



par les D^{rs} Anne-sophie MICHEL,
Virginie HUYGHE et Thierry VAN DER SCHUEREN

Médecins généralistes

rmg@ssmg.be

Molluscum contagiosum

Il s'agit d'un virus de la famille des orthopoxvirus. Il entraîne des lésions cutanées bénignes contagieuses, parfois prurigineuses. Celles-ci ont une taille de quelques millimètres et présentent une forme de dôme avec une ombilication centrale. 5 % des enfants sont atteints. Tant les adolescents que les adultes peuvent être contaminés. Les lésions touchent l'ensemble du corps à l'exception de la paume des mains et de la plante des pieds. La transmission peut se faire au moment de l'accouchement. Si le patient n'a pas de troubles de l'immunité, le nombre de lésions est généralement inférieur à une vingtaine. La transmission se fait par contact direct (sports, piscine) ou indirect (serviette de toilette). Les lésions sont également disséminées sur l'ensemble du corps via le grattage. Ainsi, certaines se surinfectent. Les mollusca contagiosa disparaissent spontanément. L'évolution d'une lésion jusqu'à sa disparition dure environ 2 mois. Il faut compter en moyenne 8 mois pour voir une disparition complète de l'ensemble des lésions. Dans certains cas, des cicatrices peuvent persister. Bien que les mollusca contagiosa disparaissent spontanément sans qu'aucun traitement ne soit appliqué, il est souvent demandé une destruction des lésions...

AVERTISSEMENT

La «Revue des revues» vous propose des comptes-rendus d'articles parus dans la littérature internationale. Le comité de lecture (CL) de la «Revue de la Médecine Générale» estime, pour différentes raisons, que ces articles sont susceptibles d'intéresser les médecins généralistes. Ceci ne veut pas dire que le CL est nécessairement d'accord avec le contenu des articles présentés. Que chaque lecteur se fasse sa propre opinion en fonction de ses connaissances et de son expérience, après éventuellement avoir pris connaissance de l'article.

Les articles sont disponibles au secrétariat de la SSMG.

- pour éviter la dissémination du virus à d'autres parties du corps ou à d'autres personnes ;
- pour des raisons esthétiques ;
- par crainte d'être écarté d'activités parascolaires ;
- par confort (lors de prurit intense).

Il existe deux techniques : la cryothérapie et le curetage des lésions.

Le curetage doit se faire après aseptie et après application anesthésique locale. Il provoque une douleur modérée.

La cryothérapie entraîne des douleurs, un érythème localement, des vésicules et des érosions. Par ailleurs, cette technique peut laisser des cicatrices hyperpigmentées ou dépigmentées. L'article n'a pas comparé l'efficacité des deux techniques entre elles, ni en l'absence de traitement. Aucun traitement topique n'a prouvé son efficacité.

Tant la cryothérapie que le curetage nécessite du temps et sont parfois difficilement supportées par les enfants quand le nombre de lésions est élevé. Un anesthésique local^a peut être utilisé. Il faut toutefois être prudent car ces crèmes peuvent engendrer des effets indésirables (érythème, œdème, prurit). En pratique, il est important d'informer le patient et/ou les parents de l'évolution spontanée vers la guérison. Certaines précautions devront être prises : couvrir les lésions (pansements ou vêtements couvrants), ne pas partager le linge de toilette et éviter la baignade collective. Si toutefois l'ablation des lésions est souhaitée, le traitement de choix est la cryothérapie ou le curetage. (VH)

Molluscums contagiosums. Attendre leur disparition : une option raisonnable. Revue prescrire avril 2015 ; 35 (378) : 276-278.

Mots-clés : molluscum contagiosum, cryothérapie, curetage des lésions.

Convulsions hyperthermiques de l'enfant

Cette revue clinique du BMJ aborde la problématique fréquente (2 à 5 % en Europe) des convulsions hyperthermiques.

Avec un pic d'incidence à 18 mois, les convulsions hyperthermiques sont surtout présentes entre 6 mois et 6 ans. Ces dernières sont la cause la plus fréquente de convulsions chez l'enfant. En cas de convulsions sur fièvre de moins de 38 °C, il faut prioritairement envisager un autre diagnostic que les convulsions hyperthermiques. Le risque de développer de l'épilepsie sur des convulsions hyperthermique est faible (\pm 2%) et le développement cognitif

a. Lidocaïne+prilocaine (Emla®) ou lidocaïne+tetracaine.



des enfants ayant présenté des convulsions hyperthermiques reste normal. Ces deux derniers éléments permettent de rassurer de nombreux parents.

Actuellement, il n'y a aucune preuve de l'efficacité prophylactique des antiépileptiques sur les récurrences de convulsions hyperthermiques. Il n'y donc pas lieu de les proposer. Plus ennuyeux encore est le fait que l'usage prophylactique d'antipyrétiques ne permet pas de réduire le risque de récurrence! En effet, alors que l'explication longtemps donnée pour le déclenchement des convulsions était la rapidité avec laquelle la fièvre s'élevait, aujourd'hui cette explication n'est plus valable. L'origine semble multifactorielle avec des facteurs environnementaux (médiateurs inflammatoires libérés lors des épisodes de fièvre) et des facteurs génétiques (source d'une plus grande susceptibilité cérébrale aux médiateurs).

Du point de vue clinique, il est important de rechercher et traiter l'infection fébrile étiologique. Il faut s'assurer de l'absence de signes d'infections du système nerveux central (irritabilité, léthargie, inappétence, déficit neurologique, conscience altérée, désorientation, convulsions focales, photophobie, raideur de nuque, fontanelle bombante...). Les facteurs de risque (FR) de récurrence sont : l'âge < 18 mois, la fièvre $\geq 39^{\circ}\text{C}$, un antécédent familial au 1er degré de convulsions hyperthermiques, une durée de fièvre < 1 h avant le déclenchement des convulsions, de multiples épisodes de convulsions au cours de la même affection fébrile, le placement en crèche. Si aucun FR de récurrence n'est présent, le risque de récurrence est de 4%. Par contre si tous les FR sont présents, le risque de récurrence est de 80%. Le seul traitement des convulsions consiste en l'administration intrarectale de diazépam (0,5 mg/kg – max 10 mg – pas avant l'âge de 6 mois). Ce traitement n'est recommandé que si la durée des convulsions dépasse 5 minutes. L'administration de diazépam n'augmente pas le risque de devoir recourir à une intubation par la suite. (TVdS)

Patel N, Ram D, Swiderska N, Mewasingh L et al. Febrile seizures. BMJ 2015 ; 351 : h4240.
<http://www.bmj.com/content/351/bmj.h4240>

Mots-clés : convulsions, fièvre, pédiatrie.

Maladie de Parkinson : traitement initial des troubles moteurs

Dans la maladie de Parkinson se produit une dégénérescence progressive des neurones cérébraux dopaminergiques impliqués dans la réalisation de mouvements. Il y a alors un déséquilibre entre cette diminution d'influence dopaminergique et une augmentation de l'influence des neurones

cholinergiques. Il en résulte une triade typique de symptômes moteurs (souvent unilatéraux) :

- bradykinésie et hypokinésie ;
- rigidité en « roue dentée » ;
- tremblement de repos (inconstant au début).

D'autres symptômes peuvent apparaître aussi : troubles liés à la perturbation du système nerveux autonome (hypotension orthostatique, sialorrhée, constipation), troubles de l'humeur ou du sommeil, douleurs, hallucinations ou idées délirantes.

L'étiologie de cette maladie n'est pas clairement identifiée.

Le traitement de la maladie de Parkinson n'est pas curatif. Il sert uniquement à atténuer les symptômes et à maintenir l'autonomie du patient.

Si les troubles moteurs sont minimes et peu invalidants, il semblerait que de la kinésithérapie et des exercices physiques adaptés aient un effet favorable. Si la gêne fonctionnelle est plus marquée, on aura recours au traitement médicamenteux. Ce traitement consistera à augmenter l'activité dopaminergique des neurones cérébraux. Deux molécules sont utilisées : la levodopa, précurseur de la dopamine, et le ropirinole^b, agoniste dopaminergique. La levodopa est utilisée en Belgique sous forme d'une association^c à doses fixes, avec un inhibiteur de la dopadécarboxylase, le bensérazide.

La levodopa est le médicament le plus efficace, entraînant une diminution rapide des symptômes moteurs. Mais après quelques années de traitement, elle entraîne des troubles moteurs tardifs tels que fluctuations motrices et dyskinésies. Il faut augmenter les doses par paliers progressifs, en gardant la dose minimum efficace. Les effets secondaires principaux sont : nausées, hypotensions orthostatiques, troubles psychiques (dont troubles compulsifs), somnolence diurne, mouvements anormaux, glaucome par fermeture de l'angle.

Le ropirinole est moins efficace dans les troubles moteurs, mais a moins d'effets secondaires tardifs. Il peut être utilisé en première intention chez les patients de moins de 65 ans. (ASM)

Référence : Rédaction Prescrire. Maladie de Parkinson : traitement initial des troubles moteurs. L'essentiel sur les soins de premier choix. Revue Prescrire Avril 2015 ; 35 [378] : 286-289.

Mots-clés : maladie de Parkinson, troubles moteurs, dopamine.

b. Requip®
c. Prolopa®



Sodas « lights » ou non et jus de fruits favorisent-ils l'apparition du diabète ?

Cette méta-analyse internationale apporte une réponse en plusieurs volets à cette question si fréquente.

La consommation de sodas sucrés est associée très significativement à une plus grande fréquence d'apparition du diabète de type 2. Ce constat est indépendant du poids et donc de l'obésité éventuelle des patients. Cette augmentation est chiffrée, selon les pays, de 2 à 13 % d'augmentation des cas de diabète sur 10 ans parmi les consommateurs de sodas sucrés par rapport à ceux qui n'en consomment pas.

La consommation de sodas « lights » et celle de jus de fruit est également associée à une augmentation du nombre de nouveaux cas de diabète. Toutefois, cette augmentation n'est pas significative en raison d'une trop forte hétérogénéité de la population étudiée. Jus de fruit et sodas « light » ne semblent cependant pas constituer des alternatives saines aux sodas sucrés.

À ce stade, il s'agit bien d'un lien fort entre consommation et survenue de nouveaux cas de diabète mais pas d'un lien de cause à effet prouvé. (TVdS)

Imamura F, O'Connor L, Ye Z, Mursu J et al. Consumption of sugar sweetened beverages, artificially sweetened beverages, and fruit juice and incidence of type 2 diabetes : systematic review, meta-analysis, and estimation of population attributable fraction. *BMJ* 2015 ; 351 : h3576.
<http://www.bmj.com/content/351/bmj.h3576>

Mots-clés : prévention, nutrition, diabète type 2.

Effets favorables des lois anti-tabac en Grande-Bretagne

Depuis 2007, il est interdit de fumer dans tous les lieux publics de Grande-Bretagne ainsi que sur les lieux de travail. Cette mesure a permis une réduction de 7,8 % du nombre d'enfants mort-nés, de 7,6 % de la mortalité périnatale et de 3,9 % du nombre de nourrissons avec un trop faible poids de naissance. Il s'agit de la première étude à grande échelle qui analyse les effets d'une loi anti-tabac sur la santé périnatale. Les auteurs attribuent les effets positifs constatés sur la santé des tout-petits à la fois à la réduction du nombre de fumeurs parmi les adultes et, à la fois, à la réduction de l'exposition passive aux fumées de tabac dans les lieux publics, au travail et à la maison. (TVdS)

Christie B. Smoke-free legislation in England has reduced stillbirths and neonatal mortality. *BMJ* 2015 ; 351 : h4469.
<http://www.bmj.com/content/351/bmj.h4469>

Mots-clés : tabac, mortalité périnatale.

Concertation oncologique multidisciplinaire

Les concertations oncologiques multidisciplinaires (COM) ont été mises sur pied afin de revoir en équipe le dossier des patients atteints par un cancer et afin de prendre les meilleures décisions thérapeutiques possibles. Actuellement, chaque décision de traitement ou d'adaptation de traitement pour chaque cancer est déterminée par une COM. Et, effectivement, de plus en plus de recommandations vont dans le sens de cette pratique. Pour réussir une COM, il faut rassembler divers spécialistes et consacrer du temps à la discussion des cas présentés. Pourtant, souvent, les décisions sont prises uniquement par les médecins les plus expérimentés. De plus, des décisions cruciales sont prises par des professionnels qui, pour la plupart, n'ont jamais vu le patient dont le cas est discuté. Est-ce acceptable, se demande l'auteur ?

De nombreux médecins, infirmiers et patients pensent que les décisions prises en COM font loi. Il faut obéir ou alors subir les conséquences de son refus. Il n'en est rien. Le patient peut refuser la proposition thérapeutique de la COM, en demander une autre ou effectuer un autre choix. Pour améliorer la situation actuelle, il est utile d'informer le patient et surtout de s'assurer que chaque COM comporte un « avocat » du patient. Ce dernier veillerait à intégrer les préférences du patient dans le processus de décision. Cet avocat devrait idéalement être le médecin traitant du patient. (TVdS)

Eigenmann F. Multidisciplinary team meetings encourage overuse. *BMJ* 2015 ; 351 : h4630.

Mots-clés : cancer, concertation multidisciplinaire, éthique.

Constipation chez l'enfant

Selon Prescrire, la constipation est définie de manière pragmatique par des selles moins fréquentes et plus compactes que d'habitude, par des selles dures, par une défécation difficile ou douloureuse ou par une rétention de selles. La constipation n'est pas toujours évidente à diagnostiquer étant donné que tant l'aspect que la fréquence des selles (3 selles/jour à 3 selles/semaine à l'âge de 3-4 ans) varient en fonction de l'âge et des apports alimentaires. En effet, un enfant allaité au lait industriel aura des selles plus compactes que celui qui reçoit un allaitement maternel. Le transit se stabilise à l'âge de 3-4 ans. La constipation est plus fréquente avant 4 ans suivant les étapes du développement de l'enfant : diversification, entrée à l'école, éducation à la continence, etc. (VH)

Rédaction Prescrire : « Constipation chez l'enfant ». *Rev Prescrire* 2015. 35 (384) : 763-766.

Mots-clés : constipation, alimentation, pédiatrie.