

Nouvelles des Congrès

par le Dr Patricia Eeckeleers, médecin généraliste, 5590 Leignon

5^e congrès d'actualités diagnostiques, éthiques et thérapeutiques de l'arrondissement de Dinant, organisé par l'UOAD en collaboration avec la SSMG

Ciney, 20 mars 2010

Stressé ? Activez la frontale attitude !

Le fonctionnement des territoires cérébraux détermine outre le territoire sensorimoteur, quatre zones responsables de comportements différents. Le territoire reptilien est le plus archaïque : il permet la survie de l'individu en déclenchant le mécanisme du stress face au danger. Trois comportements possibles sont engendrés : la fuite, la lutte ou l'inhibition. Le territoire paléo-limbique est le siège des comportements sociaux permettant la survie tel le comportement de dominance. Le territoire néo-limbique est le siège des émotions, des valeurs et de la mémoire. Il gère les événements de façon automatique : les processus mentaux sont teintés de rigidité, de routine, d'empirisme, de certitude. Le territoire préfrontal est propre à l'homme sapiens. Il est le seul organisé en réseau qui se modifie constamment. Il permet la créativité, l'adaptation au changement et la réflexion. Il est responsable de la curiosité mais aussi de la capacité à relativiser les choses, de nuancer les opinions et d'avoir sa propre opinion. Le territoire préfrontal permet la réflexion, l'apprentissage et l'apparition de comportement adapté. Il gère les situations complexes où les réponses doivent être créatives. C'est le seul territoire qui nous permet de penser, mécanisme inconscient. Nous connaissons tous cet état créé par l'activation de ce territoire : il est caractérisé par un « état de grâce » où tout nous semble facile, fait de créativité, d'ouverture aux idées de l'autre, même si la journée ou le travail a été important. Il est retrouvé typiquement dans les « brainstorming » où une idée de l'un engendre une idée de l'autre. Or actuellement, le monde dans lequel nous vivons évolue sans cesse. Depuis le début du

xx^e siècle, les changements de mode de vie, de pensée, technologique... s'accroissent. Ces changements demandent une adaptation constante qui doit donc se faire rapidement. Le stress est lié essentiellement à une mauvaise adaptation à ces changements. Il est lié au refoulement de l'aire préfrontale et à l'utilisation du territoire néo-limbique, qui donne des réponses stéréotypées et qui ne permet pas une adaptation rapide. Nous pouvons activer ce territoire en adoptant une attitude ouverte, empathique face à nos patients et aux problèmes posés et en évitant les comportements faits de principes ou s'appuyant trop sur des valeurs considérées comme immuables. Ce qui permet d'avoir cette attitude calme qui est le premier facteur diminuant l'anxiété du patient devant nous.

D'après l'exposé du Dr Th. Verdoodt, Institute of Neuromanagement Bruxelles "Stressé ? activez la frontale attitude!".

Risque psychiatrique du voyage

Les voyages sont de plus en plus fréquents et nous conduisent de plus en plus loin. Les voyages en avion se démocratisent permettant la rencontre avec d'autres cultures après quelques heures de transport. D'emblée il faut différencier trois types de pathologies :

- les pathologies psychiatriques liées à une infection type encéphalite ;
- celles liées à une drogue ou un médicament type mefloquine (Lariam®) ;
- les pathologies psychiatriques apparaissant chez un patient souffrant d'une pathologie mentale préexistante avérée ;
- celles apparaissant chez un individu sans antécédent particulier.

Les symptômes sont faits d'hallucina-

tions, d'agitation, d'insomnies, de propos délirants, de mysticisme pouvant mener rarement au suicide (4 cas décrits).

En cas de symptômes de ce type, il faut d'abord investiguer la prise de mefloquine. La prise de cette molécule devrait toujours commencer 3 semaines avant le départ pour permettre de détecter d'éventuels effets secondaires qui sont fréquents. Ensuite, il faut investiguer la prise de substances hallucinogènes, assez habituelles dans certains pays.

Chez certains patients atteints de pathologies psychiatriques semblant parfaitement équilibrées, le stress engendré par le voyage ou le choc culturel peut déclencher un état psychotique aigu ou un état maniaque.

Le syndrome du voyageur recouvre plusieurs appellations. Le syndrome de Stendhal a été décrit par l'écrivain en 1818 lors de son voyage à Florence suite au choc émotionnel engendré par l'émotion artistique. Il touche préférentiellement les touristes européens, non italiens, voyageant seul avec éducation classique et religieuse. Au point que les gardiens des 50 musées de la ville ont été spécialement formés à l'observation du comportement des touristes. Le syndrome de Jérusalem se caractérise par un besoin de pureté avec douches à répétition et un comportement mystique (sermon, chants, procession...) Le syndrome indien touche essentiellement des jeunes réalisant un voyage plus ou moins initiatique en Inde. Il est causé par le choc culturel, l'isolement social et provoqué bien souvent par l'insomnie et le stress. Il est favorisé par la consommation de substances hallucinogènes. Le syndrome du voyageur évolue toujours spontanément vers l'amendement des symptômes avec la prise temporaire de benzodiazépines et neuroleptiques. Le traitement principal est le

retour au pays, ce qui n'est pas toujours simple en urgence d'autant plus si le patient est agité. Idéalement, il doit être accompagné par quelqu'un d'affectivement proche. S'il y a lieu, il faudra bien noter l'absence d'antécédent psychiatrique et la non-prise de substances hallucinogènes pour permettre la prise en charge par l'assurance rapatriement. Ne pas oublier que parfois ce syndrome dévoile une fragilité psychiatrique méconnue sous-jacente.

D'après l'exposé du Dr B. Gillain, psychiatre, clinique St Pierre à Ottignies "De l'influence d'un voyage lointain sur l'équilibre psychique du voyageur".

Piscine : danger !!

L'exposition de la population au chlore augmente de façon exponentielle depuis 1950. Pensons au cours de natation obligatoire, à la vogue des piscines privées, des SPA, des bains à bulles...

On sait depuis longtemps que le nettoyage des surfaces à l'eau de javel a un effet protecteur sur le risque d'asthme. En effet, le chlore détruit les allergènes.

Qu'en est-il dans les piscines ? Les risques sont liés à la titration du chlore qui n'est pas toujours optimale et à la présence de matières organiques apportées par les nageurs tels l'urée. Cette urée réagit avec l'eau de javel utilisée comme apport de chlore. Cela produit du trichloramine et du chloroforme qui flottent sur l'eau. Ces substances pénètrent dans l'organisme par inhalation et par la peau. Ce qui explique qu'un bébé barbotant une heure dans une piscine absorbe autant de chloroforme qu'un maître-nageur pendant une semaine ! Le laboratoire de toxicologie de l'UCL étudie depuis 10 ans les risques respiratoires liés à la chloration des piscines avec comme piscines témoins, les deux piscines belges utilisant le complexe cuivre-argent comme système de désinfection. Que constate-t-on ? L'effet irritant du chlore est évident : il suffit de constater les yeux rouges, irrités et la toux des enfants sortant de la piscine. Les données actuelles suggèrent une hyperperméabilité des cellules respiratoires liée aux produits de dégradation du chlore. Les produits de dégradation du chlore agissent comme adjuvant chez les sujets ayant déjà un terrain atopique. En cas d'exposition très précoce, ils facilitent la sensibilisation aux aéroallergènes. De plus, ils augmentent la sensibilité aux agents infectieux : les bronchites, sinusites sont fréquentes chez les maîtres-nageurs et le risque de bronchiolite est corrélé à la fréquentation des piscines avant l'âge de 2 ans. De nombreuses études européennes publient actuellement des résultats également fort interpellants.

On note une relation nette entre la fréquence de l'asthme chez les écoliers et la fréquence de fréquentation de la piscine mais aussi avec le nombre de piscines par habitant en Europe. En Allemagne, a été retrouvée une relation directe entre le rhume des foins et la fréquentation de la piscine pendant l'enfance. En Espagne, en 2009, l'association entre la fréquentation de la piscine et l'eczéma (sans association avec l'asthme) est également démontrée. Il faut suspecter un effet délétère de la piscine chez tout enfant avec des signes d'atopie, de rhinite allergique ou d'asthme après le début de fréquentation des piscines et d'autant plus qu'il n'y a aucun antécédent familial de ce type.

Il est important de se poser la question du risque de la pratique de bébé nageur. L'Académie Américaine de Pédiatrie la déconseille formellement, d'autant plus qu'il n'y a aucune preuve de son efficacité dans la prévention de la noyade. De plus, le chlore est un cancérigène mutagène à coté duquel celui du bisphénol A des biberons est ridicule.

Chez les enfants avec terrain atopique et qui se plaignent d'irritation après la piscine, une dispense de la natation pour raison médicale est pleinement justifiée.

La natation est un sport excellent pour les asthmatiques, à condition qu'elle soit pratiquée dans des piscines sans chlore.

À noter que les piscines privées engendrent encore plus de risque car il y a souvent un excès de chlore qui se justifie d'autant moins que le risque infectieux est moindre dans ces dernières.

D'après l'exposé du Pr A. Bernard, (Unité de toxicologie UCL-directeur de recherche FNRS) : "Le chlore dans les piscines : les enfants en danger ?".

L'andropause : mythe ou réalité ?

Vieillir en bonne santé est un important défi pour l'avenir. Le vieillissement est lié à des facteurs intrinsèques génétiques et à des facteurs extrinsèques modifiables. Les modifications liées à l'âge et dépendant de la testostérone sont assez discrètes chez l'homme contrairement à ce qui se voit chez la femme. Le déficit en testostérone peut, en partie, expliquer le processus de vieillissement chez l'homme. Un nouveau syndrome a été décrit : l'hypogonadisme d'apparition tardive (LOH ou DALA). Ce syndrome comprend 2 éléments indispensables : un taux de testostérone libre (à doser le matin) bas, c'est-à-dire inférieur à 200 µg/dl ou 12nmol/L, associé à des symptômes physiques. Les symptômes liés au déficit en testostérone sont les suivants :

- diminution de la libido avec réduction de la fréquence des rapports sexuelles, des érections matinales, de l'orgasme et de l'éjaculation : y penser en cas de résistance au Viagra® ;
 - des modifications de l'humeur, des facultés cognitives, de l'orientation spatiale avec fatigabilité, humeur dépressive et irritabilité ;
 - une réduction de la masse maigre associée à une augmentation de l'obésité abdominale ainsi qu'une réduction de la pilosité ;
 - une ostéopénie voire de l'ostéoporose.
- L'examen clinique recherchera une gynécomastie, une atrophie des testicules et examinera la pilosité.

Ce DALA se retrouve chez de nombreux obèses suite à la biotransformation de la testostérone périphérique en œstrogène. 30% des diabétiques de type 2 obèses souffrent de trouble de l'érection, corrélé à un hypogonadisme DALA.

Le déficit est central ou périphérique. Il est donc utile de doser simultanément à la testostérone, la prolactine. En cas d'élévation de cette dernière, une résonance magnétique de la selle turcique sera demandée.

Quel traitement ? Le traitement substitutif améliorera rapidement ces symptômes. À noter que chez un patient avec toucher rectal normal et PSA normal, on retrouve d'emblée 14% de néoplasie de la prostate à 58 ans et 29% au-delà de 69 ans. Ces néoplasies sont essentiellement de type anaplasique, non sensible à la testostérone. Il n'y a donc pas de risque, selon l'orateur, à administrer de la testostérone aux patients avec PSA et toucher rectal normaux. Mais il faut savoir que la première année de traitement, le PSA peut doubler. Il doit donc être dosé tous les 3-4 mois. Le suivi clinique objectivera les effets : mesure du tour de taille, tension artérielle, toucher rectal, dosage du PSA et des lipides tous les 2 mois.

La testostérone existe sous forme parentérale (le Sustanon®) à administrer en IM toutes les 3 semaines, remboursé en cas d'hypogonadisme prouvé par deux dosages réalisés à minimum 2 semaines de distance, la première demande devant être faite par le médecin spécialiste en urologie, médecine interne, gynécologie ou pédiatrie.

Les formes transcutanées (Andractim®, Androgel®) ne sont pas remboursées.

D'après l'exposé du Pr R. Andrianne, urologue CHU Liège, ULg : "Voyage au bout de l'andropause".