

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

L'œil douloureux

Les **érosions de la cornée** sont des atteintes superficielles de l'épithélium, visibles à la fluorescéine. Celle-ci est orange à la lumière conventionnelle et révèle en vert les érosions de cornée avec une lumière bleue. Une érosion d'aspect dendritique avec une douleur intense doit faire évoquer un herpès. Celui-ci sera adressé en urgence à l'ophtalmologue et il contre-indique l'utilisation de corticoïdes oculaires. Le test de l'ouate est un second argument en faveur du diagnostic d'Herpès. Il consiste à appliquer de l'ouate sur l'œil sain puis sur l'œil atteint. L'Herpès donne une hypo-sensibilité de la cornée. Les **corticoïdes oculaires** sont parfois à éviter en raison de leur effet immunosupresseur qui peut faire flamber certaines infections. Ils ralentissent la guérison, et entraînent des complications oculaires (cataracte et hypertension oculaire). L'utilisation d'**AINS** (comme le Pranox®) n'est jamais dangereuse sur un œil rouge et douloureux.

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.

État fébrile chez l'enfant

L'état fébrile est classiquement décrit comme étant une température centrale $\geq$ à 37,8 °C. En dessous de 2 mois, une température $\geq$ à 38°C nécessite une prise en charge hospitalière.

Les infections bactériennes sont beaucoup plus fréquentes chez les enfants de moins de 3 mois. 10% des fièvres chez l'enfant de cet âge sont d'origine bactérienne, 3% sont des bactériémies occultes à E.Coli ou à Streptocoque et 30% des infections bactériennes sont secondaires à une infection urinaire.

Les critères de toxicité chez un enfant fébrile sont :

- comportement : arrêt des activités, apathie, léthargie, irritabilité, pleurs plus aigus, geignements ;

- couleur cutanée : pâleur, cyanose et marbrures ;
- troubles respiratoires : tachypnée, polypnée, tirage, battement des ailes du nez, apnées ;
- troubles hémodynamiques : tachycardie, hypotension, vasoconstriction des extrémités ;
- dysfonction d'organe : oligurie, œdème, ictère, diathèse hémorragique.

D'après un exposé du Dr Didier Moulin, chef du département de pédiatrie générale et des urgences pédiatriques à l'Université Catholique de Louvain.

Antipyrétiques

L'alternance de paracétamol et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ne doit pas être systématique car on constate un abus d'AINS chez les jeunes enfants avec quelques cas d'insuffisance rénale aiguë. Les recommandations sont de prescrire en première intention du paracétamol à dose suffisante. La dose recommandée varie de 10 à 15 mg/kg/prise, maximum 4x/jour. Il est bon de savoir que la dose toxique chez l'enfant nécessite 10 à 20 fois la dose thérapeutique ! La prise peut être répétée toutes les 4h, il est même profitable pour l'efficacité de ne pas attendre 6h entre deux prises.

La voie d'administration est importante. La muqueuse rectale des enfants résorbe davantage que celle de l'adulte. Des études ont pu montrer des variations d'absorption de 40 à 80% par cette voie. La voie orale est donc à privilégier.

En cas de suspicion de surdosage en paracétamol, un dosage peut être réalisé par le laboratoire ainsi qu'un contrôle des enzymes hépatiques. Elles seront généralement normales au moment du contrôle. Des courbes d'élimination du paracétamol au cours du temps sont disponibles (il s'agit du diagramme de Prescott). Il évalue le risque d'atteinte hépatique en fonction de la paracétamolémie et du temps écoulé depuis l'ingestion. Si l'heure d'ingestion n'est pas connue, deux dosages successifs à 4h d'intervalle permettent d'évaluer la demi-vie. Pour rappel, les complications associées à un abus de paracétamol sont :

- hépatite médicamenteuse (nausées, vomissements et douleurs abdominales importantes) ;
- insuffisance hépatique (encéphalopathie, troubles de la coagulation, hypoglycémie et coma hépatique) ;
- nécrose tubulaire avec insuffisance rénale aiguë.

L'antidote est l'acétylcystéine qui peut être administré per os ou IV ($\pm$ 150 mg/kg). L'administration de celui-ci à des posologies usuelles n'interfère pas avec l'efficacité d'un comprimé de paracétamol.

Les AINS ont leur place dans le traitement des angines, des pharyngites douloureuses et des otites moyennes aiguës. Aussi dans certains cas d'adénite mésentérique. La posologie est de 7 à 10 mg/kg, maximum 4 x/jour. En pratique, il suffit de diviser le poids par 2 pour connaître la quantité à administrer (Nurofen enfant 100 mg/5 ml : enfant de 10 kg, 5 ml 4 x/j).

Les contre-indications à l'usage des AINS sont :

- âge inférieur à 3 mois ;
- déshydratation (risque accru d'insuffisance rénale aiguë) ;
- situations cliniques pouvant induire une déshydratation (Gastro-entérite aiguë...),
- varicelle ;
- reflux gastro-œsophagien ou pyrosis.

L'aspirine n'a pas de place dans le traitement de la fièvre chez l'enfant, elle peut induire un syndrome de Reye qui est rare mais mortel. Le metamizole (Novalgine®) n'est également pas recommandée pour ses effets idiosyncrasiques.

D'après un exposé du Dr Didier Moulin, chef du département de pédiatrie générale et des urgences pédiatriques à l'Université Catholique de Louvain.

Pneumopathie

Le diagnostic est parfois difficile en raison du manque de compliance, et de l'auscultation qui est souvent normale. La réalisation d'une imagerie peut être trop précoce et celle-ci peut être étiquée de normale à tord (l'inflammation au niveau des alvéoles n'est pas encore suffisante que pour visualiser le foyer de pneumopathie). La forte suspicion cli-

nique doit faire débiter une antibiothérapie par Amoxicilline. Une imagerie peut être réalisée (un cliché seul de face suffit) afin de ne pas méconnaître un épanchement pleural. Plus tôt il est diagnostiqué, plus tôt il peut être traité (drainé). Un contrôle radiologique pour une pneumopathie non compliquée n'est pas nécessaire, mais peut être réalisé tardivement (minium 4 à 6 semaines).

D'après un exposé du Dr Didier Moulin, chef du département de pédiatrie générale et des urgences pédiatriques à l'Université Catholique de Louvain.

Allergies

Face à un asthmatique dont le traitement n'est pas optimal, il faut toujours bien vérifier son traitement et les modalités pratiques d'administration (aérosolisateur, chambre d'inhalation, turboshaler, diskus). L'entretien de la chambre d'inhalation doit être un lavage régulier de celle-ci dans une eau savonneuse, légèrement rincée à l'eau claire et qui sèche à l'air libre. Il faut toujours bien agiter un aérosol doseur avant son utilisation. Il faut réaliser un premier puff dans la chambre d'inhalation, attendre environ 15 secondes (ou 10 respirations profondes) avant de réaliser la seconde dose et répéter la même démarche.

Face à une allergie aux poils de chat, on a pu mettre en évidence que l'allergie est issue d'une réaction à la salive et non aux phanères, et que les chats qui sortaient régulièrement du domicile et qui restaient sous la pluie étaient moins allergisants que les chats d'intérieur. Dès lors, il peut être utile de laver le chat avec un gant de toilette humide avant l'arrivée de l'enfant allergique, plutôt que de condamner irrémédiablement l'animal.

D'après un exposé du Dr Didier Moulin, chef du département de pédiatrie générale et des urgences pédiatriques à l'Université Catholique de Louvain.

Méningocoque

Le méningocoque peut être responsable de sepsis sans méningite (20 à 40%), de méningite sans sepsis (10 à 20%), mais aussi de méningite isolée (80%) et de purpura fulminans (15%).

Les symptômes précoces de la méningite sont :

- de la fièvre ;
- des douleurs dans les jambes avec **refus de marcher**, il peut alors s'agir d'un signe annonciateur !
- rash maculopapuleux.

Les signes classiques sont :

- le rash hémorragique ;
- les symptômes méningés.

Les signes tardifs sont :

- la confusion, le délire ;

- convulsions ;
- coma.

Un médecin généraliste qui suspecte une méningite à méningocoque ne doit pas hésiter à administrer une dose de Ceftriaxone (Rocéphine® 50 mg/kg IM) même si celle-ci est douloureuse et que des prélèvements n'ont pu être réalisés. La précocité du traitement joue un rôle dans le pronostic de l'enfant. On a pu observer en Norvège une forte diminution des décès par méningocoque suite à cette attitude, malgré que le transport et l'accès aux soins soient moins aisés qu'en Belgique (transport en bateau ou en avion).

La prévention secondaire est à réaliser auprès :

- des personnes vivant sous le même toit ;
- des enfants de la même crèche ou de la même classe ;
- du personnel soignant.

Les adultes reçoivent 1 seul comprimé de ciprofloxacine 500 mg, les enfants de plus de 5 ans reçoivent une dose de 15 mg/kg de ciprofloxacine. Les enfants de moins de 5 ans reçoivent une dose de rifampicine 10 mg/kg mais 2 x/jour et durant 4 jours !

D'après un exposé du Dr Didier Moulin, chef du département de pédiatrie générale et des urgences pédiatriques à l'Université Catholique de Louvain.

Refus de marcher

Toujours rechercher une cause simple : un problème au niveau du pied (chaussures trop petites, plaie entre deux orteils, un ongle incarné...), un problème de cheville ou de genou.

Il ne faut pas passer à côté d'un début de méningococcémie ou d'arthrite à pyogènes de la hanche. Le rhume de hanche est une pathologie bénigne. Le diagnostic différentiel est clinique, biologique et échographique.

D'après un exposé du Dr Didier Moulin, chef du département de pédiatrie générale et des urgences pédiatriques à l'Université Catholique de Louvain

Maladie de Kawasaki

Il s'agit d'une vasculite dont l'étiologie est inconnue, probablement multifactorielle (prédisposition génétique, mais à tendance épidémique, infectieuse ?) mais encore mal connue. L'incidence est plus forte en extrême Orient.

La maladie atteint les enfants jeunes, le plus souvent avant 5 ans, et très rarement au-delà de 12 ans. Ce syndrome lymphocutanéo-muqueux se manifeste par :

- une **fièvre prolongée** de plus de 5 jours ;
- la présence d'une **adénopathie cervi-**

cale unique mais volumineuse ;

- des symptômes cutané-muqueux : de la perlèche, une langue très érythémateuse quasiment « framboise », une **hyperhémie** des conjonctives bulbaires, des muqueuses buccales et des lèvres, un érythème polymorphe, un **œdème des mains et des pieds** avec desquamation après 15 jours ;
- la complication qui est redoutable, est la survenue de lésions aux niveaux des coronaires avec développement de zones de sténoses et de zones d'anévrysmes. Le traitement se fait en hospitalisation, idéalement avant le 9^e jour pour prévenir les complications cardiaques, par injection de gammaglobulines.

D'après un exposé du Dr Didier Moulin, chef du département de pédiatrie générale et des urgences pédiatriques à l'Université Catholique de Louvain

Vertiges

Les vertiges sont une illusion de déplacement ou de mouvement dans l'un des 3 plans de l'espace à l'origine de sensations rotatoires. Un signe objectif est le nystagmus, dont le sens est déterminé par la phase rapide, la lésion se situant du côté de la déviation lente de l'œil.

Le patient se plaint souvent de vertiges alors qu'il ressent une instabilité ou une sensation mal définie de « tête bizarre ». Il ne s'agit pas alors de vertiges. Il faut penser à :

- une cause circulatoire ou métabolique : Hypotension orthostatique, troubles du rythme, anémie, malaise vagal, hypoglycémie, C2H5OH ;
- une instabilité d'origine neurologique : origine extrapyramidale (parkinson), cérébelleuse, atrophies systématisées multiples ;
- origine psychogène : Névrose d'angoisse, phobie des hauteurs.

Les vertiges rotatoires vrais peuvent avoir une origine périphérique ou centrale.

Les vertiges rotatoires centraux :

- AVC (pont, cervelet, thalamus, cortex temporo-pariétal) ;
- AIT ;
- migraines.

Les vertiges rotatoires périphériques :

- VPPB ;
- névrite ;
- maladie de Meunière ;
- labyrinthite ;
- cholestéatome ;
- neurinome ;
- etc.

D'après un exposé du Dr Wiener, ORL, notamment au CHU St Pierre à Bruxelles.

VPPB

Le vertige positionnel paroxystique bénin est la cause la plus fréquente de vertiges (25 à 35%). Le VPPB est un peu plus fréquent chez la femme. Il peut survenir à tout âge, avec un pic de fréquence aux alentours de la cinquantaine.

Le VPPB est dû au détachement de petits cristaux de l'oreille interne qui vont flotter dans les canaux semi-circulaires et déclencher le vertige lors de certains mouvements de la tête.

Le diagnostic sera confirmé par la manœuvre de Dix et Hallpike, qui consiste à reproduire le vertige en basculant le patient vers le côté déclenchant (le sujet, assis jambes pendantes au milieu de la table d'examen, est rapidement couché par l'examineur vers le côté supposé atteint). La manœuvre est positive lorsqu'elle provoque un vertige et/ou un nystagmus.

Le retour à la position assise déclenche habituellement un nouveau vertige avec inversion du nystagmus. Notons qu'il existe un temps de latence pour l'apparition de ce nystagmus.

Le traitement du VPPB repose essentiellement sur la réalisation d'une manœuvre kinésithérapique qui peut être effectuée par le médecin. Il s'agit de la **manœuvre libératoire de Sémont**. Le patient doit être couché du côté atteint depuis environ 1 à 2 minutes (on laisse sédimenter les cristaux dans le canal semi-circulaire) avec arrêt du nystagmus. On incline la tête du patient latéralement à 45°, menton vers le haut. On coince le patient avec notre avant-bras et on le retourne rapidement sans modifier la position de la tête, pour se retrouver couché du côté sain. On laisse sédimenter les cristaux mais cette fois au moins quinze minutes sans bouger. Le patient ne doit alors plus bouger la tête durant 24h afin d'éviter le passage des cristaux dans le canal semi-circulaire. Le patient doit adopter une attitude de torticolis (porteur d'une minerve). Il doit garder la tête immobile, en la bloquant par 3 à 4 oreillers pour dormir.

En cas d'échec, une deuxième tentative peut être réalisée.

D'après un exposé du Dr Wiener, sur «les vertiges», ORL depuis 2002, notamment au CHU St Pierre à Bruxelles.

Bétahistine

La bétahistine est un vestibulo-plégique, c'est-à-dire un anesthésique de l'oreille. Sa seule indication est la maladie de Menière.

Elle doit être prise en continu et ne doit jamais être arrêtée. La dose nécessaire est méconnue la plupart du temps, et patient est sous-dosé. La dose maximale

est de 3 comprimés de 16mg 3 x/jour ! On demande au patient d'augmenter progressivement la posologie. Il y a systématiquement récidence un peu après l'arrêt du traitement.

D'après un exposé du Dr Wiener, sur «les vertiges», ORL depuis 2002, notamment au CHU St Pierre à Bruxelles.

Surdité brutale

La survenue brutale d'une surdité unilatérale ou d'acouphènes unilatéraux, très importants et de manière brutale doit faire suspecter plusieurs étiologies, mais surtout, doit inciter le médecin traitant à traiter en urgence ce symptôme. Il n'y a en effet que 30% de récupération partielle, plus la prise en charge est rapide et plus on augmente les chances de récupération. La surdité de la personne âgée est source d'isolement, de replis sur soi, de dépression et entraîne surtout une perte de la qualité de vie.

Les étiologies sont multiples :

- réaction auto-immune post infectieuse, généralement transitoires, dont l'infection est survenue dans les semaines précédant la surdité ou l'acouphène (grippe, sinusite, infection urinaire...);
- post-traumatique;
- piqûre d'insecte (Lyme);
- syphilis;
- problèmes vasculaires (troubles de la coagulation, cardiopathie, troubles du rythme, AVC, AIT, diabète...).

La prise en charge est urgente, et peut être réalisée au domicile. Elle consiste en l'administration durant 4 jours consécutifs de Solumédrol® 125 mg (en intraveineux direct) 1 x/j suivi de l'administration de Nootropil 12 g dans 250 ml de sérum physiologique (en intraveineux durant environ 30 minutes). Ce traitement sera continué per os par la suite.

Il est nécessaire d'instaurer un suivi glycémique et tensionnel chez les patients à risque.

En cas d'échec, on peut avoir recours au caisson hyperbare (sorte de mini avion pour 15 personnes), disponible à Charleroi et à Bruxelles. Il faut au préalable réaliser une radiographie du thorax et un ECG. Les patients asthmatiques, BPCO, ou à risque de troubles de rythme et/ou d'arrêt cardiaque ne peuvent bénéficier du caisson. Il faut environ 15 minutes au caisson pour majorer la pression en oxygène et un temps plus long pour dépressuriser. Ce temps nécessaire à la dépressurisation empêche une ouverture rapide du caisson et donc l'intervention en urgence. Le choc électrique externe est interdit à l'intérieur de celui-ci en raison du risque explosif.

D'après un atelier du Dr Wiener, ORL notamment au CHU St Pierre de Bruxelles.

Acouphènes

Un acouphène signe toujours une souffrance du nerf de l'audition

Beaucoup de bruits auditifs ne sont pas des acouphènes et proviennent d'autres étiologies :

- impression de craquement en mangeant (provenant de l'articulation temporo-mandibulaire ou d'un dentier mal adapté, suite à une perte de poids par exemple), ou de craquement en bougeant la tête (origine cervicale);
- impression d'un bruit de clavier d'ordinateur associé à des contractures du voile du palais;
- impression de souffle (corrélé au pouls radial): rechercher un souffle cardiaque, une sténose carotidienne, une sténose des artères vertébrales, une fistule des artères méningées ou une hypertension artérielle.

D'après un atelier du Dr Wiener, ORL notamment au CHU St Pierre de Bruxelles.

Diapason

Le diapason peut être utile au médecin généraliste face à une surdité.

On fait vibrer le diapason près de l'oreille du patient. S'il ne l'entend pas (conduction aérienne), on l'applique sur la mastoïde (conduction osseuse). Lorsque le son est alors perçu par l'oreille, il y a une **surdité de transmission**, c'est-à-dire, touchant le conduit auditif externe ou l'oreille moyenne. Si le son n'est pas perçu ni par la conduction aérienne, ni pas la conduction osseuse, il s'agit d'une atteinte de l'oreille interne et il s'agit alors d'une **surdité de conduction**. Il existe des surdités mixtes.

D'après un atelier du Dr Wiener, ORL notamment au CHU St Pierre de Bruxelles.

Surdité unilatérale progressive

La surdité de transmission peut facilement être diagnostiquée par le médecin traitant. Il faut rechercher une atteinte du conduit auditif externe ou de l'oreille moyenne :

- bouchon de cérumen;
- ostéome;
- corps étranger du CAE;
- surdité professionnelle (traumatismes sonores répétitifs sans port du casque);
- surdité secondaire aux traumatismes sonores répétés (musique avec le volume à fond, mp3, soirées en boîte de nuit...);
- surdité par barotraumatisme;
- otite séro-muqueuse ancienne avec lésion du tympan;
- otospongiose, maladie héréditaire et

hormonodépendante, se révélant parfois par une surdité après un accouchement ;

- tympanosclérose ;
- neurinome ;
- malformation ou fistules labyrinthiques ;
- maladie de Ménière.

D'après un atelier du Dr Wiener, ORL notamment au CHU St Pierre de Bruxelles.

Hypotension

Comme nous le savons déjà, une hypotension chez la personne âgée ou une tension artérielle trop optimale n'est pas à conseiller en raison du risque d'hypo-perfusion cérébrale.

Actuellement, un second argument vient conforter cette observation. Les chutes de pression artérielle chez la personne âgée induisent une perfusion insuffisante du nerf optique avec atrophie progressive de celui-ci et détériorations visuelles. Ceci accélère le processus de la DMLA.

D'après un exposé du Dr Michel Hoebeke « Cataracte, glaucome et DMLA », Ophtalmologue et chef du service d'ophtalmologie des Cliniques Universitaires de Mont-Godinne.

Orthopédie

Les complications immédiates des prothèses de hanche surviennent dans 5 % des cas (luxation, fracture, infection et malposition). Les complications à long terme sont l'usure, le descellement et les fractures.

On estime le coût d'une mise en place de PTH à 10 000 euros. La reprise coûte 25 000 euros.

De nombreux problèmes vont survenir dans 20 à 30 ans : le coût financier non négligeable des reprises qui seront nombreuses, un temps opératoire doublé ou triplé, un nombre insuffisant de spécialistes, un accès restreint aux salles opératoires, une nécessité d'hospitalisation plus longue, un manque de place dans les institutions de type MR et MRS.

Le développement de techniques d'imagerie plus précise permet des mises au point rapides, mais fait souvent négliger l'anamnèse, l'examen clinique et la réflexion diagnostique.

Un autre problème est l'irradiation des patients qui pour un scanner abdominal reçoivent une irradiation équivalente à 10 ans d'irradiation naturelle.

D'après un exposé du Dr Magotteaux, chirurgien orthopédiste au CHU de Liège.

Ostéoporose

40 % des femmes de 50 ans présenteront une fracture ostéoporotique. Seulement 50 % sont diagnostiquées et parmi celles-ci, seul 60 % sont traitées.

D'après un exposé du Dr Magotteaux, chirurgien orthopédiste au CHU de Liège.

Disque intervertébral

L'utilisation de prothèses discales cervicales et lombaires est une technique courante et bien au point qui permet d'éviter l'arthrodèse. Cette technique existe depuis environ 20 ans, mais les indications restent encore à préciser.

Le résultat immédiat est souvent excellent et très gratifiant pour le chirurgien. L'incision se fait par voie antérieure, comme pour une appendicectomie.

Une mise en garde doit pourtant être faite concernant les reprises opératoires de cette intervention, qui sont techniquement très difficiles en raison de la proximité des vaisseaux (dont la veine cave) avec un développement d'adhérences avec par conséquent un risque vital. Il semble donc raisonnable de fortement limiter ce genre d'intervention.

D'après un exposé du Dr Magotteaux, chirurgien orthopédiste au CHU de Liège.