par les Drs Anne-Sophie MICHEL,
Laurence DERYCKER et Virginie HUYGHE

médecins généralistes

contactRMG@ssmg.be

Incontinence urinaire d'effort

L'incontinence urinaire d'effort chez une femme se traduit par la perte d'urines lors de l'augmentation de la pression abdominale (toux, éternuement, effort physique, rire). Les patientes ayant déjà eu une/plusieurs grossesse(s) sont plus à risque ainsi que les sportives ou les patientes obèses. Une consommation importante de boissons, d'alcool ou de caféine augmentera les symptômes, tout comme certains médicaments (benzodiazépines, diurétiques, mirabégron[a], neuroleptiques...).

Le 1er traitement à envisager est la rééducation des muscles du plancher pelvien, à faire quotidiennement. On peut par exemple leur proposer une supervision par un kinésithérapeute. D'autres options, si celle-là est insuffisante, sont l'utilisation de cônes vaginaux (2 x 15 minutes/jour pendant 1 mois) ou l'électrostimulation du plancher pelvien. Ces deux méthodes semblent aussi efficaces que la rééducation mais avec plus d'effets secondaires. Après échec de toutes ces méthodes, une intervention chirurgicale peut parfois être proposée (bandelette sous-urétrale). Les médicaments n'ont pas leur place ici. (ASM)

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.

Rédaction Prescrire. Incontinence urinaire d'effort chez une femme. L'essentiel sur les soins de premier choix. Revue Prescrire avril 2019 ; 39 (426) ; 283-286

Mots-clés : incontinence urinaire.

Aspirine et AINS

L'aspirine à faible dose est utilisée en prévention et/ou en traitement d'accidents vasculaires chez certains patients. Son mécanisme d'action passe par l'inhibition irréversible de la cyclo-oxygénase de type 1 (COX-1) qui provoque une diminution de la synthèse de thromboxane (dont le rôle est d'activer l'agrégation plaquettaire). L'inhibition réversible de la COX-1 par les anti-inflammatoires non-stéroïdiens (AINS) interfèrerait avec ce mécanisme et pourrait diminuer l'effet antiagrégant de l'aspirine. Il n'y a pas de données concernant une diminution de l'effet protecteur cardiovasculaire et il semblerait que l'impact d'une cure d'AINS courte soit faible. Mais on ne peut exclure un effet chez les patients sous traitement chronique d'AINS. Mieux vaut favoriser l'utilisation des AINS classiques par rapport aux inhibiteurs de la COX-2 qui ont un effet prothrombotique propre (dont les mécanismes seraient multiples et pas totalement connus) qui s'oppose donc à l'effet antiagrégant recherché sous aspirine. (ASM)

Rédaction Prescrire. Aspirine à faible dose + AINS : diminution de l'effet antiagrégant plaquettaire. Revue Prescrire juillet 2019 ; 39 (429) ; 513.

Mots-clés : AINS, acide acétylsalicylique, interactions médicamenteuses.

La dépression saisonnière

C'est en 1984 que Rosenthal a décrit pour la première fois le trouble affectif saisonnier (TAS). Cette pathologie se retrouve dans toutes les générations (chez l'enfant comme chez le sujet âgé), dans toutes les cultures avec une prédominance chez la femme entre 30 et 35 ans. 1 à 3 % de la population en souffrirait avec un taux atteignant les 30 % pour les formes bénignes. Elle peut toucher une personne sur deux dans les pays scandinaves ou au nord du Canada. Une étude aurait montré qu'un patient sur 10 qui consulte son médecin traitant pendant l'hiver, présente une dépression saisonnière.

Le diagnostic nécessite plusieurs épisodes du même type d'une année à l'autre selon la même saisonnalité.

Les symptômes sont proches d'un épisode dépressif classique avec une aggravation vespérale de la tristesse et de l'asthénie, un ralentissement psychique, une hypersomnie, une hyperphagie (appétence pour les hydrates de carbone) et une prise de poids. L'évolution saisonnière est typique : début

a. Betmiga®

à l'automne (raccourcissement des journées) puis amélioration au printemps. En médecine générale, on peut la dépister grâce à l'outil SPAQ[b] (seasonal pattern assessment questionnaire) qui est un auto-questionnaire simple et rapide (https://weblearn.ox.ac.uk/access/content/user/24201/Questionnaire/SPAQ%20form.doc). (LD).

Charles E. Lumière sur la dépression saisonnière. La Revue du Praticien médecine générale 2019 ; 1027 : 674-5.

Mots-clés : dépression saisonnière, Trouble affectif saisonner.

Luminothérapie dans la dépression saisonnière

La sécrétion de la mélatonine par la glande pinéale se fait de manière plus précoce pendant la nuit et provoque un retard du rythme interne par rapport à l'environnement. La luminothérapie est particulièrement efficace et bien tolérée (séance quotidienne matinale – 10000 lux pendant 30 minutes – durant 2 semaines) en permettant de corriger le décalage du rythme de sécrétion de la mélatonine. La durée d'exposition quotidienne, exprimée en lux, est proportionnelle à l'intensité lumineuse. De rares effets secondaires sont possibles et cèdent lorsque l'on diminue la dose lumineuse quotidienne (céphalées, fatigue visuelle, tensions oculaires, éblouissements). Cette luminothérapie peut se faire à l'aide de casque ou de lunettes équipées de LED en dehors du classique écran lumineux ou grâce à un simulateur d'aube utilisé comme réveil mais son efficacité n'est pas encore démontrée. (LD).

Charles E. Lumière sur la dépression saisonnière. La Revue du Praticien médecine générale 2019 ; 1027 : 674-5.

Mots-clés : dépression saisonnière, luminothérapie.

Corticoïdes oraux en ORL

L'usage de la corticothérapie orale dans les pathologies ORL de l'adulte doit respecter le principe de la cure courte :

- avec un corticoïde de brève durée d'action (prednisone, prednisolone, méthylprednisolone) ;
- en une prise unique le matin au petit déjeuner ;
- d'une durée maximale d'une semaine ;
- à la dose de 1 mg/kg de poids/jour d'équivalent prednisone ;
- en tenant compte des contre-indications classiques: tout état infectieux, viroses en évolution (ex : hépatites, herpès, varicelle, zona), états psychotiques non contrôlés par un traitement, vaccins vivants, hypersensibilité à la prednisolone.

Le nombre de cures courtes pour un même patient doit être limité à 3/an au maximum. Au-delà, les effets secondaires sont ceux de la corticothérapie au long cours (risque d'ostéoporose et d'insuffisance surrénalienne biologique).

Dans les rhinosinusites diffuses, la corticothérapie en cure courte a une place essentielle. Par-contre, il n'y a pas de preuve d'efficacité de la corticothérapie orale dans les pathologies ORL aigües (rhinosinusite et rhume de l'adulte).

On préfèrera les formes locales dans les rhinites chroniques. (LD).

Bonfils P Trop de corticoïdes oraux en pathologie ORL de l'adulte ? La revue du Praticien médecine générale 2019 ; 1027 : 665.

Mots-clés : corticoïdes, ORL.

Finastéride et chute de cheveux chez l'homme : plus dangereux qu'utile

Le finastéride est un inhibiteur de la 5-alpha réductase et est souvent utilisé dans le traitement contre la chute des cheveux pour ses effets anti-androgéniques. À la dose journalière de 1 mg, il permet d'augmenter la densité des cheveux de 10 % et ce, seulement durant le traitement. Cependant, il expose à de nombreux effets indésirables : idées suicidaires, dépression, troubles sexuels (troubles de l'érection, de l'éjaculation, baisse de la libido, gynécomastie, douleurs testiculaires) et des cancers du sein. Alors que les idées suicidaires et la dépression régressent à l'arrêt du traitement, les troubles sexuels peuvent persister. Les hommes ayant des rapports sexuels avec des femmes enceintes ou ayant un projet de bébé doivent mettre un préservatif car le finastéride diffuse dans le liquide séminal, entrainant un risque de malformations chez le fœtus de sexe masculin. En conclusion, le finastéride n'est pas une option raisonnable pour le traitement de la chute des cheveux androgéniques. (HV)

Finastéride : un risque de dépressions ou d'idées suicidaires disproportionné dans l'alopécie. Rev Prescrire 2018. 38 (413) : 182.

Mots-clés : finastéride, chute de cheveux, androgénique.

b. http://weblearn.ox.ac.uk>questionnaire>SPAQform