



par les D^{rs} Camille DUBUS, Caroline MICHOT
et Virginie HUYGHE

médecins généralistes

contactRMG@ssmg.be

Consommation à faible risque d'alcool : le moins, le mieux ?

En 2022, 3 millions de décès peuvent être attribués à la consommation d'alcool (soit 5.3% de l'ensemble des décès).

L'alcool n'a aucun effet bénéfique sur la santé physique, même à petites doses. Cependant, si l'on considère que «[...] la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social [...]» selon l'OMS, les bénéfices subjectifs en termes de qualité de vie sont difficiles à évaluer.

À court terme, la consommation d'alcool excessive en une seule occasion de plus de 4 verres standards (1 VS = 10 g d'alcool) pour la femme et de plus de 5 VS pour les hommes, constitue un facteur de risque pour les accidents, les violences physiques et sexuelles, les maladies cardiovasculaires, le développement d'une gastrite, d'une pancréatite, d'une cirrhose ou encore la survenue d'une dépendance à l'alcool. La quantité et la qualité de sommeil sont aussi perturbées.

À long terme, une association est établie entre la consommation d'alcool et les cancers oro-pharyngolaryngés, les cancers de l'œsophage, le cancer colorectal, le cancer hépatocellulaire et le cancer du sein. La consommation d'alcool majore également

le risque d'hépatopathies et de pancréatite. Au niveau cardiovasculaire, l'European Society of Cardiology indique qu'«une consommation d'alcool plus élevée [que 10 VS par semaine] est à peu près linéairement associée à un risque plus élevé d'AVC, de maladie coronarienne, d'insuffisance cardiaque, et de plusieurs maladies cardiovasculaires moins courantes».

Pour une même quantité d'alcool, les femmes sont plus à risque que les hommes (absorption plus rapide, volume de distribution plus faible et élimination lente).

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.

La Canada a établi des limites de consommation à faible risque historiquement basses : 2 VS (de 13,6 g) ou moins par semaine. La RMS pense que ces limites proches de l'abstinence augmentent le risque de stigmatisation des personnes consommant plus de 3 VS par semaine. Elle considère que les limites suisses, à savoir 5 VS de 10 g par semaine pour les femmes et 10 VS pour les hommes, sont plus raisonnables. Elle regrette le manque d'uniformisation des limites actuelles. (CM)

Muradbegovic J, Favrod-Coune T. Consommation à faible risque d'alcool : le moins, le mieux ? Rev Med Suisse 2023; 19: 118-22. DOI: 10.53738/REVMED.2023.19.830.1118

Mot-clé : consommation d'alcool.

Lorsqu'un enfant avale une pile bouton, c'est une course contre la montre qui débute !

Les piles bouton se trouvent dans certains appareils électroniques : horloges, montres, calculatrices, télécommandes, éclairages pour vélos... La plupart des piles bouton sont avalées par accident à la maison par des enfants de moins de 6 ans et plus fréquemment par des garçons. Les enfants sont attirés par la surface brillante des piles au lithium.

Lorsque ces piles se retrouvent coincées dans l'œsophage, il se produit une hydrolyse isotherme au niveau du pôle négatif induisant une nécrose liquéfiant dans les 15 minutes de l'ingestion. Ce processus se poursuit même après extraction de la pile, entraînant des lésions jusqu'à 4 semaines après ! Des fistules entre l'œsophage et le médiastin, la trachée ou encore les vaisseaux sanguins, peuvent découler de la nécrose. 55% des décès sont dus à une fistule œso-aortique.

Les symptômes sont divers et variés : vomissements, difficultés à avaler, toux, respiration sifflante... Et quand l'ingestion est passée inaperçue : hématemèse, hémoptysie, méléna, douleurs abdominales, perte de poids, douleurs thoraciques, toux, fièvre...

En cas de suspicion d'ingestion de pile, il faut orienter l'enfant vers un centre d'urgence disposant d'un service d'endoscopie pédiatrique (et le prévenir idéalement). Une radiographie thoracique de face et de profil



sera réalisée pour identifier la présence de la pile au niveau de l'œsophage. On dispose d'un intervalle de 2 heures pour extraire la pile bouton. Il ne faut pas faire vomir l'enfant, ni le faire manger ou boire.

Pendant le transport vers l'hôpital, si l'enfant peut déglutir, est âgé de plus de 12 mois et que l'ingestion de la pile remonte à moins de 12 heures, les parents peuvent lui donner 2 cuillères à café de miel toutes les 10 minutes (ceci atténuera l'impact sur l'œsophage).

L'extraction de la pile bouton se fera sous anesthésie générale et requiert une prise en charge multidisciplinaire (chirurgien.ne pédiatrique, ORL, chirurgien.ne tête et cou et éventuellement chirurgien.ne cardiovasculaire). (CM)

Van Biervliet S, De Bruyne P, Van Winckel M, De Bruyne R, Vande Velde S. Lorsqu'un enfant avale une pile bouton, c'est une course contre la montre qui débute! Percentile 2023; 28 (3): 8-10.

Mot-clé : pile bouton.

Dermite du siège

La dermite du siège est une **dermite irritative non allergique**. C'est la dermatose la plus fréquente chez les nourrissons (prévalence la plus élevée entre 9 et 12 mois), aussi bien filles que garçons.

La pathogenèse est multifactorielle: la macération liée à l'occlusion et à l'incontinence urinaire et fécale entraîne une fragilisation de la peau qui sera plus sensible aux lésions de frottement et plus perméable aux irritants chimiques et enzymes fécales notamment. L'interaction entre les urines et les matières fécales joue aussi un rôle important: le pH augmente sous l'effet de la dégradation de l'urée urinaire en ammoniacque par l'uréase fécale.

La diarrhée est un facteur qui peut exacerber une dermite du siège: de par le transit plus rapide, les selles seront plus riches en protéases et en lipases, agressant davantage la peau. Les antibiotiques à large spectre ont également un rôle péjoratif (concentration plus élevée de *Candida albicans* dans les selles). Les lésions érythémateuses se situent au niveau des zones convexes (fesses, organes génitaux, bas-ventre et cuisses). Les plis sont épargnés (dermite en W).

Une surinfection à *Candida albicans* se produit en cas de lésion de la peau (quasiment systématiquement dans les 3 jours). Une dermite du siège à *Candida* affecte les plis. L'érythème rouge vif et brillant (avec fine desquamation et petites lésions vésiculo-pustuleuses en périphérie) débutera au niveau des plis fessiers et des aines, pour s'étendre ensuite à l'entière du siège.

La prévention de la dermite du siège repose sur des mesures d'hygiène correctes: nettoyer la peau avec un gant de toilette, de l'eau et une crème ou lotion

«huile-dans-eau», sécher la peau par tapotement, et appliquer ensuite un onguent à base d'oxyde de zinc ou de la vaseline. On veillera à éviter la macération et le frottement (à l'aide de couches super-absorbantes et de changes réguliers), et à renforcer la fonction barrière de la peau. On limitera également l'usage des antibiotiques. On évitera les antiseptiques locaux.

Ces aspects préventifs suffiront souvent dans les formes non compliquées de dermite du siège.

En cas de formes plus sévères, l'usage de corticostéroïdes topiques légèrement à modérément puissants peut aider à contrôler la composante inflammatoire.

En cas de surinfection à *Candida albicans*, un agent antifongique doit être ajouté.

En cas d'échec du traitement, il faut envisager une éventuelle mauvaise observance thérapeutique et rechercher des facteurs aggravants ou d'autres affections sous-jacentes. (CM)

Van Gysel D, De Maeseneer H. Dermite du siège. Percentile 2023; 28 (2): 21-24.

Mot-clé : érythème fessier.

Traitement préventif des crises migraineuses

Lorsque les crises migraineuses sont trop rapprochées et deviennent invalidantes, le propranolol est le médicament de premier choix pour espacer les crises. S'il est inefficace, on se tournera vers l'amitriptyline ou l'acide valproïque.

L'érenumab, un anticorps monoclonal dirigé contre le récepteur du CGRP (calcitonin gene-related peptide) injecté par voie sous-cutanée, était le traitement de dernier choix comme traitement préventif. Le CGRP module le signal nociceptif et a également un effet vasodilatateur.

Le rimégépant est un autre anti-CGRP autorisé désormais dans l'Union Européenne pour la même indication ainsi que pour le traitement d'une crise migraineuse. Par rapport à l'érenumab, il a l'avantage d'être administré par voie orale. Cependant, son évaluation clinique ne repose sur aucun essai versus autre médicament. L'autorisation de mise sur le marché repose seulement sur 4 essais en double aveugle versus placebo. Son efficacité semble légèrement plus efficace qu'un placebo mais entraîne des réactions d'hypersensibilité, des troubles digestifs et peut-être des troubles cardiovasculaires et hépatiques sur le long terme. Quand un anti-CGRP est envisagé, l'érenumab est donc à préférer vu le recul d'utilisation plus long. (CD)

Rédaction Prescrire. Rimégépant (Vydura) et migraine. Traitement et prévention des crises: comparé uniquement à un placebo. Revue Prescrire juillet 2023; 43 (477): 485-489.

Mot-clé : migraines.

La grossophobie en consultation nuit à la santé

De nombreux stéréotypes sur les personnes en situation d'obésité sont véhiculés dans la société, et le cabinet du médecin n'y échappe pas. Ces patients sont alors tenus comme seuls responsables de leur situation et feraient preuve d'un «manque de volonté». D'autres facteurs (sociaux, économiques...) ne sont pas pris en compte.

De nombreuses études montrent pourtant que la stigmatisation des personnes en situation de surpoids nuit à leur santé physique et mentale. Ils se sentent découragés, rejetés par les soignants et évitent dès lors le cabinet médical.

Dans une étude conduite auprès de 104 personnes en situation de surpoids en France, environ 9 personnes sur 10 déclarent avoir été victimes de stigmatisation ou discrimination en raison de leur poids (grossophobie) en consultation. Les comportements des soignants sont décrits comme moralisateurs, dévalorisants, culpabilisants; les patients disent avoir subi des moqueries ou du mépris. S'en suivent des sentiments de colère, d'indignation ou de tristesse, de honte ou de culpabilité... Entraînant un changement de médecin ou pire, un abandon de la prise en charge.

Par ailleurs, certains soignants qui se focalisent trop sur le problème de surpoids, risquent de passer à côté d'autres causes des problèmes de santé de leur patient, provoquant des erreurs ou retards de diagnostic et de prise en charge. (CD)

Rédaction Prescrire. «Commencez par perdre du poids!»
Revue Prescrire juillet 2023; 43 (477); 538

Mots-clés : surpoids, obésité, grossophobie.

Asthme modéré à sévère non contrôlé

Un asthme modéré est caractérisé par plus d'une crise (toux et respiration sifflante) par jour ainsi que des symptômes nocturnes plus d'une fois par semaine. Il est sévère lorsque les symptômes sont constants ou lorsque l'asthme reste non contrôlé malgré un traitement de fond bien conduit reposant sur un corticoïde inhalé à forte dose (beclométasone ou budésonide) et un bêta-2 mimétique à longue durée d'action (formotérol ou salmétérol).

Lorsque les symptômes d'asthme provoquent une gêne plus d'une fois par jour malgré ce traitement, il est utile de tout d'abord chercher les causes d'inefficacité du traitement. Le traitement a-t-il été

bien conduit, le patient est-il compliant ? Utilise-t-il le système d'inhalation correctement ?

Si c'est bien le cas, de nombreux guides cliniques proposent d'ajouter une 3^e molécule au traitement. Le montélukast, un antileucotriène à prendre per os, est une option. Cependant, l'ajout de cette molécule n'a pas été évaluée dans des essais comparatifs et expose à des effets psychiques importants, allant parfois jusqu'au suicide.

Une autre option est un atropinique à longue durée d'action inhalé, tel que le tiotropium. Selon une méta-analyse de 7 essais portant sur un total de 10 109 patients, l'ajout de tiotropium évite une exacerbation sévère pour environ 17 patients traités pendant 1 an. La méta-analyse montre que le risque d'avoir au moins une exacerbation sévère au cours de la durée de l'essai a aussi été moindre avec la trithérapie inhalée. Par contre, dans les essais qui ont évalué la qualité de vie des patients selon le questionnaire AQLQ (Asthma Quality of Life Questionnaire), il n'y pas eu de différence statistiquement significative de qualité de vie entre les groupes trithérapie inhalée et les groupes témoins.

Les effets secondaires graves des atropiniques sont principalement cardiovasculaires. Ces médicaments doivent être prescrits avec prudence chez les patients ayant des antécédents cardiovasculaires.

Les autres effets secondaires rapportés sont des troubles visuels (crise de glaucome aigu), des dysphonies, des sècheresses buccales, un épaississement des sécrétions bronchiques, des rétentions urinaires, des troubles du rythme cardiaque, des confusions. Le guide du groupe de travail GINA (Global Initiative for Asthma) de 2022 est une option à retenir chez des patients avec un asthme non contrôlé par l'association bêta2-mimétique à longue durée d'action et corticoïdes.

Donc concernant le traitement de fond, on augmentera progressivement la dose de corticoïdes inhalés avant d'envisager l'ajout d'un atropinique à longue durée d'action en dernier recours.

Un traitement par des bêta2-mimétiques inhalés isolés expose à une augmentation du risque d'effets indésirables graves, ce qui semble contrecarré par l'association avec des corticoïdes.

En cas de crise aiguë, la prise de l'association corticoïdes + formotérol inhalés est actuellement une option. En effet, le formotérol (bêta2-mimétique à longue durée d'action) a un délai d'action très court, proche de celui du salbutamol. La prise à la demande de cette association en cas de crise, en plus du traitement de fond par cette même association, est recommandée par les guides les plus récents (dont le GINA) comme alternative aux bêta2-mimétiques à courte durée d'action. (CD)



Saturation en oxygène et oxymètre de pouls

La mesure indirecte de la saturation en oxygène de l'hémoglobine du sang artériel (SpO2) se fait grâce à un appareil nommé oxymètre. Il est placé généralement au bout du doigt et fonctionne grâce à l'émission et à la détection de lumière rouge et infrarouge. Cette mesure est souvent bien corrélée avec la mesure directe dans le sang artériel (SaO2). Cependant, les valeurs sont parfois sur/sous-estimées dans certaines situations : vernis à ongle, faux ongles, doigts sales, mauvaise perfusion des extrémités (hypotension, hypothermie, choc cardiovasculaire), tremblements, convulsions, arythmie cardiaque, intoxication aiguë au monoxyde de carbone, anémie sévère, certains médicaments (ex. : vasoconstricteurs) mais aussi si Hb1AC > 7 % (N.D.L.R. : si l'hémoglobine glyquée est majorée, la saturation risque d'être surestimée). Une étude de cohorte rétrospective états-unienne a analysé la corrélation entre la SaO2 et la SpO2 en fonction de la couleur de peau des patients. Les mesures ont été effectuées exclusivement chez les hommes : 21 918 couples de mesure dans le groupe peau claire vs 6 498 dans le groupe peau foncée. Il s'avère qu'il y avait une différence statistiquement significative d'hypoxémie non détectée à l'oxymètre de pouls entre le groupe peau clair et peau foncée après ajustement de certains paramètres (âge, diabète, sexe...). En effet, la probabilité d'hypoxémie non détectée était de 5,3% dans le groupe peau foncée vs 2,7% dans le groupe peau claire. Cependant, de nombreux paramètres influençant la SpO2 n'ont pas été pris en compte, diminuant ainsi la puissance de l'étude. Ceci étant, les résultats de cette étude convergent dans le même sens que d'autres études déjà réalisées à ce sujet. En conclusion, le risque de ne pas détecter une hypoxémie avec un oxymètre est plus important chez un adulte ayant une couleur de peau foncée. Dans le cas d'une suspicion d'hypoxémie clinique avec une SpO2 rassurante, il n'est pas raisonnable de se fier à la saturation mais bien à la clinique ou de réaliser une ponction artérielle. (VH)

Saturation en oxygène et oxymètre de pouls. Rev Prescrire 2023 ; 43 (478) : 613.

Mots-clés : saturation, peau foncée.

Syndrome d'apnée du sommeil : pression positive continue : toujours pas d'effet démontré sur la mortalité

Le syndrome d'apnée du sommeil entraîne une somnolence diurne (due à une qualité de sommeil moindre) provoquant un risque d'accident de la route plus important, une baisse des capacités cognitives et un risque plus élevé d'HTA. En cas d'atteinte sévère, la durée de vie serait réduite. Différents traitements existent : l'appareil à pression positive continue et des dispositifs de repositionnement mandibulaire. Une synthèse méthodique publiée en 2017 par l'Us Preventive Task Force (Uspstf) mettait en évidence que seuls les appareils à pression positive avaient un impact positif sur la qualité du sommeil. En 2022, la mise à jour de cette synthèse a confirmé cet impact positif. Elle comprenait 86 essais incluant 11 000 patients et comparant un appareil à pression positive ou un dispositif de repositionnement mandibulaire versus placebo ou absence de traitement. Il s'est avéré qu'il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre le groupe « appareil à pression positive » et le groupe « témoin » en ce qui concerne la mortalité. Par ailleurs, la somnolence diurne des patients est réduite de façon modeste avec les appareils à pression positive et les dispositifs de repositionnement mandibulaire. Cependant seuls les appareils à pression positive améliorent la qualité de vie liée au sommeil.

Concernant les accidents de la route (évalué dans 3 essais), il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le groupe appareillé et le groupe témoin.

De plus, il existe des effets indésirables liés à l'utilisation de ces appareillages : claustrophobie, sécheresse buccale et nasale, irritation cutanée et oculaire, épistaxis et douleur. En conclusion, les appareils à pression positive améliorent la qualité de vie liée au sommeil mais ne diminuent pas la mortalité. Les dispositifs d'avancement mandibulaire semblent être une alternative toutefois moins bien évaluée. (VH)

Syndrome d'apnée du sommeil : pression positive continue : toujours pas d'effet démontrée sur la mortalité. Rev Prescrire 2023 ; 43 (478) : 614

Mots-clés : Appareil à pression positive, dispositif d'avancement mandibulaire, apnée du sommeil.