

Congrès internationaux

D^r Patricia Eeckeleers, médecin généraliste, 5590 Leignon • D^r Thierry Van der Schueren, médecin généraliste, 5640 Mettet

Quatrième Congrès de la Médecine Générale

Nice, du 24 au 26 juin 2010

L'index cheville-bras en MG

Les pathologies cardio-vasculaires représentent la 2^e cause de mortalité en France et la 1^{re} cause de handicap fonctionnel. Il est donc important en prévention primaire de pouvoir bien estimer le risque cardio-vasculaire du patient. Dans ce contexte, outre l'anamnèse et l'examen clinique, le calcul de l'index cheville-bras est très intéressant.

Le patient poly-vasculaire se définit par la présence de minimum deux atteintes vasculaires distinctes.

Le calcul de l'index cheville-bras représente dans ce cadre un excellent outil diagnostique permettant une bonne évaluation de la charge vasculaire. Cet index a une bonne valeur diagnostique mais également pronostique au niveau cardio-vasculaire. Idéalement, il devrait être mesuré chez tout patient porteur d'au minimum un facteur de risque cardio-vasculaire.

Comment le réaliser ?

Il doit se réaliser après décubitus dorsal totalement à plat de 15 minutes. La tension systolique se mesure de préférence avec un doppler vasculaire. Elle est prise au niveau huméral. La tension systolique est ensuite prise au niveau des artères tibiales postérieures et pédieuses avec brassard mis au mollet. Idéalement cette mesure doit se prendre 3 fois consécutivement. On retiendra la valeur la plus basse.

L'interprétation est simple :

- > 1,30 : artères incompressibles (diabète, insuffisance rénale, grand âge) ;
- 0,9-1,30 : normal ;
- 0,75-0,90 : artériopathie bien compensée ;
- 0,40-0,75 : artériopathie peu compensée (claudication intermittente) ;
- < 0,40 ou tension systolique à la cheville < 50 mm Hg : artériopathie avec retentissement sévère (PE).

D'après l'exposé « Mesure de l'index de pression systolique en médecine générale : analyse des barrières et propositions de stratégies d'implantation » du Docteur Gaetan Gentile, médecin généraliste à Marseille.

INR : validité ?

En France, plus de 1 % de la population est traité par antivitamine K (AVK). Or ces AVK représentent la première cause d'iatrogénicité en France avec 17 000 hospitalisations et 4 000 à 5 000 décès par an. Ce travail a évalué la qualité des INR prélevés dans le Finistère Nord en 2006. Cette qualité dépend des modalités de prélèvement, de la qualité de la thromboplastine utilisée par les laboratoires.

En 2002, de 48 à 66 % des INR étaient prélevés par des infirmières au domicile du patient.

Quels sont les modalités optimales de prélèvement ?

- ne pas utiliser de garrot (NDLA : prélever auparavant un autre tube sous garrot donne la même fiabilité de résultat) ;
- utiliser un tube citraté ; conserver le prélèvement à température ambiante ;
- respecter un délai avant analyse inférieur à 2 heures. Celui-ci peut être porté à 4 h si le tube a été centrifugé après prélèvement.

En 2006, 5,5 % des infirmières, utilisent des tubes non citratés. Le délai avant dépôt au laboratoire de biologie clinique dépasse 2 h dans 51 % des cas en milieu urbain et 75 % en milieu rural. Au total, 65 % des prélèvements faits par les infirmières sont non conformes et surévaluent l'INR.

Quant aux laboratoires, 15 % de ceux-ci ne participent pas aux contrôles de qualité pourtant obligatoires, et de nombreux laboratoires utilisent une thromboplastine de mauvaise qualité.

Tout ceci indique que plus de 2/3 des prélèvements sont non conformes.

Que faire pour améliorer ?

Idéalement, nos patients devraient faire prélever leur INR au laboratoire.

Une autre solution serait de développer les appareils d'automesure. Seul écueil : leur prix, qui approche les 1 000 € et celui des tigettes à 5 € la pièce. L'utilisation de ces appareils nécessite une formation à l'utilisation par des médecins et infirmières. Par contre, des études réalisées

dans d'autres pays montrent que leur utilisation permet une diminution de 70 % du risque hémorragique (PE).

D'après l'exposé intitulé « INR : pile ou face ? » du D^r Benoit Chiron, médecin généraliste à Brest

Appréciation du SAS par les MG

Cette thèse de médecine générale a voulu déterminer la connaissance pratique des MG au sujet du rapport entre syndrome d'apnées du sommeil (SAS) et HTA résistante. Une enquête descriptive a été réalisée auprès de 100 médecins généralistes en Ile-de-France.

La prévalence des apnées du sommeil (SAS) dans la population est de 5 % et sa présence multiplie par 3 le risque d'hypertension artérielle.

Parmi les 100 médecins interviewés par téléphone, 42 % avait reçu une formation théorique sur les apnées du sommeil, mais 70 % étaient diplômés depuis avant 1970, donc avant que le SAS ne soit un sujet étudié.

L'interview présentait un cas clinique simple dans lequel était calculé le nombre d'informations devant être ajouté pour que le médecin se pose la question de la présence éventuelle d'un SAS. Le cas clinique présenté décrivait un patient en surpoids et hypertendu. 2 médecins sur les 100 ont directement pensé à la présence éventuelle de SAS. Après ajout de la notion de somnolence diurne, 75 % des MG l'évoquaient. Après ajout de ronflement, 21 % supplémentaires l'évoquaient, les 2 % restants y pensaient lors de signalement d'apnées nocturnes.

Il est intéressant de constater que ce syndrome n'est bien souvent évoqué que tardivement. Or, les implications non seulement médicales mais aussi sociétales et économiques sont importantes (accidents de roulage, perte de performance, licenciement mais aussi divorce).

Près de 50 % des SAS sont méconnus. Et en moyenne, un médecin voyant 20 patients par jour doit avoir 12 cas de SAS dans sa patientèle (PE).

D'après l'exposé « SAS et hypertension résistante : connaissance et compétences des médecins généralistes » du Docteur Josselin Vachon, médecin remplaçant, à Paris.

Connaissances des MG concernant la vaccination anti-HPV.

Depuis la commercialisation des vaccins anti-HPV, les médecins sont submergés d'information sur le cancer du col et l'intérêt du vaccin. Cette étude a voulu connaître les connaissances réelles des MG sur le cancer du col et le vaccin, et, secondairement, déterminer la relation éventuelle du mode d'information et l'enthousiasme envers la vaccination.

Le risque des infections à HPV, de leur rapidité d'évolution éventuelle en cancer du col et la prévalence de ce dernier sont largement surévalués: 61% des MG le nomment comme deuxième cause de mortalité chez la femme alors qu'il n'est que le dixième en fréquence et le quinzième en terme de mortalité en France. (1000 décès/an en France). De plus, pour la plupart, l'efficacité du vaccin anti HPV sur le cancer du col est prouvée.

Ceci est clairement en rapport avec les campagnes marketing intenses et la caution des institutions de santé. Parmi tous les MG, ceux ne recevant leur information que des délégués médicaux ont le score de connaissance le plus faible ($p < 0,001$) avec une surestimation de l'importance de la pathologie et de l'efficacité du vaccin, et, comme corollaire un grand enthousiasme pour la vaccination (PE).

D'après l'exposé «Le comportement des MG vis-à-vis du GARDASIL, résulte-t-il d'un choix éclairé: enquête auprès de 518 MG du Rhône» du Docteur Sylvie Erpeldinger, département de médecine générale de la faculté de médecine de Lyon.

Pédiatre ou MG: raisons du choix

Quels sont les déterminants du choix entre pédiatre et généraliste des parents d'enfants gardés en crèche? Cette étude par questionnaire, auprès des parents d'enfants gardés en crèche apporte quelques réponses. Ce sont les parents aux revenus élevés qui consultent plus facilement les pédiatres et qui acceptent de se déplacer pour cela. Les parents qui vont plus souvent chez le pédiatre recherchent la compétence du spécialiste. Ils lui reprochent son manque de disponibilité. Par contre, les parents qui consultent un généraliste recherchent la confiance, la disponibilité et la proximité de ce type de médecins. Quand le nourrisson est le cadet d'une fratrie, il est aussi plus souvent soigné par un généraliste. Un suivi par les 2 types de médecins est encore retrouvé dans la majorité des familles. (TVdS)

(N.D.L.R.: cette étude a été réalisée en milieu urbain.)

D'après le poster du Dr S. POITRAS-ON-TIGRINATE, médecin généraliste à Marseille (F).

Surconsommation de soins liée à la médiatisation de la grippe A (H1N1)

Cette étude française par questionnaire et indicateurs de consommation a démontré une surconsommation de soins primaires de l'ordre de 13% attribuable à la surmédiatisation de la grippe AH1N1. Aucun lien statistique n'a pu être mis en évidence ni entre les opinions du médecin et la surconsommation observée, ni entre les symptômes des patients surconsommateurs et ceux présentés par les autres patients. Les auteurs concluent sous forme d'une nouvelle question: cette surconsommation liée à la médiatisation pouvait-elle être évitée? (TVdS)

D'après le poster du Dr G. COINDARD, médecin généraliste enseignant à Paris (F).

Adolescence: référentiel pour le MG

Un adolescent sur quatre vit une situation de mal-être. Ce mal-être est bien souvent de relative courte durée mais il peut s'exprimer de façon explosive (violence, suicide...).

Le suicide est la seconde cause de mortalité à l'adolescence. Pourtant, les ados en souffrance ne consultent leur médecin généraliste que dans 39% des cas. Or, 85% d'entre eux ont eu un contact avec ce dernier dans l'année écoulée pour des motifs divers. L'objectif du travail réalisé était de répondre à la conférence de consensus française sur le suicide qui demandait de développer des outils de repérage spécifiques pour la médecine générale. Il en a résulté la création d'un CD-ROM interactif avec multiples entrées, utilisables par les MG de façon individuelle ou collective. C'est un excellent outil à commander auprès de l'auteur (phibin@wanadoo.fr) car réalisé par des MG et répondant aux attentes de ceux-ci quant au dépistage et à la prise en charge des adolescents en souffrance. (PE)

D'après l'exposé du Docteur Philippe BINDER, DMG-groupe ADOC (phibin@wanadoo.fr), département de médecine générale de la faculté de médecine de Poitiers.

Échec de contraception: pourquoi?

L'accès à la contraception est optimal avec des moyens contraceptifs variés et adaptables selon les patientes. En France, une contraception sur deux est prescrite par le médecin généraliste. Or, le taux d'IVG chez les jeunes filles de 15 à 19 ans y a explosé depuis 2002. À cet âge, la fertilité est maximale, ce qui est socialement méconnu, la contraception est vécue comme une contrainte et il existe chez de nombreuses jeunes filles une grande détresse socio-économique.

On constate que si le MG est le premier recours au niveau médical, il est bien le dernier en information derrière les médias, la famille, les cours à l'école...

Cette thèse a exploré, selon une méthode de recherche qualitative, les obstacles à la prescription de moyen contraceptif efficace et adapté chez ces jeunes filles.

Trois obstacles majeurs ont été mis en évidence. Le premier est l'absence de reconnaissance de l'adolescente comme personne communicante et sexuée. La communication n'est pas toujours facile, l'évocation de la sexualité est rare, son autonomie est peu reconnue. Or, la précocité sexuelle est strictement corrélée à la consommation de tabac entre 15 et 16 ans. Si le jeune est non-fumeur, la précocité sexuelle est de 2%; par contre, s'il y a consommation tabagique et de cannabis, le risque est de 95%.

Le deuxième écueil est la prédominance du discours sur la pilule. Les autres moyens sont peu évoqués.

La troisième difficulté est représentée par les connaissances peu étendues des MG eux-mêmes au sujet de la contraception, ce qui ne facilite pas le choix de la meilleure contraception.

Il en résulte que proposer une contraception n'est pas simple car les connaissances des MG sont incertaines et que la communication autour de la sexualité est considérée comme difficile par les MG. (PE)

D'après l'exposé «Contraception de l'adolescente: pourquoi les généralistes loupent le coche?» du Docteur Marie Barais, Département de médecine générale de la faculté de Bretagne Occidentale.

Exposé tiré de la thèse du Docteur Catherine Breuille-Leveau. D'après l'exposé «Abord de la sexualité lors de la consultation des adolescents en médecine générale» par le Dr Gérard Ducos, MG à Bordeaux.