Cas Cliniques

Prévenir les diagnostics par excès, les traitements par excès et la surmédicalisation

- En quoi de nombreux dépistages qui n’ont pas fait la preuve de leur utilité et dont certains sont parfois recommandés sont un facteur de surtraitement .
- Et que la meilleure façon d’éviter leurs effets indésirables est le plus souvent de s’abstenir .

Des dépistages de cancers aux effets délétères

N° 1

- Une patiente de 20 ans vient vous voir inquiète par son résultat de frottis qui a été effectué par un gynécologue à l'occasion d'un renouvellement de pilule :
- La cytologie intéresse un petit nombre de cellules à cytoplasme abondant et polygonal. Les noyaux sont légèrement augmentés de volume, à chromatine microgranuleuse répartie régulièrement, la membrane nucléaire est lisse ou plissée . Dysplasie de bas grade ou LSIL à contrôler.

Quelle conduite à tenir ?

- Le test HPV (Hybrid Capture 2 qui teste 13 HPV à potentiel carcinogène)n'est pas contributif, car il est presque constamment positif dans cette situation .
- La pratique d'une colposcopie par un(e) gynécologue est facteur de surtraitement avec risque pour les grossesses futures .
- Vous la rassurez et proposez un simple contrôle dans 6 mois .

En fait la pratique d’un frottis à cet âge a un rapport bénéfices risques négatif .

91% des lésions de bas-grade régressent spontanément en 31 mois chez les moins de 25 ans

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15530628

Malgré une diminution des frottis, les tests HPV et les colposcopies inutiles dans cette tranche d'âge ont augmenté en valeur relative et en valeur absolue; ces examens sont responsables de conisations inutiles avec leur complications obstétricales (MAP)°

Proportion de femmes avec un acte diagnostique ou chirurgical sur le col de l'utérus réalisé dans les 15 mois suivant un premier frottis en 2007 et en 2012, France

Année	Femmes avec un premier frottis (N)	Nombre et part des femmes (N, %) avec des actes médicaux consécutifs à la réalisation d'un premier frottis cervico-utérin (%)											
		Actes diagnostiques sur le col de l'utérus						Actes chirurgicaux sur le col de l'utérus					
		Second frottis		Test HPV		Colposcopie		Conisation		Autres actes d'excision		Actes d'ablation	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2007	461 170	104 604	22,68	9 234	2,00	13 564	2,94	1 974	0,43	492	0,11	2 876	0,62
2012	354 048	73 852	20,86	14 557	4,11	19 235	5,43	1 766	0,50	660	0,19	2 509	0,71

N° 2

- Mme A, 43 ans , vient consulter car on a découvert un cancer du sein chez sa mère à 70 ans . Elle n'a aucun antécédent pathologique; elle a 2 enfants (accouchements à 25 et 28 ans) . Allaitement pendant 3mois .
- Pas de tabagisme ; faible consommation d'alcool sou forme de vin uniquement le week end
- Contraception : DIU au cuivre.
- La palpation des seins est normale

- Elle a une mammographie qui montre des microcalcifications suspectes classées ACR4.
- Une macro biopsie stéréotaxique est réalisée (sous contrôle radiologique)
- La totalité de la lésion étant retirée, un clip est placé
- La biopsie objective un carcinome intra canalaire de faible grade
- Une exérèse (mastectomie partielle) de la lésion est effectuée avec des berges à 5 mm
- L'histologie est en accord avec la biopsie; il n'y a pas de lésion infiltrante
- Une radiothérapie complémentaire de 50 gray est effectuée systématiquement
- Surveillance annuelle avec mammographie pour une durée indéfinie

Que vous inspire ce cas clinique ?

Si l'on pratiquait un dépistage organisé du cancer du sein annuel chez des femmes de 40 à 49 ans en Belgique , on aurait le résultat suivant

Tableau I : Balance bénéfices/risques pour 100.000 femmes invitées

Bénéfices	*Risques*
• Un à six décès dus au cancer du sein évités par an • Pas de diminution statistiquement significative de la mortalité totale démontrée	• Deux décès et cinq cancers supplémentaires induits par les radiations

Pour ce résultat, on aura invité 100.000 femmes, chez qui on aura réalisé :

- 45.000 mammographies
- 2.080 biopsies
- un nombre indéterminé de traitements divers des CCIS
- 20 à 100 mastectomies partielles ou complètes liées au surdiagnostic suivies ou non de chimiothérapie et/ou radiothérapie

D'après le KCE

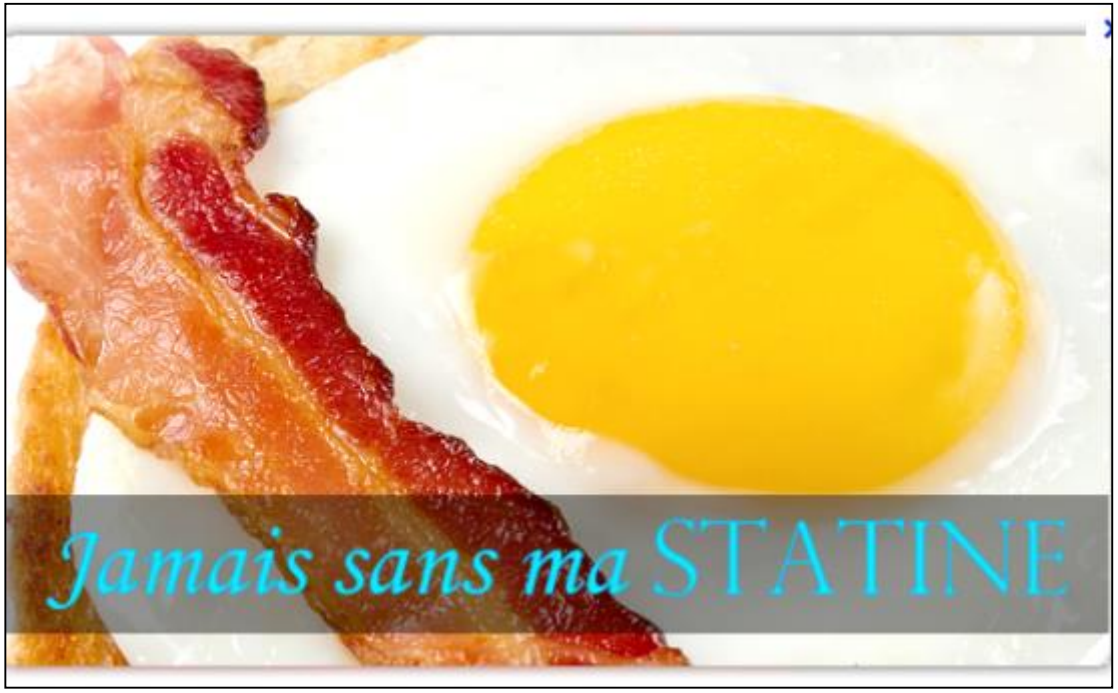
- Toutes les études concordent pour montrer le risque majeur de faux positifs et de surdiagnostics dans cette tranche d'âge
- Aux EU les CIC représentent 28% des cancers dépistés dans cette tranche d'âge contre 15% pour les tranches supérieures
- Les femmes qui ont un seul antécédent du premier degrés après 50ans ne sont pas éligibles pour un dépistage avant cet âge .

- Les effets à long terme de la radiothérapie ne sont pas négligeables : surrisque de cancer du poumon qui est doublé au bout de 10 ans .
- Une étude de l'IGR portant sur plus de 4400 femmes traitées pour un cancer du sein entre 1954 et 1984montre une surmortalité cardiovasculaire à 20 ans de 76 % chez celles ayant reçu une radiothérapie .
- Un étude cas-témoins menée en Suède et au Danemark chez des femmes traitées en 1958 et 2001 retrouve un surrisque d'affection coronarienne à partir de 5 ans .

Confusions entre Facteurs de risque et Maladie

- Hypercholestérolèmie isolée : faut-il traiter?
- Ostéoporose post-ménopausique

Cholestérol



N° 3

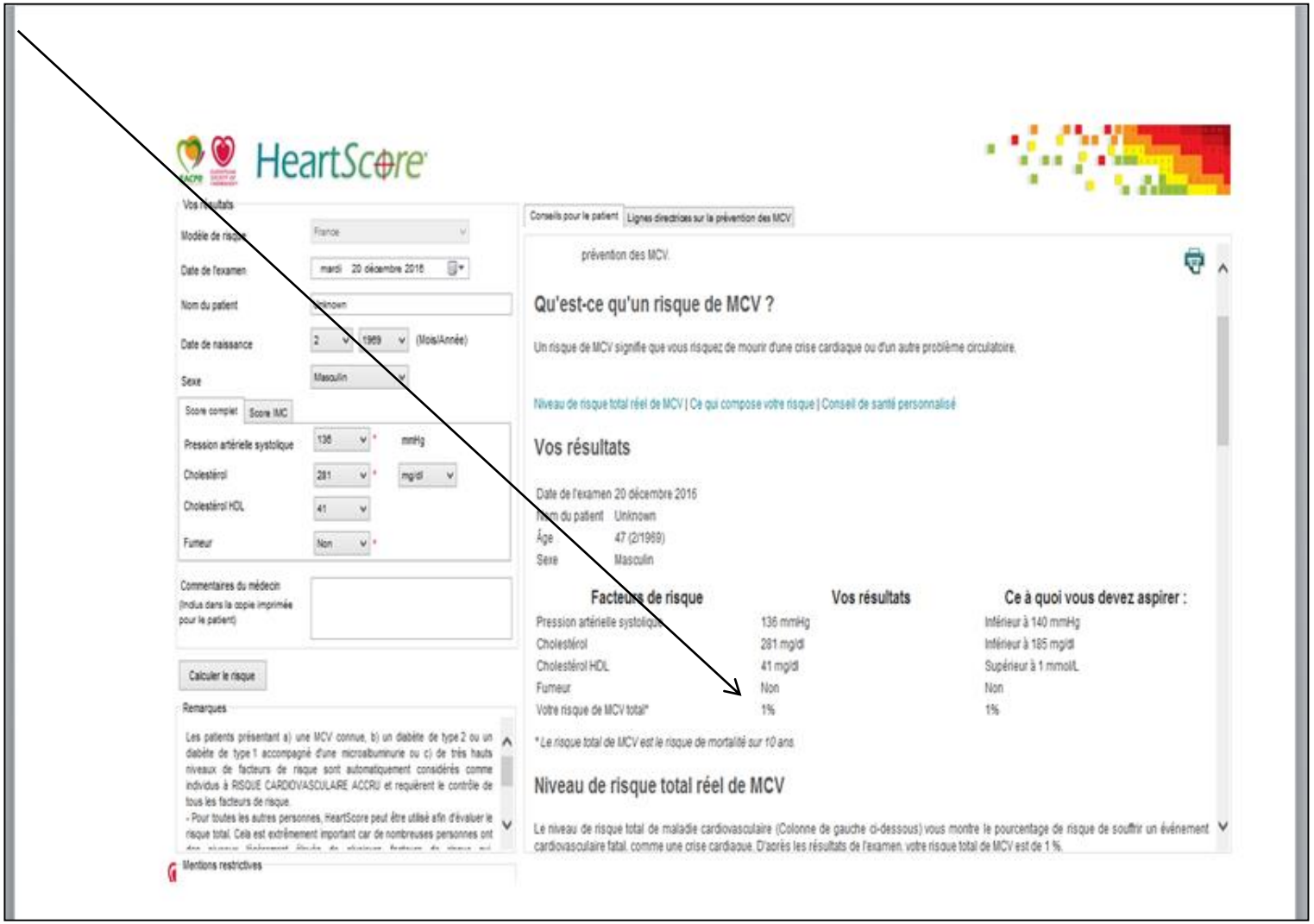
- Vous recevez de la mutuelle de Mr Paul 48 ans qui a passé un examen de santé son bilan biologique .
- Ce patient a un taux de Cholestérolémie à 3 g/l. Elle lui conseille de consulter son médecin.
- Par ailleurs il n’a aucun antécédent familial de maladie coronarienne, il n’existe ni tabagisme, ni augmentation excessive d’alcool, en moyenne 1 à 2 verres de vin par jour, il existe une surcharge pondérale à 27 kg / m2 sa TA est de 135/83, sa glycémie à 0.95 g/l

- L’Exploration d’une Anomalie Lipidique retrouve 3 g/l de Cholestérolémie avec 0.45 g/l de HDL, 1.60 g/de TG et 2.23g/l de LDL.
- Il ne semble pas exister d’important défaut sur le plan nutritionnel

- Après 3 mois d'une alimentation pauvre en cholestérol (il a pratiquement interrompu le fromage, remplacé le beurre par une margarine riche en phytostérols et oméga3 et diminué son apport en œufs) son EAL a peu changé : Cho : 2.80 g/l HDL 0.40 g/l TG : 1.70g/l LDL : 2.06 g /l.

- Quelle sera votre attitude ?

On utilise la calculateur score validé pour l'Europe du sud



- Le patient est d'après SCORE à risque de décès cardiovasculaire à 1% dans les 10 ans.
- La baisse de mortalité cardiovasculaire en réduction de risque relatif est de 20% dans les essais les plus favorables aux statines.
- En réduction de risque absolu cela représente une réduction de 0.2%
- Soit 99% de ne pas mourir d'affection ischémique dans les 10 ans ; sous statine 99.2 % de ne pas mourir.
- Autrement dit il faut traiter pendant 10 ans 500 personnes comme ce patient pour éviter un décès.

- Donc l'attitude la plus sage est effectivement de ne pas traiter, d’autant plus que ce traitement aura des effets secondaires et augmentera le risque de diabète.
- Cependant ce patient a peut-être une alimentation qui ne convient pas. Les régimes hypocholestérolémiants sont inefficaces.
- En prévention primaire comme secondaire c'est le régime méditerranéen qui a le niveau de preuve le plus élevé.
- Or le risque cardiovasculaire va s'accroitre avec l’âge. Aussi le meilleur conseil est de lui donner ces conseils nutritionnels associés à de l'exercice physique.

Ostéoporose post-ménopausique

N°4

- Mme Catherine, 62 ans ménopausée à 49ans, sans THM car pas de symptômes .
- IMC : 24kg/m2 pas de tabagisme, pas d'énolisme
- Pratique la natation 2 fois par semaine et le yoga
- Retraitée depuis 2 ans (secrétaire)
- 2 enfants
- Consulte pour avis car sa mère de 85 ans a fait une fracture du col fémoral

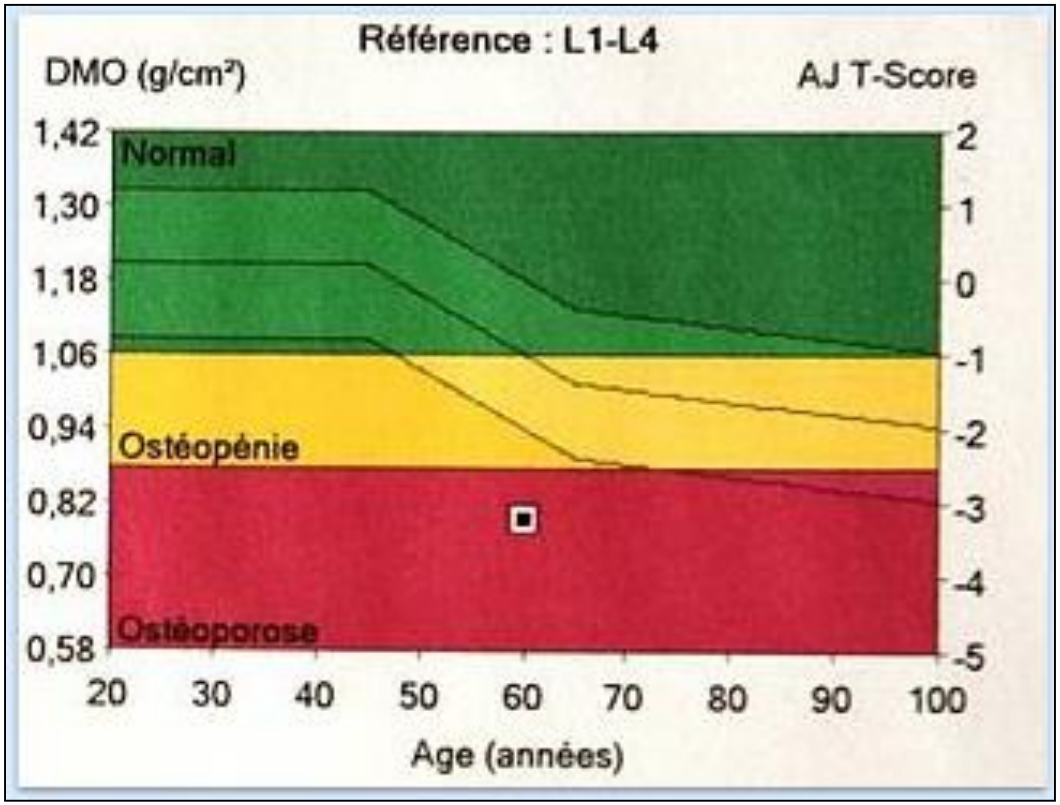
- Désire une ostéodensitométrie car elle a lu qu’en cas d’antécédent de fracture du col fémoral chez un parent du premier degrés il fallait dépister une ostéoporose après la ménopause .
- Elle n’a pas de douleur vertébrale; elle a perdu 2 cm de hauteur en 30 ans .

Le diagnostic repose sur l'ostéodensitométrie mesurée sur 2 sites :Rachis lombaire L1 à L4 et col fémoral
Définition donnée par l'OMS en 1994

- .Le T score donne une comparaison avec la masse osseuse d'une femme de 25-30 ans :

NORMAL	T >-1
OSTÉOPÉNIE	-2,5< T <-1
OSTÉOPOROSE	T <-2,5

DMO vertébrale : T score – 3
DMO col fémoral : T score -1,9
Ostéoporose vertébrale (L1 à L4)
Ostéopénie fémorale



Médecin traitant :

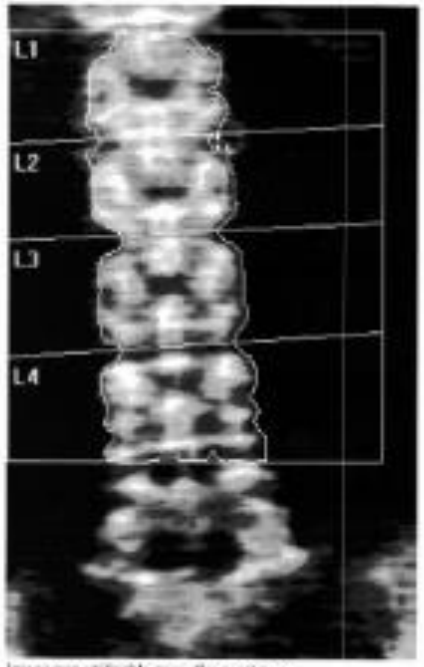
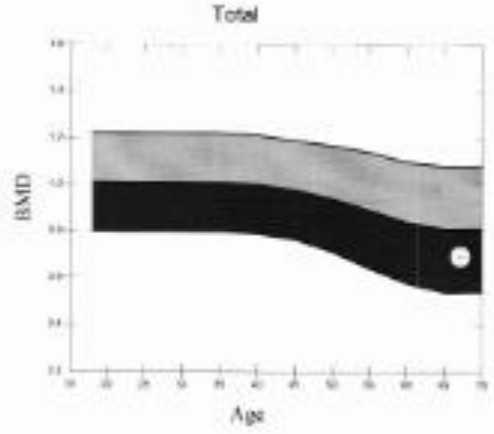


Image non utilisable pour diagnostiques
k = 1.120, d0 = 45.5
116 x 134



Information de l'examen :

Date de l'examen : 11 Décembre 2014 ID: A1211140
Type d'examen : e Colonne lombaire
Analyse: 11 Décembre 2014 17:17 Version 12.5:3
Colonne lombaire
Operator: BQ
Modèle : Explorer (S/N 90665)
Commentaire :

DXA Results Summary:

Région	Surface (cm^2)	CMO (g)	DMO (g/cm^2)	T-score	PR (%)	Z-score	AM (%)
L1	12.50	7.73	0.618	-2.9	67	-0.7	88
L2	12.59	8.56	0.680	-3.0	67	-0.8	86
L3	15.08	10.80	0.716	-3.0	69	-0.9	85
L4	16.51	12.19	0.738	-2.8	71	-1.0	84
Total	**56.67**	**39.28**	**0.693**	**-3.0**	**69**	**-0.9**	**85**

CV TOTALE DMO 1.0%, ACF =0.993, BCF = 0.992, TH = 7.264

Commentaire du médecin :

Quelle conduite à tenir ?

Cette personne n’a pas d’autres facteurs de risque

Y a-t-il un intérêt à prescrire un traitement Vitamino calcique ?

- Les données de la littérature sont claires: cette prescription chez les personnes ne vivant pas en institution n’a aucun effet préventif sur les fractures de fragilité

Supplémentation calcique(avec ou sans Vitamine D) et prévention des fractures : métaanalyse classant les essais en fonction de leurs biais méthodologiques

- *Faible risque de biais*:

44505 patients RR: 0.96 (0.91-1.01)

- *Risque modéré de biais* :

11539 patients RR: 0.83 (0.73-0.93)

- *Risque élevé de biais*:

2529 patients RR: 0.77 (0.53-1.11)

- *Ensemble* :

58573 patients RR : 0.89 (0.81-096)

Calcium intake and risk of fracture, systématic review BMJ 2015 ; 351:h 4580

- D'après cette métaanalyse portant sur des sujets de plus de 50 ans, en majorité des femmes il faut traiter 100 personnes pendant 5 ans pour éviter une fracture par supplémentation calcique associée ou non à la vitamine D .
- Il résulte de cette revue de la littérature que la supplémentation calcique n'a pas de bénéfice tangible sur la prévention des fractures .
- Elle est en outre associée à des événements indésirables: constipation, lithiase, et peut-être augmentation du risque cardiovasculaire
- Il en est de même avec les études de cohorte portant sur un apport de calcium sous forme de laitages comparant de faibles à de fortes consommations .

Un traitement pharmacologique par biphosphonate a-t-il une utilité ?

- Ce traitement est prescrit pour 5 ans; au-delà son rapport bénéfice risque est contestable
- Dans les 2 ans qui suivent son interruption, le risque fracturaire est identique à l'absence de traitement .
- Cette patiente risque une fracture du col dans les 20 ans

- La meilleure prévention est le renforcement de ses fémurs : l'activité physique portant sur les membres concernant augmente le diamètre osseux par apposition périostée .
- C'est donc la mobilisation des membres inférieurs par la marche ou la course qui renforce les os longs
- La prévention la plus efficace des fractures du col chez les personnes âgées repose sur la prévention des chutes

Des prescriptions souvent inappropriées

N° 5

- Patiente de 68 ans traitée pour une FA paroxystique associée à une HTA traitée depuis plusieurs années.
- La TA est de 130/80 avec un DFG à 47 ml/mn ; cette insuffisance rénale connue depuis 10 ans est peu évolutive .Il n'y a ni microalbuminurie, ni protéinurie
- EAL : Cho : 2.68 g/l HDL/ 0.70 g/l LDL : 1.81 g/l TG : 0.85 g/l.
- La patiente est traitée par Coumadine avec un INR cible entre 2 et 3, Métoprolol, Ramipril 10 Hydrochlorothiazide 25, Amiodarone.

- Lors de la dernière consultation de cardiologie, le spécialiste , compte tenu de ses facteurs de risque, propose d’associer une statine .
- Qu’en pensez-vous ?

- Le risque cardiovasculaire majeur chez elle est d'abord un AVC par fibrillation atriale (elle a un Chads2 Vasc à 3). Elle est anti coagulée correctement.
- Congestive Heart Failure / Left Ventricular Dysfonction : 0
- H TA : 1
- Âge : 1 (65-74 ans)
- Diabète : 0
- Stroke or thromboembolism : 0
- Vascular disease :0
- Age > 75 ans : 0
- Sexe : Femme de plus de 65 ans : 1
- Score : 3
- Traitement anticoagulant recommandé à partir de 2

- ✓ 1 /Les statines n'ont pas d'impact sur la récidive de la FA .

(Effect of statins on atrial fibrillation: collaborative meta-analysis of published and unpublished evidence from randomised controlled trials.Rahimi K, Emberson J, McGale P, Majoni W, Merhi A, Asselbergs FW, Krane V, Macfarlane PW; PROSPER Executive.BMJ. 2011 Mar 16;342:d1250. doi: 10.1136/bmj.d1250.), quant à leur prévention des AVC en cas de FA aucune preuve n'a été apportée .

- ✓ 2 /Le risque cardiovasculaire chez les patients présentant une IRC de grade 3a est effectivement augmenté et porte essentiellement dans les ¾ des cas sur l'insuffisance cardiaque et les troubles du rythme sur lesquels les statines n'ont aucune efficacité.

http://www.bmj.com/content/336/7645/645

C'est lors d'une étude observationnelle aux EU sur une cohorte de patients de la Kaiser Permanente que l'on a retrouvé cette association entre DFG et RCV, mais un certain nombre de patients ayant primitivement une cardiopathie avaient secondairement une insuffisance rénale : le rapport de causalité n'est pas clair .

- ✓ 3/Quant au traitement par statine chez les insuffisants rénaux il est étudié dans une métanalyse du BMJ qui conclut qu'en prévention secondaire ce traitement est efficace en terme de réduction des accidents ischémiques, mais pour ce qui est de la prévention primaire il n'y a pas de conclusion, ce qui correspond à la situation de cette patiente:

- Effects of statins in patients with kidney disease BMJ http://www.bmj.com/content/336/7645/645. A noter que sauf pour l'Insuffisance terminale chez les patients dialysés (Alert, 4D et Aurora qui se sont montrés négatifs) ou sur une population plus hétérogène (Sharp légèrement positif, mais avec beaucoup de bidouillages) , il n'y a pas d'essai randomisé chez les insuffisants rénaux modérés .
- Voilà pourquoi l'article conclut qu'il existe une incertitude majeure faute d'études en prévention primaire sur l'attitude à adopter en cas d'IRC de grade 3 et renvoie aux recommandations habituelles

- ✓ 4 /Quant au taux de son LDL cholestérol, il n'implique en rien une indication de traitement par statines. En effet d'après les essais il n'y a aucun effet bénéfique à traiter les femmes en prévention primaire dans cette situation .Son taux de HDL est censé être protecteur, mais là aussi c'est controversé.

- ✓ 5 / Ce que l'on peut conclure pour cette patiente avec toujours une marge d'incertitude, c'est que sur son risque principal l'AVC par FA, c'est le traitement anticoagulant qui réduit le risque. Aucun essai n'a été effectué avec des statines dans cette indication.

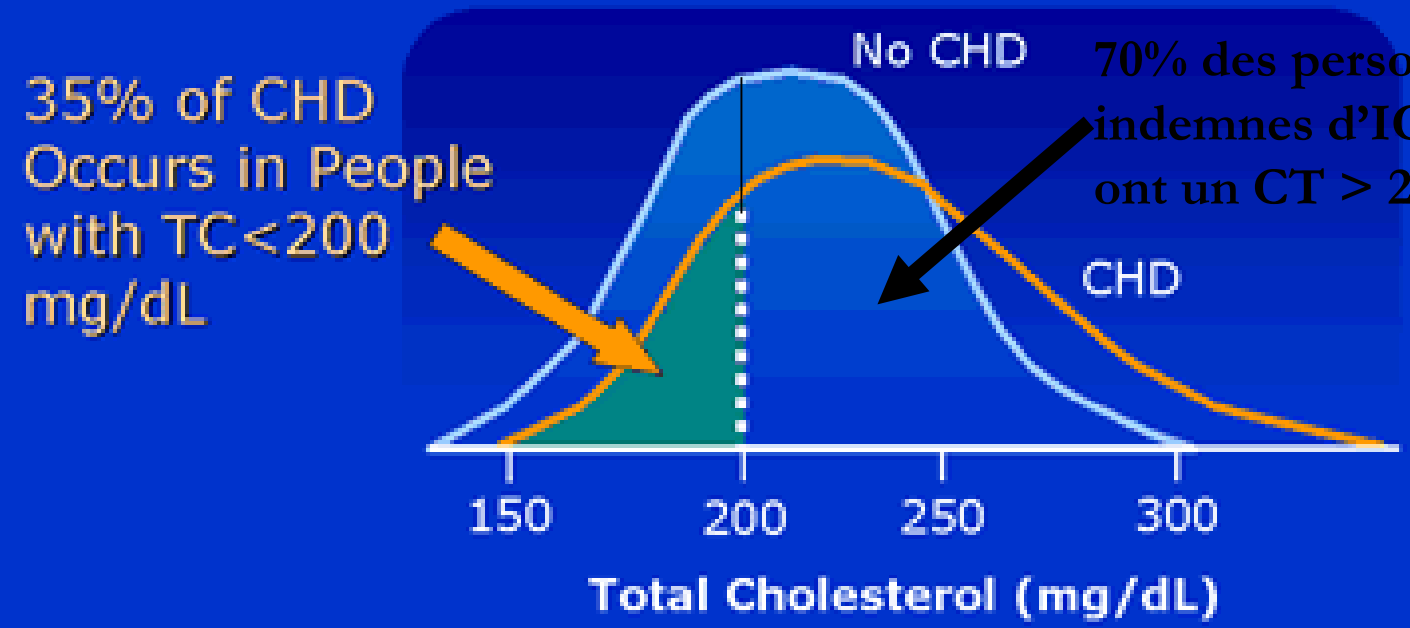
- ✓ 6/ Donc prescrire une statine ne fera que compliquer le traitement (interaction avec la Coumadine) augmenter les effets secondaires à court terme, augmenter le risque de Diabète à moyen et long terme , avec peut-être une augmentation du risque d'AVC hémorragique .

La diabolisation du Cholestérol

- La norme de cholestérolémie totale a été abaissé à 2g/l aux Etats-Unis.
- Or elle ne rend pas compte des accidents ischémiques de façon satisfaisante comme le montre le nombres de personnes dont la présence ou l'absence de maladie coronarienne n'est pas dépendante de ce seuil

Total Cholesterol Distribution: *CHD vs Non-CHD Population*

Framingham Heart Study—26-Year Follow-up



Castelli WP. *Atherosclerosis*. 1996;124(suppl):S1-S9.
©1996 Reprinted with permission from Elsevier Science.

Slide Source: Lipids Online www.lipidsonline.org

ADD THIS SLIDE TO MY TRAY

- On a donc introduit des facteurs de risque qui jouent par sommation (HAS 2005) ou par calculateurs (HAS 2017).
- Or le seuil de LDL cholestérol pour traiter en prévention primaire un patient ne repose sur aucun essai randomisé
- Que se soit en prévention primaire comme secondaire , les cibles de LDL à atteindre ont baissé régulièrement : 1.30gL/l, puis 1g/l puis 0.70g/l chez les personnes à très haut risque entrainant la prescription de statines de plus en plus actives sur ce taux .

- Puis en 2013 seuils d'intervention et cibles tombent aux oubliettes ; les rédacteurs des recommandations étatsuniennes nous expliquent que ces données ne reposaient que sur des consensus d'experts aucun essai n'ayant été effectué sur des critères de seuils de LDL .
- Pour finalement traiter toutes les personnes qui ont un risque cardiovasculaire à 7.5% en 10 ans , soit la quasi-totalité des plus de 60 ans
- Sans aucune preuve factuelle de la validité de cette attitude .
- Les recommandations européennes de 2016 se donnent toujours des objectifs de LDL « Lower is better »

- Les essais randomisés ont montré une efficacité des statines quelque soit le taux de cholestérol chez les patients qui ont eu un épisode d'athérothrombose .
- Chez les personnes à très haut risque ischémique on retrouve aussi un bénéfice
- Chez tous les autres l'intérêt des statines est plus que discutable et le rapport bénéfice risque est négatif compte tenu des effets indésirables .

N°6

- Mr D, 65 ans est suivi pour une insuffisance coronarienne stable . Il a été stenté il y a 3 ans pour un SCA .
- Il est traité par Aspirine 75, Métoprolol ,Ramipril et Simvastatine 20
- Sa dernière scintigraphie myocardique est satisfaisante, il n'y a pas de signe de resténose
- L'EAL : Cho: 1.80 g/l LDL: 0.90 g/l HDL : 0.50g/l TG : 2 g/l

- La Simvastatine est remplacée par Atorvastatine 80 pour obtenir un LDL < 0.70g/l
- Pensez-vous qu'il y a un intérêt à renforcer le traitement ?

- Les dernières recommandations européennes reprises par la HAS sont d'avoir un objectif de LDL < 0.70 g/l
- Quelles sont les ,données factuelles ?
- Etude observationnelle portant sur 115 492 personnes hospitalisées aux EU pour IDM
- Les patients qui se trouvaient dans la quartile le plus bas de LDL Cholestérol (< 0.77g/l) avaient une augmentation de leur mortalité d'environ 15 à 20%
- Devant cette découverte inattendue, les auteurs parlent de paradoxe lipidique
- Ce qui ne veut rien dire . C'est le lower is better qui n'est pas pertinent

Reddys VS et col The Lipid Paradox Am J Cardio 2015 115: 557-562

N°7 à la place de 5 et 6

- Faire un commentaire de la lettre du cardiologue
- Il s'agit d'un patient de 61 ans traité pour HTA avec FR depuis 11 ans, mais non compliquée
- Test d'effort il y a 6 ans : intérêt chez un patient asymptomatique ?
- FR : tabagisme interrompu depuis 12 ans
- Hyperlipémie mixte
- Traité pour un Syndrome d'Apnée du Sommeil

- Antécédents familiaux : Père HTA ; DCD IDM à 83 ans
- Traité par Exforge: Amlodipine 5/ Valsartan 80
- Episode vertigineux en rapport avec une poussée HTA à 150 en 2016
- Dyspnée d'Effort de classe 2 Obésité à 30,4kg/m2
- TA: 129/70 ECG AQRS -30
- Echo cardiaque: RAS
- Coroscanner : infiltration athéromateuse

- Exploration artérielle périphérique
- TSA sténose < 30%
- Pas d'anévrysme aortique abdominal
- Bilan biologique : augmentation modérée des TG à 2,67g/l LDL: 1,41 g/lHDL: 0,46g/l . DFG :nl Pas de diabète
- Nombreux examens associés : qu'apportent-ils
- Intérêt du test d'effort coronoscanner pour évaluer le RCV ?
- Propose un traitement par statine. Qu'en pensez-vous?

- En cas de questionnement sur le risque cardiovasculaire , la pratique d'un score calcique a un intérêt avec une irradiation 4 fois inférieure à un coronoscanner .
- La pratique d'un test d'effort et d'un coronoscanner ne sont pas contributifs chez des patients asymptomatiques en prévention primaire
- Le score calcique ne peut être pratiqué chez un patient sous statine, car ce traitement fausse le test qui ne peut servir de surveillance dans ces conditions.

TABLEAU 1. Résumé du risque absolu d'évènements cardiovasculaires dérivé de 14586 patients dans 5 études prospectives d'après **8 Hecht HS**

CAC Score	Taux d'évènements à 10 ans (%)	Equivalent Framingham
0	1.1 – 1.7	Très bas
1 – 100	2.3 – 5.9	Bas
101 – 400	12.8 – 16.4	Intermédiaire
➢ 400	22.5 – 28.6	Elevé
➢ 1000	37.0	Très élevé

Un CAC à zéro est un marqueur de très bon pronostic

Chez qui faire un Calcium Score ?	Chez qui ne pas faire un CAC Score ?
Risque intermédiaire	Haut risque cardiovasculaire
	Prévention secondaire
Patients à bas risque avec ATCD familiaux	Patients à bas risque
Patients jeunes à risque intermédiaires	Patients symptomatiques.
Patient intolérants aux statines	
Patients non observants	Patients sous Statines
Diabétiques de type 2 asymptomatiques	

Cas clinique N° 8

- Quelle attitude devant un résultat anormal d'un examen systématique prescrit dans le cadre de la surveillance d'une patiente traitée pour un cancer du sein ?

- Mme A, 51 ans suivie pour un cancer du sein bilatéral traité il y a 10ans
- Par Mastectomie bilatérale suivie d'une cure FEC 100 puis Taxotère et radiothérapie ganglionnaire. Traitement par Tamoxifène pendant 5 ans. Un traitement par analogue LH-RH avait été proposé, mais récusé par la patiente après avis du médecin traitant.
- Cette patiente avait à l'époque un dépistage mammographique en raison de 3 antécédents familiaux du côté maternel de survenue précoce .
- Une consultation d'oncogénétique s'est traduit par une recherche de mutations délétères, notamment BRCA qui fut négative

- Une échographie systématique faite en juillet 2006 découvre un kyste ovarien de 2 cm . Un contrôle est effectué en septembre :
- **PERSISTANCE DU KYSTE UNILOCULAIRE DE L'OVAIRE**
- **GAUCHE DE 23 MN DE GRAND AXE, PRÉSENTANT UNE PETITE**
- **VÉGÉTATION STABLE DE 6 MM, QUI, BIEN QUE NEPRÉSENTANT PAS DE CARACTÈRE PÉJORATIF ÉCHOGRAPHIQUE (FAISANTDONC ÉVOQUER UN CYSTADÉNOME SÉREUX), FAIT RECOMMANDER UNCONTRÔLE HISTOLOGIQUE.**
- **UNE IRM EST ÉGALEMENT PROPOSÉE.**
- **ABSENCE D'ANOMALIE OVARIENNE DROITE.**
- **HORMIS UN PETIT FIBROMYOME INTERSTITIEL INFRACENTIMÉTRIQUE**
- **POSTÉRIEUR, ABSENCE D'ANOMALIE UTÉRINE.**
- **ABSENCE D'ANOMALIE ENDOMÉTRIALE NOTAMMENT.**

IRM PELVIENNE

MOTIF :
Contrôle d'une formation liquidienne de l'annexe gauche mesurant 23 mm sur l'examen échographique endo-vaginal réalisé le 26 septembre 2016.

TECHNIQUE :
T2 trois plans, séquence pondérée T1 sans injection, séquence en diffusion.

RESULTATS :
L'examen retrouve une formation en hypersignal T2 ; hypersignal T1 de l'ovaire gauche qui mesure 23 mm de plus grand axe.
On visualise une micronodulation endo-lésionnelle de 3 mm, sans hypersignal anormal sur les séquences en diffusion. Les aspects sont en faveur d'un kyste hémorragique de l'ovaire
Pas d'anomalie morphologique de l'ovaire droit qui est de petite taille avec un micro-follicule.
L'utérus est rétroversé de contours réguliers.
Il n'a pas été mis en évidence d'épaississement de la zone jonctionnelle.
L'endomètre est parfaitement fin et régulier, non kystique.
Pas d'anomalie visible au niveau du col.
Pas de dilatation tubaire.
Petite lame d'épanchement liquidien péri-annexielle gauche.
Respect des parois vésicales.
Respect des culs de sac vaginaux.
Pas d'adénopathie pelvienne.

CONCLUSION :
Aspect en faveur d'un kyste avec des remaniements hémorragiques de l'ovaire gauche.

Lettre de la gynécologue à l'oncologue

Elle a été traitée pour un cancer du sein bilatéral en 2007 à l'IGR :
CCI avec micro infiltration 25 mm 11 N-/11 à droite
CLI grade I 65 mm avec CLIS à gauche 2 N + / 8
Mastectomie bilatérale, reconstruction mammaire immédiate, chimiothérapie, irradiation, tamoxifène pendant 5 ans.
Elle a effectué une étude génétique qui s'est révélée négative à l'IGR pour *BRCA*.
Il existe de nombreux antécédents familiaux de cancer du sein.
Il n'y a pas de notion de cancer de l'ovaire dans la famille.

Elle est en péri ménopause.
Elle a un kyste de l'ovaire gauche persistant sur deux échographies successives, avec une petite végétation stable.
Je lui prescris une IRM pelvienne et un CA 125 et lui conseille de te consulter.
Je lui explique que compte tenu du contexte familial, il est très probable que son dossier sera revu en consultation FAR, et que l'on envisagera peut-être une annexectomie bilatérale au minimum.

- Que pensez-vous de cette histoire ?
- Une écho pelvienne systématique était-elle justifiée ?
- Les images de kyste sont-elles inquiétantes ?
- Qu’entend sa gynéco par « annexectomie bilatérale minimum ?

- L’imagerie chez cette patiente est nettement en faveur d’un kyste ovarien bénin ou fonctionnel
- 2 essais randomisés concernant le suivi de femmes traitées pour un cancer du sein et en rémission n’ont montré aucun bénéfice à pratiquer des examens complémentaires en absence de symptomatologie en dehors de l’examen clinique annuel avec mammographie
- Le cancer du sein est associé au cancer de l’ovaire en cas de mutation BRCA
- La consultation à Curie se traduit par des propos rassurants avec une simple écho de contrôle dans 6 mois

Quand la prévention quaternaire consiste à déprescrire

N° 9

- Mr Roger 76 ans est suivi pour un Diabète 2 avec HTA et Insuffisance rénale chronique sans protéinurie . Il a par ailleurs une fibrillation atriale depuis 2 ans .Il présente une dyslipémie contrôlée par statine .
- Il présente depuis 3 jours des étourdissements avec vertiges et sueurs .
- Il présentait les mêmes symptômes lors d'un épisode hypoglycémique il y a 3 ans

- Il y a 1 mois son bilan montrait une HbA1c à 7.4% avec un LDL cholestérol à 0.90 g/l Un DFG (CKD-Epi) à 25 ml/mn/1.73 L'INR était à 2.4 .
- A l'examen clinique, pas de signe neurologique TA : 160 /80 Cœur à 70 assez irrégulier
- Glycémie : 0.30 G/l Créat : 593 micromol/l DFG (CKD-Epi) : 10ml/mn/ 1.73 m 2 K : 6.1 meq /l K : 140 meq/l INR : 3 .

- Son traitement est le suivant :
- Warfarine 3 mg/j
- Atorvastatine 20 1 cp/j
- Acarbose 50 x 3
- Metformine 500x 3
- Glicazide 60 x 1
- Valsartan 80 mg x 1
- Périndopril 10 x 1
- Indapamide 2.5 x 1

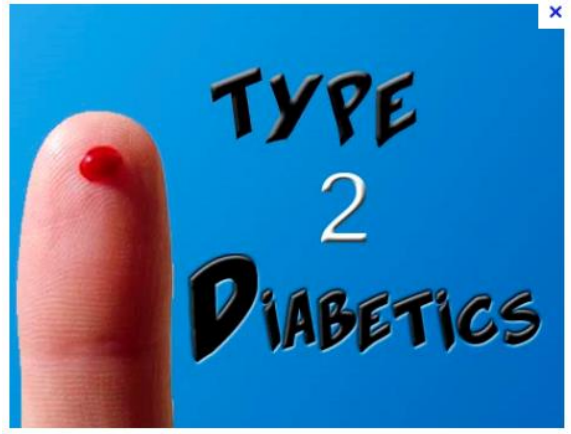
- Il est hospitalisé et perfusé avec du Dextrose .
- Il ressort rapidement avec une glycémie et une kaliémie normalisées . Le DFG est à 30ml/mn /1.73 m2
- Envisagez-vous de modifier son traitement ?

Projet de traitement

- Répaglinide 50 (Novonorm) x 3
- Warfarine (INR entre 2 et 2.5)
- Atorvastatine 20 : poursuite ou arrêt
- Amlodipine 10 x 1
- Furosémide 20 si TA non normalisée

Le Diabète 2

Lower is not better

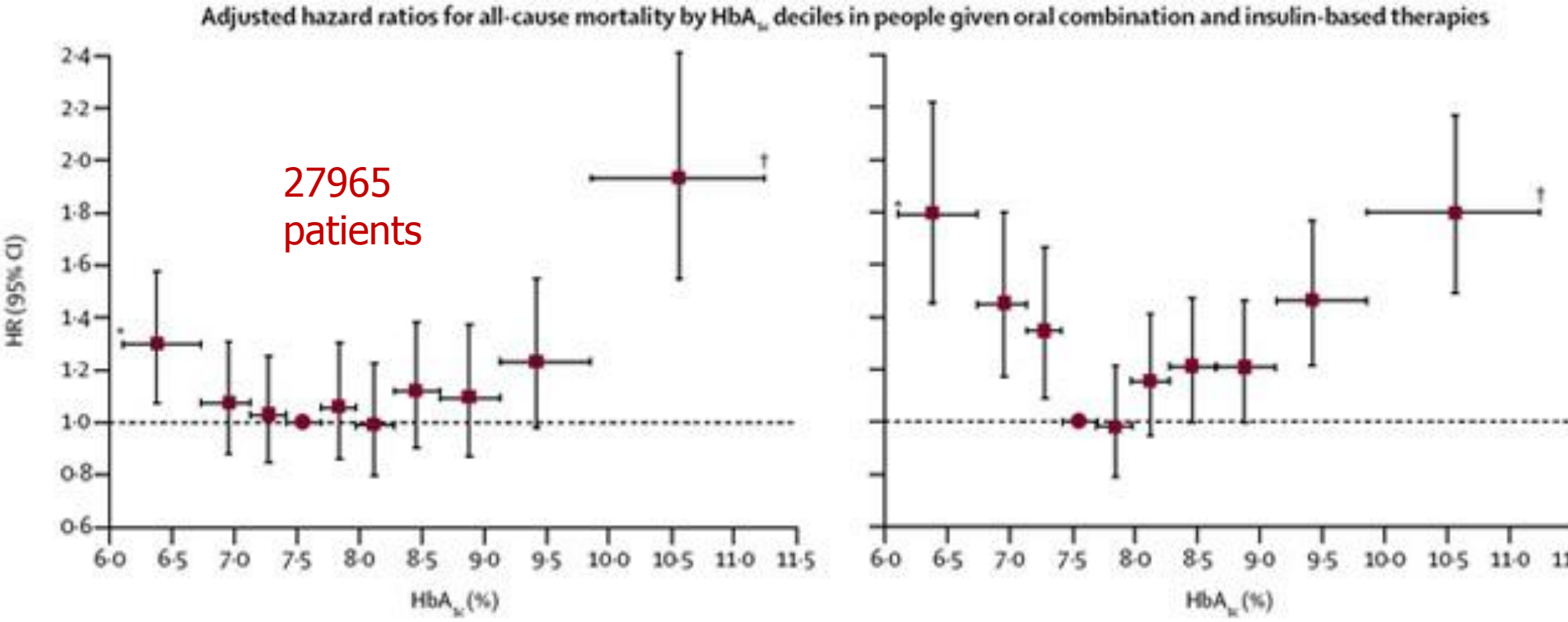


HbA1c

- La prise en compte de l'HbA1c comme critère intermédiaire du traitement anti Diabétique pose problème
- Ainsi dans l'étude UKPDS le groupe prenant l'association Metformine-Daonil avait l'HbA1c la plus basse et le taux de mortalité plus élevé que les groupes sous monothérapie .
- L'objectif fixé actuellement est une
- HbA1c < 7 pour 2,6 millions de diabétiques en France

- Les Glitazones qui améliorent le taux d'HbA1c augmentent le risque d'Insuffisance cardiaque et d'IDM pour la rosiglitazone et de cancer de la vessie pour la pioglitazone
- On ne connait pas le réel bénéfice clinique des Incrétines , mais on suspecte une augmentation des cancers du pancréas et de l'insuffisance cardiaque pour la Saxagliptine
- La réduction du risque cardiovasculaire avec l'empagliflozine dans l'étude Empareg n'est pas corrélée au taux de HbA1c

Survival as a function of HbA1c in people with type 2 diabetes: a retrospective cohort study.
Currie CJ, Peters JR, Tynan A et al.
Lancet 2010; 375: 481–89.



Devant des troubles inexpliqués , penser à une pathologie iatrogène

N° 10

- Mr Michel, 50 ans est un nouveau patient aux antécédents complexes :
- Alcoolisme ancien interrompu depuis 2ans
- Tabagisme à 2PA depuis l'âge de 16 ans
- Maladie de Verneuil (hydrosadénite suppurée) traitée par cures d'AINS . A eu une corticothérapie interrompue car prise de poids
- HTA avec hypokaliémie depuis 2005

- Poids 94kg Taille 1m 77 IMC 30kg/m2
- L’obésité est un FR de maladie de Verneuil dont les poussées sont exacerbées par le tabagisme .
- TA : 125/ 90 ce jour
- Ce patient est vue pour la première fois pour des paresthésies avec Hypokaliémie à 2,5 mmol/l Pas d’autre anomalie ionique DFG 115ml/mn Bilan lipidique et glycémie Nx
- Ionogramme urinaire normal (K: 51mmol/24h)
- Pas de consommation de réglisse

- Son traitement associait:
- Losartan/Hydrochlorothiazide,DiffuK, Esoméprazole depuis de nombreuses années pour un RGO, Kétoprofène .
- A noter que cette HTA n'a jamais été explorée
- L'anti HTA est interrompu , remplacé par Amlodipine pour recherche d'une étiologie .

- La recherche d’un Hyperaldostéronisme est négative, de même le recherche d’un bloc enzymatique surrénalien (DOC, composé S et hydroxyprogestérone nx sous Synacthène)
- Donc pas de déficit en 11 hydroxylase
- Il existe une hypomagnésémie plasmatique et intracellulaire et une magnésurie effondrée .
- Ainsi qu’une hypocalcémie avec chute de la 25 hydroxy vitamine D .
- Scanner surrénalien : normal
- Recherche génétique de syndrome de Liddle (autosomique dominant) qui sera négative .

- L’endocrinologue demande l’avis d’une collègue qui évoque une pathologie iatrogène due à l’IPP.
- Après arrêt de l’IPP Mg et Potassium remontent en quelques jours pour se normaliser
- L’IPP est remplacé par la Ranitidine .
- Sur 90 000 déclarations d’effets indésirables des IPP, 450 relatent une hypokaliémie .
- Le mécanisme est due à une malabsorption digestive du magnésium qui entraine une diminution de l’absorption rénale du potassium .