

Nouvelles des Congrès

par le Dr Patricia Eeckeleers à 5590 Leignon et
le Dr Etienne Bourdon, 5500 Dinant, Médecins généralistes

6^e Congrès d'actualités diagnostiques, éthiques et thérapeutiques de l'arrondissement de Dinant

Ciney, 19 mars 2011

La fibromyalgie : mythe ou réalité ?

Pour tenter de répondre à cette question qui fait l'objet de nombreuses discussions (scepticisme des uns, enthousiasme des autres), les organisateurs du colloque de l'UOAD, ont eu la bonne idée d'inviter deux orateurs : le Dr Masquelier (Centre de référence multidisciplinaire de la douleur chronique aux Cliniques Universitaires de Mont-Godinne) et le Dr Gueibe, psychiatre à la Clinique St Pierre d'Ottignies. Deux approches différentes mais complémentaires d'une « nouvelle » maladie ou plutôt d'une nouvelle appellation d'une affection qui a sans doute toujours existé. Exit la spasmophilie, bienvenue à la fibromyalgie ! Après avoir rappelé que l'affection, à prépondérance féminine (sans doute les femmes consultent-elles plus volontiers), concerne de 0,7 à 3,3 % des adultes, le Dr Masquelier en a décrit la diversité des symptômes : douleurs diffuses spontanées ou provoquées, fatigabilité musculaire, raideurs musculaires, fatigue générale invalidante, sommeil généralement non réparateur, dépression, sentiment d'être incompris, etc. Quelques examens sont évidemment conseillés avant d'avancer le diagnostic de fibromyalgie, en particulier en vue d'exclure une pathologie rhumatismale inflammatoire, une cause neurologique, endocrinienne, infectieuse, médicamenteuse ou psychopathologique. Ensuite, le Dr Gueibe a évoqué son expérience de psychiatre face aux fibromyalgiques, ces êtres humains en perpétuelle souffrance, régulièrement incompris, souvent polymédiqués (drame de l'abus d'antalgiques morphiniques !) et a rappelé l'efficacité remarquable des antidépresseurs d'ancienne génération associés à des thérapies comportementales. Et les deux orateurs de conclure que la fibromyalgie, considérée par certains cliniciens comme un « fourre-tout », voire un « diagnostic

poubelle », doit être différenciée des douleurs diffuses, de la fatigue chronique, et faire l'objet de critères de classification plus précis et de traitements mûrement réfléchis, excluant les antalgiques à action centrale (EB).

D'après l'exposé du docteur Étienne Masquelier, centre de la douleur et du docteur R. Gueibe, psychiatre, cliniques Universitaires de Mont-Godinne.

Nouvel espoir pour les diabétiques de type I : transplanter des îlots de Langerhans !

Le Dr Denis Dufrane est chercheur mais aussi praticien « de pointe » aux Cliniques St Luc de Bruxelles, Unité de Thérapie Cellulaire Endocrine (Banque de Tissus et Cellules), mais également à l'Unité de Transplantation Abdominale et Chirurgie Générale, Endocrinienne et Obésité. Il a relaté l'état d'avancement des travaux en matière de transplantation d'îlots de Langerhans. Devant l'échec des greffes de pancréas pratiquées de par le monde, les chercheurs ont développé des programmes de greffes d'îlots. Après de multiples expérimentations animales, et la mise au point de microcapsules implantables en sous-cutané, la technique a déjà été proposée à des patients « difficiles » présentant un diabète de type I « incontrôlable ». Approuvée par les plus hautes autorités scientifiques belges et européennes, cette étude clinique est entrée en phase un, et les premiers résultats obtenus, même s'ils ne portent que sur un nombre, a fortiori, restreint de patients, semblent d'embellée très prometteurs. Gageons qu'il en sera encore question dans les congrès des prochaines années (EB)

D'après l'exposé du docteur D. Dufrane, chirurgien, cliniques Universitaires de Mont-Godinne.

ITT & lombalgies communes

Une étude européenne (EFILWC 2005) a bien démontré le rapport inversement proportionnel entre la durée des ITT et la reprise du travail chez le même employeur. Une incapacité de travail de 3 à 6 mois ne permet une reprise de travail effectif que dans moins de 50 % des cas. Après 1 an, la reprise tombe à moins de 20 % des cas et au-delà de 2 ans, elle n'est plus que de 10 %.

Il est donc indispensable d'agir précocement face à une absence qui se prolonge mais aussi de penser à la reprise dès le début de l'ITT.

Les études scientifiques les plus récentes ont bien démontré que l'apparition d'une lombalgie chez un travailleur est favorisée par des facteurs génétiquement déterminés et l'exposition à des facteurs de risque professionnels, essentiellement l'exposition aux vibrations (conduite d'engins de chantiers) et les positions de travail avec rotation et/ou flexion du tronc. Elles ont également mis en avant le caractère multifactoriel des lombalgies.

Par contre, le pronostic des lombalgies et la longueur des ITT consécutives dépendent essentiellement de facteurs psycho-sociaux.

Des facteurs psychologiques comme les exigences mentales, de rythme, de rendement ainsi que les contraintes de temps et la perte de contrôle de son travail sont clairement incriminés comme facteurs de mauvais pronostic (ou d'absentéisme important). Par contre, l'autonomie décisionnelle, le soutien social, le plaisir au travail, la reconnaissance du travail fourni par les pairs et surtout par le patron, sont des facteurs de bon pronostic (PE)...

D'après l'exposé du professeur Ph. Mairiaux, médecin du travail, ULg.

Attitude devant une lombalgie subaigüe

Un syndrome douloureux prolongé est délétère car il entraîne souvent une immobilisation avec déconditionnement physique progressif, mais également, une perte de confiance en soi et un isolement social, qui peuvent être sources de dépression. L'apparition de la peur du mouvement pouvant entraîner de la douleur entraîne un cercle vicieux. Il est donc capital de remettre rapidement le patient en activité d'autant plus que celle-ci a un effet antidouleur certain.

L'attitude du patient face à sa douleur est conditionnée par de multiples croyances à démasquer et combattre (nécessité du repos, obligation d'examen radiologique, relation directe hernie discale-chirurgie). Le discours du médecin doit donc être prudent mais aussi dédramatisant et optimiste: le pronostic est le plus souvent bon, l'imagerie n'est donc pas du tout indispensable s'il n'y a aucun signe alarmant et le repos au lit est à proscrire. De plus, il convient de dialoguer, dès le début, avec son patient au sujet de la reprise du travail (PE).

D'après l'exposé du professeur Ph Mairiaux, médecin du travail, ULg.

Diarrhées aigües: alerte au norovirus!

Les diarrhées aigües sont principalement d'origine virale. Parmi ces virus, les norovirus sont les agents infectieux les plus couramment incriminés: en Europe, ils sont la cause de plus de 74,1% et aux USA, 98% des gastro-entérites aigües. Ils sont détectés dans le monde entier et sont devenus le germe prépondérant en cas de diarrhée.

Les norovirus (NoV) appartiennent à la famille des Caliciviridae. Ce sont des petits virus non enveloppés avec un ARN monocaténaire. Ils se caractérisent par une variabilité antigénique très importante avec un taux de mutation très rapide, à l'instar du virus de la grippe. Ils sont très résistants dans l'environnement, résistent aux désinfectants courants et sont pathogènes à très faible concentration, même après disparition des symptômes, ce qui explique les épidémies rapides liées à ce virus. Si la maladie est heureusement bénigne, elle a de grandes conséquences économiques: fermeture de services hospitaliers, de crèches, écoles, bateaux de croisière avec nécessité de nettoyer et désinfecter en profondeur.

On retrouve les NoV jusque sur les boutons d'ascenseur!

Comme désinfectants, les solutions hydro-alcooliques sont nettement moins efficaces que l'eau et le savon. Pour laver le sol et les surfaces, l'eau de javel et dérivés sont efficaces. Le NoV est inactivé par la chaleur si celle-ci est supérieure à 60°.

Il est responsable aussi bien de cas sporadiques que d'épidémies dans les collectivités (PE).

D'après l'exposé de A. Mauroy, docteur en sciences vétérinaires, ULg.

Diarrhées à norovirus: caractéristiques

Les norovirus affectent des personnes de tous âges, principalement en hiver. Les symptômes sont d'installation rapide, souvent explosifs: nausées et vomissements accompagnés ou non de diarrhée et de syndrome grippal («Winter vomiting disease» ou «grippe intestinale»). Les symptômes durent en moyenne 24 à 48h, l'incubation étant de 10 à 51h. Par contre, chez les immunodéprimés et les cancéreux, de même que dans les services hospitaliers et chez les enfants de moins de 11 ans, la symptomatologie est plus grave et 2 fois plus longue. Les NoV peuvent aussi entraîner des convulsions bénignes chez des enfants atteints, même non fébriles. La contamination est orofécale, alimentaire (importance d'écarter du travail toute personne atteinte travaillant en cuisine) mais aussi, par les aérosols générés par les vomissements.

Une autre source de contamination classique est représentée par les fruits de mer car ceux-ci sont parqués dans les estuaires qui collectent également les égouts...

La contamination zoonotique (vache, cochons) est plutôt anecdotique.

L'immunité conférée par la maladie est double: une immunité à court terme de plus ou moins 6 mois et une immunité à long terme sans doute liée au IgA sécrétés par la muqueuse intestinale. Des déterminants génétiques dont les différents allèles du système ABO semblent jouer un rôle dans la sensibilité à l'infection: 20% de la population est résistante à l'infection, 80% est sensible. Mais parmi ces derniers, 50% seulement seront symptomatiques.

Le diagnostic est difficile étant donné la grande variabilité génétique et antigénique. Le Gold standard est la détection des particules virales soit, par des méthodes immunologiques soit, par microscope électronique.

Le traitement repose essentiellement sur la réhydratation orale. Chez les adultes, le

sous-salicylate de bismuth diminue la sévérité et la durée des crampes intestinales. De même, il raccourcit de 6 heures la durée des symptômes. Il est contre-indiqué chez les enfants (PE).

D'après l'exposé de A. Mauroy, docteur en sciences vétérinaires, ULg.

Facteurs influençant le déclin cognitif

L'hypertension artérielle associée au tabac et au diabète augmente de 20% le risque à 50 ans de souffrir de vieillissement cérébral précoce!

Plusieurs facteurs influencent le vieillissement cérébral.

Les facteurs protecteurs sont:

- l'activité physique régulière;
- le niveau d'éducation;
- les activités intellectuelles et de loisir qui nécessitent engagement et lancement de défi;
- le fait d'avoir un but, un idéal dans la vie;
- avoir une vie de couple épanouissante après 50 ans.

Les facteurs délétères sont:

- une enfance défavorisée;
- la vulnérabilité sociale;
- des épisodes dépressifs antérieurs;
- l'exposition à des toxiques environnementaux (pesticides, etc.);
- les benzodiazépines (augmentation du risque de déclin cognitif de 10% à 10 ans);
- le stress post-traumatique (1/8 des patients ayant vécu la 2^e Guerre Mondiale);
- des déficits sensoriels (vue, audition);
- un risque vasculaire augmenté;
- être conjoint d'un patient dément (PE).

D'après l'exposé du professeur A.-C. Juillerat, psychologue, FPSE, Université de Genève.