ptosis: dans le traitement des blépharospasmes, il suffit de placer un petit sparadrap au niveau de la paupière supérieure de manière transitoire;
- diplopie transitoire, que l'on contourne en cachant un œil pour favoriser une vision monoculaire;
- bavage, dans le traitement des spasmes hémifaciaux qui entraînent un affaissement de la commissure labiale, semblable aux paralysies faciales;
- dysphonie, par atteinte des cordes vocales lors de l'injection de toxines dans les muscles du cou;
- dysphagie, lors du traitement de dysphonie cervicale, avec parfois hospitalisation de 10 jours pour avoir recours à une alimentation parentérale;
- chute de la tête.

À noter que les injections à répétition chez les patients neurologiques peuvent provoquer une amyotrophie du muscle traité. La dose IV nécessaire pour être létale est celle contenue dans 300 flacons (1nanogramme/kilo)!

Il existe des **contre-indications relatives** aux injections de toxines botuliques: la prise d'AINS ou d'anticoagulants oraux et l'hypersensibilité à la toxine, auxquels cas il suffit de changer le type de toxine à utiliser.

Les **contre-indications absolues** sont bien évidemment la grossesse, la myasthénie grave, le syndrome de Lambert-Eaton (qui est une forme de pseudo-myasthénie paranéoplasique) et enfin la prise d'aminoglycosides.

D'après l'exposé «Toxine botulique: mythes et réalités» du Dr Michel Gonc, Neuropsychiatre et chef du service de Neurologie Réparatrice et de réhabilitation aux cliniques de l'IPAL-site du Péri de Liège.

Toxine botulique: en pratique

Deux types sont commercialisés. Les toxines botuliques du type A (Botox® ou Vistabel® en esthétique, Dysport® ou Azza-lure® en esthétique) et celles du type B (Neurobloc® et Myobloc®) qui sont moins puissantes et qui agissent moins longtemps mais qui ont l'avantage d'être actives dans les cas de résistance au type A.

Il faut être prudent en pratique car ces toxines ne sont pas interchangeables et les unités ne sont pas équivalentes (10 UI de Botox® correspondent à 40 UI de Dysport®). Le délai d'action est de 48 à 72h, avec un effet maximal à partir de 8 à 15 jours. La durée d'action est variable (2 à 6mois) en moyenne.

Les injections se font à un rythme moyen de 1x/3 mois. Le délai entre injections doit généralement être allongé chez les patients sous traitement prolongé dans le temps.

Les indications remboursées en Belgique sont:

- blépharospasme (dystonie focale avec clignement trop fréquent des yeux et fermeture involontaire des yeux, atteinte bilatérale);
- dystonies cervicales (hypertrophie d'un muscle sternocléidomastoidien associé à la déviation de la tête du côté hypertrophié et recours au geste antagoniste pour redresser la tête, le patient met la main sur le muscle atteint);
- spasme hémifacial (clonies de la moitié du visage);
- spasticité chez les patients IMC (pour réduire la spasticité, améliorer le confort, éviter les plaies liées aux ongles qui pénètrent la peau, pour faciliter les soins et gagner du temps entre deux opérations chez l'enfant);
- spasticité chez les patients avec un AVC.

Les indications non remboursées sont:

- neurologie: les crampes de l'écrivain, les dystonies focales d'un membre, la dystonie laryngée, les dystonies oromandibulaires, les spasticités des scléroses en plaque ou post-traumatique, le bégaiement, les céphalées, les tics, les tremblements, les lombalgies;
- dermatologie: hyperhidrose focales (axillaires et palmaires et plantaires), les rides en esthétique (front, lion, patte d'oie);
- gastroentérologie: achalasie, fissure anale, dysfonction du sphincter d'oddi.
- gynécologique: vaginisme;
- ophtalmologie: strabisme, entropion, ptosis protecteur;
- ORL: dysphonie spasmodique, bruxisme et hypersialorrhée (IMC et Parkinsonien);
- urologie: dysnergie du détrusor.

D'après l'exposé «Toxine botulique: mythes et réalités» du Dr Michel Gonc, Neuropsychiatre et chef du service de Neurologie Réparatrice et de réhabilitation aux cliniques de l'IPAL-site du Péri de Liège.

Œil rouge

Lorsque le patient se présente avec une conjonctive hémorragique, asymptomatique, sans notion de traumatisme ou de corps étranger, on peut rassurer le patient, il s'agit d'une hémorragie conjonctivale qui guérit seule en une durée moyenne de 15 jours. Classiquement, le patient décrit une douleur transitoire, lors du début de l'hémorragie qui correspond à la dissection des tissus par l'hématome. Il est important de vérifier son traitement, ses antécédents personnels et les circonstances de survenue, ainsi que la pression artérielle.

L'anamnèse doit faire rechercher des **signes de gravité potentielles**:

- **La notion de corps étranger végétal** donnant des lésions de cornées avec des infections importantes de l'œil.
- **La présence d'un corps étranger métallique**, comme de la limaille de fer, qui peut adhérer à la cornée et s'y incruster. Celle-ci va alors rouiller et donner des cicatrices de la cornée avec possibles troubles visuels en fonction de la localisation de celle-ci. Parfois le fer peut pénétrer dans l'œil, l'examen clinique est alors plus difficile en raison de l'hémorragie conjonctivale. Si un doute est présent, il est recommandé de faire une radiographie de l'œil afin d'exclure la présence d'un corps étranger. Celui-ci peut être responsable d'une sidérose (fer) avec atrophie du globe oculaire ou d'une chalcose (cuivre). La présence de verre (par exemple d'un pare-brise) n'a aucun effet, car il est inerte.

S'il y a une notion de traumatisme au niveau de l'œil, il est utile de questionner le patient sur **sa vision**. La présence de «mouches» ou de «toiles d'araignées» dans le champ visuel doit faire suspecter un décollement du corps vitré avec tractions sur les parties périphériques de la rétine. Si les adhérences du corps vitrés se rompent, pas de conséquence, c'est même souhaitable pour préserver la rétine. Par contre, la notion de flash lumineux doit faire suspecter un décollement de la rétine, qui doit être pris en charge de manière urgente par un ophtalmologue spécialisé.

D'après un atelier du Dr Michel HOEBEKE, chef du service d'ophtalmologie des cliniques universitaires de mont-Godinne et du Dr Christian PIRE, médecin généraliste à Neufchâteau.

Glaucome aigu

Deux situations cliniques différentes peuvent se présenter.

- La première, typique, est celle d'un patient avec une douleur aiguë, il est prostré et n'a pas dormi de la nuit, avec une photophobie. Les nausées sont fréquentes. À l'examen clinique, l'œil est érythémateux de manière diffuse et la pupille est en mydriase, avec photophobie aréactive. La palpation de l'œil révèle un globe dur. Attention: un œdème palpébral peut fausser la palpation.
- La seconde situation clinique est une personne âgée, qui ne se plaint pas mais qui présente un œil rouge en mydriase depuis quelques jours suite à un traitement anticholinergique (p.ex. le Buscopan® ou certains traitements antidépresseurs).

La tension oculaire normale varie entre 10 et 21 mmHg. Elle peut atteindre jusqu'à 60 voir 80 mmHg dans le glaucome aigu.

Les facteurs de risque de développer un glaucome aigu sont:

- un œil hypermétrope, le globe de celui-ci étant plus court;
- un âge avancé: le cristallin grandit tout au long de la vie, le dysmorphisme cristallin/taille de l'œil favorise le glaucome;

La prise en charge consiste à adresser le plus vite possible le patient à un ophtalmologue.

La lumière induit un myosis qui soulage quelque peu le patient en réduisant légèrement la pression intra-oculaire. On peut appliquer quelques gouttes de cholinomimétiques (Pilocarpine® 2%) pour induire ce myosis.

Le Diamox® peut être administré, la dose maximale est de 1,5 g. Il peut être donné per os (3 x 500 mg), mais à ces doses, il cause fréquemment des nausées. À noter que la forme IM est douloureuse.

Le traitement du glaucome aigu par fermeture de l'angle est l'iridotomie. Ce traitement est définitif et sera fait de manière prophylactique au niveau de l'œil sain. Cet acte chirurgical ne traite par contre pas le problème de glaucome chronique. Le patient poursuivra donc son traitement habituel.

À noter enfin que l'opération de la cataracte, qui remplace le cristallin hypertrophié par un petit cristallin est un traitement préventif du glaucome aigu.

D'après un atelier du Dr Michel HOEBEKE, chef du service d'ophtalmologie des cliniques universitaires de mont-Godinne et du Dr Christian PIRE, médecin généraliste à Neufchâteau.