



par les D^{res} Camille DUBUS
et Caroline MICHOT

médecins généralistes

contactRMG@ssmg.be

Dépistage du mélanome : peu d'impact, beaucoup de défis

Il n'existe actuellement pas de preuve de l'efficacité d'un dépistage systématique du mélanome. Les mesures de prévention primaire sont par contre tout à fait fondées.

L'incidence du mélanome est en augmentation dans les populations d'Europe, d'Amérique du Nord et d'Australie/Nouvelle-Zélande, pour une mortalité qui reste stable. Cette discordance entre incidence croissante et mortalité stable peut s'expliquer par le surdiagnostic. Ce surdiagnostic peut être causé par les pratiques actuelles de dépistage. Effectivement, les critères histopathologiques de diagnostic du mélanome ne se sont pas affinés malgré l'amélioration de la sensibilité clinique des techniques d'imagerie cutanée (ex. : dermoscopie).

Les principaux facteurs de risque reconnus du mélanome sont: phénotype clair ou roux, exposition solaire et aux UV, antécédents personnels et familiaux de mélanome, immunosuppression, prédispositions génétiques, nombre élevé de nævi et antécédents d'excision de nævi dysplasiques. Ces deux derniers facteurs ne constituent pas des motifs suffisants de dépistage systématique. En effet, il est exceptionnel qu'un nævus dysplasique se transforme en mélanome (en dehors d'une prédisposition génétique). (CM)

Farny C, Brocco E, Merat R. Dépistage du mélanome: peu d'impact, beaucoup de défis, Rev Med Suisse, 20 (867): 648- 652. Disponible: <https://doi.org/10.53738/REVMED.2024.20.867.648>
DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.867.648

Mots-clés : dépistage, mélanome.

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.

Mesures du glucose non invasives : où en est-on ?

Actuellement seules deux méthodes sont validées pour mesurer la glycémie: la **mesure interstitielle du glucose en continu** [respect strict d'une série de critères, notamment par rapport à la détection des hypo et hyperglycémies, pour une validation par les instances de contrôle (ex. : Commission européenne)] et la **glycémie capillaire «instantanée»**.

Différents outils technologiques de mesure de la glycémie sont en cours d'investigation mais ne répondent pour l'instant pas aux recommandations internationales (trop peu de sensibilité et conséquences graves pour le/la patient-e en cas de mesures incorrectes). Il s'agit des techniques suivantes:

- mesure interstitielle: par des capteurs de glycémie interstitielle (ex.: Supersapiens[®], Veri[®], Levels[®] et Ultrahuman[®]), non validée;
- mesure dans les larmes: par des lentilles de contact à nanoparticules composées de glucose oxydase et d'oxyde de cérium (disposant d'un capteur intégré, d'une antenne et d'une batterie), non validée;
- mesure dans la sueur: monitoring en continu à travers des patchs, des systèmes portables, etc., non validée;
- mesure dans la salive: par détection enzymatique ou optique via une éprouvette jetable ou incluse dans un protège-dents, non validée;
- mesure au moyen d'une montre intelligente: spectroscopie par le biais de capteurs optiques mesurant la réflexion d'une lumière et indiquant la glycémie (en cours de développement chez Apple[®] notamment), non validée.

(CM)

Garcia C, Kosinski C. Mesures du glucose non invasives: où en est-on?, Rev Med Suisse, 20 (876): 1083-1086. Disponible: <https://doi.org/10.53738/REVMED.2024.20.876.1083>
DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.876.1083

Mots-clés : diabète, glycémie.



Prévention du VIH : indications de dépistage

Selon l'Office fédéral de la santé publique suisse (OFSP), 7% des personnes vivant avec le VIH ne sont pas diagnostiquées. Le dépistage pourrait être amélioré.

Les recommandations de dépistage du VIH reprises dans cet article de la Revue Médicale Suisse sont les suivantes :

- un dépistage de routine unique dans la vie chez une personne sans facteur de risque identifié ;
- un dépistage au 1^{er} trimestre de grossesse chez toute femme enceinte, et au 3^e trimestre si celle-ci présente un facteur de risque cité ci-dessous ;
- un dépistage annuel dans les populations à risque, c'est-à-dire :
 - les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes,
 - les personnes travailleuses du sexe,
 - les personnes consommant des substances intraveineuses,
 - les personnes ayant des rapports sexuels avec des partenaires dont le statut VIH est inconnu,
 - les personnes traitées récemment pour une autre IST,
 - trimestriellement, chez les personnes bénéficiant d'une prescription de PrEP (possibilité de développer une résistance au traitement) ;
- avant l'introduction d'un traitement immunosuppresseur.

Le dépistage doit également être proposé chez les patients présentant une clinique compatible avec phase précoce symptomatique ou le stade du sida.

La phase aiguë se manifeste par des symptômes très peu spécifiques chez environ 50 à 70% des personnes atteintes, ce qui justifie un degré de suspicion élevé de la part du médecin. Ces symptômes peuvent être un état fébrile, des arthralgies/myalgies, des céphalées, une lymphadénopathie, un érythème cutané, une pharyngite, une diarrhée aiguë, des lymphocytes réactifs et des signes de méningite. Ils durent en moyenne 7 à 14 jours. L'OFSP recommande un dépistage lors de suspicion clinique face à ≥ 2 de ces symptômes. Cette phase précoce caractérisée par une virémie élevée, cause jusqu'à 50% des infections, d'où l'importance de la dépister.

La phase chronique du VIH peut être plus ou moins longue (parfois des décennies) avant d'arriver à la phase du sida. Le sida est défini par un taux de lymphocytes CD4+ inférieur à 200/mm³ ou par la présence d'une maladie définissant le sida. Il peut s'agir de tumeurs (cancer du col de l'utérus, lymphome non hodgkinien, sarcome de Kaposi), d'infections bactériennes (infections mycobactériennes,

> 1 pneumopathie/an...), d'infections virales ou parasitaires (toxoplasmose cérébrale, candidose œsophagienne...).

Finalement, l'OFSP recommande le dépistage du VIH face à des symptômes avec une prévalence théorique de co-infection au VIH de 0,5% (ex.: perte de poids, candidose orale, diarrhée chroniques ou insuffisance rénale inexpliquées, mononévrite, zona < 50 ans, IST...). (CD)

Phase précoce ^a	Atteintes avec prévalence de coinfection au VIH de > 0,5%	Maladies définissant le sida
<ul style="list-style-type: none"> • État fébrile • Arthralgies/myalgies • Céphalées • Lymphadénopathie • Érythème cutané • Pharyngite aiguë • Diarrhée aiguë • Lymphocytes réactifs • Symptômes/signes de méningite 	<ul style="list-style-type: none"> • Leucoplasie orale chevelue de la langue • Infections sexuellement transmissibles • Lymphadénopathie diffuse • Leucopénie ou thrombopénie de > 1 mois • Neuropathie périphérique d'origine indéterminée • Lymphome malin • Carcinome pulmonaire • Carcinome anal/dysplasie • Dysplasie cervicale • Zona à < 50 ans • Dermatite séborrhéique • Maladie à pneumocoques invasive • Candidémie • Leishmaniose viscérale • Psoriasis grave ou atypique • Syndrome de Guillain-Barré • Mononévrite • Démence sous-corticale • Maladie de type sclérose en plaques • Perte de poids inexpliquée • Candidose orale inexpliquée • Diarrhée chronique inexpliquée • Atteinte rénale chronique inexpliquée 	<p>Tumeurs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cancer du col de l'utérus • Lymphome non hodgkinien • Sarcome de Kaposi <p>Infections bactériennes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infections mycobactériennes • Pneumopathie récidivante ≥ 2/an • Septicémie à Salmonella à < 60 ans <p>Infections virales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rétinite à cytomégalovirus • Infection à VHS pulmonaire ou cutanée de > 1 mois • Leucoencéphalopathie multifocale progressive à virus JC <p>Infections parasitaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toxoplasmose cérébrale • Pneumonie à <i>P. jiroveci</i> • Cryptosporidiose de > 1 mois • Isosporidiose de > 1 mois • Candidose œsophagienne/respiratoire • Cryptococcose extrapulmonaire

Steulet A, Lupi N, Christin, L. Du dépistage au diagnostic de VIH : indications, tests et prophylaxie post-exposition. Rev Med Suisse 2024 ; 20 : 1518-24.

Steulet A, Lupi N, Christin, L. Du dépistage au diagnostic de VIH : indications, tests et prophylaxie post-exposition. Rev Med Suisse 2024 ; 20 : 1518-24. DOI : 10.53738/REVMED.2024.20.885.1518

Mots-clés : VIH, sida, dépistage, infections sexuellement transmissibles.

Prévention du VIH : prophylaxie postexposition

Voici les indications de la prophylaxie postexposition (PEP) :

Contact à risque connu comme porteur du VIH

Après un contact à risque, si la personne source est connue comme porteuse du VIH, la PEP est recommandée et administrée idéalement endéans les

6 heures après contact à risque (maximum endéans les 48 heures), sauf si la charge virale de la personne source est indétectable (<20 copies/ml sur les 6 derniers mois). En effet, **indétectable : intransmissible!**

Statut VIH inconnu du contact à risque

Si le statut de la personne source est inconnu et non-testable, l'OFSP recommande l'administration de la PEP si la source présente un risque supérieur à 10% de statut VIH positif (originaire d'Afrique subsaharienne, consommation de substances intraveineuses, contact HSH). En cas de rapport anal, vaginal ou d'accident d'exposition au sang, la PEP est indiquée. Mais en cas de fellation avec réception de sperme dans la bouche avec une personne de statut VIH inconnu, la PEP n'est pas indiquée (contrairement à une personne VIH positive avec charge virale détectable). En cas d'exposition oculaire, morsure, crachat, griffure, la PEP n'est en aucun cas recommandée. Dans le cas d'une piqûre par seringue délaissée depuis plusieurs heures, il n'y a pas de risque d'infection, sauf si présence de sang frais ou de piqûre profonde.

Dans la réalité, la PEP est prescrite assez largement par précaution. (CD)

Steulet A, Lupi N, Christin, L. Du dépistage au diagnostic de VIH : indications, tests et prophylaxie post-exposition. Rev Med Suisse 2024; 20: 1518-24. DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.885.1518

Mots-clés : VIH, sida, infections sexuellement transmissibles, PEP, prophylaxie post-exposition.

Prise en charge de la maladie rénale chronique en médecine de premier recours

La maladie rénale chronique touche 10% de la population suisse. Elle augmente le risque cardiovasculaire indépendamment des facteurs de risque cardiovasculaires classiques. Les nouvelles recommandations de néphroprotection des guidelines KDIGO ont pour objectif de ralentir son évolution et d'ainsi réduire la morbidité associée ainsi que le coût de prise en charge.

Ces recommandations sont listées en 10 points :

1. Approche globale et multimodale du patient

Cessation tabac, activité physique (min 150 minutes/semaine), contrôle du poids

2. Régime équilibré et diversifié

Éviction des produits transformés, limiter les protéines à < 0,8 g/kg/jour et le sel à < 2 g/jour

3. Contrôle tensionnel individualisé

< 140/90 mmHg, < 130/80 mmHg en cas de risque cardiovasculaire élevé ou d'albuminurie sévère (>300 mg/g). Les recommandations nord-américaines ciblent une tension artérielle < 120/80 mmHg.

Les bloqueurs du SRAA sont privilégiés.

4. Place des bloqueurs du SRAA et des iSGLT2

Les iSGLT2 ont un bénéfice cardioprotecteur et néphroprotecteur confirmé, également chez les patients non-diabétiques. Ils sont indiqués chez tous les patients avec IRC protéinurique. En l'absence de protéinurie, ils restent indiqués si le DFG est < 45 ml/min/1,73 m², sauf si le DFG est < 20 ml/min/1,73 m², par manque de données sur cette population.

La finirénone est à considérer pour les patients avec une néphropathie diabétique et une protéinurie avancée.

5. Pronostic cardiovasculaire et approche thérapeutique ciblée

Un traitement par statine ou bithérapie statine/ézétimibe est recommandé chez les patients de > 50 ans avec une DFG < 60 ml/min/1,73 m² pour la protection cardiovasculaire, avec pour objectif un LDL < 1,8 mmol/l.

6. Suivi du DFG après introduction d'un traitement impactant l'hémodynamique

7. Révision des ordonnances chez le patient polymédiqué et screening des interactions médicamenteuses

8. Adaptation des dosages des médicaments selon le DFG

9. Arrêt des traitements potentiellement néfastes lors d'une maladie aiguë et risque de déshydratation (AINS, metformine, bloqueurs SRAA, iSGLT2, diurétiques)

Sick Day Rules

10. Indications à adresser le patient au néphrologue (maladie rénale avancée, étiologie incertaine, progression rapide de la maladie)

Les patients devraient consulter le néphrologue lorsque le DFG est < 30 ml/min/1,73 m², que l'albuminurie est sévère (>300 mg/g) ou que le DFG est < 45 avec albuminurie modérée (30-300 mg/g).

Il est également recommandé de limiter les examens avec injection de produit de contraste iodé, ainsi que de proscrire les préparations coliques à base de phosphate. (CD)

Silvano A, Di Taranto P, Fiorentini S et al. Prise en charge de la maladie rénale chronique en médecine de premier recours. Rev Med Suisse 2024; 20: 1687-91. DOI: 10.53738/REVMED.2024.20.888.1687

Mots-clés : maladie rénale chronique, néphroprotection, recommandations KDIGO, insuffisance rénale chronique.