

Journée SSMG

par le Dr Marjorie Dufaux, assistante en médecine générale, 5170 Lesve

Actualités diagnostiques et thérapeutiques

Charleroi, le 15 Janvier 2011

Phosphatases alcalines osseuses

Les phosphatases alcalines osseuses constituent un marqueur de l'activité ostéoblastique. Lorsque le Turn-over osseux est accéléré, le dosage est majoré. Cette technique a été développée comme outil pour le suivi de l'ostéoporose (post-ménopausique), de la maladie de Paget, de l'ostéodystrophie rénale avec hyperparathyroïdie secondaire et des métastases osseuses, principalement dans le cadre du cancer prostatique.

En pratique, la phosphatase alcaline peut être utilisée pour confirmer la réponse osseuse 3 à 6 mois après le début de la thérapie. En comparaison, la mesure de la densité osseuse ne permet d'observer la réponse osseuse au traitement qu'après une période de deux ans.

Son dosage évalue également l'adhérence au traitement.

Les avantages de cette technique sont les suivants :

- absence de variation circadienne, le moment du prélèvement n'ayant donc pas d'importance ;
- métabolisation par le foie, la fonction rénale n'influençant dès lors pas le dosage ;
- conservation des prélèvements possible durant 48h entre 2 et 8 °C.

D'après l'exposé du Professeur Michel Lambert, interniste aux cliniques universitaires Saint-Luc.

Hyperferritinémie

L'hyperferritinémie modérée n'est pas toujours une **hémochromatose**, bien que cette dernière constitue la maladie autosomique récessive la plus fréquente. 10 à 15% de la population sont hétérozygotes et 2 à 5% sont homozygotes (soit 1/300 en France).

Les autres causes fréquentes à ne pas méconnaître sont :

- le **syndrome métabolique** ;
- l'**alcoolisme chronique** (même sans cirrhose). On observe une diminution après 15 jours de sevrage ;
- tout **syndrome inflammatoire** ;

- les **hépatopathies** aiguës et chroniques (virales, auto-immunes...);
- les **néoplasies** (cancer solides, hémopathies malignes);
- l'**hémolyse**.

Le bilan de base face à une hyperferritinémie doit comprendre un dosage de :

- fer, transferrine sérique et saturation de la transferrine (une saturation > 45-50% est un argument en faveur d'une hémochromatose);
- LDH – GOT – GPT – γ GT - Phosphatases Alcalines – bilirubine ;
- glycémie – profil lipidique – acide urique ;
- hémogramme, haptoglobine
- CRP

D'après l'exposé du Professeur Michel Lambert, interniste aux cliniques universitaires Saint-Luc.

Calprotectine

La calprotectine est une protéine couplée au calcium et au zinc et qui se situe dans la membrane des globules blancs neutrophiles. Elle en est libérée en cas d'inflammation. La calprotectine fécale peut être dosée par la méthode ELISA dans les selles et peut être utilisée pour le screening des pathologies organiques du tube digestif (**Crohn et RCUH**). Il s'agit, actuellement, du meilleur marqueur diagnostique des inflammatory bowel diseases (IBD), de par son excellente valeur prédictive négative (sensibilité de 93% et spécificité de 96%) qui permet donc d'exclure une IBD lorsque celle-ci est absente :

- d'un bon marqueur prédictif des poussées (ajustement du traitement avant même l'apparition des manifestations cliniques);
- d'une bonne méthode d'évaluation de la réponse au traitement ;
- d'une excellente méthode de sélection des patients pour endoscopie.

Cet examen est non-invasif et peut être réalisé chez l'enfant comme chez l'adulte. Il est fiable, facile à réaliser et présente un excellent rapport coût/efficacité. Il permet de limiter la réalisation d'examens invasifs et onéreux suite à son usage. Suite à son utilisation, on observe une diminution des colonoscopies de 67% des adultes et de 35% des enfants.

La norme de calprotectine dans les selles varie en fonction de l'âge avec des valeurs seuils plus élevées chez l'enfant (< 275 μ g/g) que chez l'adulte (< 50 μ g/g).

D'après l'exposé du Professeur Michel Lambert, interniste aux cliniques universitaires Saint-Luc.

Nouveaux anticoagulants

Deux molécules sont présentées : le dabigatran et le rivaroxaban. Leurs avantages consistent en l'administration orale, d'une dose fixe ne nécessitant pas de monitoring. Il n'y a pas d'interaction alimentaire et les interactions médicamenteuses sont réduites. Le profil efficacité/sécurité est donc équivalent, voir supérieur, aux AVK. Ces nouvelles molécules ont donc une efficacité accrue, avec un risque hémorragique moindre, et peuvent être utilisées plus facilement en cas de pathologies ou de médicaments associées. En cas de surdosage éventuel et de saignement, on peut, comme dans le cas des AVK, avoir recours au PPSB comme antidote.

Le **dabigatran** (Pradaxa®) est un inhibiteur de la thrombine. Son action est rapide, s'installant en 2 à 4h. Son élimination est rénale et est indépendante du cytochrome P450. Son temps de demi-vie est de 17 à 20h. Une interaction est décrite avec la glycoprotéine P. Il y a donc risque d'interaction en cas de prise concomitante d'amiodarone, d'anticalciques ou d'antifongiques. Cette molécule est une prodrogue, convertie par l'estérase sérique et hépatique. La liaison protéique est de 36%.

Le **rivaroxaban** (Xarelto®) est pour sa part un inhibiteur du facteur Xa. Son action est aussi rapide que celle du dabigatran. Son élimination est mixte : pour un tiers rénale et deux tiers hépatique. Son temps de demi-vie est plus court et est estimé à 7 à 11h. Les interactions médicamenteuses sont peu nombreuses, et se produisent avec les inhibiteurs du cytochrome Cyt3A4 (kétoconazole, inhi-

biteurs des protéases utilisés dans les thérapies des patients sidéens) et de la glycoprotéine P.

D'après l'exposé du Professeur Michel Lambert, interniste aux cliniques universitaires Saint-Luc.

Sémiologie clinique

La décision médicale diagnostique est le résultat d'une intégration par le médecin des antécédents médicaux, de l'anamnèse, de l'examen clinique et des examens complémentaires.

L'anamnèse peut, à elle seule, résoudre 76% des cas médicaux. L'examen clinique, quant à lui, permet de trouver le diagnostic dans 12% des cas. Mais la focalisation sur certains signes sémiologiques peut nous mener à l'erreur de diagnostic. À noter que l'on estime entre 5 et 15%, le nombre d'erreurs de diagnostic au sein d'un service des urgences.

L'interrogatoire est le plus performant des tests à notre disposition pour résoudre une majorité des situations cliniques.

On utilise le likelihood ratio (LR) pour déterminer la valeur prédictive de certains signes cliniques. Par exemple, évaluation des signes cliniques et anamnestiques dans la **décompensation cardiaque**:

- antécédent d'infarctus du myocarde (LR 3.1);
- antécédent de décompensation cardiaque chronique (LR 5.8);
- dyspnée de repos depuis quelques heures avec orthopnée (LR 2.2);
- sibilances expiratoires diffuses (LR 0.52);
- râles crépitants bilatéraux (LR 2.8);
- B3 (galop) (LR11);
- jugulaires saillantes (LR 5.1);
- OMI (LR 2.3);
- pouls rapide et irrégulier (LR 3.8).

Les signes les plus spécifiques de décompensation cardiaque sont donc:

- l'auscultation d'un galop;
- les antécédents;
- les jugulaires saillantes.

La présence ou l'absence d'éléments cliniques et anamnestiques influencent directement la décision médicale.

D'après l'exposé du Professeur Dominique Vanpee, urgentiste aux cliniques universitaires de Mont-Godinne.

Sibilances

En pratique, tout ce qui siffle n'est pas de l'asthme. On peut observer des **sibilances expiratoires diffuses** dans diverses situations dont:

- l'asthme (un asthme de novo chez une personne d'un certain âge est d'origine cardiaque jusqu'à preuve du contraire);
- la BPCO;
- l'œdème aigu pulmonaire;
- l'embolie Pulmonaire (on retrouve des sibilances dans 9% des embolies pul-

monaires à un moment très précoce dans l'évolution des symptômes);

- un corps étranger intra-bronchique (qui induit un bronchospasme).

D'après l'exposé du Professeur Dominique Vanpee, urgentiste aux cliniques universitaires de Mont-Godinne.

Radioactivité naturelle

Il existe une **radioactivité naturelle**. Celle-ci correspond à une irradiation annuelle de 2 milliSievert (mSv). Elle provient de diverses origines:

- le radon, gaz de la famille de l'uranium, qui provient du sol, en particulier dans les régions schisteuses (plateau ardennais, etc.), et s'accumule dans les caves. Il est responsable de cancers pulmonaires;
- l'irradiation cosmique est davantage présente en montagne et dans les airs (pilotes et personnel d'aviation). Elle est secondaire aux réactions nucléaires qui surviennent dans le soleil, dans les étoiles et dans les explosions des supernovas (à noter que vivre en montagne, au-delà de 3000 m d'altitude, ajoute 3 mSv supplémentaires);
- l'irradiation provenant du corps humain via le potassium radioactif;

La **radioactivité d'origine médicale** provient essentiellement des examens radiologiques (exposition aux rayons X). Ainsi, une radiographie du thorax expose à 0,2 mSv, un scanner des poumons dispense une irradiation 100 fois plus élevées (20 mSv) (N.D.L.R.: selon les

chiffres de la WONCA 2009, toute exposition supplémentaire de 6 mSv doublerait le risque de développer un cancer).

D'après l'exposé du Professeur Trigaux JP, radiologue aux cliniques universitaires de Mont-Godinne.

Conduites à tenir en radiologie

La prescription des examens radiologiques suivants devrait cesser à l'avenir:

- la tomographie conventionnelle (qui doit être remplacée par le CT scan);
- la RX du crâne (qui doit être remplacée par un scanner en cas de traumatisme ou mieux, par une IRM);
- la RX de l'abdomen (qui peut être remplacée par l'échographie et le scanner si nécessaire);
- l'urographie intraveineuse (qui peut être remplacée par une échographie ou un scanner si nécessaire);
- la phlébographie (qui peut être remplacée par l'échographie).

Il faudrait limiter la prescription de:

- RX de la colonne lombaire (et la remplacer par une IRM si possible, surtout chez le jeune, sinon un scanner);
- scanner du crâne (à remplacer par l'IRM sauf en cas de trauma);
- scanner de la colonne lombaire (à remplacer par une IRM, surtout chez l'enfant).

Les radiographies des extrémités, quant à elles, ne sont que très peu irradiantes.

D'après l'exposé du Professeur Trigaux JP, radiologue aux cliniques universitaires de Mont-Godinne.

MÉDECINS DU MONDE recrute des **médecins** (h/f) et **psychologues CLINICIENS** (h/f) **BÉNÉVOLES** pour des consultations gratuites pour les exclus des soins (sans-abri, demandeurs d'asiles, sans papiers...) dans son Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation (CASO) à Bruxelles. Les consultations ont lieu en journée par tranches de 3/4 heures. Disponibilité souhaitée: **minimum une fois tous les quinze jours**.

Par ailleurs, dans le cadre de son **PLAN HIVER**, Médecins du Monde intensifie le nombre de ses consultations médicales et paramédicales aux personnes les plus démunies, en partenariat avec le Samu social de Bruxelles. Cette action d'envergure et à durée déterminée ne peut évidemment se faire sans l'appui de **personnel médical et paramédical bénévole: médecins (h/f) et infirmier(e)s BÉNÉVOLES**.

Si vous pouvez vous libérer quelques heures par semaine (**de 2 à 4 heures, n'importe quel soir de la semaine, de façon régulière ou irrégulière**) pour venir en aide à ces personnes en grande précarité, rejoignez notre équipe de bénévoles!

Expérience professionnelle antérieure requise pour les médecins (inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins de Belgique) et infirmières ainsi que pour les psychologues (2 ans d'expérience minimum).

Contact: assistant.rh@medecinsdumonde.be ou 02 648 69 99 et sur notre site: <http://www.medecinsdumonde.be/-En-Belgique,167-.html>