par les Drs Anne-Sophie MICHEL,
Thomas ORBAN et Thierry VAN DER SCHUEREN
médecins généralistes
rmg@ssmg.be

Marqueurs biologiques des pathologies rhumatismales (I)

Les maladies rhumatismales sont diagnostiquées grâce à des critères cliniques, radiologiques et biologiques.

Le **facteur rhumatoïde** (FR) est présent dans le sérum de 10 % des adultes sains mais aussi chez 70 à 80 % des patients atteints d'arthrite rhumatoïde. C'est pourquoi il est le marqueur biologique de premier choix pour aider au diagnostic d'arthrite rhumatoïde. Les **anticorps anti-CCP** sont le marqueur biologique le plus spécifique de l'arthrite rhumatoïde mais ne sont utiles qu'en cas de clinique évocatrice et de FR négatif.

Les **marqueurs du turnover osseux** sont inutiles au diagnostic de l'arthrite rhumatoïde mais peuvent être demandés dans le suivi de la maladie et de la réponse au traitement.

Le **FAN** est très sensible pour le diagnostic du lupus érythémateux disséminé puisqu'il est présent dans plus de 98 % des cas. Toutefois son manque de spécificité fera qu'on peut le retrouver dans des cas de thyroïdites, de cancers, d'affections hépatiques, d'affections auto-immunitaires et chez certaines personnes âgées.

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.

Les **anticorps anti-DNA** sont, quant à eux, beaucoup plus spécifiques du lupus. Ces derniers sont donc utiles pour confirmer la maladie, mais aussi pour évaluer la réponse au traitement. Les anticorps anti-phospholipides, les anticorps anti-muscles lisses et le dosage du complément (C3 et C4) sont parfois utiles à doser en cas de lupus.

La **CRP** est un marqueur des phases actives de l'arthrite rhumatoïde et constitue donc un bon indice de l'activité de la maladie. Ce n'est pas le cas dans le lupus où son élévation peut ne pas être liée à l'activité de la maladie. (TVdS)

Mohan C, Assassi S. Biomarkers in rheumatic diseases. *BMJ* 2015 ; 351 : h5079.
http://www.bmj.com/content/351/bmj.h5079

Mots-clés : sérologie, lupus, polyarthrite rhumatoïde.

Marqueurs biologiques des pathologies rhumatismales (II)

Le **FAN** est présent dans 96 % des cas de sclérodermie et une **CRP** très élevée est associée à des formes plus sévères et une moindre survie. Toutefois le diagnostic nécessitera aussi le dosage des **anticorps anti-centromères** (formes limitées de meilleur pronostic), **anti-topoisomérases** et **anti-RNA polymérase** (formes avec atteintes rénales) pour cibler la prise en charge et le suivi.

Dans le cadre de la spondylarthrite ankylosante, la **CRP** n'est augmentée que chez un patient sur deux. Toutefois, une élévation de la CRP est annonciatrice d'une progression de la maladie. À l'inverse, **l'antigène HLA-27B** sera présent chez 85 à 95 % des patients atteints de spondylarthrite ankylosante. Cependant, rappelons son manque de spécificité puisqu'il est retrouvé chez de nombreux individus sains et que seulement 6 % des patients avec antigène HLA-27B développeront une spondylarthrite ankylosante. Son dosage sera donc utile dans les cas où la clinique est évocatrice et l'imagerie négative. (TVdS)

Mohan C, Assassi S. Biomarkers in rheumatic diseases. *BMJ* 2015 ; 351 : h5079.
http://www.bmj.com/content/351/bmj.h5079

Mots-clés : rhumatologie, sclérodermie, spondylarthrite ankylosante.

Plus de risques sans anticoagulant qu'avec en cas de FA même après hémorragie

À partir de la cohorte nationale danoise, les chercheurs ont observé l'évolution de 4602 patients

en FA persistante, sous anticoagulant et ayant été hospitalisés pour un saignement digestif. Trois mois après la sortie d'hôpital, certains ont repris un anticoagulant, d'autres un antiagrégant plaquettaire et d'autres n'ont repris ni l'un ni l'autre. Une réduction significative du risque de mortalité, toutes causes confondues, a été observée tant dans le groupe anticoagulant que dans le groupe antiagrégant par rapport au groupe non traité. Il en a été de même pour le risque de thrombo-embolie, significativement réduit dans les deux groupes traités. Les risques de mortalité et de thrombo-embolie sont toutefois moindres dans le groupe traité par anticoagulant par rapport au groupe sous antiagrégant. Signalons que le risque hémorragique reste élevé chez les patients sous anticoagulant par rapport à ceux qui l'ont abandonné mais ces derniers courent, finalement, plus de risque de mourir prématurément. (TVdS)

Staerk L, Lip G, Olesen JP et al. Stroke and recurrent haemorrhage associated with antithrombotic treatment after gastrointestinal bleeding in patients with atrial fibrillation. *BMJ* 2015 ; 351 : h5876**.**
http://www.bmj.com/content/351/bmj.h5876

Mots-clés : anticoagulant, fibrillation auriculaire, complication.

Pollution et cancer du poumon

Une synthèse méthodique avec méta-analyse a été publiée en 2014 et concernait plusieurs millions de patients de divers continents. L'objectif était d'évaluer le risque de cancer du poumon lié à la pollution par particules atmosphériques. L'exposition aux particules de diamètre inférieur à 2,5 microns a été associée à un risque plus élevé de cancer du poumon : RR (risque relatif) = 1,09. IC95 (intervalle de confiance à 95 %) = 1,04 à 1,14.

Les particules fines concernées sont liées aux activités humaines telles que transport, industrie, chauffage et cuisine. Elles exposent une grande partie de la population mondiale à un risque cancéreux. (TO)

Rédaction Prescrire. Pollution atmosphérique : une autre cause possible de cancer du poumon. Revue Prescrire décembre 2015 ; 35 (386) : 946.

Mots-clés : pollution, cancer du poumon.

Qualité et humanité des soins, plutôt qu'informatisation !

Par une série d'histoires cliniques émouvantes vécues récemment, l'auteur et inventeur du concept de prévention quaternaire nous emmène dans l'inhumanité de la médecine moderne. Il se bat pour que la médecine reste une résistance au manque d'humanité, d'organisation et de simplicité de certains lieux de soins. Résistance y compris contre la médecine elle-même, écrit-il. Il défend l'idée que la médecine a davantage besoin de contrôle qualité et d'humanité que d'informatisation. Il reconnait cependant bien volontiers que cette dernière est un déterminant important pour la qualité des soins et qu'elle a fondamentalement changé la donne de l'exercice médial. Il met cependant en garde : l'informatique ouvre la porte à certaines dérives. Le bon vieux carnet de liaison à domicile, par exemple, où chacun écrivait tout en se sachant lu par tous (surtout le patient et sa famille) deviendra, dans un réseau informatique, un « chat » où le contrôle social ne sera plus de rigueur. La bienveillance et l'humanité pourraient en disparaitre rapidement. À moins qu'il ne devienne un flux monotone de phrases « préfaites » et sans significations ? Qui dit informatique dit rigueur : qui peut écrire ? Qui peut lire ? Qui synthétise ? *Chaque acteur va devoir repenser les limites éthiques de sa communication* : voilà du pain sur la planche. L'auteur se plaint également de la sectorisation du corps humain par un hôpital tout aussi sectorisé et informatisé : la souffrance humaine ne s'informatise et ne se sectorise pas. Rien ne remplacera jamais l'écoute du généraliste ! (TO)

Jamoulle M. La médicine a plus besoin de contrôle qualité et d'humanité que d'informatisation. *Ethica Clinica 2015 ; 4-80 : 37-49*
http://orbi.ulg.ac.be/bitstream/2268/194450/1/JAMOULLE%2-%20La%20relation%20est%20elle%20indispensable%2pour%20%20soigner.pdf

Mots-clés : informatique médicale, qualité des soins, humanité.

Informatique et soins de santé

L'informatisation a fait sa place, centrale, dans la pratique médicale que ce soit pour stocker de l'information plus facilement, pour transmettre des données ou pour les analyser. L'analyse peut se faire au plan individuel du médecin ou de la pratique. Elle peut aussi se faire au niveau régional ou national. La donnée médicale de départ a donc des utilisations potentiellement bien diverses. Ces usages peuvent être marqués de dérives. La plus conséquente pourrait être l'absence d'éthique. Les principes de celle-ci sont : autonomie, bienfaisance, non-malveillance. Afin de conserver au mieux ces préceptes il convient de veiller correctement à la sécurité des données à différents niveaux : conservation, sauvegarde, transmission, stockage dans le cloud (celui-ci doit d'ailleurs répondre à des exigences ordinales). Il faut aussi rester attentif aux mandats : qui utilise les données et dans quelle finalité ? De tout cela, la traçabilité doit être organisée

et conservée en lieu sûr par un tiers de confiance n'intervenant pas dans la gestion des données. (TO)

Lamy D. Informatique et soins de santé, qui soigne-t-on ? *Ethica Clinica 2015 ; 4-80 : 8-10*
http://www.fihasbl.be/Ethica-clinica/Les-numeros/Organisation des-soins/80-De-l-informatique-a-la-robotique.aspx

Mots-clés : Informatique médicale, données médicales, éthique.

Chikungunya : halte aux rumeurs (diagnostic et traitement)

Au vu de la non-spécificité des symptômes rencontrés lors d'infections par le virus du Chikungunya, le **diagnostic de certitude** se fera par confirmation biologique. Deux sérologies à minimum 10 jours d'intervalle seront réalisées (IgM apparaissent vers J5, IgG vers J10). Il n'existe pas de **traitement** spécifique contre le Chikungunya. Le traitement symptomatique consiste en antalgiques et mise au repos. Les mesures strictes de protection contre les moustiques sont à respecter, principalement chez les personnes plus à risque de développer des complications (malades chroniques, nouveau-nés) ou chez les personnes contaminées (qui constituent le réservoir). Cf. schéma. (ASM)

Rédaction Médecine. Chikungunya : halte aux rumeurs. Revue Médecine décembre 2015 ; vol 11, n° 10 (455-459).

Mots-clés : Chikungunya, sérologie, moustique.

Management du canal lombaire étroit

Cet article du BMJ passe en revue l'état des connaissances actuelles pour la prise en charge du canal lombaire étroit acquis.

Les symptômes habituels d'un canal lombaire étroit sont des lombalgies, des douleurs sous forme de crampes ou de brulures dans les cuisses et les jambes, associées à des pertes de sensibilité et à de la faiblesse musculaire dans les membres inférieurs. Les claudications neurologiques peuvent être associées à des radiculopathies secondaires à une sténose foraminale.

Le diagnostic repose sur la clinique et l'imagerie par résonance magnétique ou scanner. L'électromyographie ne sera utile qu'en cas de doute.

Parmi les différents traitements non chirurgicaux proposés pour améliorer la claudication neurologique et les douleurs associées au canal lombaire étroit, aucun n'a pu démontrer une efficacité supérieure à un autre. Citons, entre autres, les AINS et les antalgiques, la physiothérapie, les péridurales thérapeutiques, l'acupuncture ou les manipulations vertébrales.

L'option d'un traitement chirurgical sera envisagée lorsque différents traitements non chirurgicaux n'auront pas été capables d'améliorer suffisamment les symptômes du patient. Il s'agit donc d'une procédure élective et non urgente. Le but de la chirurgie est de lever la compression neurologique. Diverses techniques sont utilisées (laminectomie classique, laminotomie bilatérale, autres formes de laminoplastie), sans qu'aucune ne démontre une réelle supériorité par rapport aux autres.

Une arthrodèse ne doit être associée au geste de décompression qu'en cas d'instabilité ou de déformation de la colonne. Deux récentes méta-analyses montrent que l'utilisation d'implants inter-épineux de stabilisation dynamique dans la chirurgie du canal lombaire étroit apporte davantage de bénéfices et moins de complications au patient mais au prix d'un coût significativement plus élevé et d'une plus grande fréquence de ré-intervention. (TVdS)

Lurie J, Tomkins-Lane C. Management of lumbar spinal stenosis. *BMJ* 2016 ; 352 : h6234.
http://www.bmj.com/content/352/bmj.h6234

Mots-clés : canal lombaire étroit.

Prévention primaire : mieux que le reste pour réduire la mortalité cardiovasculaire !

Cette équipe finlandaise a suivi une cohorte de plus de 35 000 patients. La question d'étude était d'évaluer l'importance des 3 principaux facteurs de risque modifiables (tabac, cholestérol et pression artérielle systolique) sur la mortalité cardiaque. Sur les 40 années du suivi (1972-2012), la mortalité cardiaque a diminué de manière importante tant pour les hommes (82 %) que pour les femmes (84 %). Au cours des dix premières années de suivi, la quasi totalité de la réduction de mortalité observée doit être attribuée aux améliorations de ces 3 facteurs de risque. Au cours des dix dernières années d'observation (2002-2012), 66 % de la réduction de mortalité observée est attribuable aux changements de ces 3 facteurs de risque. Les auteurs concluent que la clé pour réduire la mortalité cardiovasculaire passe par des changements de mode de vie, soit la prévention primaire. (TVdS)

Jousilahti P, LaatikainenT, Peltonen M et al. Primary prevention and risk factor reduction in coronary heart disease mortality among working aged men and women in eastern inland over 40 years. *BMJ* 2016 ; 352 : i721.
http://www.bmj.com/content/352/bmj.i721

Mots-clés : prévention, mortalité, facteur de risque.