

394 juin 2022

RMG

LA REVUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

MG & Promotion de la santé 6

**Un public méconnu des médecins :
les personnes sourdes**

Diagnostic par l'image 11

Un purpura pas si inquiétant

Petite Clinique 18

Petit comédien ?

Revue officielle de la SSMG

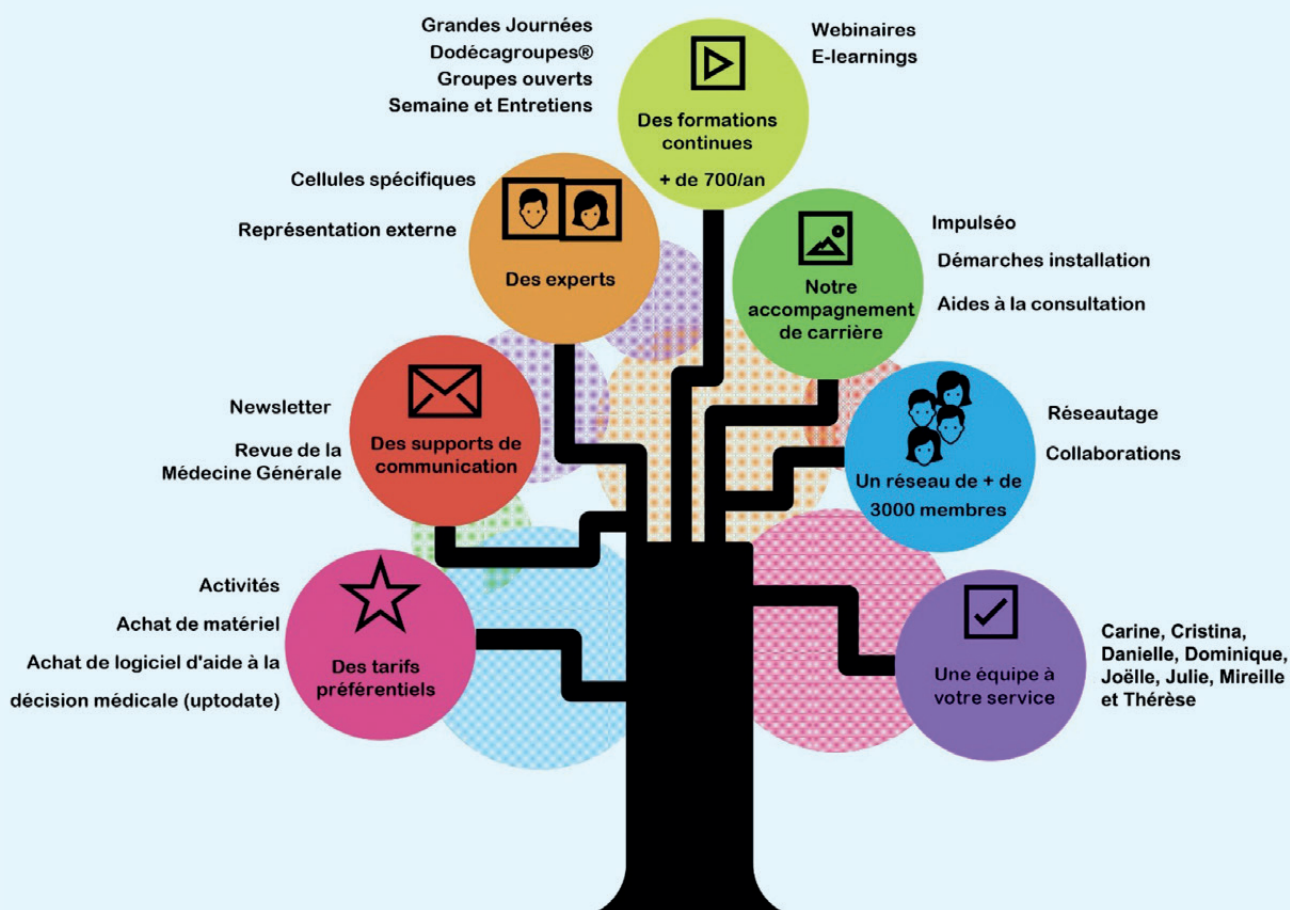


Avez-vous pensé à **vous (ré)affilier** à la **SSMG** cette année ?

La réponse est «oui», pour la plupart d'entre vous, et nous vous en remercions !

Pour certain-e-s cependant, ce n'est pas encore le cas. Simple oubli ou difficulté technique à payer en ligne ? Peu importe, il n'est pas trop tard ! La SSMG a besoin de votre soutien pour continuer à vous offrir les services qu'elle met à votre disposition, vous informer et vous permettre de vous former en bénéficiant de l'accréditation.

Vous pouvez effectuer le paiement par **virement bancaire** sur notre compte BE93 0013 1204 8167 ou, plus rapide, en effectuant un **paiement en ligne** sur notre site (après vous être connecté-e à votre compte utilisateur).



Catégories de membre	Montant de la cotisation
• Cotisation « indépendante » ou GOLD	575 €
• Cotisation membre « standard »	370 €
• Jeunes médecins (moins de 2 ans d'installation)	125 €
• Assistant-e-s	Gratuit (contactez-vous)
• Conjoint-e d'un membre ayant payé une cotisation ordinaire	180 €
• Retraité-e-s (= arrêt de la pratique médicale)	50 €



Dr Sarah CUMPS
Médecin généraliste
et membre de la SSM-J
1030 Bruxelles
docteursarahcumps@gmail.com

Pour l'implication des jeunes

**À la SSMG,
nous avons la
chance d'avoir
une branche
«jeunes» qui nous
est entièrement
dédiée.**

La médecine générale a deux facettes. La première est évidente : c'est l'art de soigner, le temps passé avec nos patients, les défis intellectuels, etc. qui font toute la beauté de notre métier. La deuxième facette est peut-être plus souvent oubliée, et pourtant ô combien importante : c'est l'avancement du métier même. Je parle ici de tout ce qui touche au progrès scientifique en médecine générale – que ce soit par la recherche, la formation continue ou l'enseignement –, à l'organisation du métier ou la défense professionnelle au sens large.

Concernant cette deuxième facette, un constat s'impose : la diversité de notre profession n'est pas suffisamment représentée.

Dans les instances académiques et professionnelles, la moyenne d'âge est souvent élevée et les femmes sont peu nombreuses – et je n'ose même pas parler de l'origine culturelle. Or la médecine générale se diversifie : il est temps que la variété de cette mosaïque d'individus se reflète dans tous les organes de décision de la profession.

En tant que membre de la SSM-J, j'aimerais plus particulièrement m'adresser aux jeunes médecins généralistes, qu'ils soient en cours d'assistantat ou dans leurs premières années de pratique. Faisons entendre notre voix ! Tout l'avenir de notre métier va être influencé par des décisions qui sont prises aujourd'hui, par la façon dont la médecine générale est enseignée, par les sujets qui sont mis en avant. Nos aînés sont demandeurs de notre avis et toutes les portes nous sont ouvertes : n'hésitons pas à nous y engager.

Récemment, une ASBL de représentation des médecins généralistes en formation a vu le jour : l'Association des Médecins Généralistes en Formation (AMGF). À la SSMG, nous avons la chance d'avoir une branche «jeunes» qui nous est entièrement dédiée. La SSM-J est l'endroit idéal pour s'impliquer : nous

sommes une chouette équipe, soudée et motivée, avec des projets qui nous tiennent à cœur. Chaque année, nous choisissons les thèmes de nos Grandes Journées et des ateliers comme les Midis de la SSM-J en fonction des sujets qui nous intéressent.

En 2023, la Belgique accueillera la conférence européenne de la WONCA. Pour la SSM-J, c'est l'occasion de collaborer avec nos homologues néerlandophones pour organiser la pré-conférence Vasco Da Gama, un événement qui rassemblera des jeunes médecins généralistes venus de toute l'Europe pour des activités scientifiques et un programme social digne de notre plat pays.

Pour se préparer à un tel événement, la SSM-J tient à mettre l'accent sur la qualité scientifique. C'est par exemple l'occasion, pour les assistants en médecine, de mettre en avant leur TFE grâce à un poster, ou d'apprendre à évaluer la qualité d'une publication scientifique. Nous comptons proposer des ateliers sur ces sujets, donc restez attentifs !

Plus personnellement, je trouve que la SSMG, et la SSM-J particulièrement, sont des bouffées d'air frais dans mon quotidien de médecin généraliste. Je suis persuadée que mon implication dans une telle organisation – en plus de me permettre de développer mon expertise dans les sujets qui me passionnent – est un élément essentiel à mon équilibre et à mon bien-être professionnel. Ma co-assistante me demande régulièrement pourquoi je choisis de consacrer du temps, parfois en soirée ou le week-end, pour des activités de la SSM-J. La réponse est simple : ça me plaît ! Les échanges avec d'autres collègues enthousiastes, la satisfaction d'un projet mené à bien, les nouvelles compétences que je développe... Toutes ces choses me tiennent à cœur, et je recommande sincèrement à chacun de s'y essayer.

Bonne lecture !



ÉDITORIAL

3

Pour l'implication des jeunes

par le Dr Sarah CUMPS

MG & PROMOTION DE LA SANTÉ

6

Un public méconnu des médecins : les personnes sourdes

par M^{me} Alexia BRUMAGNE, M^{me} Gaëlle FONTEYNE et le Dr Timothée LEROY

Les personnes sourdes ou malentendantes représentent 8,6 % de la population belge. Ces personnes rencontrent des difficultés plus importantes que le reste de la population pour accéder aux informations en lien avec la santé, pour les comprendre, les évaluer et les utiliser, c'est ce qu'on appelle la littératie en santé. Or, de nombreuses études montrent que les personnes qui ont un faible niveau de littératie en santé présentent un moins bon état de santé. Dès lors, quelles sont les spécificités des personnes sourdes en matière de littératie en santé et d'accès aux soins ? Quel rôle peuvent jouer les médecins généralistes ? Comment entrer en communication avec une personne sourde lors d'une consultation ? Cultures&Santé et PSMG ont publié 2 fiches à ce sujet et tenteront d'apporter des éléments de contextualisation et de réponses dans cet article.

REVUE DES REVUES

10

par le Dr Camille DUBUS



DIAGNOSTIC PAR L'IMAGE

11

Un purpura pas si inquiétant

par le Dr Camille DUBUS

Madame G., 58 ans, se présente un peu alarmée à ma consultation suite à l'apparition d'une éruption purpurique sur les 2 jambes.

NOUVELLES DES CONGRÈS

13

Grande Journée du Luxembourg / Colloque des Ardennes :

« La Pneumologie : quand l'inattendu vient bousculer le quotidien ! »

Libramont, 11 septembre 2021

par le Dr Luc PINEUX



LA REVUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

394

juin
2022

PETITE CLINIQUE

18

Petit comédien ?

par le Dr Camille DUBUS

Nicolas, 5 ans, se présente à ma consultation avec sa maman dans un contexte de virose des voies respiratoires supérieures accompagnée d'une grande fatigue. Lorsque la fièvre tombe, il joue la comédie et, sous prétexte d'être trop fatigué, réclame qu'on le porte et qu'on lui donne à manger à la cuillère comme lorsqu'il était plus jeune.

VIE DE LA SSMG

par Carine MORIN
et Mireille ROILLET

SEMAINE SSMG 2022 : TEST RÉUSSI DE LA NOUVELLE FORMULE COMPTE-RENDU DES D^{rs} GILLES COLEMONTS ET YVES GUEUNING

20

La Semaine 2022 qui s'est déroulée du 24 au 29 avril a inauguré une nouvelle formule sur 4 jours dans un lieu proche ne nécessitant pas de déplacement en avion. Retour sur cette Semaine avec deux membres de l'équipe organisatrice.

GRANDE JOURNÉE DE CHARLEROI 01/10/22 LA MG AU QUOTIDIEN

22

La Grande Journée de Charleroi aura lieu le 01/10/2022. Le Dr Jean-Marie Ledoux, président de la Commission de Charleroi, nous donne un aperçu du programme de cette demi-journée de formation intitulée «Un quotidien pas si banal : quelques pathologies variées en médecine générale».

GRANDE JOURNÉE DU LUXEMBOURG 08/10/22 QUESTIONS SUR L'HÉMATOLOGIE

22

La Commission Régionale du Luxembourg organise sa Grande Journée le 8 octobre 2022. Aussi nommée «Colloque des Ardennes», cette formation consacrée à l'hématologie vous est présentée par le Dr Gueuning, président de la Commission du Luxembourg.

AGENDA

23

RÉPONSES AU PRÉTEST

23

Un public méconnu des médecins : les personnes sourdes

par M^{me} Alexia BRUMAGNE*, M^{me} Gaëlle FONTEYNE**
et le Dr Timothée LEROY***

* Chargée de projet
Cultures & Santé asbl
1000 Bruxelles
alexia.brumagne@cultures-sante.be

** Coordinatrice Promo Santé &
Médecine Générale asbl (PSMG)
1060 Bruxelles
coordination@promosante-mg.be

*** Médecin généraliste
Membre de PSMG
5530 Spontin

Les auteurs déclarent ne pas présenter
de liens d'intérêts avec l'industrie
pharmaceutique ou de dispositifs
médicaux en ce qui concerne cet article.

ABSTRACT

People who are deaf or hard of hearing have a lower level of health literacy and therefore a greater risk of being in poorer health than the general population. This article explains the reasons for this state of affairs and proposes several avenues and useful tools for the general practitioner to ensure quality health care for these people.

Keywords : deaf person, health literacy, social inequalities in health.

RÉSUMÉ

Les personnes sourdes ou malentendantes présentent un moins bon niveau de littératie en santé et donc un risque plus important d'être en moins bonne santé que la population générale. Cet article expose les raisons de cet état de fait et propose plusieurs pistes et outils utiles au médecin généraliste pour assurer des soins de santé de qualité à ces personnes.

Mots-clés : personne sourde, littératie en santé, inégalités sociales de santé.

Les personnes sourdes ou malentendantes représentent 8,6 % de la population belge¹. Ces personnes rencontrent des difficultés plus importantes que le reste de la population pour accéder aux informations en lien avec la santé, pour les comprendre, les évaluer et les utiliser, c'est ce qu'on appelle la littératie en santé. Or, de nombreuses études montrent que les personnes qui ont un faible niveau de littératie en santé présentent un moins bon état de santé. Dès lors, quelles sont les spécificités des personnes sourdes en matière de littératie en santé et d'accès aux soins ? Quel rôle peuvent jouer les médecins généralistes ? Comment entrer en communication avec une personne sourde lors d'une consultation ? Cultures&Santé et PSMG ont publié 2 fiches à ce sujet et tenteront d'apporter des éléments de contextualisation et de réponses dans cet article.

Prétest

- | | Vrai | Faux |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Toutes les personnes sourdes savent lire sur les lèvres. | ☐ | ☐ |
| 2. Les personnes sourdes ou malentendantes ont un plus faible niveau de littératie en santé que la population générale. | ☐ | ☐ |
| 3. La surdité est un handicap qui nécessite une prise en charge médicale tout au long de la vie. | ☐ | ☐ |

Réponses en page 23.

Introduction

M. Renard, 40 ans et sourd de naissance, se présente à ma consultation pour des céphalées de longue date.    ma demande, M. Renard m'informe qu'il maitrise la langue des signes et peut lire sur les lèvres.

Cela fait maintenant 10 ans qu'il enchaîne les rendez-vous avec des spécialistes qui lui ont prescrit une série d'examen  s afin d'identifier la cause de ses maux de tête. Les résultats sont toujours revenus rassurants : « il n'y a rien », lui disent les spécialistes. « Rien », pourtant lui en souffre, et personne ne peut lui donner une explication. M. Renard me confie que les précédents rendez-vous ont généralement été compliqués : rendez-vous raté parce qu'il n'entendait pas son nom dans la salle d'attente, pas d'interprète prévu pour la consultation, difficulté à lire sur les lèvres de certains médecins qui parlent vite, mauvaise compréhension des recommandations données dans le jargon médical, etc. M. Renard se sent très frustr   et d   u de ses contacts avec le système de santé, il a pensé à plusieurs reprises à renoncer.

Je poursuis la consultation en lui proposant de lire sur mes lèvres si cela lui convient, je m'assure de toujours le regarder en lui parlant. J'apprends que monsieur est très stress   et a une situation de vie compliquée. La simple





**TRIXEO
AEROSPHERE®**

(fumarate de formotérol dihydraté,
bromure de glycopyrronium et budésonide)
Suspension pour inhalation en flacon pressurisé

Belgique			
Trixeo Aerosphere® (5/7,2/160 µg/dose)	Prix public TVA incl.	Ticket Modérateur Actif TVA incl.	Ticket Modérateur VIPO TVA incl.
120 doses	€ 62,09	€ 12,10	€ 8,00
3 x 120 doses	€ 162,31	€ 12,10	€ 8,00

UN NOUVEL INHALATEUR OPTIMISÉ POUR VOS PATIENTS BPCO*



Un compteur de
doses visible
de 5 en 5 avec
alerte visuelle pour
les 20 dernières doses

Compatible avec une
chambre d'inhalation**

Système permettant d'éviter le
déclenchement involontaire

Sécurité supplémentaire
en cas de non-utilisation
de l'inhalateur

LA SEULE TRIPLE ASSOCIATION FIXE DANS LA BPCO AVEC LA TECHNOLOGIE AEROSPHERE®

* Trixeo Aerosphere® est indiqué en traitement continu de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) modérée à sévère chez les adultes non traités de façon satisfaisante par l'association d'un corticostéroïde inhalé et d'un bêta-2-agoniste de longue durée d'action ou l'association d'un bêta-2-agoniste de longue durée d'action et d'un antagoniste muscarinique de longue durée d'action. ** Les patients qui présentent des difficultés à coordonner le déclenchement du dispositif d'inhalation avec l'inspiration peuvent utiliser Trixeo Aerosphere® avec une chambre d'inhalation afin d'assurer une administration correcte du produit. Trixeo Aerosphere® peut être utilisé avec des chambres d'inhalation telles qu'Aerochamber Plus Flow-Vu®. **RÉFÉRENCES :** 1. RCP TRIXEO AEROSPHERE®.

INFORMATIONS ESSENTIELLES. 1. DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT. Trixeo Aerosphere 5 microgrammes/ 7,2 microgrammes/160 microgrammes, suspension pour inhalation en flacon pressurisé. **2. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE.** Chaque dose délivrée (mesurée à la sortie de l'embout buccal) contient 5 microgrammes de fumarate de formotérol dihydraté, 9 microgrammes de bromure de glycopyrronium équivalant à 7,2 microgrammes de glycopyrronium et 170 microgrammes de budésonide. Cela correspond à une dose mesurée de 5,3 microgrammes de fumarate de formotérol dihydraté, 9,6 microgrammes de bromure de glycopyrronium équivalant à 7,7 microgrammes de glycopyrronium et 170 microgrammes de budésonide. Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 'Liste des excipients' du RCP. **3. FORME PHARMACEUTIQUE.** Suspension pour inhalation en flacon pressurisé. Suspension de couleur blanche. Chez les patients présentant une insuffisance rénale légère à modérée, ce médicament peut être utilisé à la dose recommandée. Chez les patients présentant une insuffisance rénale sévère ou terminale nécessitant une dialyse, il ne peut être utilisé à la dose recommandée que si les bénéfices attendus l'emportent sur les risques potentiels (voir rubriques 'Mises en garde spéciales et précautions d'emploi' et 'Propriétés pharmacocinétiques' du RCP). **Insuffisance hépatique.** Chez les patients présentant une insuffisance hépatique légère à modérée, ce médicament peut être utilisé à la dose recommandée. Chez les patients présentant une insuffisance hépatique sévère, il ne peut être utilisé à la dose recommandée que si les bénéfices attendus l'emportent sur les risques potentiels (voir rubriques 'Mises en garde spéciales et précautions d'emploi' et 'Propriétés pharmacocinétiques' du RCP). **Population pédiatrique.** Il n'existe pas d'utilisation justifiée de ce médicament chez les enfants et les adolescents (âgés de moins de 18 ans) dans l'indication BPCO. **Mode d'administration.** Voie inhalée. **Instructions d'utilisation :** Pour une administration satisfaisante du médicament, il est souhaitable que le patient bénéficie d'une démonstration du fonctionnement de l'inhalateur faite par le médecin ou un autre professionnel de santé. Celui-ci devra également s'assurer régulièrement que la technique d'inhalation du patient est correcte. Il sera conseillé au patient de lire attentivement la notice et de suivre les instructions d'utilisation qu'elle contient. **Remarque :** Il est important de recommander au patient : • de ne pas utiliser l'inhalateur si le sachet de l'agent desséchant, présent à l'intérieur de l'emballage, est endommagé. Pour de meilleurs résultats, l'inhalateur doit être maintenu à température ambiante avant son utilisation ; • d'amorcer l'inhalateur en l'agitant et l'actionnant quatre fois dans l'air ambiant avant la première utilisation ou deux fois lorsque l'inhalateur n'a pas été utilisé pendant plus de sept jours, après un lavage hebdomadaire ou lorsqu'il est tombé ; • de se rincer la bouche avec de l'eau sans l'avaler après l'inhalation afin de minimiser le risque de candidose oropharyngée. Lorsque le dispositif Trixeo Aerosphere est déclenché, un volume de la suspension est expulsé de la cartouche pressurisée. Lorsque le patient inhale par l'embout buccal, et déclenche en même temps l'inhalateur, les substances actives contenues dans l'aérosol suivent l'air inspiré jusqu'à dans les voies aériennes. Les patients qui présentent des difficultés à coordonner le déclenchement du dispositif d'inhalation avec l'inspiration peuvent utiliser Trixeo Aerosphere avec une chambre d'inhalation afin d'assurer une administration correcte du produit. Trixeo Aerosphere peut être utilisé avec des chambres d'inhalation telles qu'Aerochamber Plus Flow-Vu (voir rubrique 'Propriétés pharmacocinétiques' du RCP). **4.3 Contre-indications.** Hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 'Liste des excipients' du RCP. **4.4 Effets indésirables.** Résumé du profil de sécurité. Le profil de sécurité est caractérisé par les effets de classe des corticoïdes, des anticholinergiques et des β_2 -mimétiques de chacun des composants de cette association. Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés chez les patients recevant ce médicament étaient des pneumonies (4,6 %), des céphalées (2,7 %) et des infections des voies urinaires (2,7 %). **Tableau récapitulatif des effets indésirables.** Le tableau récapitulatif des effets indésirables est basé sur l'expérience acquise avec ce médicament dans le cadre des essais cliniques ainsi que sur les données concernant chacun des composants. La fréquence de survenue des effets indésirables est définie selon la convention suivante : très fréquent ($\geq 1/10$) ; fréquent ($\geq 1/100$, $< 1/10$) ; peu fréquent ($\geq 1/1000$, $< 1/100$) ; rare ($\geq 1/10000$, $< 1/1000$) ; très rare ($< 1/10000$) et fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). **Tableau 1 : Effets indésirables par fréquence et classe de systèmes d'organes.** [Classe de systèmes d'organes : Terme préférentiel : Fréquence] : Infections et infestations : Candidose orale, Pneumonie : Fréquent. Affections du système immunitaire : Hypersensibilité : Peu fréquent ; Angioedème : Fréquence indéterminée. Affections endocriniennes : Signes ou symptômes d'effets systémiques des glucocorticoïdes, par exemple freinage de fonction surrénalienne : Très rare. Troubles du métabolisme et de la nutrition : Hyperglycémie : Fréquent. Affections psychiatriques : Anxiété, Insomnie : Fréquent ; Dépression, Agitation, Impatiences, Nervosité : Peu fréquent ; Trouble du comportement : Très rare. Affections du système nerveux : Céphalées : Fréquent. Étourdissements, Tremblements : Peu fréquent. Affections oculaires : Vision trouble 'Mises en garde spéciales et précautions d'emploi' du RCP, Cataracte, Glaucome : Fréquence indéterminée. Affections cardiaques : Palpitations : Fréquent ; Angor, Tachycardie, Arythmies cardiaques (fibrillation atriale, tachycardie supraventriculaire et extrasystoles) : Peu fréquent. Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales : Dysphonie, Toux : Fréquent ; Irritation de la gorge, Bronchospasme : Peu fréquent. Affections gastro-intestinales : Nausées : Fréquent ; Bouche sèche : Peu fréquent. Affections de la peau et du tissu sous-cutané : Erythèmes : Peu fréquent. Affections musculo-squelettiques et systémiques : Contractures musculaires : Fréquent. Affections du rein et des voies urinaires : Infection des voies urinaires : Fréquent ; Rétention urinaire : Peu fréquent. Troubles généraux et anomalies au site d'administration : Douleur thoracique : Peu fréquent. Description de certains effets indésirables. Pneumonie. L'étude KRONOS était une étude de 24 semaines conduite chez un total de 1 896 patients présentant une BPCO modérée à très sévère (VEMS post-bronchodilatateur moyen lors de la sélection = 50 % de la valeur prédictive, écart type [ET] = 14 %), parmi lesquels 26 % avaient présenté une exacerbation de BPCO au cours de l'année précédant l'inclusion dans l'étude. L'incidence des événements de pneumonie confirmés rapportés sur une période allant jusqu'à 24 semaines était de 1,9 % (12 patients) avec Trixeo Aerosphere (n = 639), 1,6 % (10 patients) avec le fumarate de formotérol dihydraté/glycopyrronium (FOR/GLY) MDI 5/7,2 microgrammes (n = 625), 1,9 % (6 patients) avec le fumarate de formotérol dihydraté budésonide (FOR/BUD) MDI 5/160 microgrammes (n = 314) et 1,3 % (4 patients) avec le fumarate de formotérol dihydraté/budésonide-Turbuhaler (FOR/BUD) TBH 6/200 microgrammes en ouvert (n = 318). Dans l'étude KRONOS, il n'y a eu aucun décès lié à une pneumonie avec Trixeo Aerosphere. L'étude ETHOS était une étude de 52 semaines conduite chez un total de 8 529 patients (effectif de la population étudiée en termes de tolérance) présentant une BPCO modérée à très sévère et un antécédent d'exacerbations modérées ou sévères au cours des 12 mois précédents (VEMS post-bronchodilatateur moyen lors de la sélection = 43 % de la valeur prédictive, écart type [ET] = 10 %). L'incidence de pneumonie confirmée était de 4,2 % (90 patients) avec Trixeo Aerosphere (n = 2144), 3,5 % (75 patients) avec le fumarate de formotérol dihydraté/glycopyrronium/budésonide (FOR/GLY/BUD) MDI 5/7,2/80 microgrammes (n = 2124), 2,3 % (48 patients) avec FOR/GLY MDI 5/7,2 microgrammes (n = 2125) et 4,5 % (96 patients) avec FOR/BUD MDI 5/160 microgrammes (n = 2136). Dans l'étude ETHOS, il y a eu cinq décès liés à une pneumonie au cours de la phase de traitement de l'étude (deux avec FOR/GLY/BUD MDI 5/7,2/80, trois avec FOR/GLY MDI et aucun avec Trixeo Aerosphere). **Déclaration des effets indésirables suspectés.** La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via : **Belgique :** Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, Division Vigilance, Boîte Postale 97, 1000 BRUXELLES Madou. Site internet : www.notifierunefetindesirable.be, e-mail : adr@afmps.be. **Luxembourg :** Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy, Bâtiment de Biologie Moléculaire et de Biopathologie (BBB), CHRU de Nancy - Hôpitaux de Brabois, Rue du Morvan, 54 511 VANDOEUVRE LES NANCY CEDEX, Tél. : (+33) 3 83 66 60 85 / 87, E-mail : crpv@chru-nancy.fr ou Direction de la Santé, Division de la Pharmacie et des Médicaments, 20, rue de Bitbourg, L-1273 Luxembourg-Hamm, Tél. : (+352) 2478 5592, E-mail : pharmacovigilance@ms.etat.lu. Lien pour le formulaire : <https://guichet.public.lu/fr/entreprises/sectoriel/sante/medecins/notification-effets-indesirables-medicaments.html>. **5. TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ.** AstraZeneca AB, SE-151 85 Södertälje, Suède. **6. NUMÉRO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ.** EU/1/20/1498/002 120 doses, EU/1/20/1498/003 360 doses (3 inhalateurs de 120 doses). **7. STATUT LEGAL DE DELIVRANCE.** Médicament soumis à prescription médicale. **8. DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE.** 10/2021. Des informations détaillées sur ce médicament sont disponibles sur le site internet de l'Agence européenne des médicaments <http://www.ema.europa.eu>.⁹ www.inami.be.

anamnèse et un examen clinique de base me permettent de confirmer qu'il s'agit de céphalées de tension provoquées par des contractures musculaires, en l'occurrence ses trapèzes. J'imprime un schéma simplifié trouvé sur internet pour lui expliquer la physiopathologie de base et je lui prescris des séances de kiné. Je lui propose de contacter immédiatement la kinésithérapeute pour fixer un rendez-vous avec lui. J'en profite pour informer la kinésithérapeute que M. Renard est sourd mais qu'il peut lire sur les lèvres.

La consultation aura duré une vingtaine de minutes. 3 séances de kiné ont permis de soulager ses douleurs.

Accès aux soins et littératie en santé des personnes sourdes

Les personnes sourdes ou malentendantes représentent 8,6% de la population belge. Elles rencontrent généralement d'importantes difficultés à accéder aux soins de santé mais également à l'information pour la santé, y compris aux messages de prévention comme par exemple les campagnes de dépistage radiodiffusées. Les obstacles pour consulter un ou une professionnelle de santé sont présents dès la prise de rendez-vous (qui se fait souvent par téléphone) et perdurent à toutes les étapes de la consultation (accueil en salle d'attente, communication pendant la consultation, compréhension des informations et des recommandations liées au traitement, etc.).

Peu de chiffres existent concernant le niveau de littératie en santé des personnes sourdes ou malentendantes, c'est pourtant un déterminant majeur de la santé. Certaines études montrent qu'il serait plus faible par rapport à la population générale² et se caractériserait entre autres par une maîtrise difficile de l'écrit, un besoin d'attention élevé nécessaire pour communiquer avec une personne entendant, l'accumulation de mauvaises expériences avec le système de santé qui génèrent stress, frustration ou méfiance mais aussi les préjugés liés à la surdité (mutité, déficience mentale) ou encore la méconnaissance par les professionnel·le·s de ce public, de sa culture propre et de ses spécificités.

De nombreuses études montrent que les personnes qui ont un faible niveau de littératie en santé présentent généralement un moins bon état de santé^{3,4,5}. Dans le cas des personnes sourdes, des chercheur·euse·s ont mis en lumière des conséquences spécifiques telles que la difficulté à prendre des décisions, le manque d'autonomie, le cumul de pathologies, des douleurs chroniques, des erreurs médicales ou de médication, la sur-prévalence de facteurs de risques cardiovasculaires ou encore un taux plus élevé de dépression et d'anxiété⁶.

Dans cet article, nous postulons qu'une meilleure connaissance de ce public permettrait une meilleure prise en charge par les professionnel·le·s de santé et ce afin de lever plus facilement certaines barrières d'accès aux soins et aux informations.

Qui sont les personnes sourdes ?

Les personnes sourdes et malentendantes ne forment pas un groupe homogène : les causes de la surdité, l'âge de survenue, le degré de surdité, la présence ou l'absence d'un appareil auditif ou d'un implant, l'utilisation de la langue des signes, la capacité à lire sur les lèvres, etc. sont autant d'éléments qui vont influencer la relation et la communication avec les professionnel·le·s ainsi que le niveau de littératie en santé.

Ainsi, chaque personne sourde ou malentendante a ses propres ressources, aptitudes et expériences qui sont à prendre en compte lors d'une consultation. S'informer sur la cause de la surdité, interroger la personne sur le(s) moyen(s) de communication privilégié(s), s'assurer du niveau de compréhension à l'écrit sont autant de préalables que le ou la professionnel·le doit connaître et prendre en compte (au même titre que toutes les autres informations sur la santé ou le contexte de vie de chaque patient·e).

Le choc des représentations

Dans le cadre d'une recherche⁷ portant sur l'impact des représentations sur l'accès aux soins des personnes sourdes en France et au Québec, deux chercheuses en sciences sociales notent le constat suivant : alors que les entendant·e·s et surtout le corps médical voient dans la surdité une déficience voire un handicap à éradiquer, certain·e·s sourd·e·s y voit une particularité à préserver et à défendre. En effet, le fait de se construire dans un registre exclusivement visuel, de partager pour certain·e·s une langue et une histoire communes les amènent à revendiquer une appartenance à un groupe culturel et social appelé « La communauté Sourde ».

Les autrices notent un autre paradoxe : alors que le corps médical est omniprésent dans la vie des personnes sourdes, particulièrement au début de leur vie (diagnostic, opération éventuelle, etc.), ces dernières sont par la suite ignorées voire exclues des services de santé et des campagnes d'information et de prévention qui ne sont pas du tout adaptés. À ce titre, le cas clinique évoqué plus haut pointe des exemples classiques du manque d'adaptation du système de santé, vécus et partagés par de nombreuses personnes sourdes.

Ces éléments participent à expliquer la méfiance ressentie par certaines personnes sourdes vis-à-vis du système de santé, méfiance qui peut teinter et influencer négativement les interactions à venir : moins de consultations, report de soins, agressivité.

Vers des pistes de solutions

En Belgique, quelques initiatives, encore éparpillées et confidentielles, existent pour permettre aux personnes sourdes d'interagir avec les professionnel·le·s de santé et avoir accès aux soins et aux informations pour la santé : certains médecins ou professionnel·le·s de santé ont appris la langue des signes et peuvent réaliser une consultation en signant ; les personnes sourdes (et les professionnel·le·s) peuvent faire appel aux services

d'interprètes en langue des signes (SISW en Wallonie et SISB à Bruxelles) en présentiel ou en visio (Relais Signes) ; la Province du Luxembourg a édité, en collaboration avec une association, un lexique médical pour communiquer avec les personnes sourdes⁸ ; le site web Sourdilove propose des informations en langue des signes sur des thèmes liés à l'éducation à la vie relationnelle et affective.

Sans devoir forcément s'initier à la langue et à la culture de la communauté sourde, certaines dispositions faciles à mettre en place peuvent s'avérer utiles pour faciliter une consultation médicale avec une personne sourde. Cultures&Santé asbl et PSMG ont produit deux fiches, l'une plus générale et l'autre spécifique au contexte des consultations de médecine générale qui visent à proposer des recommandations pour améliorer l'accueil et la communication avec les personnes sourdes (figure 1).

Figure 1. Fiche pour améliorer l'accueil et la communication avec les personnes sourdes.

Faciliter la consultation médicale avec les personnes sourdes ou malentendantes



1. La prise de rendez-vous

- ☐ Acceptez les prises de rendez-vous par sms et/ou par email et/ou par WhatsApp ou Signal et/ou en ligne
- ☐ Informez-vous auprès du·de la patient·e de ses **préférences en matière de communication** (langue des signes, lecture sur les lèvres, etc.). Attention, certaines personnes sourdes ou malentendantes ne maîtrisent pas bien l'écrit !
- ☐ Demandez au·à la patient·e s'il·elle viendra accompagné·e
- ☐ Si nécessaire, organisez la présence d'un·e interprète en langue des signes (voir le point 3 « La consultation »)
- ☐ Prévoyez une durée de consultation **plus longue**

2. La salle d'attente

- ☐ Avertissez votre patient·e par sms au moment de sa consultation
- ☐ Si vous le·la connaissez, allez le·la chercher dans la salle d'attente et/ou faites un signe explicite au niveau du regard
- ☐ Si c'est la 1^{ère} fois, utilisez une affichette avec le nom du·de la patient·e ou un écran si vous en disposez pour l'informer que vous allez le·la recevoir en consultation
- ☐ Placez des affiches d'information et de prévention claires et imagées

3. La consultation : selon les préférences de communication du·de la patient·e

- ☐ Assurez-vous de la présence d'un·e **interprète en langue des signes** (SISB, SISW, L'Épée) OU utiliser un service à distance (relais-signes.be, etc.). Des applications pour smartphone de transcription instantanée existent aussi.
- ☐ Adressez-vous en regardant le·la patient·e (et non l'interprète ou l'accompagnant·e)
- ☐ Mettez-vous face au·à la patient·e, **soyez visible** (pas à contre-jour, pas devant votre ordinateur, etc.)
- ☐ Utilisez un vocabulaire facile à comprendre (éviter les jeux de mot, etc.)
- ☐ Servez-vous de **supports écrits et visuels**, avec des images, des exemples, des schémas (papier, ordinateur, etc.), des gestes pour mimer
- ☐ Écrivez les termes médicaux
- ☐ Assurez-vous que votre patient·e a bien compris (malentendus, interprétation différente de certains symboles, etc.) ; si nécessaire, vous pouvez lui proposer de répéter ce qu'il·elle a compris et retenu.
- ☐ Veillez à ne pas faire deux choses à la fois, parler et utiliser votre ordinateur ou rédiger une ordonnance, pour que votre patient·e puisse toujours voir vos yeux et votre bouche
- ☐ Dans la mesure du possible, assurez-vous que **votre bouche est toujours bien visible** pour votre patient·e afin qu'il·elle puisse lire sur vos lèvres (évitiez les masques, ne mettez pas votre main devant votre bouche, etc.)

4. La prescription

- ☐ Imprimer un **tableau de posologie** avec les indications précises et détaillées et expliquez-les
- ☐ Écrivez les noms des médicaments et/ou fournissez un visuel des boîtes de médicaments
- ☐ Notez en mot simple ce pourquoi vous prescrivez le médicament et ses effets thérapeutiques attendus

Rappel et points d'attention

Les personnes sourdes et malentendantes ne forment **pas un groupe homogène** : les causes de la surdité, l'âge de survenue, le degré de surdité, la présence d'un appareil auditif/implant ou pas, l'utilisation de la langue des signes, etc., influencent leur capacité de communication

>> **soyez à l'écoute de votre patient·e**, demandez-lui des informations complémentaires sur sa surdité lors d'une 1^{ère} consultation, et sur ses préférences en matière de communication.

- Toutes les personnes sourdes ne lisent pas sur les lèvres, ou bien cela nécessite beaucoup de concentration et c'est fatiguant.
- Certaines personnes sourdes ou malentendantes ne maîtrisent pas bien la langue écrite, ce n'est pas toujours la meilleure solution.

De nombreuses études mettent en avant les préjugés et la méconnaissance des professionnel·le·s de santé (et la population en générale) à propos des personnes sourdes et malentendantes

>> formez-vous/informez-vous sur le sujet, prenez contact avec une association de personnes sourdes ou malentendantes pour avoir des conseils.

Ces études dénoncent également les **difficultés d'accès aux soins** de santé pour les personnes sourdes et malentendantes : stress et angoisse de ne pas être compris par le·la professionnel·le de santé, incompréhension/mauvaise compréhension des prescriptions et recommandations médicales, accès plus limité à l'information en matière de santé (même si à l'heure actuelle, Internet en facilite l'accès), consultation plus courte, peu ou pas de prévention et de promotion de la santé, entre autre la santé mentale, etc.

>> soyez particulièrement attentif·ve à ces vulnérabilités lorsque vous recevez un·e patient·e sourd·e ou malentendant·e, en suivant les conseils repris dans cette fiche.

Références et informations complémentaires

- Fiche Lisa 7, La littératie en santé et les personnes sourdes, 2020, <https://cultures-sante.be/nos-outils/fiches-lisa/item/777-fiche-lisa-n-7-la-litteratie-en-sante-et-les-personnes-sourdes.html>
- ASPH, Les personnes sourdes face aux inégalités d'accès aux soins de santé de qualité, 2013
- Allaire C., dir., Informer les personnes sourdes ou malentendantes. Partage d'expériences, Saint-Denis : Inpes, coll. Référentiels de communication en santé publique, 2012 : 58 p., https://www.cncs.fr/documentation/informer_les_personnes_sourdes_et_malentendantes-2.pdf
- Docdoc, Améliorer la communication entre les professionnels de santé et les patients sourds et malentendants, 2020, (retrouvez des vidéos, un modèle de tableau de posologie, etc.) <https://docdoc.fr/ameliorer-la-communication-entre-les-sourds-et-les-medecins/>
- La Province de Luxembourg et la Maison des Sourds de la Province de Luxembourg ont publié un lexique médical pour faciliter la communication entre personnel de santé et patient·e sourd·e ou malentendant·e : <http://www.province.luxembourg.be/fr/lexique-medical-pour-mieux-communiquer-avec-les-personnes-sourdes.html?DC=5439&ID=94765>
- Un outil de la Fédération Francophone des Sourds de Belgique reprenant de nombreuses informations utiles : http://visualmundi.flb.be/?fbclid=IwAR0_e-koepUucl-eEeCM0bwi0Hd3eNqHvE91Hr0p-VZ0FRLMAR0@pIwE
- Nouvelle campagne de l'APEDAF : <https://pedaf.be/wendress/campagne-2021-nas-besoin-de-sentendre-pour-se-comprendre/>



8 rue de Suisse, 1060 Bruxelles +32 (0)2 218 85 95 info@promosante.be www.promosante.be
Rédigé par G.Fonteyne et T.Leroy, avec les contributions de Cultures & Santé et d'un panel de personnes sourdes



Plus tôt l'usage problématique d'alcool est détecté, mieux il sera traité

La consommation d'alcool, souvent banalisée, n'est pas sans risques pour la santé, même si elle est modérée. Il s'agit du troisième facteur de risque de mortalité et d'invalidité au monde.

Le Conseil supérieur de la Santé recommande de limiter sa consommation d'alcool à **maximum 10 unités standards par semaine**, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, et de ne pas boire tous les jours de la semaine. L'enquête santé 2018 montre que **14 % des plus de 15 ans dépassent cette norme** et présentent donc un risque accru de dommages pour la santé. Les personnes souffrant d'une consommation problématique d'alcool suivent rarement un trajet de soins. Les recherches montrent que seulement 8 % des personnes ayant ce problème ont cherché une forme d'aide professionnelle.

Face à ce constat, le SPF Santé publique lance un **e-learning** sur sa plateforme permettant d'aider les professionnels de la santé à mieux détecter les consommations nocives d'alcool et à prendre en charge plus rapidement les patients souffrant de problèmes liés à cette consommation problématique. Cet e-learning est accrédité par l'INAMI.

Toutes les informations sont disponibles ici :

e-learning



De la prise de rendez-vous à la prescription en passant par l'accueil en salle d'attente et la communication lors de la consultation, la fiche produite par PSMG réunit de nombreux trucs et astuces directement tirés de l'expérience d'un médecin signant et a été relue et alimentée par des personnes sourdes⁹.

La fiche de Cultures&Santé^a, quant à elle, élargit le propos à tout acteur ou actrice des secteurs sociaux et sanitaires, proposant des recommandations générales telles que la mise en place d'activités collectives en inclusion, l'appui sur le réseau social et associatif propre aux sourds, le recours aux technologies de l'information (visio, SMS, WhatsApp) et plus généralement, le renforcement des systèmes sociaux et de santé en proposant un questionnaire institutionnel¹⁰.

Conclusion

À travers ces quelques lignes, nous avons souhaité mettre l'accent sur les besoins et les difficultés rencontrées par ce public qui, selon nous, passe encore sous le radar lorsqu'il est question d'accès aux informations pour la santé et d'accès aux soins. Les médecins généralistes, en tant qu'acteurs et actrices de la première ligne de soin, ont un rôle important à jouer, non seulement en accueillant et en facilitant les consultations pour les personnes sourdes, mais également en étant attentif à l'accès et à la compréhension des informations en matière de santé et, finalement, en accompagnant les personnes sourdes et malentendantes dans leur parcours de santé.

a. Fiche Lisa : <https://www.cultures-sante.be/nos-outils/fiches-lisa/item/572-fiche-lisa-n-7-la-litteratie-en-sante-et-les-personnes-sourdes.html>

Bibliographie

1. Fédération francophones des sourds de Belgique. Rapport annuel ; 2020. www.ffsb.be/identite/publications/
2. Cantero O. Accès aux soins et communication : vers une passerelle entre communauté sourde et soignants de Suisse romande. Lausanne : Unil/Université de Lausanne ; 2016.
3. Van den broucke S, Renwart A, Gerard F, Rummens G, Vancorenland S Verniest R et al. Bilan des connaissances des Belges en matière de santé ; Éducation Santé 201 ; 315 : 3.
4. Kickbush I, Pelikan J, Apfel F, Tsouros A. Health literacy. The solid facts. Copenhagen ; WHO 2013 : 7.
5. Heath S, Murphy G. Littératie en santé dans les organisations communautaires : une trousse pour soutenir la mobilisation et la planification. Nouvelle-Écosse, Halifax ; 2014 : 11-13.
6. Cantero O. Accès aux soins et communication : vers une passerelle entre communauté sourde et soignants de Suisse romande. Lausanne : Unil/Université de Lausanne ; 2016.
7. Dalle-Nazébi S, Lachance N. Sourds et médecine : impact des représentations sur les conditions d'accès aux soins. Regards croisés France-Québec. *Interrogations ? - Revue pluridisciplinaire en sciences de l'homme et de la société* 2008 ; 6.
8. [Le lexique médical pour communiquer avec les personnes sourdes](#) (à télécharger).
9. PSMG, la fiche « [Faciliter la consultation médicale avec les personnes sourdes ou malentendantes](#) » (à télécharger).
10. Cultures&Santé, la fiche Lisa « [La littératie en santé et les personnes sourdes](#) » (à télécharger).

EN PRATIQUE, NOUS RETIENDRONS

1. Les personnes sourdes ou malentendantes ne forment pas un groupe homogène.
2. Proposer un système de prise de rendez-vous par email, SMS, WhatsApp, Signal.
3. S'informer auprès de chaque patient-e sourd-e ou malentendant-e de son mode de communication privilégié.
4. Prévoir une durée de consultation plus longue.

La Rédaction



par le Dr Camille DUBUS

médecin généraliste

contact RMG@ssmg.be

Hypertension artérielle : prise en charge

Le bénéfice d'un traitement antihypertenseur est démontré chez les patients présentant à plusieurs reprises au moins 160 mmHg de pression artérielle systolique ou 100 mmHg de diastolique. Pour les patients ayant une tension artérielle comprise entre 140/90 et 159/99, les preuves d'un bénéfice sont moins solides mais abaisser la pression artérielle semble justifié chez les patients diabétiques ou atteints d'une maladie cardiovasculaire ou rénale. La tension artérielle visée doit être un peu en dessous de 140/90 pour tous.

Un premier médicament hypotenseur est suffisant chez 30 à 50 % des patients et fait en moyenne diminuer la pression artérielle systolique de 10 mmHg et la diastolique de 5 mmHg. Le médicament hypotenseur de premier choix est la chlortalidone (diurétique thiazidique). À défaut, l'hydrochlorothiazide à la dose de 25 mg par jour est acceptable (non commercialisé en Belgique sous forme non associée). Une autre option est de choisir un IEC comme le captopril, le lisinopril ou le ramipril. Cette option est particulièrement intéressante chez les patients atteints de diabète ou à risque élevé de diabète, en raison d'un risque accru de diabète sous diurétique thiazidique.

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 siège de la SSMG.

Les diurétiques thiazidiques et les IEC offrent le plus de certitudes quant à l'allongement de la durée de vie des patients et à la prévention de l'insuffisance cardiaque.

Lorsqu'un premier hypotenseur semble insuffisant pour atteindre les valeurs tensionnelles cibles, deux stratégies se valent. La première est de changer la molécule par un autre

médicament hypotenseur non associé. En effet, on estime que chez 2/3 à 3/4 des patients ayant une hypertension artérielle modérée, la pression artérielle visée peut être atteinte avec un seul médicament hypotenseur.

Lorsque la pression artérielle reste très élevée malgré une première monothérapie, il est préférable d'associer 2 antihypertenseurs. Associer une deuxième molécule permet d'obtenir une baisse supplémentaire de 5 à 8 mmHg pour la systolique et de 2 à 5 mmHg pour la diastolique.

Cette stratégie est certainement plus simple à mettre en œuvre et permet rapidement d'atteindre les valeurs tensionnelles visées mais expose par contre le patient à plus d'effets indésirables qu'un traitement par une seule molécule, ce pourquoi il est préférable de la réserver aux patients qui ont une pression artérielle très élevée.

L'association thiazidique/IEC reste la préférée, sauf chez les patients prenant régulièrement des AINS en raison d'un risque accru d'insuffisance rénale aiguë. L'association d'un bêtabloquant avec le diltiazem ou le vérapamil expose par contre à de nombreux effets cardiaques tels qu'une bradycardie. L'association d'un diurétique hyperkaliémiant avec un IEC ou un sartan expose à une hyperkaliémie grave et est aussi à écarter.

Doubler la dose d'un antihypertenseur a souvent peu d'effet. On peut s'attendre à une baisse supplémentaire de 2 mmHg pour la TA systolique et 1 mmHg pour la diastolique !

Rédaction Prescrire. Quand la pression artérielle reste élevée malgré un premier hypotenseur. Revue Prescrire. Mars 2022 ; 42 (461). 198-203.

Mots-clés : hypertension artérielle, hypotenseurs, IEC, diurétiques thiazidiques, bithérapie.

Un purpura pas si inquiétant

par le D^r Camille DUBUS*

* Médecin généraliste
1950 Kraainem
camille.dubus93@gmail.com

L'auteur déclare ne pas présenter de liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou de dispositifs médicaux en ce qui concerne cet article.

Madame G., 58 ans, se présente un peu alarmée à ma consultation suite à l'apparition d'une éruption purpurique sur les 2 jambes.

Infirmière de profession, elle a remarqué l'apparition de l'éruption après un bon bain chaud en rentrant du travail. Elle n'a pas d'antécédents médicaux particuliers et ne prend pas de médicaments.

L'éruption n'est pas douloureuse ni prurigineuse et la patiente garde un bon état général. Afébrile et avec de bons paramètres, elle ne présente aucun autre symptôme.

Quelle est votre hypothèse diagnostique ?

Quelle prise en charge proposez-vous ?



ABSTRACT

Onset of a cutaneous purpuric eruption on a 58 year-old nurse, after a warm bath. The patient didn't present any other symptoms.

Keywords : exercice-induced purpura.

RÉSUMÉ

Apparition d'une éruption purpurique cutanée chez une infirmière de 58 ans, après un bain chaud. La patiente ne présentait aucun autre symptôme.

Mots-clés : purpura d'effort.

Savez-vous qui sont les patients à haut risque d'HEPATITE C ?⁽ⁱ⁾

Découvrez les faits principaux de l'HEPATITE C grâce à une infographie récapitulative et téléchargez-la en [cliquant ici.](#)



BE-NPD-0029 – Date of preparation September 2021

Réponse

La patiente présente un purpura d'effort, appelé également vasculite d'effort. C'est une forme fréquente mais encore méconnue de purpura vasculaire. On pourra tout de suite rassurer la patiente sur le caractère bénin de l'affection. Celle-ci survient habituellement après un effort important par temps chaud, comme une marche prolongée et se résout spontanément en 3 à 10 jours, sans pigmentation résiduelle.

Le purpura d'effort s'observe typiquement après 50 ans, plus souvent chez la femme que chez l'homme, et serait dû selon certains à un lipœdème qui freinerait la diffusion de la chaleur produite par l'exercice musculaire. Pour d'autres, le purpura d'effort semble être favorisé par la stase veineuse liée à une défaillance de la pompe musculaire, associée à un déficit des mécanismes impliqués dans la thermorégulation.

Aussi appelé vasculite du golfeur ou dermite de la marche, le purpura d'effort est également décrit chez des marathoniens, des randonneurs ou des golfeurs.

Le diagnostic est principalement clinique. On note des nappes érythémateuses, urticariennes ou purpuriques, non infiltrées au niveau des chevilles et des jambes, avec une limite inférieure nette au bord supérieur de la chaussette⁽¹⁾, comme c'est le cas chez notre patiente. Les cuisses sont rarement atteintes⁽²⁾. On note parfois la présence d'un œdème concomitant.

Si certains patients peuvent ressentir du prurit, des douleurs ou une impression de brûlure, ces symptômes ne sont toutefois pas présents chez la majorité des patients⁽²⁾.

Aucun bilan biologique n'est nécessaire car le purpura d'effort n'a pas de répercussion systémique. Un bilan vasculaire par écho-doppler n'est pas non plus indiqué car l'affection n'est pas associée à une maladie veineuse chronique.

Étant donné le décours rapide du purpura, aucun traitement n'est nécessaire. Il s'agit surtout de rassurer le patient et de le prévenir du haut risque de récurrence (77,5 % des cas) dans les mêmes conditions. Cependant, la corticothérapie locale pourrait réduire l'intensité des symptômes si ceux-ci sont invalidants⁽²⁾.

Si le patient présente un lipœdème associé, le port de bas de contention et un drainage lymphatique manuel peuvent être proposés⁽¹⁾. Il sera également conseillé au patient le port de vêtements légers et un bon chaussage lors de la marche.

Bibliographie

1. RAMELET A.-A., Purpura d'effort, publié le 20 septembre 2011 sur <https://www.therapeutique-dermatologique.org/>, consulté le 11/03/2022.
2. Espiria O., Dréno B., Cassagnau E. et al. Vascularite induite par l'exercice : à propos de 16 cas et revue de la littérature. Journal des Maladies Vasculaires, mars 2016, Volume 41, Issue 2, Page 135.

Grande Journée du Luxembourg / Colloque des Ardennes : « La Pneumologie : quand l'inattendu vient bousculer le quotidien ! »

Libramont, 11 septembre 2021

par le Dr Luc PINEUX • médecin généraliste • 6850 Offagne • luc.pineux@ssmg.be

Pas si atypique que cela

Beaucoup de micro-organismes peuvent être responsables de pneumonies communautaires (CAP) (infection pulmonaire qui se développe chez des personnes en dehors d'un hôpital). En ce qui concerne les bactéries, c'est le trio infernal (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*) qui est le plus souvent rencontré. Pour les virus, ce sont surtout ceux de la grippe que l'on rencontre, le coronavirus (SARS, MERS-Cov) étant rare avant 2020. D'autres pathogènes peuvent être rencontrés comme les *Mycoplasma* et les *Chlamydia*. Ceux-ci sont appelés atypiques car, tout comme les virus, ils se présentent de manière différente par rapport aux bactéries.

« Typique »	« Atypique »
• Début brutal	• Début insidieux (incubation 9 à 13 j)
• Toux, dyspnée, malaise, frissons/sueurs, douleurs pleurales	• Toux, malaise, céphalées, myalgies
• Fièvre élevée, cyanose, tachycardie ($+10/^{\circ}$), tachypnée	• Fièvre peu élevée, pharyngite, myringite bulleuse, discordance fièvre/rythme cardiaque

Cette distinction est malgré tout peu spécifique et peu sensible. Le contexte clinique pourrait orienter le diagnostic comme par exemple :

Facteur de risque (tabagisme, éthylisme, diabète...)	→	Pneumocoque (<i>Haemophilus</i>)
Jeune âge	→	Mycoplasme

Contexte épidémique	→	Virus, Mycoplasme, Chlamydia
Exposition (aérosols...)	→	Légionellose

Une RX du thorax est utile pour le diagnostic de pneumonie mais ne permet pas de faire le diagnostic différentiel. À noter que l'aspect en verre dépoli n'est pas spécifique du Covid 19 mais peut aussi se voir dans les situations suivantes : obésité, inspiration incomplète, œdème pulmonaire, hémorragie pulmonaire, pneumonie d'hypersensibilité, viroses (au pluriel).

En extra-hospitalier, des tests tels que l'examen direct ou la culture des expectorations ne sont pas recommandés. Les antigènes urinaires du pneumocoque ont une mauvaise valeur prédictive positive et sont donc limités en médecine générale. En ce qui concerne la sérologie du mycoplasme ou du chlamydia, l'apparition des IgM est retardée par rapport à la clinique et les IgG restent élevées longtemps. Une sérologie ne sera positive que si on observe une augmentation du taux des anticorps de plus de 4 fois la valeur initiale, ce qui est peu intéressant pour faire un diagnostic. Un dosage isolé ne veut donc rien dire, il faut une clinique suggestive...

Finalement, ce n'est pas si simple de faire la distinction entre typique et atypique.

Il faut rester humble, être prudent et garder un diagnostic différentiel élargi.

Dans le doute, il est conseillé de toujours couvrir le patient contre le pneumocoque. Si c'est un patient ambulant de moins de 60 ans sans facteurs de comorbidités, le choix empirique de l'antibiotique se fera sur une amoxicilline per os (1 g, 3x/j pendant 5-7 jours ; enfants 100 mg/kg/j). S'il existe une allergie, le choix se portera sur un céfuroxime-axetil ou, en cas d'allergie vraie confirmée par des tests, sur une moxifloxacine. Si c'est un patient ambulant de plus de 60 ans ou avec des facteurs de comorbidités,

Produit	Contenu	Prix public
nicorette® Invisi Patch	10 mg, 14 patches	42,25 €
	15 mg, 14 patches	42,25 €
	25 mg, 14 patches	42,25 €
	25 mg. 28 patches	69,90 €
nicorette® Mint Spray	13,2 ml	31,65 €
	13,2 ml (duopack)	52,90 €

Traitement de 1^{ère} ligne dans la cessation tabagique¹

La thérapie combinée est aussi efficace que la varénicline²

nicorette® Invisi Patch
de 16 h suffit pour tenir 24 h

**nicorette® Spray buccal agit sur
les fringales en 30 secondes***

1. ENSP Smoking Cessation Guidelines
2. Cahill et al. 2016; Cahill et al. 2013; Lindson et al. 2019

- * Lors de 2 pulvérisations. Si une seule pulvérisation ne suffit pas à maîtriser les envies en quelques minutes, une seconde pulvérisation devrait être utilisée. Si 2 pulvérisations sont requises, les doses ultérieures pourront être délivrées sous forme de 2 pulvérisations consécutives.



Johnson & Johnson CONSUMER HEALTH

[illegible]

Gros fumeurs (≥ 15 cigarettes/jour)			Fumeurs légers (< 15 cigarettes/jour)		
Phase		Durée	Phase		Durée
Phase 1	Nicorette Invisi Patch 25 mg	8 premières semaines	Phase 2	Nicorette Invisi Patch 15 mg	8 premières semaines
Phase 2	Nicorette Invisi Patch 15 mg	2 semaines suivantes	Phase 3	Nicorette Invisi Patch 10 mg	4 dernières semaines
Phase 3	Nicorette Invisi Patch 10 mg	2 dernières semaines			

[illegible]

Questions	Réponses	Points
1. Combien de temps après le lever allumez-vous votre première cigarette ?	Après moins de 5 min Après 5-30 min Après 31-60 min Après 60 min	☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ 0
2. Trouvez-vous difficile de ne pas fumer dans les endroits où c'est interdit ? (cinéma, bibliothèque, église...)	Oui Non	☐ 1 ☐ 0
3. De quelle cigarette vous passez-vous le plus difficilement ?	La première du matin N'importe quelle autre	☐ 1 ☐ 0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	31 ou plus 21-30 11-20 Moins de 10	☐ 3 ☐ 2 ☐ 1 ☐ 0
5. Fumez-vous plus pendant les premières heures du matin que pendant le reste de la journée ?	Oui Non	☐ 1 ☐ 0
6. Fumez-vous aussi lorsque vous êtes malade et que vous passez la plus grande partie de la journée au lit ?	Oui Non	☐ 1 ☐ 0
	Total :	

[illegible][illegible]

Système/classe d'organe / Catégorie de fréquence	Effets indésirables rapportées
Affections du système immunitaire Fréquent Non connu	Hypersensibilité Réactions allergiques telles qu'un œdème de Quincke et réaction anaphylactique
Troubles psychiques Peu fréquent	Rêves anormaux
Affections du système nerveux Très fréquent Fréquent	Céphalée Dysgueusie, paresthésie
Affections oculaires Non connu	Vue trouble, larmoiement
Affections cardiaques Peu fréquent Non connu	Palpitations, tachycardie Fibrillation auriculaire
Affections vasculaires Peu fréquent	Rougeurs, hypertension
Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales Très fréquent Fréquent Peu fréquent	Hoquet, irritation de la gorge Toux Bronchospasme, Écoulement nasal, Dysphonie, Congestion nasale, Douleur oropharyngée, Éternuements, Sensation de gorge serrée
Affections gastro-intestinales Très fréquent Fréquent Peu fréquent Rare Non connu	Nausées Souffrance abdominale, bouche sèche, diarrhées, dyspepsie, flatulences, hypersalivation, stomatite, vomissements Éructation, saignement des gencives, glossite, cloques et desquamation de la muqueuse buccale, parasthésie orale Dysphagie, hypoesthésie orale, haut-le-cœur Gorge sèche, gêne gastro-intestinale,, douleur aux lèvres
Affections de la peau et du tissu sous-cutané Peu fréquent Non connu	Hyperhidrose, prurit, rash, urticaire Erythème
Troubles généraux et anomalies au site d'administration Fréquent Peu fréquent	Sensation de brûlure, fatigue Asthénie, gêne et douleur à la poitrine, malaise

[illegible]

le choix empirique de l'antibiotique se fera alors sur une amoxicilline-acide clavulanique per os (875 mg, 3x/j pendant 5-7 jours). Dans les deux situations, si l'évolution clinique n'est pas favorable, il est indiqué d'ajouter un macrolide ou de choisir la moxifloxacine (400 mg, 1x/j pendant 5-7 jours).

D'après l'exposé La pneumonie, pas si atypique que cela du Dr Jean GERAIN, infectiologue, CHIREC Bruxelles.

Mots-clés : pneumonie, communautaire, pneumocoque, mycoplasme, chlamydia, COVID-19.

Révolution dans le cancer du poumon

L'apparition des thérapies ciblées en 2006 avait déjà apporté de l'espoir dans le traitement du cancer du poumon. Depuis 2017, avec l'immunothérapie, il s'agit maintenant d'une petite révolution.

La **thérapie ciblée (TKI pour tyrosine kinase inhibitor)** agit spécifiquement sur des protéines impliquées dans la carcinogenèse. C'est le concept du «driver oncogénique» : la tumeur est dépendante à un seul oncogène pour sa survie. L'inhibition ciblée de cet oncogène entraîne l'arrêt de la prolifération et/ou la mort cellulaire. De plus en plus de «cibles» sont détectées, que ce soit des mutations de gènes (EGFR, BRAF, HER2, METdel14...) ou de réarrangements de gènes ou translocations (ALK, ROS1, RET, NTRK...). D'autant qu'une nouvelle technique de détection de ces cibles (NGS pour Next-Generation Sequencing) est apparue, permettant une analyse de dizaines de gènes simultanément. Les études confirment une amélioration de la survie, une meilleure efficacité sur les métastases cérébrales et une amélioration de la qualité de vie. Ils se prennent par voie orale, en une prise, tous les jours, à distance des repas pour éviter les interactions médicamenteuses. Les effets indésirables les plus fréquents sont cutanés (rash acnéiforme, sécheresse) et digestifs (diarrhées), allongement QT et troubles visuels avec le crizotinib en particulier. Une surveillance biologique est requise pour tous et un ECG pour le crizotinib.

L'**immunothérapie (ICI pour immune checkpoints inhibitors)** agit sur le système immunitaire en inhibant l'inactivation par le cancer de l'activité antitumorale du système immunitaire. Si peu de patients atteints d'un cancer du poumon sont éligibles pour les thérapies ciblées (4-5 %), ce nombre atteint presque les 100 % à un moment donné de leur traitement avec l'immunothérapie. Les molécules actuellement validées et remboursées en Belgique sont les PD-1 [nivolumab (Opdivo®), pembrolizumab (Keytruda®)], les PD-L1 [atezolizumab (Tecentriq®), durvalumab (Imfinzi®)] et les CTLA4 [ipilimumab (Yervoy®)]. Ils ont montré leur efficacité sur la survie globale que ce soit en première ligne

en monothérapie chez les patients au stade non métastatique avec ou sans chimiothérapie ou anti-angiogénique ou en deuxième ligne en monothérapie chez les patients au stade métastatique. La stratégie se base sur le dosage de la protéine PD-L1, points de contrôle ciblés par les médicaments immunothérapeutiques : immunothérapie seule si PD-L1 > 50 %, immunothérapie avec chimiothérapie si PD-L1 < 50 %. Ils sont administrés par voie intraveineuse, en hôpital de jour, toutes les 2 à 6 semaines. Les effets indésirables sont des effets immuno-induits comme les thyroïdites, les colites, la sécheresse cutanée, les endocrinopathies et les pneumopathies interstitielles. Ces effets immuno-induits peuvent apparaître n'importe quand durant le traitement et même après ! Ces patients doivent donc faire l'objet d'une **surveillance multidisciplinaire rapprochée**. La surveillance se fait via une biologie générale comprenant la TSH et la T4L. Il faut savoir qu'ils peuvent avoir une efficacité retardée et qu'il est possible d'observer une pseudo-progression tumorale.

D'après l'exposé Révolution de l'immunothérapie et des thérapies ciblées dans le cancer du poumon des Drs Ivan PELLIGRINI et Aline BODLET, pneumologues, VIVALIA.

Mots-clés : cancer, poumon, immunothérapie, thérapie ciblée.

COVID-19 : leçons de vie

Si le premier orateur pneumologue s'est focalisé sur les aspects historiques et théoriques de cette pandémie au SARS-Cov 2, le deuxième orateur est sorti de ces considérations pour tirer un bilan plus humanitaire :

- comment faire de l'EBM sans évidence ?
- l'ultracréditarisme est le mot qui convient le mieux à la première vague : un comportement consistant à donner son avis sur des sujets à propos desquels on n'a pas de compétence crédible ou démontrée ;
- mourir seul... loin des siens... Tenter de diminuer le risque de contamination nous a-t-il amené à trop d'inhumanité ?
- n'oublions jamais que le doute est une nécessité de la connaissance et de son évolution... surtout lorsque ce que l'on fait repose sur des faibles évidences...

Le dernier orateur, médecin généraliste, refait aussi son historique de la crise pandémique en soulignant notamment l'aide apportée dès le début par le Collège de Médecine Générale (CMG) avec sa Cellule Covid et sa Cellule d'Appui Scientifique et Universitaire, le drame des MRS, la découverte du rôle du Gouverneur au niveau provincial du pouvoir (**synergies** et coordination des composantes : médi-



cales hospitalières et généralistes, 112, pompiers, police, armée, province, communication), la création des OSTA (Outbreak Support Team Ambulatoires) par l'Aviq et les cercles de médecine générale. Finalement, il conseille à chacun d'entre nous d'en tirer ses propres leçons: « Informez-vous, formez-vous, ayez une réflexion positive. Soyez empreints d'une perpétuelle réflexion éthique, exercez un esprit critique bienveillant et orienté solution. Sortez de l'individualisme pour retrouver la confraternité, la synergie. Et surtout, n'oubliez pas l'essentiel: notre serment d'Hippocrate et la promotion de la santé au sens OMS du terme. »

D'après les exposés *COVID 19: leçon de Médecine, leçons de Vies – Comment les leçons du passé vont impacter notre pratique future!* des D^{rs} Tamim SALEM, pneumologue, CSL VIVALIA Arlon, Nicolas FRUSCH, pneumologue, CHA VIVALIA Libramont et Guy DELREE, médecine généraliste, Marche-en-Famenne.

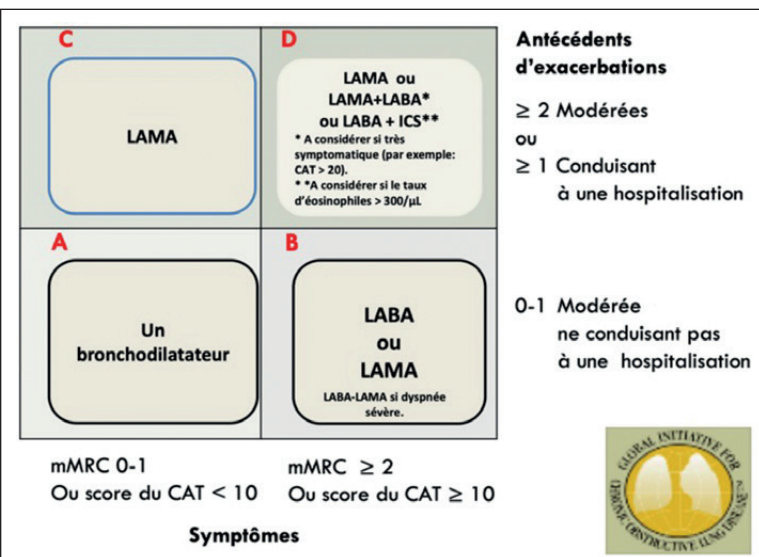
Mots-clés : COVID-19, pandémie.

Le bon traitement, au bon patient, au bon moment

La « BPCO est une maladie fréquente, accessible à la prévention et au traitement, caractérisée par des symptômes respiratoires et un trouble ventilatoire obstructif persistants dû à des anomalies bronchiques et/ou alvéolaires causées par une exposition significative à des particules ou des gaz nocifs » (<https://goldcopd.org>). Il est donc indispensable d'avoir une spirométrie pour en faire le diagnostic, sans oublier de rechercher et d'éliminer les facteurs de risque.

Le traitement pharmacologique d'initiation sera basé sur les symptômes et l'historique des exacerbations. (illustration 1).

Illustration 1. Traitement recommandé selon la classification GOLD de la BPCO.

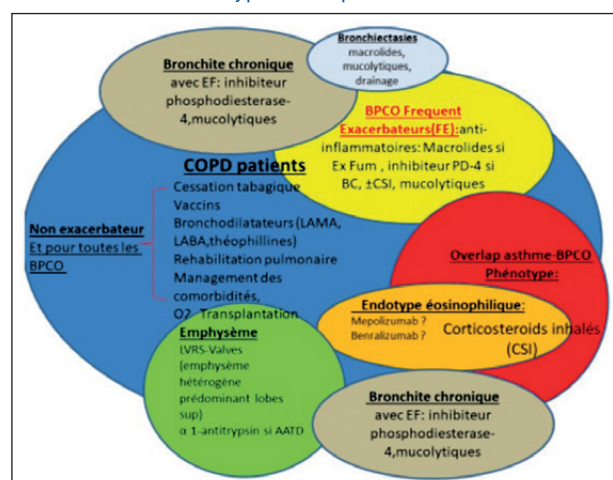


L'exacerbation de la BPCO peut être définie comme un événement caractérisé par une aggravation aiguë des symptômes respiratoires du patient (toux, expectorations, dyspnée...) nécessitant un traitement supplémentaire. Leur sévérité peut être divisée en légère (traitée seulement par des aérosols bronchodilatateurs - SABDs), modérée (traitée par des SABDS plus des antibiotiques et/ou des corticostéroïdes oraux) et sévère (requiert une hospitalisation ou une admission aux urgences).

Lors du suivi du patient, selon le trait dominant (dyspnée ou exacerbation), le traitement sera adapté. En cas de dyspnée comme trait dominant, c'est l'association LABA-LAMA qui est recommandée. L'ajout d'un corticoïde inhalé (CSI) est possible en cas de pneumonie. En cas d'exacerbations comme trait dominant, la trithérapie (LABA-LAMA-CSI) est plus efficace qu'une bithérapie (LABA-LAMA ou LABA-ICS) dans les cas modérés à sévères. À noter que des essais cliniques prospectifs ont montré qu'une numération élevée des éosinophiles dans le sang est prédictive de l'efficacité des CSI dans la réduction des exacerbations, tandis que des études d'observation montrent que de faibles numérations sont prédictives d'un risque accru de développer une pneumonie. Il ne faut pas oublier les traitements non-pharmacologiques comme la révalidation, l'oxygénothérapie ou les valves unidirectionnelles endobronchiques remboursées depuis février 2020 chez les emphysemateux.

Mais des patients BPCO avec le même VEMS peuvent avoir une présentation clinique différente (Aspects pathologique/Radiologique – Pronostic – Réponse au traitement). Il est nécessaire d'identifier les phénotypes cliniques (sous-groupes de patients qui partagent des caractéristiques similaires) afin de fournir un traitement plus personnalisé et donc plus efficace. En résumé: le bon traitement, au bon patient, au bon moment. (Illustration 2).

Illustration 2. Phénotypes cliniques de la BPCO.



D'après l'exposé *Actualités dans la BPCO* du Dr Jean-Louis CORHAY, pneumologue, CHU Sart Tilman à Liège.

Mots-clés : BPCO, phénotype, exacerbation, éosinophile, traitement.

L'asthme en 2020

Toute dyspnée n'est pas de l'asthme et mérite un diagnostic de certitude le plus rapidement possible. Cela passe par une spirométrie avec un test de réversibilité.

C'est une maladie complexe aux multiples facettes. Différents phénotypes cliniques de l'asthme ont été décrits : asthme allergique, asthme non-allergique, asthme de l'adulte, asthme avec réversibilité incomplète, asthme de l'obèse.

C'est aussi une maladie à l'histoire naturelle mal connue qui peut connaître une rémission tout comme une persistance à vie.

L'approche thérapeutique de l'asthme doit être progressive et intégrée. Il est nécessaire de suivre les étapes recommandées par GINA et de réévaluer chaque étape après 3 mois de traitement. C'est uniquement en fonction de la réponse au traitement que la sévérité de l'asthme pourra être déterminée : asthme léger si patient bien contrôlé avec le traitement des paliers 1 et 2, asthme modéré si patient bien contrôlé avec le traitement du palier 3 et asthme sévère si patient bien contrôlé avec le traitement des paliers 4 et 5 ou non contrôlé sous traitement. Plus de 80 % des asthmatiques se retrouvent dans l'asthme léger.

De nouvelles données ont montré que l'utilisation abusive de puffs de salbutamol est associée à plus de recours aux services d'urgences et même de décès si la consommation annuelle de salbutamol dépasse les 12 flacons. À l'opposé, des études ont montré que l'utilisation à la demande de l'association budésonide-formotérol réduit le risque de crise dans l'asthme modéré. C'est pourquoi les nouvelles recommandations 2021 de GINA mentionnent cette association pour les paliers 1 et 2 (ou un autre association SABA-ICS) (voir illustration 3). Chez

peut être utilisée au premier palier (voir illustration 4). A noter aussi le montelukast est recommandé en 2^e intention pour le palier 2 chez l'enfant mais il faut savoir que des risques psychiatriques avec tentative de suicide ont été décrits chez l'adulte et l'adolescent avec le montelukast. Chez l'enfant, ce sont des troubles du comportement et du sommeil qui ont été rapportés.

Enfin, c'est une maladie chronique qui justifie donc une démarche éducative !

D'après l'exposé *Actualités sur l'Asthme* du Dr Richard FROGNIER, pneumologue, St-Luc à Bouge.

Mots-clés : asthme, traitement, GINA.

Illustration 4. Principe de la prise en charge : enfant révision 2021.

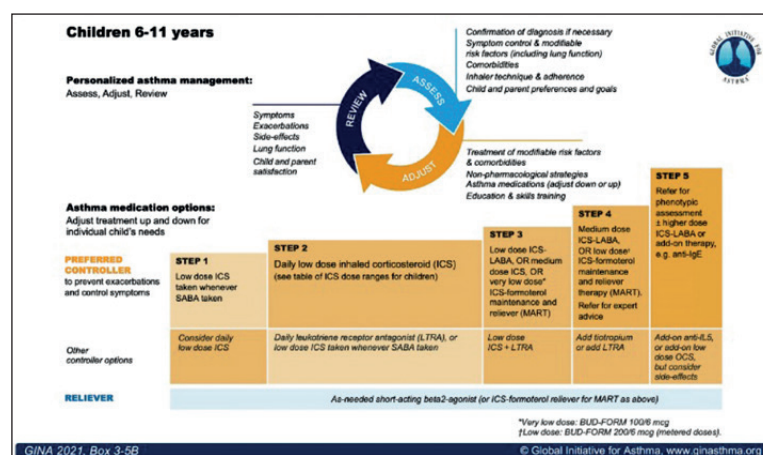
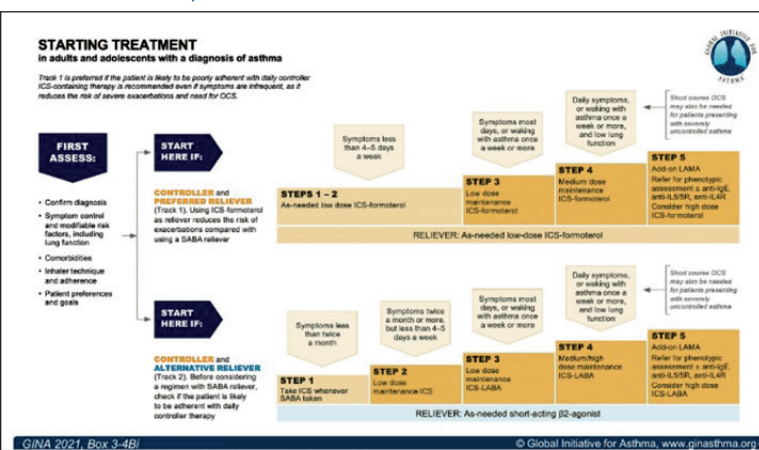


Illustration 3. Comment débiter un traitement ?... simplification 2021.



l'enfant aussi, depuis 2021, l'utilisation à la demande de l'association budésonide-formotérol est recommandée en cas de crise et l'association SABA-ICS

Petit comédien ?

par le Dr Camille DUBUS*

* Médecin généraliste
1950 Kraainem
camille.dubus93@gmail.com

L'auteur déclare ne pas présenter de liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou de dispositifs médicaux en ce qui concerne cet article.

Nicolas, 5 ans, se présente à ma consultation avec sa maman dans un contexte de virose des voies respiratoires supérieures accompagnée d'une grande fatigue. Lorsque la fièvre tombe, il joue la comédie et, sous prétexte d'être trop fatigué, réclame qu'on le porte et qu'on lui donne à manger à la cuillère comme lorsqu'il était plus jeune.

Nicolas est un petit garçon de 5 ans sans antécédents particuliers. Il a acquis la marche dans les normes pour l'âge, sans être particulièrement précoce et a présenté un léger retard de langage avec un problème de prononciation pour lequel il a été suivi en logopédie. Il ne prend aucun médicament et est en ordre de vaccination pour son âge.

Nicolas est un petit garçon blagueur et actif. Il est en 3^e maternelle où tout se passe très bien. Il s'endort facilement le soir, ne présente pas de réveils nocturnes et a une alimentation équilibrée et variée.

Sa maman vient me consulter pour lui plus ou moins régulièrement pour des viroses banales, propres à tout enfant de son âge.

Ils se présentent ainsi à ma consultation un mardi du mois de janvier pour une fièvre et une fatigue importante. Ils étaient en vacances à la montagne la semaine précédente. Là, suite à deux jours de forte fièvre montant jusqu'à 40,5 °C, ils sont allés consulter un médecin sur place. Le diagnostic le plus probable était une virose des voies respiratoires supérieures avec la présence de tympanes hémorragiques. Sur le chemin du retour vers la Belgique, Nicolas est fort fatigué mais afébrile. Il a de nouveau présenté de la fièvre 2 jours plus tard avec des pics jusqu'à 39,5 °C.

Lorsque je le vois en consultation, l'examen clinique est rassurant. L'auscultation pulmonaire est normale avec des murmures vésiculaires symétriques et sans bruits adventices. Le cœur est régulier, sans souffle perçu. L'abdomen est souple et indolore, sans hépatosplénomégalie. Je ne détecte pas de ganglions cervicaux. L'examen cutané est normal lui aussi ainsi que l'examen ORL, hormis la présence de tympanes hémorragiques et d'une rhinorrhée, comme l'urgentiste l'avait remarqué quelques jours avant moi. L'enfant est éveillé mais me semble effectivement fatigué. Sa maman me signale également une perte d'appétit ce que je remets dans son contexte : comme il continue à bien s'hydrater, je rassure la maman.

Je décide néanmoins de réaliser une biologie sanguine pour exclure une pneumonie qui expliquerait la réapparition de la fièvre. Celle-ci est rassurante avec une CRP légèrement élevée à 25 mg/l mais une normoleucocytose à 9000 GB avec une formule monocyttaire. Dans ce contexte, une sérologie EBV a été demandée et est revenue négative. Lorsque je rappelle la maman pour lui transmettre les résultats le lendemain, les nouvelles sont bonnes de son côté aussi : la fièvre est tombée et l'état général s'est légèrement amélioré. D'ailleurs, il est prévu qu'il aille passer la fin de la semaine chez sa grand-mère.

ABSTRACT

A 5-year-old boy is complaining of tiredness after an episode of high fever and running nose. In front of a loss of strength in the arms and in the legs, a pyruvate dehydrogenase deficiency is finally discovered.

Keywords : flu, metabolic disease, pyruvate dehydrogenase deficiency.

RÉSUMÉ

Un enfant se plaint de fatigue importante après un épisode de fièvre et de rhinorrhée. Lorsque les symptômes s'aggravent avec une perte de force dans les membres supérieurs et inférieurs, une mise au point est effectuée en hospitalier et met en évidence un déficit de la pyruvate déshydrogénase.

Mots-clés : maladie mitochondriale, maladie métabolique, déficit en pyruvate déshydrogénase.

2 inhalateurs¹
2 x 2 pour
la posologie¹



Conditionnement	Prix public	Patient actif	Patient VIPO
Single pack (120 doses) :			
Trimbow* poudre pour inhalation	€ 62,73	€ 12,10	€ 8,00
Tripack (3 x 120 doses) :			
Trimbow* poudre pour inhalation	€ 163,95	€ 12,10	€ 8,00

NOUVEAU



Trimbow®

Dipropionate de béclo-métasone / fumarate de formotérol / glycopyrronium*

La seule triple association fixe en formulation extrafine¹
Pour vos patients BPCO¹

* Trimbow® poudre pour inhalation 88/5/9 µg.
RÉFÉRENCE: 1) Trimbow® poudre pour inhalation, SmPC 2022.

Disponible aussi en tri-pack. Remboursé en B.

DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT: Trimbow 88 microgrammes/5 microgrammes/ 9 microgrammes poudre pour inhalation. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE:** Chaque dose délivrée à la sortie de l'embout buccal contient 88 microgrammes de dipropionate de béclo-métasone (béclo-métasone dipropionate), 5 microgrammes de fumarate de formotérol dihydraté (formotérol fumarate dihydrate) et 9 microgrammes de glycopyrronium (glycopyrronium) (sous la forme de 11 microgrammes de bromure de glycopyrronium). Chaque dose émise contient 100 microgrammes de dipropionate de béclo-métasone (béclo-métasone dipropionate), 6 microgrammes de fumarate de formotérol dihydraté (formotérol fumarate dihydrate) et 10 microgrammes de glycopyrronium (glycopyrronium) (sous la forme de 12,5 microgrammes de bromure de glycopyrronium). **Excipient à effet notable:** Chaque inhalation contient 9,9 mg de lactose monohydraté. Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1 du RCP. **FORME PHARMACEUTIQUE:** Poudre pour inhalation. Poudre blanche ou presque blanche contenue dans un inhalateur blanc (NEXThaler). **INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES:** Traitement continu de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) modérée à sévère chez les adultes non traités de façon satisfaisante par l'association d'un corticostéroïde inhalé et d'un bêta-2-agoniste de longue durée d'action ou par l'association d'un bêta-2-agoniste de longue durée d'action et d'un antagoniste muscarinique de longue durée d'action (voir rubrique 5.1 du RCP pour les résultats obtenus sur les symptômes de BPCO et la prévention des exacerbations). **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION:** **Posologie:** La dose recommandée est de 2 inhalations 2 fois par jour. La dose maximale est de 2 inhalations 2 fois par jour. **Populations particulières: Personnes âgées:** Aucun ajustement posologique n'est nécessaire chez les patients âgés (65 ans et plus). **Insuffisance rénale:** Trimbow peut être utilisé à la dose recommandée chez les patients atteints d'insuffisance rénale légère (débit de filtration glomérulaire [DFG] ≥ 50 à < 80 mL/min/1,73 m²) à modérée (DFG ≥ 30 à < 50 mL/min/1,73 m²). Chez les patients présentant une insuffisance rénale sévère (DFG < 30 mL/min/1,73 m²) ou terminale (DFG < 15 mL/min/1,73 m²) (patients dialysés), et en particulier en cas de diminution significative de la masse corporelle, l'utilisation ne sera envisagée que si les bénéfices attendus l'emportent sur les risques potentiels (voir rubriques 4.4 et 5.2 du RCP). **Insuffisance hépatique:** En l'absence de donnée disponible, la prudence est requise chez les patients présentant une insuffisance hépatique sévère (classe C de Child-Pugh) (voir rubriques 4.4 et 5.2 du RCP). **Population pédiatrique:** Il n'existe pas d'utilisation justifiée de Trimbow dans la population pédiatrique (en dessous de 18 ans) dans l'indication en traitement de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). **Mode d'administration:** Voie inhalée. L'inhalateur est déclenché par l'inspiration. Pour une utilisation correcte de Trimbow, il est souhaitable que le patient bénéficie d'une démonstration du fonctionnement de l'inhalateur faite par le médecin ou un autre professionnel de la santé. Celui-ci devra également s'assurer régulièrement que la technique d'inhalation du patient est correcte (voir « Instructions d'utilisation » ci-dessous). Il sera conseillé au patient de lire attentivement la notice et de suivre les instructions d'utilisation qu'elle contient. Il sera recommandé au patient de se rincer la bouche ou de se gargariser avec de l'eau sans l'avaler ou encore se brosser les dents après chaque inhalation (voir rubrique 4.4 du RCP). Pour les instructions d'utilisation, voir la rubrique 4.2 du RCP. **CONTRE-INDICATIONS:** Hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1 du RCP. **EFFETS INDÉSIRABLES: Résumé du profil de sécurité:** Les effets indésirables signalés le plus fréquemment chez les patients atteints de BPCO ou d'asthme sont, respectivement : la dysphonie (0,3 % et 1,5 %) et la candidose buccale (0,8 % et 0,3 %), qui sont des risques connus avec les corticostéroïdes inhalés, les crampes musculaires (0,4 % et 0,2 %), déjà décrites avec les bêta-2-agonistes de longue durée d'action, et la sécheresse buccale (0,4 % et 0,5 %), effet connu des anticholinergiques. De même, une sécheresse buccale a été rapportée chez 2 patients (0,6 %) avec Trimbow poudre pour inhalation. Chez les patients asthmatiques, les effets indésirables ont tendance à survenir sur les 3 premiers mois qui suivent l'initiation du traitement et deviennent moins fréquents au cours de l'utilisation à plus long terme (après 6 mois de traitement). **Tableau des effets indésirables:** Les effets indésirables de l'association dipropionate de béclo-métasone/formotérol/glycopyrronium survenus au cours des études cliniques et depuis la commercialisation ainsi que les effets indésirables observés avec chacun des composants commercialisés sont indiqués ci-dessous, par classes de systèmes d'organes et par fréquence. Les fréquences sont définies comme suit: très fréquent ($\geq 1/10$); fréquent ($\geq 1/100$, $< 1/10$); peu fréquent ($\geq 1/1000$, $< 1/100$); rare ($\geq 1/10000$, $< 1/1000$); très rare ($< 1/10000$) et fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). **Infections et infestations:** Fréquent: Pneumonie (chez les patients présentant une BPCO), pharyngite, candidose orale, infection des voies urinaires, rhinopharyngite. Peu fréquent: Grippe, mycose buccale, candidose oropharyngée, candidose œsophagienne, (oro)pharyngite fongique, sinusite, rhinite, gastroentérite, candidose vulvovaginale. Rare: Mycoses des voies respiratoires basses. **Affections hématologiques et du système lymphatique:** Peu fréquent: Granulopénie. Très rare: Thrombopénie. **Affections du système immunitaire:** Peu fréquent: Dermate allergique. Rare: Réactions d'hypersensibilité, dont érythème, œdèmes des lèvres, du visage, des yeux et du pharynx. **Affections endocriniennes:** Très rare: Inhibition des fonctions surrénales. **Troubles du métabolisme et de la nutrition:** Peu fréquent: Hypokaliémie, hyperglycémie. Rare: Baisse de l'appétit. **Affections psychiatriques:** Peu fréquent: Impatiences. Fréquence indéterminée: Hyperactivité psychomotrice, troubles du sommeil, anxiété, syndrome dépressif, agression, troubles du comportement (principalement chez l'enfant). Rare: Insomnie. **Affections du système nerveux:** Fréquent: Céphalée. Peu fréquent: Tremblement, sensation vertigineuse, dysgueusie, hypoesthésie. Rare: Hypersomnie. **Affections oculaires:** Fréquence indéterminée: Vision floue (voir également rubrique 4.4 du RCP). Très rare: Glaucome, cataracte. **Affections de l'oreille et du labyrinthe:** Peu fréquent: Inflammation de la trompe d'Eustache. **Affections cardiaques:** Peu fréquent: Fibrillation auriculaire, allongement de l'intervalle QT à l'électrocardiogramme, tachycardie, tachyarythmie, palpitations. Rare: Angor (stable et instable), extrasystoles (ventriculaires et supraventriculaires), tachycardie paroxystique, bradycardie sinusale. **Affections vasculaires:** Peu fréquent: Hyperhémie, bouffée vaso-motrice, hypertension artérielle. Rare: Hématome. **Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales:** Fréquent: Dysphonie. Peu fréquent: Crise d'asthme, toux, toux productive, irritation de la gorge, épistaxis, érythème pharyngé. Rare: Bronchospasme paradoxal, exacerbation de l'asthme, douleur oropharyngée, inflammation du pharynx, gorge sèche. Très rare: Dyspnée. **Affections gastro-intestinales:** Peu fréquent: Diarrhée, sécheresse buccale, dysphagie, nausées, dyspepsie, sensation de brûlure des lèvres, caries dentaires, stomatite (aphteuse). **Affections de la peau et du tissu sous-cutané:** Peu fréquent: Rash, urticaire, prurit, hyperhidrose. Rare: Angioedème. **Affections musculosquelettiques et du tissu conjonctif:** Peu fréquent: Contractures musculaires, myalgie, extrémités douloureuses, douleur musculosquelettique du thorax. Très rare: Retard de croissance. **Affections du rein et des voies urinaires:** Rare: Dysurie, rétention urinaire, néphrite. **Troubles généraux et anomalies au site d'administration:** Peu fréquent: Fatigue. Rare: Asthénie. Très rare: Œdèmes périphériques. **Investigations:** Peu fréquent: Protéine C-réactive augmentée, numération plaquettaire augmentée, acides gras libres augmentés, insuline sanguine augmentée, acidocétose, diminution de la cortisolémie. Rare: Augmentation de la pression artérielle, diminution de la pression artérielle. Très rare: Diminution de la densité osseuse. **Effets indésirables signalés dans le RCP d'au moins l'un des composants du médicament mais non observés en tant qu'effets indésirables lors du développement clinique de Trimbow.** Parmi les effets indésirables observés, les suivants sont imputables au: **Dipropionate de béclo-métasone:** Pneumonie, mycose buccale, mycose des voies respiratoires basses, dysphonie, irritation de la gorge, hyperglycémie, troubles psychiatriques, diminution de la cortisolémie, vision floue. **Formotérol:** Hypokaliémie, hyperglycémie, tremblement des extrémités, palpitations, contractures musculaires, allongement de l'intervalle QT à l'électrocardiogramme, augmentation de la pression artérielle, diminution de la pression artérielle, fibrillation auriculaire, tachycardie, tachyarythmie, angor (stable ou instable), extrasystoles ventriculaires, tachycardie paroxystique. **Glycopyrronium:** Glaucome, fibrillation auriculaire, tachycardie, palpitations, sécheresse buccale, caries dentaires, dysurie, rétention urinaire, infection des voies urinaires. **Déclaration des effets indésirables suspectés:** La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via: **Belgique:** Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, Division Vigilance, Avenue Galilée 5/03, 1210 BRUSSEL. Site internet: www.notifieruneffetindesirable.be, e-mail: adr@afmps.be. **Luxembourg:** Direction de la Santé, Division de la Pharmacie et des Médicaments 20, rue de Bitbourg, L-1273 Luxembourg-Hamm. Tél.: (+352) 2478 5592. E-mail: pharmacovigilance@ms.etat.lu. Link pour le formulaire: <http://www.guichet.public.lu/fr/entreprises/sectoriel/sante/medecins/notification-effets-indesirables-medicaments.html>. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ:** Chiesi Farmaceutici S.p.A., Via Palermo 26/A, 43122 Parma, Italie. **NUMÉROS(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ:** EU/1/17/1208/010 - EU/1/17/1208/011 - EU/1/17/1208/012. **STATUT LEGAL DE DELIVRANCE:** Médicament soumis à prescription médicale. **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE:** 24/03/2022. Des informations détaillées sur ce médicament sont disponibles sur le site internet de l'Agence européenne des médicaments <http://www.ema.europa.eu/>.

« Je suis fatigué, veux-tu me porter pour descendre les escaliers ? »

Vendredi après-midi, avant de rentrer chez moi pour le week-end, je décide de prendre des nouvelles de Nicolas pour m'assurer que la semaine s'est bien passée. La maman de Nicolas me rapporte qu'il reste fatigué (il fait 3 h de sieste par jour alors qu'il n'en avait plus l'habitude) mais qu'il récupère. Cependant, elle ajoute que, selon sa belle-mère, depuis le matin, Nicolas semble jouer de cette fatigue car désormais, il réclame qu'on le porte pour descendre les escaliers et demande qu'on lui donne à manger avec la cuillère !

Face à cette perte de force à la fois des membres supérieurs et inférieurs, je suis inquiète car, pour moi, un enfant de 5 ans ne peut jouer la comédie aussi longtemps. Je ne peux malheureusement pas examiner Nicolas ce soir, celui-ci étant toujours chez ses grands-parents. Je décide d'appeler un pédiatre pour avoir son avis sur la situation : celui-ci me rassure, il ne voyait pas quelle pathologie neurologique pouvait présenter ce tableau.

Je rappelle la maman en lui disant bien que j'étais sceptique par rapport au petit jeu de comédie de Nicolas et que, si elle notait quoi que ce soit d'anormal, elle devait se présenter au service des urgences sans attendre.

Sa maman le récupère le lendemain et objective une asthénie, un trouble de la marche avec des chutes fréquentes, un trouble d'équilibre en position assise et une difficulté pour lever les bras. Il se plaint occasionnellement de douleurs aux jambes. Lorsqu'il peine à accrocher sa veste au porte-manteau et qu'il tombe en arrière, elle l'emmène immédiatement aux urgences.

Aux urgences

À l'anamnèse, les urgentistes notent que Nicolas n'a pas eu accès à des toxiques ou des médicaments au domicile de sa grand-mère. Il a toujours gardé un contact avec des idées cohérentes.

Par ailleurs, sa maman ajoute que Nicolas a déjà eu quelques épisodes de troubles de la marche sur l'année écoulée. Ces épisodes sont fugaces (moins de 30 min.) et consistaient en une jambe trainante, soit la jambe droite, soit la jambe gauche. Les épisodes n'étaient pas précédés d'un événement précipitant (fièvre...).

À l'examen clinique, l'état général est correct mais Nicolas est très fatigué. Il est bien hydraté. L'examen ORL, pulmonaire et abdominal n'apporte rien de nouveau.

La marche et la position assise ne sont pas évaluables. Il est assis avec un soutien et ne sait pas se retourner dans son lit. Au niveau des membres supérieurs, la préhension est de type prise tri-digitale. La force est normale. Le tonus axial et le tonus périphérique sont faibles. Il y a également une faiblesse musculaire proximale au niveau des 4 membres : la force est évaluée à 2/5 au niveau des bras bilatéralement.

Il n'y a pas de dysmétrie. Les réflexes ostéotendineux sont absents. L'examen des nerfs crâniens est normal avec l'absence de troubles de l'oculomotricité ou d'asymétrie faciale. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité. Le langage est de bonne qualité.

Examens complémentaires

Nicolas sera hospitalisé en neurologie pédiatrique. On suspecte une maladie métabolique, précipitée par une grippe (le frottis influenza est revenu positif) par une augmentation du métabolisme liée à l'infection.

En effet, une nouvelle prise de sang avec CoFo, CRP, fonction rénale, thyroïdienne et hépatique, ions, protéines plasmatiques totales et sérologies a été demandée mais n'a pas été contributive.

Par contre, au niveau du liquide céphalo-rachidien, la concentration de lactate est élevée (4,8 mmol/l au lieu de 1,1 à 2,4 mmol/l). C'était également le cas au niveau des urines où on note une majoration modérée du lactate et du pyruvate, accompagnée de 2-hydroxybutyrate et d'une diminution des intermédiaires du cycle de Krebs. Ceci a orienté les neurologues vers un déficit en pyruvate déshydrogénase.

Pour rappel, la pyruvate déshydrogénase catalyse la décarboxylation du pyruvate (notamment issu de la glycolyse) en acétyl-CoA qui est le point d'entrée du cycle de Krebs, essentiel au métabolisme cellulaire et se déroulant dans la mitochondrie.

Dans une prise de sang réalisée quelques jours plus tard, le dosage des acides aminés libres a montré une augmentation importante de l'alanine ce qui est également compatible avec une hyperlactatémie.

À l'IRM, on voit une atteinte bilatérale isolée discrètement asymétrique des globes pâles. Cet



aspect est compatible avec une maladie mitochondriale, entre autres le déficit en pyruvate déshydrogénase évoqué.

Une analyse génétique est demandée.

Le déficit en pyruvate déshydrogénase

Le déficit en pyruvate déshydrogénase reste heureusement une maladie rare de la petite enfance. Elle est due à un déficit d'un des composants du complexe pyruvate-déshydrogénase et est caractérisée par des troubles neurologiques d'apparition précoce et une acidose lactique inexpliquée, de sévérité variable.⁽¹⁾

Cliniquement, le DPD peut impacter le développement fœtal, avec un retard de croissance et un faible poids de naissance. Seulement quelques patients souffrent d'une dysmorphie faciale caractéristique (crâne étroit, bosse frontale, large pont nasal, philtrum long et narines dilatées). Les lésions cérébrales structurelles sont fréquentes, surtout chez les filles. D'autres patients développent des symptômes peu après la naissance. Certains présentent surtout des troubles métaboliques (acidose lactique parfois néonatale et alors souvent fatale, parfois associée à une hyperammoniémie, des difficultés pour s'alimenter, une somnolence, une tachypnée) avec peu de signes neurologiques, tandis que d'autres présentent surtout des signes neurologiques (retard du développement, retard de croissance, retard des acquisitions ou perte des repères moteurs, hypotonie, convulsions, ataxie, dystonie). Lorsque l'atteinte est moins grave, l'apparition peut être plus tardive, comme chez Nicolas et être déclenchée par un stress ou une infection.

Lors de son hospitalisation, l'état de Nicolas s'est progressivement amélioré de jour en jour. Il a été pris en charge par l'équipe de kinésithérapie et d'ergothérapie et, au fil des semaines, il retrouve peu à peu sa motricité antérieure.

Un traitement de supplémentation par vitamine B1, B2 et biotine a été instauré ainsi qu'un régime cétogène, c'est-à-dire pauvre en sucres ajoutés et enrichi en lipides. Les parents de Nicolas ont été conseillés par une diététicienne pour mettre un régime adapté en place dès son retour à la maison. Une prise en charge psychologique de la famille a également été proposée aux parents.

Nous sommes toujours en attente des résultats de l'analyse génétique de Nicolas. La majorité des cas de déficit en pyruvate déshydrogénase sont cependant dus à des mutations dans le gène PDHA1 qui

se transmet selon un mode dominant lié à l'X mais dans un mode récessif dans les autres cas. Vu la gravité de la maladie, une analyse génétique a dès lors aussi été lancée chez son grand frère.

Conclusion

Ce petit garçon de 5 ans et sa maman nous donnent une belle leçon d'humilité : en tant que clinicien, nous devons rester attentifs aux dires de nos patients, peu importe l'âge, la situation sociale ou la fréquence dans la prise des rendez-vous qui parfois peuvent nous faire banaliser un symptôme... Nicolas ne jouait pas la comédie et sa maman l'a tout de suite senti lorsqu'elle l'a récupéré du séjour chez les grands-parents. L'instinct parental et l'écoute du patient, aussi jeune soit-il, doivent naturellement nous guider dans nos choix de prise en charge.

Bibliographie

1. Orphanet. Déficit en pyruvate déshydrogénase, consulté le 9/3/22 sur https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?Lng=FR&Expert=765

Semaine SSMG 2022 : test réussi de la nouvelle formule**COMPTE-RENDU DES DRS GILLES COLEMONTS ET YVES GUEUNING**

La Semaine 2022 qui s'est déroulée du 24 au 29 avril a inauguré une nouvelle formule sur 4 jours dans un lieu proche ne nécessitant pas de déplacement en avion. Retour sur cette Semaine avec deux membres de l'équipe organisatrice.

Êtes-vous satisfait de cette nouvelle formule ?

Gilles COLEMONTS : Pour les 4 organisateurs (les Drs Gueuning, Mary, Pizzuto et moi-même), la Semaine a répondu aux objectifs et les feedbacks des participant·e·s plébiscitent cette formule. La Semaine concentrée sur 4 jours, qui n'occupe pas les weekends, et une destination plus proche permettant d'éviter l'avion, ont été fort appréciées. Nous avons eu 170 participant·e·s dont 134 médecins.

Est-ce que les médecins ont été satisfait·e·s des possibilités de loisirs ?

Yves GUEUNING : Tout d'abord, nous avons profité d'une excellente météo. Il y avait beaucoup de possibilités de promenades à pied ou à vélo et de tourisme culturel que ce soit aux musées ou sur les lieux de mémoire de la Seconde Guerre Mondiale. Les participant·e·s ont facilement trouvé des activités de loisirs bien qu'il·elle·s disposaient de moins de temps libre dans cette nouvelle formule : 1 journée complète et 3 après-midis.

Les Drs Goudjil et De Ridder

**Compte tenu du format plus court de la Semaine, avez-vous pu organiser des moments de convivialité ?**

Yves GUEUNING : 2 soirées ont été organisées : un quiz musical (photo ci-contre) et une soirée casino (photo ci-dessous) pour la soirée de clôture. Ambiance garantie !

Soirée Casino**Passons au programme scientifique. Avez-vous un fait marquant à partager ?**

Yves GUEUNING : Cette année, je voudrais souligner l'homogénéité dans la performance des interventions. Les scores de satisfaction des cours et des ateliers sont à la fois élevés et homogènes.

1^{er} atelier : Actualités en gastroentérologie

Yves GUEUNING : Le Professeur Thierry De Ronde, gastroentérologue au CHU Mont-Godinne, a abordé les douleurs abdominales, la diverticulite, l'Helicobacter Pylori, le suivi d'une chirurgie bariatrique et le problème des IPP au long cours et la difficulté de leur arrêt avec la collaboration du·de la patient·e. Son cours « Microbiote : entre mythes et réalités ! » a remis « l'église au milieu du village » avec une synthèse de ce qui était démontré, en cours ou pas démontré, concernant entre autres les pré- et probiotiques.

2^e atelier : Les dépressions de l'enfant et de l'adolescent·e

Gilles COLEMONTS : Nous avons organisé cet atelier car, pendant la pandémie, beaucoup de médecins ont rencontré des enfants en grande souffrance avec peu de possibilité de relais vers des psychologues ou services de santé mentale. À travers des situations concrètes, le Dr Jessica Sztalberg de l'Hudérf a montré que le médecin généraliste peut agir en créant une atmosphère de confiance, en écoutant l'enfant et en lui permettant d'exprimer ses difficultés. Le cours a présenté un état des lieux des effets secondaires de la Covid sur la situation psychologique des enfants et adolescent·e·s.

3^e atelier : Bien prescrire en imagerie

Yves GUEUNING : Le cours était un excellent résumé de la prise en charge du nodule thyroïdien. Le Dr Thierry Puttemans, radiologue, a proposé un algorithme très pratique en médecine générale. L'atelier a exposé plusieurs situations cliniques et les examens adéquats sans exposer inutilement le patient-e aux radiations.

Séance plénière



4^e atelier : L'agitation en gériatrie

Gilles COLEMONTS : Cet atelier mené par le Dr Véronique Latteur, gériatre au Grand Hôpital de Charleroi, a sensibilisé sur la compréhension des causes organiques ou non de l'agitation qui ne nécessitent pas de prise en charge médicamenteuse. Beaucoup de causes sont simples et peuvent être décodées grâce au «savoir-être» du médecin : l'écoute, le bon sens et les entretiens avec l'équipe. Le cours a porté sur la nutrition chez la personne âgée institutionnalisée ou à domicile. L'alimentation doit être adaptée de manière anticipative à la situation du/de la patient-e pour éviter la perte de poids et de masse musculaire : augmenter les protéines en cas d'infection ou après une chirurgie, par exemple. Le Dr Latteur a insisté sur l'importance de peser et sur l'association de problèmes qui installent un déséquilibre durable. Deux messages à retenir : «PESER, PESER, PESER» et «ET».

5^e atelier : Les urgences neurologiques : détection et prise en charge

Yves GUEUNING : «Time is brain». Cet atelier a travaillé sur la reconnaissance des symptômes qui nécessitent un relai immédiat vers un service adapté. Le Dr Gianni Franco, neurologue au CHU UCL Dinant, a présenté une série de situations qui demandent une réaction urgente du médecin sans attendre la confirmation d'une hypothèse diagnostique. Le cours a porté sur la maladie de Parkinson «La détection précoce des signes et des complications de la maladie de Parkinson : ne pas prévenir c'est déjà gémir».

Dr Alberto Parada, modérateur de l'atelier 5



6^e atelier : Grossesse et risques environnementaux

Gilles COLEMONTS : Les Drs John Pauluis et Jessica Beurton, experts de la cellule Environnement, ont dressé une liste des perturbateurs endocriniens et de leurs effets sur la santé. L'atelier s'est d'abord centré sur les effets des perturbateurs endocriniens pendant la grossesse puis des outils ont été présentés (Nutriscore, *INCIbeauty*, etc.) pour évaluer la qualité des produits alimentaires, ménagers, cosmétiques et trouver des alternatives. Les médecins ont été invité-e-s à relayer ces informations à leurs patient-e-s.

Le mot de la fin ?

Gilles COLEMONTS & Yves GUEUNING : Le mot de clôture du Président a été un moment d'émotion fortement applaudi. Le Dr Quentin Mary a remercié tous les acteurs et actrices du succès de cette Semaine mais aussi plus largement toutes les personnes qui «font» la SSMG. Cette semaine a été «un grand cru bordelais tant au niveau de la qualité que de l'ambiance» et a couronné une année de challenges relevés haut la main par la toute jeune équipe. La SSMG tient le cap et ses grands projets tels que l'organisation d'une Semaine annuelle se poursuivent avec succès.

Les Entretiens reprendront-ils intégralement le programme de la Semaine ?

Yves GUEUNING : Oui, le programme des Entretiens reprendra à l'identique le programme de la Semaine avec ses 6 ateliers et ses 6 cours.

Inscription aux [Entretiens](#).

Quelle sera la destination de la semaine en 2023 ?

Yves GUEUNING : La Semaine 2023 sera organisée à Bordeaux du 16 au 21 avril selon les mêmes modalités.

Mireille Roillet

Grande Journée de Charleroi 01/10/22

LA MG AU QUOTIDIEN



La Grande Journée de Charleroi aura lieu le 01/10/2022. Le Dr Jean-Marie Ledoux, président de la Commission de Charleroi, nous donne un aperçu du programme de cette demi-journée de formation intitulée «Un quotidien pas si banal : quelques pathologies variées en médecine générale».

lée «Un quotidien pas si banal : quelques pathologies variées en médecine générale».

Quelles préoccupations vous ont guidées dans le choix des thèmes de cette édition ?

Jean-Marie LEDOUX : Après de multiples formations et Grandes Journées abordant en profondeur une thématique médicale, nous avons souhaité que cette formation soit à l'image d'une journée-type du médecin généraliste : au quotidien, nous sommes en effet amenés à traiter de multiples sujets, à passer d'une chose à l'autre dans des domaines très variés. Nous avons donc retenu 5 domaines courants, présentés chacun par un spécialiste de la matière. À chaque fois, l'objectif est de comprendre ce que le MG peut faire avant de référer à un spécialiste, pour que ce renvoi ne soit pas un automatisme.

Quels seront les domaines évoqués ?

Jean-Marie LEDOUX : Tout d'abord, nous parlerons de l'arthrite : quel bilan doit-on réaliser quand on suspecte une mono-arthrite ? Qu'en est-il de l'utilisation de l'imagerie dans ce cas ? Nous passerons ensuite aux proctologies courantes (hémorroïdes, fistules, pathologies courantes du rectum/anus...). Cette présentation par le Dr Jean-Christophe Lefebvre, chirurgien au CHU Marie Curie, sera axée sur les traitements. Pour les œsophagites, le Dr Nicolas De Suray (GHDC) reviendra notamment sur les plaintes des patients après IPP et leurs effets secondaires lors de traitements au long cours.

Ensuite viendront l'épaule et l'ophtalmologie...

Jean-Marie LEDOUX : Notre duo d'orateurs traitera les pathologies courantes de l'épaule et leur traitement non chirurgical : capsulite, fissuration, calcification tendineuse, ... Que faire des informations fournies par l'échographie, à qui référer ? Enfin, en ophtalmologie, nous tenterons de répondre à la question de notre place dans le dépistage ophtalmologique, en particulier chez les enfants. Que peut-on faire préventivement ? Quels sont les points qui doivent nous alerter ?

Inscriptions **obligatoire en ligne**. Voir l'[agenda](#) des formations SSMG.

Carine Morin

Grande Journée du Luxembourg 08/10/22

QUESTIONS SUR L'HÉMATOLOGIE



La Commission Régionale du Luxembourg organise sa Grande Journée le 8 octobre 2022. Aussi nommée «Colloque des Ardennes», cette formation consacrée à l'hématologie vous est présentée par le Dr Gueuning, président de la Commission du Luxembourg.

Comment se déroulera cette journée de formation entièrement dédiée à l'hématologie ?

Yves GUEUNING : Nous avons prévu des exposés très concrets, avec à chaque fois un temps de discussion pour permettre aux participants de poser leurs questions. Il y en aura quatre le matin et trois l'après-midi.

Quels seront les sujets traités dans la matinée ?

Yves GUEUNING : Nous commencerons par l'électrophorèse (Dr Julien Depaus, UCL) avec, en ligne de mire, toute la problématique des pics monoclonaux. Quand la réaliser et surtout qu'en conclure ? Puis, lors des deux cours suivants, le Pr Cédric Hermans (St Luc) évoquera les troubles de la coagulation, vaste sujet que nous allons encore affiner. Avant la pause, c'est le Pr Christian Chatelain qui prendra le relais avec un exposé intitulé «Quand le complet sanguin passe au rouge !»

Après une matinée «technique», les exposés de l'après-midi semblent davantage tournés vers le patient.

Yves GUEUNING : Effectivement, après avoir abordé la question des lymphocytoses, nous réfléchirons à l'impact de l'évolution thérapeutique sur nos patients hématologiques, puis à la manière d'aborder la fin de vie avec ces mêmes patients. Certains détails de cette Grande Journée, organisée le 8 octobre, doivent encore être précisés mais nous espérons que ce focus sur l'hématologie éveille l'intérêt de nos collègues du Luxembourg !

Pour plus d'informations sur ces deux grandes journées, rendez-vous sur le site de la SSMG (<https://www.ssmg.be/calendrier-des-formations/>).

Carine Morin

GROUPES OUVERTS

MANIFESTATIONS SSMG 2022



Programmes et inscriptions : www.ssmg.be, rubrique « agenda »
ou via nos newsletters hebdomadaires

samedi 24 et dimanche 25 septembre

Entretiens de la SSMG – 1^{er} WE

organisés par le pôle Enseignement

samedi 1^{er} octobre

Grande Journée

organisée par la commission de Charleroi

samedi 8 octobre

Grande Journée

organisée par la commission du Luxembourg

samedi 15 et dimanche 16 octobre

Entretiens de la SSMG – 2^e WE

organisés par le pôle Enseignement

samedi 19 novembre

Grande Journée

organisée par la commission de Namur

HEURES D'OUVERTURE DE LA SSMG

Du lundi au vendredi, de 9 à 16 heures, sans interruption

rue de Suisse 8, B-1060 Bruxelles

Tél. : 02 533 09 80

La coordination est assurée par 8 personnes :

Thérèse Delobea, Dominique Dieng, Danielle Edorh, Cristina Garcia,
Julie Marchal, Carine Morin, Mireille Roillet et Joëlle Walmagh

RÉPONSES AU PRÉTEST !

Réponses prétest p. 6 : 1. Faux • 2. Vrai • 3. Faux

RMG

LA REVUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Rédactrice en chef :

Dr Laurence DERYCKER

Comité de lecture et de rédaction :

Dr Camille DUBUS
 Dr Jimmy FONTAINE
 Dr Imane HAFID
 Dr Virginie HUYGHE
 Dr Luc PINEUX

Secrétariat de rédaction :

Joëlle WALMAGH
 Rue de Suisse 8
 B-1060 Bruxelles
 Tél. : 02 533 09 80
 joelle.walmagh@ssmg.be

Administration :

SSMG asbl
 Rue de Suisse 8, B-1060 Bruxelles
 Tél. : 02 533 09 80
 Compte n° BE93 0013 1204 8167

Éditeur responsable :

Dr Quentin MARY
 Rue de Suisse 8
 B-1060 Bruxelles

Périodique mensuel (sauf juillet/août)

La Revue de la Médecine Générale respecte les critères de qualité d'un périodique médical ; son contenu est adapté à la pratique de la MG (pertinence) :

- elle impose des exigences de rédaction aux auteurs (critères de Vancouver) ;
- elle possède un comité de lecture composé de médecins généralistes qui révisent les articles avant leur parution ;
- elle insiste sur l'indépendance de sa rédaction vis-à-vis de la publicité ;
- elle dispose d'une grande variété dans les types d'articles proposés (éditorial, cas cliniques, guidelines, courrier...).

Les articles, photos et dessins de la Revue de Médecine Générale ne comportent pas de publicité : les mentions d'entreprises ou de produits le sont à titre documentaire.

Les articles, photos, illustrations et opinions parus dans la Revue de Médecine Générale le sont sous la seule responsabilité de leurs auteurs.

Tous droits de traductions, d'adaptation et de reproduction par tous procédés sont réservés pour tous les pays.

Photo de couverture : Vallée du Douro, Portugal © Sarah Cumps

ABONNEMENT POUR 10 NUMÉROS VERSION « PAPIER »

- 80 € pour les membres SSMG
- 160 € pour les non-membres

À verser à la SSMG asbl, sur le compte BE93 0013 1204 8167

COTISATIONS SSMG 2022

- | | |
|--|--------------------------|
| • Cotisation ordinaire : | 370,00 € |
| • Conjoint·e d'un membre ayant payé une cotisation ordinaire : | 180,00 € |
| • Jeunes médecins < 2 ans d'installation : | 125,00 € |
| • Retraités (= arrêt de la pratique médicale) : | 50,00 € |
| • Assistant·e·s : | GRATUIT (contactez nous) |
| • Cotisation « indépendante » ou GOLD : | 575,00 € |

À payer **en ligne** via le site de la SSMG :

www.ssmg.be – page d'accueil – bouton « [Je deviens membre 2022](#) ».