437 novembre 2026

RMG

LA REVUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

MG & Cardiologie 6
Les complications obstétricales influencent-elles le risque cardiovasculaire des patientes ?

MG & TFE 18
La souffrance existentielle chez la personne âgée

Petite Clinique 24
Un torticolis fébrile chez l'enfant…



Revue officielle de la SSMG

Nos **nouveaux e-learnings**

Saviez-vous que la SSMG propose un catalogue d'e-learnings ?

Ces formations en ligne sont accréditées et vous permettent de découvrir ou de vous mettre à jour dans un domaine sans sortir de chez vous !



Vaccination hivernales des adultes

Accrédité jusqu'au 6/10/2027 (1,5 CP)



Comment dépister les maladies rares pédiatriques ?

Accrédité jusqu'au 30/09/2029 (1 CP)



La fragilité chez la personne âgée à domicile

Accrédité jusqu'au 28/09/2029 (1 CP – E&E)



Impact de la consommation d'alcool en chirurgie bariatrique

Accrédité jusqu'au 22/09/2029 (1 CP)



Voyage au centre de l'hémato

Accrédité jusqu'au 11/08/2029 (1,5 CP)



Zoom sur les pathologies fréquentes en dermatologie pédiatrique

Accrédité jusqu'au 04/08/2029 (1,5 CP)



Docteur, j'ai du mal à avaler ! La dysphagie : de la plainte floue à la prise en charge concrète

Accrédité jusqu'au 04/08/2029 (1,5 CP)



Apnées obstructives du sommeil de l'adulte

Accrédité jusqu'au 31/12/2027 (1,5 CP)



Le tabac : une voie d'entrée vers la santé mentale

Accrédité jusqu'au 08/06/2029 (1 CP)



Déprescription des benzodiazépines et psychotropes

Accrédité jusqu'au 04/06/2029 (1,5 CP – E&E)

Fiches d'information **santé-environnement**

En 2025-2026, la cellule environnement vous propose de partager avec vos patient·es des fiches d'information issues de la campagne « 12 mois – 12 actions pour l'environnement » de la Revue Médicale Suisse.

Découvrez la fiche dédiée à la réduction de l'utilisation des écrans :

www.ssmg.be/wp-content/uploads/Cellules-spec/Environnement/Fiches%20RMS/RMS_ecrans.pdf



SSMG Société Royale

L'indignation fait partie du soin



Dre Constance AUDET
Médecin généraliste
audet.constance@gmail.com

Jeudi 8 octobre, fin de journée. Sur mon canapé, je regarde des vidéos des réseaux sociaux sur mon téléphone. En France, les rues brûlent et un adolescent de 14 ans perd une main sous les grenades de désencerclement. Au Brésil, les étudiant·es descendent dans la rue contre le candidat d'extrême droite, qualifié pour le second tour. Partout, des cortèges de jeunes chantent « Siamo tutti antifascisti ». Et à Bruxelles, un enseignant entame une grève de la faim pour que ses élèves continuent à manger chaud à midi.

« Ma place est dans mon cabinet, en face de mes patient·es, mais aujourd'hui, elle est aussi dans la rue, à leurs côtés »

J'ai des frissons. Et une fierté envers cette jeunesse, que chaque génération s'applique à traiter d'incapable à coups de « à mon époque… » et de « c'était mieux avant », et qui pourtant s'indigne et ose revendiquer ses droits.

Et nous ? Nous les soignons, ces jeunes. Nous les voyons, ces familles qui s'inquiètent du prix du gaz avant l'hiver. Nous les recevons, ces mères qui mangent moins pour s'assurer que leurs enfants, eux, mangent à leur faim. Moi aujourd'hui, j'ai surtout pesté contre mon comptable qui me réclame pour la troisième fois mes documents pour la déclaration d'impôts ou contre la lourdeur administrative inhérente à notre métier… Elle est confortable, la paresse du quotidien trop chargé qui donne une excellente raison de ne pas trop lever la tête. Pouvoir râler contre mon comptable plutôt que de devoir manifester pour mon droit à une éducation digne, c'est un privilège. Je me demande où elle est passée, mon indignation.

Notre métier ne se tient pas à l'écart du monde. Ces mères qui mangent moins, ce sont aussi celles qui reportent leur frottis « à plus tard », qui choisissent leur contraception selon son prix plutôt que selon ce qui leur convient, qui rationnent leurs protections menstruelles. La précarité ne se lit pas toujours sur un visage. Elle se lit dans ce qu'on ne fait pas, dans le rendez-vous qu'on annule, dans la boîte de pilules qu'on ne renouvelle pas.

Et c'est à nous qu'on demande de réparer. On nous demande l'arrêt de travail pour l'employée épuisée par un management qui la broie, l'anxiolytique pour la locataire qui ne dort plus depuis la lettre de son propriétaire, l'antidépresseur pour le père de famille qui voit les factures s'accumuler. Alors on prescrit, on certifie, on écoute, parce que la souffrance est réelle et qu'elle est là, devant nous au quotidien. Mais soyons lucides : nous soignons les conséquences de choix économiques, sociaux et politiques. Nous mettons des pansements sur des plaies que d'autres continuent d'ouvrir. Et le paradoxe est cruel : on nous demande de soigner toujours plus, toujours mieux, toujours plus vite, tout en nous refusant les moyens de le faire.

Les coupes budgétaires s'abattent sur l'école comme sur la santé. Au planning familial où je travaille, nos assemblées générales ne parlent plus uniquement de soins, mais aussi de subsides, d'appels à projets, de dossiers à rendre avant telle échéance. Nous passons des soirées entières à chercher comment survivre, car si rien ne change, nous fermerons d'ici trois ans. Trois ans. Et avec nous disparaîtra une première ligne essentielle, diminuant l'accessibilité aux IVG, les soins bienveillants aux personnes LGBTQIA+ ou encore l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle des écoles environnantes.

J'ai l'irrépressible sensation qu'en tant que médecin, ma place est dans mon cabinet, en face de mes patient·es, mais aujourd'hui, elle est aussi dans la rue, à leurs côtés. L'indignation peut prendre plusieurs formes et ne veut pas forcément dire manifester, cela peut aussi passer par le fait de nommer la précarité dans un dossier ou interpeller un·e élu·e ou les habitant·es du quartier sur les difficultés financières du planning familial de leur commune.

Une maître de stage m'a dit un jour « prendre le temps de bien tenir tes dossiers, ça fait aussi partie du soin ». Aujourd'hui, j'ajouterais : « prendre le temps de s'indigner, ça aussi, cela fait partie du soin ».

SOMMAIRE





ÉDITORIAL 3

L'indignation fait partie du soin

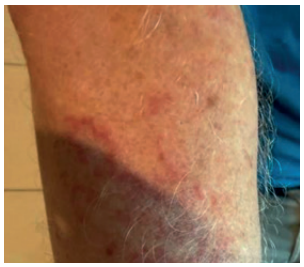
par la Dre Constance AUDET

MG & CARDIOLOGIE 6

Les complications obstétricales influencent-elles le risque cardiovasculaire des patientes ?

par la Dre Constance AUDET

Les femmes présentent des facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV) spécifiques liés à leur histoire reproductive et obstétricale, reconnus par les sociétés scientifiques internationales comme des « facteurs aggravants » (*risk-enhancing factors*). Dans le but d'évaluer de façon plus juste et précise le risque cardiovasculaire des femmes, l'objectif principal de cette revue de littérature sera d'identifier les facteurs de risque cardiovasculaire en lien avec la grossesse, d'évaluer leurs associations statistiques avec les maladies cardiovasculaires (MCV) ainsi que de répertorier les mécanismes physiopathologiques sous-jacents.



DIAGNOSTIC PAR L'IMAGE 15

Une éruption persistante

par le Dr Jimmy FONTAINE

M. John Doe, 63 ans, m'avait consulté en 2022 une première fois pour une éruption peu prurigineuse apparue sur les deux avant-bras.
Il n'avait aucun symptôme associé. Il avait appliqué une crème à base de cortisone peu puissante que son épouse avait mais il n'avait pas remarqué d'amélioration.

MG & TFE 18

La souffrance existentielle chez la personne âgée

par la Dre Alexia DELOBEL et le Dr Vincent MOMIN

« Je n'ai plus envie de vivre. » Et si ces mots traduisaient autre chose qu'une dépression ou une maladie ? La souffrance existentielle, fréquente chez les patient·es âgé·es, reste pourtant peu identifiée. Cet article propose des repères pour la comprendre et l'accompagner.

LIVRE LU 23

Incroyable microbiote !

par la Dre Camille DUBUS

PETITE CLINIQUE 24

Un torticolis fébrile chez l'enfant…

par les Dres Aurore GIRARD et Sonia BEN OMRANE

Je reçois en consultation, à la mi-février, un enfant de 5 ans qui présente un torticolis fébrile évoluant depuis 24 heures, dans un contexte d'infection ORL. La

LA REVUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE
437
novembre 2026

mère rapporte l'apparition de céphalées et une impossibilité soudaine de tourner la tête vers la gauche. L'enfant semble gêné, douloureux, et garde la tête en inclinaison avec une rotation fixée à droite.

LIVRE LU 27

Goupil ou Face

par le Dr Jimmy FONTAINE

FICHE SSMG - CELLULE ENVIRONNEMENT 28

Bien manger, ça veut dire quoi ?

REVUE DES REVUES 30

par les Dres Camille DUBUS et Caroline MICHOT

VIE DE LA SSMG

par Noé VAN SCHELVERGEM

GRANDE JOURNÉE ACTUALITÉS – 9/01/27 33

UN POINT SUR LES NOUVEAUTÉS

Le Dr Jean-Marie LEDOUX, Président de la Commission de Charleroi, nous présente le programme de cette Grande Journée consacrée aux actualités diagnostiques et thérapeutiques.

GRANDE JOURNÉE DE LIÈGE – 16/01/27 33

MIEUX PRESCRIRE ENSEMBLE

Nous avons rencontré le Dr Alberto PARADA, organisateur de la Grande Journée de Liège, pour évoquer cette édition qui réunira médecins généralistes et pharmacien·nes.

LA CARTE INTERACTIVE DU RÉSEAU ALCOOL 34

FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS

L'orientation des patient·es confronté·es à des difficultés liées à l'alcool peut parfois être compliquée, notamment lorsqu'il est difficile d'identifier un·e professionnel·le spécialisé·e à proximité. La carte interactive du Réseau alcool constitue un outil pour faciliter cette démarche. La Dre Bernadette SCOMAN nous explique son intérêt pour les médecins généralistes et leurs patient·es.

AGENDA 35

RÉPONSES AU PRÉTEST 35

Les complications obstétricales influencent-elles le risque cardiovasculaire des patientes ?

par la Dre Constance AUDET*

* Médecin généraliste
1180 Bruxelles
audet.constance@gmail.com

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

N.D.A. : cet article est un résumé du travail de fin d'études de master complémentaire en médecine générale défendu en juin 2025.

Les femmes présentent des facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV) spécifiques liés à leur histoire reproductive et obstétricale, reconnus par les sociétés scientifiques internationales comme des « facteurs aggravants » (*risk-enhancing factors*). Dans le but d'évaluer de façon plus juste et précise le risque cardiovasculaire des femmes, l'objectif principal de cette revue de littérature sera d'identifier les facteurs de risque cardiovasculaire en lien avec la grossesse, d'évaluer leurs associations statistiques avec les maladies cardiovasculaires (MCV) ainsi que de répertorier les mécanismes physiopathologiques sous-jacents.

Prétest	Vrai	Faux
1. La physiopathologie de l'infarctus du myocarde chez la femme étant différente de celle des hommes, les patientes peuvent présenter une symptomatologie « atypique » lors d'un infarctus : fatigue prolongée, palpitations ou nausées.	☐	☐
2. La prééclampsie et le diabète gestationnel sont aujourd'hui reconnus par l'ESC et l'AHA/ACC comme des facteurs de risque cardiovasculaire indépendants, au même titre que l'hypertension artérielle ou le tabagisme.	☐	☐
3. Il n'a pas été prouvé qu'inclure l'histoire obstétricale et reproductive des patientes dans le dépistage cardiovasculaire permet d'affiner la stratification du risque chez les femmes.	☐	☐

Réponses en page 35.

Introduction

L'infarctus du myocarde illustre bien les différences de présentation entre les sexes : chez la femme, il survient en moyenne 7 à 10 ans plus tard que chez l'homme, et près d'une femme sur deux ne présente pas la douleur thoracique

ABSTRACT

Women present specific cardiovascular risk factors, related to their reproductive and obstetric history. The aim of the scoping review conducted as part of this master's thesis in general medicine is to identify cardiovascular risk factors associated with pregnancy and to assess the value of integrating them into current risk scores to better stratify cardiovascular risk in women.

Keywords : cardiovascular risk factors, pregnancy complications, hypertensive disorders of pregnancy, gestational diabetes.

RÉSUMÉ

Les femmes présentent des facteurs de risque cardiovasculaire spécifiques, en lien avec leur histoire reproductive et obstétricale. L'objectif de la scoping review réalisée dans le cadre du TFE de master complémentaire en médecine générale est l'identification des facteurs de risque cardiovasculaire en lien avec la grossesse et évaluer l'intérêt de les intégrer dans les scores de risque actuels afin de mieux stratifier le risque cardiovasculaire des femmes.

Mots-clés : facteurs de risque cardiovasculaire, complications de grossesse, troubles hypertensifs de grossesse, diabète gestationnel.

typique, mais plutôt des nausées, une fatigue prolongée ou des palpitations, des symptômes qualifiés à tort d'atypiques[1,2]. Cette présentation, associée à une physiopathologie distincte (troubles de la microcirculation, spasmes coronariens plutôt qu'athérosclérose des gros troncs), peut entraîner des retards ou erreurs diagnostiques, une perte de chance d'accès aux traitements invasifs et aux statines en prévention secondaire[2-5]. Par conséquent, le risque de décès cardiovasculaire est deux fois plus élevé chez la femme que chez l'homme[4].

Les FRCV traditionnels (obésité, hypertension, tabagisme et diabète) péjorent également la santé cardiovasculaire des femmes de façon plus marquée que chez les hommes, et restent fréquemment sous-estimés par les professionnel·les de santé[6,7]. Les femmes elles-mêmes sont peu informées : dans une étude de Bairey Merz, seules 45 % savaient que les maladies cardiaques sont la première cause de décès chez les femmes aux États-Unis, et 71 % n'en avaient jamais ou rarement discuté avec leur médecin généraliste[8].

Un champ de recherche émergent souligne l'importance des facteurs de risque obstétricaux et reproductifs dans la stratification du risque cardiovasculaire féminin. En 2019, l'AHA/ACC (*American Heart Association/American College of Cardiology*) a intégré la ménopause et la prééclampsie comme facteurs aggravants dans ses recommandations de prévention primaire ; l'ESC (*European Society of Cardiology*) en a fait de même en 2021 avec la prééclampsie, l'hypertension gravidique, le syndrome des ovaires polykystiques (appelé syndrome métabolique ovarien polyendocrinien depuis mai 2026), le diabète gestationnel, l'accouchement prématuré et la mortinatalité[9,10]. Ces événements ne sont toutefois qualifiés que de « facteurs aggravants », faute de lien causal clairement établi.

Ces facteurs restent largement méconnus en médecine générale et les recommandations ne sont pas toujours appliquées. Selon une étude de Gogineni et al. (2021), 50 % des généralistes interrogé·es ignoraient le lien entre complications de grossesse et maladies cardiovasculaires, et 93 % ne questionnaient pas leurs patientes à ce sujet lors du dépistage des FRCV[11]. Bien que l'échantillon de cette étude soit limité, les résultats corroborent ceux d'autres recherches, comme celle de Brener et al. : seules 23,6 % des femmes sont interrogées sur un antécédent de prééclampsie lors de consultations avec des internistes en hôpital universitaire, contre 98,9 % sur le diabète et 100 % sur le tabac[12].

Cette revue de littérature vise à dresser un état des lieux des preuves actuelles reliant complications obstétricales, FRCV traditionnels et maladies cardiovasculaires, et à en dégager les implications pour la pratique en médecine générale.

Dans un souci d'inclusivité, ce travail est rédigé en écriture inclusive et aborde les femmes en tant que sexe biologique. Il est important cependant de reconnaître que le genre influence également le développement des maladies cardiovasculaires à travers des facteurs socio-culturels, bien que l'étude de ces derniers ne fasse pas partie du cadre de ce travail.

Méthodologie

Une scoping review a été réalisée entre janvier et février 2025 sur PubMed, les bases de données accessibles via la plateforme CDLH (CISMeF, Lissa, BMJ-EBM) et Google Scholar, à l'aide d'équations combinant les concepts de maladie cardiovasculaire, facteur de risque, spécificités du sexe féminin et grossesse (termes Mesh et texte libre).

La sélection a suivi un diagramme de flux PRISMA et a permis d'inclure 16 articles dans la revue de littérature. Les données ont été extraites dans une matrice de synthèse, en distinguant pour chaque complication obstétricale les associations statistiques [*odds ratio (OR), relative risk (RR) ou hazard ratio (HR)*] avec les maladies cardiovasculaires et les FRCV traditionnels, ainsi que les mécanismes physiopathologiques proposés lorsqu'ils étaient explicités. Seuls les résultats statistiquement significatifs ont été rapportés (cf. tableau 1, page suivante).

Résultats

Sept complications obstétricales ont été identifiées comme associées à une majoration du risque cardiovasculaire à long terme. Les données sur le risque cardiovasculaire ont été détaillées sous forme de tableau dans le travail original pour chaque complication de grossesse. Seules les conclusions sur le risque cardiovasculaire de chaque complication ont été reprises dans le présent article, le tableau 2 explicitant les mécanismes physiopathologiques proposés et indiquant les références des articles cités.

Les **troubles hypertensifs de la grossesse** (HTA gravidique, prééclampsie, éclampsie et syndrome HELLP[a]) sont les mieux étudiés et confèrent le risque le plus élevé. Les risques cardiovasculaires évoluent parallèlement au continuum de gravité du spectre des

a. HELLP = *Hemolysis, Elevated Liver enzymes, and Low Platelet count.*

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Articles en langue anglaise ou française	Publications non accessibles en texte intégral (articles payants)
Années de publication : entre 2020 et 2025	Articles publiés dans des revues présentant un facteur d'impact inférieur à 3
Études identifiant des facteurs obstétricaux associés à une augmentation du risque cardiovasculaire à long terme chez les femmes Remarque : les articles abordant à la fois les facteurs obstétricaux et reproductifs ont été retenus.	Études portant exclusivement sur la période post-partum immédiate ou sur la période préconceptionnelle
Types de publications admissibles : méta-analyses, recommandations, revues de la littérature, études rétrospectives, études de cohorte et études observationnelles.	Travaux traitant d'une pathologie unique associée à la grossesse, ou d'une maladie cardiovasculaire spécifique (ex. : exclusion des articles ne traitant que de la prééclampsie ou que de l'insuffisance cardiaque)
	Articles centrés sur les stratégies thérapeutiques de prévention primaire
	Les publications étudiant l'effet de l'intégration des facteurs obstétricaux et reproductifs dans les outils de stratification du risque ont été exclues de l'analyse principale après lecture complète, mais conservées pour enrichir la discussion.

Tableau 1. Critères d'inclusion et d'exclusion utilisés pour la revue de littérature.

troubles hypertensifs de la grossesse, avec une hypertension gravidique conférant un moindre risque que la prééclampsie, elle-même distinguée entre modérée et sévère. Un nombre élevé de grossesses compliquées majore le risque cardiovasculaire global. Les troubles hypertensifs de la grossesse confèrent tous un risque important de développer une hypertension artérielle chronique ultérieurement. Une femme présentant un antécédent de prééclampsie a un risque jusqu'à quatre fois plus important de développer une insuffisance cardiaque qu'une femme sans antécédents (RR entre 2 et 4.19), un risque jusqu'à deux fois et demie plus important de développer une cardiopathie ischémique (RR entre 2.06 et 2.5) et en moindre mesure un risque majoré d'AVC (RR 1.53-2.95 - résultats hétérogènes).

Le **diabète gestationnel** : les femmes ayant présenté un diabète gestationnel (DG) au cours de leur grossesse présentent entre 4 et 10 fois plus de risque de développer un diabète de type II, médiateur important du risque cardiovasculaire. Cependant, un antécédent de diabète gestationnel semble majorer le risque cardiovasculaire même en cas de retour à une normo-glycémie en post-partum, suggérant qu'un lien entre diabète gestationnel et maladie cardiovasculaire existe de façon indépendante de l'apparition d'un diabète de type II. Le diabète gestationnel confère aussi un risque plus élevé de survenue d'autres facteurs de risque classiques comme l'hypertension artérielle ou une dyslipidémie. On note une hétérogénéité dans le type de maladie cardiovasculaire étudiée, mais il semble se dessiner une association spécifique entre DG et cardiopathie ischémique (RR 2.09 – 2.8) et AVC (RR 1.25 – 2). Globalement, un DG semble fortement associé au risque de survenue d'événements cardiovasculaires.

L'**accouchement prématuré** augmente de façon significative la mortalité cardiovasculaire avec un risque relatif allant de 1.79 à 1.93 (jusqu'à 3.7 si l'accouchement prématuré est déclenché pour raisons médicales). Les femmes présentant un antécédent d'accouchement prématuré ont un risque 2.5 fois plus important de développer une cardiopathie ischémique et 1.5 fois plus important de développer un AVC. Les risques semblent se majorer avec le degré de prématurité mais également selon que l'accouchement survient spontanément ou est induit médicalement. À noter que le développement d'athérosclérose décrit comme favorisé par l'accouchement prématuré n'explique que 25 % de l'association avec les maladies cardiovasculaires, suggérant qu'il puisse s'agir d'un prédicteur indépendant de MCV.

Le **décollement placentaire** est fortement corrélé aux autres complications de grossesse ainsi qu'aux facteurs de risque cardiovasculaire traditionnels (indice de masse corporelle (IMC) élevé, hyperglycémie et dyslipidémie). De façon moins évidente que les trois complications de grossesse précédentes, le décollement placentaire semble tout de même associé à une majoration du risque cardiovasculaire global. Cette complication n'est cependant pas proposée comme un facteur de risque indépendant, probablement à cause de l'incertitude majeure autour des mécanismes physiopathologiques, témoignant d'un manque évident de compréhension du lien entre décollement placentaire et MCV.

Malgré le fait que la **fausse couche** et la maladie cardiovasculaire partagent des facteurs de risque communs (obésité, tabagisme…) ainsi que des voies physiopathologiques similaires, les fausses couches semblent indépendamment associées aux coronaropathies et infarctus du myocarde après ajustement pour les facteurs de risque classiques. Les données concernant le risque d'AVC sont inconsistantes et ne permettent pas de conclure à une majoration du risque en cas d'antécédent de fausse couche. Le risque cardiovasculaire global se majore parallèlement au nombre de fausses couches.

La **mortinatalité** est moins bien étudiée que les autres complications obstétricales et est souvent incluse avec les données sur les fausses couches. L'association avec les maladies cardiovasculaires est moins forte que pour les fausses couches mais la tendance reste similaire avec une majoration probable du risque cardiovasculaire au long terme.

La **parité**, bien qu'elle ne constitue pas une complication obstétricale, est prise en compte en raison de son association dose-dépendante avec les maladies cardiovasculaires. À nouveau, la force de l'association entre parité et maladies cardiovasculaires est moindre que pour les complications obstétricales, et semble majoritairement médiée par des facteurs de risque cardiovasculaires classiques comme l'hypertension, une élévation de l'IMC et un changement de profil lipidique et glucidique. La relation entre parité et MCV suit une courbe non linéaire (en J) suggérant un effet dose-dépendant. Le nadir du risque cardiovasculaire se situe à 1-2 accouchements de nouveau-nés viables. À l'inverse, la nulliparité ainsi que la grande multiparité (> 5 accouchements) sont associées à une augmentation plus importante du risque cardiovasculaire au long terme. Ce facteur «modifiable» doit pouvoir être exposé aux femmes à haut risque cardiovasculaire souhaitant planifier une grossesse future.
On peut noter que la parité pourrait ne pas constituer un FRCV exclusivement féminin. Certaines études ont en effet mis en évidence une association entre parité et risque cardiovasculaire chez les hommes, permettant de supposer l'implication des déterminants socio-économiques et culturels ainsi que des habitudes de vie communes[6,23]. Toutefois, cette association observée chez les hommes tend à s'atténuer significativement après ajustement pour l'obésité et d'autres facteurs de risque métaboliques (tableau 2).

Tableau 2. Association entre complications obstétricales et maladies cardiovasculaires : synthèse des risques et mécanismes proposés.

Complication obstétricale	Mécanisme(s) proposé(s)	Réf.
Troubles hypertensifs de la grossesse (HTA gravidique → pré-éclampsie, éclampsie, HELLP)	Dysfonction endothéliale, déséquilibre des facteurs angiogéniques, sénescence vasculaire accélérée, inflammation, suspicion de risque cardiométabolique génétique latent. Sont à 64 % médiés par les FRCV classiques.	13-23
Diabète gestationnel (Hyperglycémie de novo > 20 semaines d'âge gestationnel)	Phénotype cardio-métabolique particulier prédisposant au diabète gestationnel et aux maladies cardiovasculaires, inflammation chronique (IL-6, CRP) et épigénétique entraînant une athérosclérose précoce et une dysfonction endothéliale ; persiste malgré normoglycémie post-partum.	6, 13-15, 17, 19, 21, 23-25
Accouchement prématuré (Naissance 20-37e semaine de gestation, spontané ou induit)	Athérosclérose accélérée (n'explique que 25 % de l'association), inflammation, placentation anormale	13, 15-24
Décollement placentaire (Séparation prématurée du placenta de la paroi utérine)	Incertain ; fortement corrélé aux FRCV traditionnels, non retenu comme facteur indépendant.	14, 19-21
Fausse couche [Interruption naturelle et involontaire < 22 semaines d'aménorrhée (SA)]	Hypothèse d'une origine commune vasculaire, génétique et immunologique, dysfonction endothéliale, génotype pro-thrombotique (fausses couches récurrentes).	6, 13, 15, 18, 19, 21-23
Mortinatalité (Décès in utero ⩾ 28 SA, avant ou au cours de l'accouchement)	Dysfonction endothéliale, contribution significative de la prééclampsie, du retard de croissance intra-utérin, d'une HTA préexistante et du diabète.	6, 17, 19, 21
Parité (Nombre d'accouchements de nouveau-nés viables après 22 SA)	Médié par l'IMC, le tour de taille et la tension artérielle, profil lipidique/glucidique altéré, dérégulation des adipokines avec majoration de l'inflammation, profil hormonal plus androgénique en cas de multiparité.	6, 17, 21, 23, 26, 27

Résultats additionnels

D'autres facteurs de risque féminins hors grossesse ont été recensés sans faire l'objet d'une analyse détaillée : ménopause précoce (naturelle ou iatrogène), symptômes vasomoteurs sévères, syndrome métabolique ovarien polyendocrinien, insuffisance ovarienne, infertilité (dont endométriose), ménarche précoce (< 12 ans) ou tardive (> 15 ans), ainsi que certaines comorbidités à prévalence féminine (maladies auto-immunes, troubles anxio-dépressifs, syndrome de stress post-traumatique, mutations BRCA1/2, traitements du cancer du sein).
L'allaitement maternel prolongé (>2 ans) apparaît en revanche protecteur, avec une réduction de 23 % du risque ajusté d'événements coronariens dans la Nurses' Health Study, bénéfices persistant jusqu'à 15 ans après la dernière grossesse[13,14,20,25].

Discussion

Les complications de grossesse, prises comme un ensemble (*adverse pregnancy outcomes, APO*), majorent de 1,8 à 4 fois le risque de maladies cardiovasculaires ultérieures[15]. Ce surrisque est en grande partie médié par l'émergence post-partum de FRCV traditionnels (hypertension, diabète, dyslipidémie) mais ne s'explique pas entièrement par ceux-ci : jusqu'à 40 % de l'association entre prééclampsie et maladies cardiovasculaires reste inexpliquée après ajustement pour les FRCV classiques, et 15 % des cardiopathies ischémiques survenant chez les femmes de moins de 65 ans échappent également à cette explication[21,28].

Six complications obstétricales ou événements reproductifs (diabète gestationnel, accouchement prématuré, fausse couche, troubles hypertensifs de la grossesse, ménopause précoce et symptômes vasomoteurs sévères) conservent une association statistiquement significative après ajustement pour l'âge, l'IMC, le tabagisme et l'hypertension, ce qui suggère un effet propre sur la pathogénèse cardiovasculaire plutôt qu'un simple marqueur de risque confondu.

Sur le plan physiopathologique, une origine vasculaire et inflammatoire commune est l'hypothèse la plus souvent avancée : un dysfonctionnement vasculaire maternel compromettrait la placentation, entraînant une inflammation systémique prolongée (IL-6, TNF) susceptible d'affecter la fonction endothéliale, mécanisme central également dans le développement de l'athérosclérose et de l'hypertension[15,19,23,24].
L'ensemble des publications incluses dans cette étude appelle à une intensification de la recherche dans ce domaine afin d'en améliorer la compréhension.

Sur le plan clinique, la grossesse peut être envisagée comme une véritable « fenêtre » sur la santé cardiovasculaire future des femmes, les complications gravidiques pouvant être interprétées comme des événements sentinelles et constituer des marqueurs pronostiques précoces du risque cardiovasculaire futur. À terme, il est envisageable que la prise en compte des facteurs de risque reproductifs permette d'affiner l'évaluation de leur risque cardiovasculaire et justifie l'instauration plus précoce de traitements préventifs tels que les statines, l'aspirine ou la metformine. De plus, dans les situations où la stratification du risque clinique demeure incertaine, la réalisation d'un scanner coronaire sans injection de contraste pour déterminer le score calcique pourrait constituer un outil complémentaire pertinent, d'autant plus que ce score possède une valeur pronostique supérieure chez les femmes par rapport aux hommes[18].

Un frein majeur à la traduction clinique de ces données est l'absence quasi systématique de recueil des antécédents obstétricaux dans les grands essais randomisés de prévention primaire, ce qui empêche actuellement d'évaluer l'efficacité de l'aspirine, des statines ou de la metformine chez les femmes ayant présenté une complication de grossesse[22]. Par ailleurs, l'intégration des antécédents obstétricaux aux outils de stratification existants n'a pas démontré d'amélioration significative de leur pouvoir prédictif[29-31] ; ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que les scores de risque à 10 ans ciblent des femmes de 40 à 79 ans, âge auquel de nombreux FRCV traditionnels sont déjà présents, masquant la contribution potentielle d'antécédents reproductifs probablement plus informatifs chez les femmes plus jeunes, encore en âge de procréer[22].

Si les risques cardiovasculaires associés aux complications de la grossesse sont désormais mieux connus des obstétricien·nes, notamment dans le cadre du post-partum immédiat (« quatrième trimestre »), ces risques demeurent moins bien intégrés dans la pratique en médecine générale.
En pratique, ces « signaux d'alerte reproductifs » (*reproductive red flags*) devraient inciter le médecin généraliste à intensifier la surveillance des FRCV traditionnels et les mesures hygiéno-diététiques, sans attendre leur intégration officielle dans les scores de risque. Sur cette base, une fiche informative et un outil d'aide à l'anamnèse reproductive ont été élaborés à destination des médecins généralistes (annexe 1).

Nous ne pouvions conclure cette réflexion sans faire remarquer que, parmi les 16 articles inclus dans cette revue de la littérature consacrée à la santé des femmes, 14 ont été rédigés par des femmes comme première autrice (le sexe d'un·e auteur·ice n'a pas

Connaissez-vous le risque cardiovasculaire de vos patientes ?

Les femmes ayant présenté des complications pendant leur grossesse ont **1.8 à 4x** plus de risque de développer des maladies cardiovasculaires sur le long terme[1]

Diabète gestationnel[2]

2x plus de risque de cardiopathie ischémique
1.5 à 2x plus de risque d'AVC et de maladies cardiovasculaires

Accouchement prématuré[2]

2x plus de risque de maladies cardiovasculaires (MCV)*
2x plus de risque de cardiopathie ischémique

Fausse-couche[2]

1,5 à 2x plus de risque de MCV

Prééclampsie[2]

4x plus de risque d'insuffisance cardiaque
2x plus de risque d'AVC
2x plus de risque de MCV
2x plus de risque de cardiopathie ischémique

Complications de grossesse = ↑ FRCV et ↑ indépendante des MCV

Prise en charge en cas d'antécédent de complication gravidique:

- Informer les patientes de leur risque cardiovasculaire
- Renforcer les mesures hygiéno-diététiques avec soutien pluridisciplinaire
- Dépistage précoce et intensification du suivi avec contrôle strict des facteurs de risque cardiovasculaire classiques

* Maladies cardiovasculaires : cardiopathie ischémique, AVC, insuffisance cardiaque, artériopathie périphérique

Références : [1] Cho L, Davis M, Elgendy I, Epps K, Lindley KJ, Mehta PK, et al. Summary of Updated Recommendations for Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Women. Journal of the American College of Cardiology. mai 2020;75(20):2602-18
[2] Okoth K, Chandan JS, Marshall T, Thangaratinam S, Thomas GN, Nirantharakumar K, et al. Association between the reproductive health of young women and cardiovascular disease in later life: umbrella review. BMJ. 7 oct 2020;m3502.

Annexe 1. Fiche informative sur le risque cardiovasculaire des femmes ayant des antécédents de complications gravidiques et outil d'aide à la consultation (recto).

Outil d'aide à l'interrogatoire obstétrical et reproductif

Le risque cardiovasculaire des femmes est influencé par leur histoire reproductive et obstétricale. Chaque question répondue positivement dans cet interrogatoire majore le risque de vos patientes de développer une maladie cardiovasculaire à long terme et doit conduire à une intensification des mesures préventives.

Anamnèse médicale

Votre patiente présente-t-elle ou a t'elle présenté ...	Oui	Non
Dépression / anxiété / syndrome de stress post-traumatique ?		
Maladie auto-immune ? (LED, PAR, Sjogren...)		
Histoire de traitements pour cancer du sein / mutation BRCA 1/2 ?		

Anamnèse gynécologique

Âge à la ménarche : ..... Âge à la ménopause : .....

Votre patiente présente-t-elle ou a t'elle présenté ...	Oui	Non
Symptômes vasomoteur sévères ?		
Syndrome des ovaires polykystiques ?		
Endométriose ou infertilité ?		

Anamnèse obstétricale

Nombre de grossesses = _____

Votre patiente a-t'elle des antécédents de ...	Oui	Non	Nombre de grossesses
Troubles hypertensifs de la grossesse ? (HTA gravidique, prééclampsie, éclampsie, HELLP)			
Diabète gestationnel ?			
Accouchement prématuré ? (si oui, à quel âge gestationnel?)			
Fausse-couche ?			

Annexe 1. Fiche informative sur le risque cardiovasculaire des femmes ayant des antécédents de complications gravidiques et outil d'aide à la consultation (verso).

pu être déterminé dans un cas). Cette constatation souligne que les avancées dans ce domaine sont en partie liées à une représentation croissante des femmes dans la recherche scientifique. Elle met l'accent sur la nécessité de promouvoir activement l'accès des femmes aux carrières scientifiques et académiques pour accéder à une médecine véritablement inclusive.

Cette revue comporte plusieurs limites : une possible surreprésentation de certains résultats liée à l'inclusion de revues partageant des sources primaires communes, une sélection réalisée par une seule évaluatrice sans double lecture indépendante, l'absence de prise en compte du genre et des déterminants socio-économiques ou ethniques, ainsi qu'une hétérogénéité de certains termes selon les études. Ses forces résident dans une méthodologie transparente et un focus clinique orienté vers la pratique de première ligne, dans un domaine historiquement sous-exploré.

Conclusion

Ce travail a permis d'identifier un certain nombre de facteurs de risque cardiovasculaires en lien avec la grossesse et événements reproductifs de la vie des femmes. Bien que de nombreuses lacunes et questions de recherche persistent et que le bénéfice d'intégrer les facteurs de risque spécifiques au sexe dans la stratification du risque cardiovasculaire ne soit pas encore formellement établi, le niveau de preuves de ces associations semble déjà suffisant dans la littérature pour que les médecins généralistes intègrent d'ores et déjà les antécédents spécifiques aux femmes dans leurs interrogatoires cardiovasculaires. Identifier certains facteurs de risque obstétricaux et reproductifs permettrait d'affiner l'évaluation du risque cardiovasculaire des femmes, en parallèle aux scores de risque traditionnels, et donc d'offrir une prévention primaire plus adaptée et efficace. Conseiller et informer les femmes sur le risque cardiovasculaire en lien avec leur histoire reproductive est une façon efficace et peu coûteuse de susciter un changement de comportements et d'habitudes de vie.

Nous pouvons retenir que parmi les complications obstétricales, les troubles hypertensifs gravidiques et en particulier la prééclampsie, le diabète gestationnel et l'accouchement prématuré présentent une association, forte et indépendante, avec le développement de maladies cardiovasculaires à long terme. Lors des consultations de prévention primaire, il serait également pertinent de questionner les femmes sur l'âge de la ménopause ainsi que sur la sévérité des éventuels symptômes vasomoteurs, deux facteurs eux aussi indépendamment liés au risque cardiovasculaire.

Il me semble important, en tant que communauté scientifique et particulièrement en tant que professionnel·les de la santé, de nous interroger sur notre rôle dans la réduction des inégalités en santé. Les femmes méritent que nous intensifiions nos efforts afin de proposer des soins de qualité, en étant capables de reconnaître et de prendre en compte les spécificités liées au sexe, et ce à chaque niveau de la prise en charge.

Bibliographie

1. Wenger NK. Clinical characteristics of coronary heart disease in women : emphasis on gender differences. Cardiovascular Research. 15 févr 2002 ; 53 (3) : 558-67.
2. Clerc Liaudat C, Vaucher P, De Francesco T, Jaunin-Stalder N, Herzig L, Verdon F, et al. Sex/gender bias in the management of chest pain in ambulatory care. Womens Health (Lond Engl). janv 2018 ; 14 : 174550651880564.
3. GenCAD. Le sexe et le genre dans les maladies coronariennes. Union Européenne ; 2017.
4. Boiron MJ, Boutron MC, Vo Duy L. Coeur de femmes [Internet]. Fédération française de cardiologie. Disponible sur : www.fedecardio.org
5. Montarello N, Chan WP (Alicia). Coronary artery disease in women. Aust Prescr. déc 2022 ; 45 (6) : 193-9.
6. Rajendran A, Minhas AS, Kazzi B, Varma B, Choi E, Thakkar A, et al. Sex-specific differences in cardiovascular risk factors and implications for cardiovascular disease prevention in women. Atherosclerosis. 1 nov 2023 ; 384 : 117269.
7. Nguyen AH, Hurwitz M, Sullivan SA, Saad A, Kennedy JLW, Sharma G. Update on sex specific risk factors in cardiovascular disease. Front Cardiovasc Med. 6 févr 2024 ; 11 : 1352675.
8. Bairey Merz N. Knowledge, Attitudes, and Beliefs Regarding Cardiovascular Disease in Women. Journal of the American College of Cardiology. 2017 ; 70 (2) : 123-32.
9. Arnett D, Blumenthal R, Albert M, Buroker A, Goldberger Z, Hahn E, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease. ACC/AHA ; [cité 15 avr 2025]. Disponible sur : https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIR.0000000000000678
10. Visseren F, Mach F, Smulders Y, Carballo D, Koskinas K, Back M, et al. 2021 ESC guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. European Heart Journal. 2021 ; 42 : 3227-337.
11. Gogineni VSM, Manfrini D, Aroda SH, Zhang Y, Nelson DS, Egerman R, et al. Variations in Awareness of Association Between Adverse Pregnancy Outcomes and Cardiovascular Risk by Specialty. Cardiol Ther. Déc 2021 ; 10 (2) : 577-92.
12. Brener A, Lewnard I, Mackinnon J, Jones C, Lohr N, Konda S, et al. Missed opportunities to prevent cardiovascular disease in women with prior preeclampsia. BMC Women's Health. Déc 2020 ; 20 (1) : 217.
13. Agarwala A, Michos ED, Samad Z, Ballantyne CM, Virani SS. The Use of Sex-Specific Factors in the Assessment of Women's Cardiovascular Risk. Circulation. 18 févr 2020 ; 141 (7) : 592-9.

14. Grave M, Howse K, Pudwell J, Smith G. Indicateurs du risque cardiovasculaire liés à la grossesse. Canadian Family Physician. Déc 2019 ; 65 : 505-12.
15. Cho L, Davis M, Elgendy I, Epps K, Lindley KJ, Mehta PK, et al. Summary of Updated Recommendations for Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Women. Journal of the American College of Cardiology. Mai 2020 ; 75 (20) : 2602-18.
16. Elder P, Sharma G, Gulati M, Michos ED. Identification of female-specific risk enhancers throughout the lifespan of women to improve cardiovascular disease prevention. American Journal of Preventive Cardiology. 1 juin 2020 ; 2 : 100028.
17. Kaul P, Barrett O, Savu A, Liyanage V, Davidge ST, Cooke CLM. Association between adverse birth outcomes and long-term risk of premature cardiovascular disease and mortality in a contemporary population-based cohort of 502,383 pregnant women. American Heart Journal. 1 avr 2025 ; 282 : 13-20.
18. Maas AHEM, Rosano G, Cifkova R, Chieffo A, Van Dijken D, Hamoda H, et al. Cardiovascular health after menopause transition, pregnancy disorders, and other gynaecologic conditions : a consensus document. European Heart Journal. 7 mars 2021 ; 42 (10) : 967-84.
19. McNestry C, Killeen SL, Crowley RK, McAuliffe FM. Pregnancy complications and later life women's health. Acta Obstet Gynecol Scand. 17 févr 2023 ; 102 (5) : 523-31.
20. O'Kelly A, Michos E, Shufelt C. Pregnancy and Reproductive Risk Factors for Cardiovascular Disease in Women. 2022 [cité 2 mars 2025]. Disponible sur : https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/CIRCRESAHA.121.319895
21. Okoth K, Chandan JS, Marshall T, Thangaratinam S, Thomas GN, Nirantharakumar K, et al. Association between the reproductive health of young women and cardiovascular disease in later life : umbrella review. BMJ. 7 oct 2020 ; m3502.
22. Parikh NI, Gonzalez JM, Anderson CAM, Judd SE, Rexrode KM, Hlatky MA, et al. Adverse Pregnancy Outcomes and Cardiovascular Disease Risk : A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation. 4 mai 2021 ; 143 (18) : e902-16.
23. Quesada O, Scantlebury DC, Briller JE, Michos ED, Aggarwal NR. Markers of Cardiovascular Risk Associated with Pregnancy. Curr Cardiol Rep. févr 2023 ; 25 (2) : 77-87.
24. Khan SS, Cameron NA, Lindley KJ. Pregnancy as an Early Cardiovascular Moment : Peripartum Cardiovascular Health. Circulation Research. 9 juin 2023 ; 132 (12) : 1584-606.
25. Kim C, Catov J, Schreiner PJ, Appiah D, Wellons MF, Siscovick D, et al. Women's Reproductive Milestones and Cardiovascular Disease Risk : A Review from the CARDIA Study. J Am Heart Assoc. 27 févr 2023 ; 12 (5) : e028132.
26. Ardissino M, Slob E, Carter P. Sex-Specific Reproductive Factors Augment Cardiovascular Disease Risk in Women : A Mendelian Randomization Study [Internet]. 2023 [cité 2 mars 2025]. Disponible sur : https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/JAHA.122.027933
27. Chen T, Wu J, Pan Q, Dong M. The association of female reproductive factors with history of cardiovascular disease : a large cross-sectional study. BMC Public Health. 17 juin 2024 ; 24 (1) : 1616.
28. Reddy SM, Tsujimoto THM, Qaqish BF, Fine JP, Nicholson WK. Pregnancy-related factors may signal additional protection or risk of future cardiovascular diseases. BMC Womens Health. 17 déc 2022 ; 22 : 528
29. Timpka S, Fraser A, Schyman T, Stuart JJ, Åsvold BO, Mogren I, et al. The value of pregnancy complication history for 10-year cardiovascular disease risk prediction in middle-aged women. Eur J Epidemiol. oct 2018 ; 33 (10) : 1003-10.
30. Markovitz AR, Stuart JJ, Horn J, Williams PL, Rimm EB, Missmer SA, et al. Does pregnancy complication history improve cardiovascular disease risk prediction ? Findings from the HUNT study in Norway. European Heart Journal. 7 avr 2019 ; 40 (14) : 1113-20.
31. Fraser A, Markovitz AR, Haug EB, Horn J, Romundstad PR, Dalen H, et al. Ten-Year Cardiovascular Disease Risk Trajectories by Obstetric History : A Longitudinal Study in the Norwegian HUNT Study. J Am Heart Assoc. 11 janv 2022 ; 11 (2) : e021733.

EN PRATIQUE, NOUS RETIENDRONS

1. Les troubles hypertensifs de la grossesse (en particulier la prééclampsie), le diabète gestationnel et l'accouchement prématuré présentent l'association la plus forte et la plus indépendante avec le risque cardiovasculaire à long terme.
2. Ces antécédents pourraient être systématiquement recherchés en consultation de prévention primaire, au même titre que les FRCV traditionnels, même en l'absence d'intégration formelle dans les scores de risque actuels.
3. L'âge de la ménopause et la sévérité des symptômes vasomoteurs méritent également d'être questionnés : ils sont indépendamment associés au risque cardiovasculaire.
4. Le·la médecin généraliste occupe une position centrale pour faire le lien entre l'histoire obstétricale et reproductive des patientes et leur suivi cardiovasculaire à long terme.

La Rédaction

motilium®

Produit	PPI
Motilium® 30 comprimés orodispersibles instantanés	12,94 €

Depuis des années, une **valeur sûre** contre la **nausée** et les **vomissements**



Une forme Instant développée grâce à une technologie de lyophilisation brevetée

- Comprimé = sirop lyophilisé
- Fond rapidement en bouche, sans eau
- Ne laisse aucun résidu en bouche
- Convient en cas de difficultés à avaler

MOTILIUM INSTANT 10 mg, comprimés orodispersibles

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE Un comprimé orodispersible contient 10 mg de dompéridone. Excipients à effet notoire :Chaque comprimé orodispersible contient 0,75 mg aspartame.Pour la liste complète des excipients, voir la rubrique 6.1.FORME PHARMACEUTIQUE Comprimés lyophilisés, circulaires, de couleur blanche à blanc cassé. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES Motilium est indiqué pour le soulagement des symptômes de type nausées et vomissements. POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION Motilium doit être utilisé à la dose minimale efficace pour la durée la plus courte nécessaire pour contrôler les nausées et les vomissements. Il est recommandé de prendre les formes orales de Motilium avant les repas. Si le médicament est pris après les repas, son absorption est quelque peu retardée. Les patients doivent s'efforcer de prendre chaque dose à l'heure prévue. Si une dose prévue est oubliée, cette dose ne doit pas être prise et le schéma d'administration habituel doit être poursuivi. La dose ne doit pas être doublée pour compenser une dose omise. Habituellement, la durée maximale du traitement ne doit pas dépasser une semaine. Adultes et adolescents (à partir de 12 ans pesant 35 kg ou plus) Un comprimé de 10 mg, jusqu'à 3 fois par jour, la dose quotidienne maximale étant de 30 mg. Le comprimé orodispersible se dissout rapidement dans la bouche avec l'aide de la salive et il peut être pris avec ou sans eau. Lorsqu'il est pris sans eau, le comprimé doit être placé sur la langue et dissous dans la bouche avant d'avaler. Il est possible de boire un verre d'eau juste après. Insuffisance hépatique Motilium est contre-indiqué en cas d'insuffisance hépatique modérée ou sévère (voir rubrique 4.3). Une modification de la dose n'est cependant pas nécessaire en cas d'insuffisance hépatique légère (voir rubrique 5.2).Insuffisance rénale Étant donné que la demi-vie d'élimination de la dompéridone est allongée en cas d'insuffisance rénale sévère (serum creatinine > 6 mg/100 mL, i.e. > 0.6 mmol/L), en cas d'administrations répétées, la fréquence d'administration de MOTILIUM doit être réduite à une ou deux prises par jour en fonction du degré de sévérité de l'insuffisance rénale. Une diminution de la dose peut s'avérer nécessaire. Les patients atteints d'une insuffisance rénale sévère doivent être examinés régulièrement (voir rubrique 5.2). Population pédiatrique L'efficacité de Motilium chez les enfants de moins de 12 ans n'a pas été prouvée (voir rubrique 5.1). L'efficacité de Motilium chez les adolescents âgés de 12 ans et plus et d'un poids corporel inférieur à 35 kg n'a pas été prouvée.CONTRE-INDICATIONS Motilium est contre-indiquée dans les situations suivantes :Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1 ; Tumeur hypophysaire à prolactine (prolactinome) ; Lorsque la stimulation de la motricité gastrique peut s'avérer nocive, par ex. chez les patients présentant une hémorragie gastro-intestinale, une obstruction mécanique ou une perforation digestive ; chez les patients atteints d'une insuffisance hépatique modérée ou sévère. (voir rubrique 5.2) ; chez les patients ayant un allongement connu des intervalles de conduction cardiaque, notamment l'intervalle QTc, les patients présentant des troubles électrolytiques importants ou des maladies cardiaques sous-jacentes telles que l'insuffisance cardiaque congestive (voir rubrique 4.4) ; administration concomitante avec les médicaments qui allongent l'intervalle QTc, à l'exception de l'apomorphine (voir les rubriques 4.4 et 4.5) ; administration concomitant avec les inhibiteurs puissants du CYP3A4 (quels que soient leurs effets d'allongement de l'intervalle QT) (voir rubrique 4.5).phéochromocytome confirmé ou suspecté en raison du risque d'épisodes d'hypertension sévères. EFFETS INDÉSIRABLES La sécurité de la dompéridone a été évaluée au cours d'essais cliniques et lors de l'expérience après commercialisation. Les essais cliniques (31 études en double-aveugle, controlées versus placebo) ont inclus 1.275 patients présentant une dyspepsie, un reflux gastro-œsophagien (RGO), un syndrome du côlon irritable (SCI), des nausées et des vomissements ou d'autres pathologies similaires. Tous les patients étaient âgés d'au moins 15 ans et ont reçu au moins une dose de Motilium (dompéridone base). La dose médiane quotidienne totale était de 30 mg (intervalle de 10 à 80 mg), et la durée médiane d'exposition était de 28 jours (intervalle de 1 à 28 jours). Les études portant sur la gastroparésie diabétique ou les symptômes secondaires à la chimiothérapie ou le parkinsonisme ont été exclues. La terminologie et les fréquences suivantes sont appliquées : très fréquent (≥1/10), fréquent (≥1/100 à <1/10), peu fréquent (≥1/1000 à <1/100), rare (≥1/10 000 à <1/1000) et très rare (<1/10 000). Lorsque la fréquence ne peut être estimée sur la base des essais cliniques, elle est notée comme étant « non connue ».

Classe système-organe	Réaction indésirable / Fréquence		
	Fréquent	Peu fréquent	Fréquence indéterminée
Affections du système immunitaire			
			Réaction anaphylactique (y compris le choc anaphylactique)
Affections psychiatriques			
		Perte de la libido, Anxiété, Agitation, Nervosité	
Affections du système nerveux			
		Sensation vertigineuse, Somnolence, Céphalées, Troubles extrapyramidaux	Convulsions, Syndrome des jambes sans repos*
Affections oculaires			
			Crise oculogyre
Affections cardiaques			
			Arythmies ventriculaires (grave)**, Prolongation de l'intervalle QTC, Torsades de pointes, Mort subite d'origine cardiaque (voir rubrique 4.4) **
Affections gastro-intestinales			
	Bouche sèche	Diarrhées	
Affections de la peau et des tissus sous-cutanés			
		Éruption cutanée, Prurit, Urticaire	Angio-œdème
Affections du rein et des voies urinaires			
			Rétention urinaire
Affections des organes de reproduction et du sein			
		Galactorrhée, Douleur mammaire, Hypersensibilité mammaire	Gynécomastie, Aménorrhée
Troubles généraux et anomalies au site d'administration			
		Asthénie	
Investigations			
			Anomalies des tests de la fonction hépatique, Augmentation de la prolactinémie

*exacerbation du syndrome des jambes sans repos chez les patients atteints de maladie de Parkinson
** sur la base de données épidémiologiques

Dans 45 études cliniques où la dompéridone a été utilisée à des doses plus élevées, pendant une plus longue durée et pour d'autres symptômes, comme la gastroparésie diabétique, la fréquence des effets indésirables (à l'exception de la bouche sèche) était considérablement plus élevée. Cette fréquence accrue était surtout manifeste pour les événements pharmacologiquement prévisibles liés à l'augmentation de la prolactine. En plus des réactions mentionnées ci-dessus, les symptômes suivants ont également été notés : acathésie, écoulement mammaire, augmentation du volume mammaire, gonflement des seins, dépression, hypersensibilité, troubles de la lactation, et menstruations irrégulières. 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 www.afmps.be Division Vigilance: Site internet: www.notifieruneffetindesirable.be e-mail: adr@fagg-afmps.be Luxembourg : Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy ou Division de la pharmacie et des médicaments de la Direction de la santé. Site internet : www.guichet.lu/pharmacovigilance MODE DE DÉLIVRANCE Médicament soumis à prescription médicale. TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ Kenvue Belgium NV Michel De Braeystraat 52 2000 Antwerpen NUMÉRO(S) DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ Belgique BE274827 Luxembourg Numéro d'autorisation de mise sur le marché : 2005059999 Numéro national 10 comprimés orodispersible : 0767347 Numéro national 20 comprimés orodispersible : 0482266 Numéro national 30 comprimés orodispersible : 0482283 DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE 09/2026 Date d'approbation du texte :09/2026 V19.0_b18.0 Toute information complémentaire peut être obtenue sur demande. BE-MTL-2026-383391

Une éruption persistante

par le Dr Jimmy FONTAINE*

* Médecin généraliste
1480 Tubize
jimmy.fontaine@ssmg.be

M. John Doe, 63 ans, m'avait consulté en 2022 une première fois pour une éruption peu prurigineuse apparue sur les deux avant-bras. Il n'avait aucun symptôme associé. Il avait appliqué une crème à base de cortisone peu puissante que son épouse avait mais il n'avait pas remarqué d'amélioration.

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

Cette éruption était présente depuis 2 mois. Elle ne s'intensifiait pas et ne régressait pas non plus. Son état général restait bon sans autre symptôme associé. Il n'avait pas été enrhumé et n'avait rien consommé d'inhabituel. Il n'avait appliqué aucun produit particulier avant que l'éruption n'apparaisse. Il n'avait fait aucun voyage en dehors de la Belgique et il n'avait pas eu de relation sexuelle non protégée. Il ne prenait aucun médicament et ne présentait aucun antécédent important à signaler.

À l'examen clinique, les paramètres étaient normaux ; l'auscultation cardio-pulmonaire était sans particularité ; l'abdomen était souple, dépressible et indolore sans organomégalie ; il n'y avait pas d'œdème des membres inférieurs ; je ne palpais aucune adénopathie.

L'éruption était constituée de papules rosées bien délimitées.

J'avais adressé le patient à une dermatologue qui avait rassuré le patient et avait conclu à un lichen plan. Elle avait prescrit une préparation magistrale à base de clobétasone et avait demandé à revoir le patient s'il n'y avait pas d'amélioration d'ici deux mois.

En 2026, le patient que je n'ai pas revu depuis la dernière consultation en 2022 s'inquiète car l'éruption n'a jamais totalement disparu ! Il a bien eu l'impression qu'elle régressait avec l'application de crème à base de cortisone mais elle réapparaissait toujours et elle lui semble même plus importante.





Quelle est votre hypothèse diagnostique ?
Quelle prise en charge proposez-vous ?

ABSTRACT

Case report of a 63-year-old patient presenting with a rash initially consisting of pink papules that evolved over several years into annular lesions with a whitish center.

Keywords : rash, discoid lupus erythematosus, porokeratosis, granuloma annulare, annular elastolytic giant cell granuloma.

RÉSUMÉ

Histoire clinique d'un patient de 63 ans qui présente une éruption d'abord constituée de papules rosées évoluant depuis plusieurs années et évoluant en lésions annulaires avec un centre blanchâtre.

Mots-clés : éruption, lupus discoïde, porokératose, granulome annulaire, granulome élastolytique à cellules géantes annulaire.

Réponse

Les lésions ont évolué et sont annulaires avec des bordures érythémateuses peu squameuses et un centre blanchâtre nacré voire scléreux par endroits sur les avant-bras, poignets, dos des mains et un peu sur les bras.

Plusieurs diagnostics peuvent être évoqués. Voici une liste non exhaustive :

- lupus discoïde : maladie inflammatoire auto-immune de la peau qui peut entraîner une atrophie et une cicatrice. Les lésions commencent par des plaques érythémateuses bien délimitées et deviennent progressivement plus épaisses et squameuses pour laisser apparaître par la suite une atrophie centrale, une dépigmentation ou hyperpigmentation, puis une cicatrice. Le visage, les oreilles, le cuir chevelu constituent les localisations préférentielles ;
- érythème annulaire centrifuge : l'étiologie n'est pas bien déterminée, mais cette lésion semble correspondre à une réaction de la peau suite à une infection, une maladie inflammatoire, un médicament, etc. Il se présente par des lésions qui s'étendent progressivement vers la périphérie donnant un aspect annulaire avec un éclaircissement central ;
- lichen plan annulaire : variante morphologique du lichen plan cutané, il se présente par des papules polygonales violacées ;
- urticaire : papule ou plaque urticarienne qui peut être annulaire, polycyclique avec un centre pâle. Mais les lésions urticariennes disparaissent et changent de forme avec de nouvelles lésions qui apparaissent ailleurs. Un prurit est souvent associé ;
- granulome annulaire : il s'agit d'une dermatose inflammatoire bénigne. Elle donne des papules fermes disposées en anneau avec une surface lisse et peu squameuses. Le dos des mains constitue une localisation préférentielle ;
- porokératose superficielle disséminée actinique (DSAP) : il s'agit d'un trouble de la kératinisation de l'épiderme. Les lésions sont multiples, annulaires ou polycycliques, avec une fine bordure cornée surélevée avec un centre souvent pâle, lisse et aminci ;
- lichen scléreux extragénital : variante du lichen scléreux qui atteint la peau au lieu des parties génitales. C'est une maladie inflammatoire chronique qui provoque progressivement une atrophie et une sclérose de la peau. Cette entité se présente par des papules blanc-opalescentes qui confluent en plaques avec une peau progressivement atrophique ;
- sclérodermie localisée (morphée) : cette entité est une maladie inflammatoire et fibrosante de la peau. L'inflammation entraîne progressivement une augmentation du collagène et une sclérose de la peau qui devient dure et épaisse. Elle évolue par plusieurs phases. Une première phase inflammatoire durant laquelle la plaque ou la macule est rosée, voire violacée, puis une phase scléreuse où la peau devient blanche, brillante, épaissie et dure. Le lilac ring (liseré violacé autour de la zone blanche) constitue un signe évocateur de la pathologie. Vient ensuite une phase tardive avec une atrophie cutanée ;
- sarcoïdose cutanée annulaire : il s'agit d'une forme morphologique rare de sarcoïdose cutanée. Au lieu d'avoir des papules ou plaques, on retrouve plutôt des lésions en anneau. Les lésions sont infiltrées, rouge-brun, parfois violacées ou couleur peau, avec un centre souvent plus clair, et peu de squames ;
- mycosis fongoïde à présentation annulaire. Le mycosis fongoïde est le lymphome T cutané primitif le plus fréquent. Dans la forme classique, les macules sont légèrement érythémateuses pour évoluer en plaques infiltrées plus épaisses et violacées (évolution lente). Dans la forme annulaire, la lésion a une bordure érythémateuse infiltrée avec un centre plus clair ;
- tinea corporis : il s'agit d'une infection cutanée causée par des dermatophytes. Les lésions se présentent par des macules ou plaques rosées qui s'étendent vers la périphérie. La bordure devient plus érythémateuse, surélevée et squameuse et le centre devient plus clair. Le prurit est fréquent.

Le patient est référé à nouveau chez une dermatologue qui réalise une biopsie qui révèle un granulome élastolytique à cellules géantes annulaire (AEGCG : Annular elastolytic giant cell granuloma), encore appelé granulome actinique d'O'Brien. Les facteur favorisants sont l'exposition solaire chronique ou photovieillissement, l'âge avancé, le phototype clair et le diabète sucré. La dyslipidémie, les maladies auto-immunes et thyroïdiennes constituent des associations plus rarement décrites. Le diagnostic repose sur les éléments histologiques suivants : un infiltrat granulomateux avec des histiocytes et des cellules géantes multinucléées, une

élastolyse (destruction des fibres élastiques) et une élastophagocytose (les cellules géantes phagocytent les fibres élastiques altérées). Il s'agit donc d'une maladie inflammatoire granulomateuse bénigne. Les lésions commencent par des petites papules rosées, puis s'agrandissent lentement pour devenir des plaques annulaires avec une bordure surélevée érythémateuse et centre hypopigmenté, voire atrophique. Cette éruption bénigne est chronique et peut persister des années. Ce sont plus souvent les zones photo-exposées qui sont concernées. Ce diagnostic est classé par certains auteurs comme une variante du granulome annulaire car cliniquement, les deux formes sont quasi-indiscernables (histologiquement, le granulome annulaire présente une nécrobiose du collagène et de la mucine).

La réponse aux dermocorticoïdes peut être partielle, et une rémission spontanée est souvent observée. Il n'existe aucune recommandation internationale consensuelle quant à la prise en charge. Une photoprotection est recommandée quand les lésions siègent sur des zones photo-exposées.

Bibliographie

1. Mistry AM, Patel R, Mistry M, Menon V. Annular elastolytic giant cell granuloma. Cureus. 2020 ; 12 (11) : e11456. doi : 10.7759/cureus.11456.
2. Trayes KP, Savage K, Studdiford JS. Annular Lesions : Diagnosis and Treatment. *Am Fam Physician*. 2018 ; 98 (5) : 283-291.
3. Hsu S, Le EH, Khoshevis MR. Differential diagnosis of annular lesions. *Am Fam Physician*. 2001 ; 64 (2) : 289-297.

mounjaro®▼

tirzépatide une injection par semaine

LE SEUL DOUBLE AGONISTE DES RÉCEPTEURS DU GIP ET GLP-1 APPROUVÉ POUR[1] :



DIABÈTE DE TYPE 2*

Réduction supérieure de l'HbA_{1c} versus sémaglutide 1 mg[1,2]

REMBOURSÉ DANS LE DT2

OBÉSITÉ OU SURPOIDS*

Réduction du poids moyenne de -23,6 kg (-22,5%)[1,3]

* Mounjaro est indiqué chez les adultes, les adolescents et les enfants âgés de 10 ans et plus pour le traitement du diabète de type 2 insuffisamment contrôlé en complément d'un régime alimentaire et d'une activité physique :
- en monothérapie, quand l'utilisation de la metformine est considérée comme inappropriée en raison d'une intolérance ou de contre-indications
- en association avec d'autres médicaments destinés au traitement du diabète.

Mounjaro est indiqué en complément d'un régime hypocalorique et d'une augmentation de l'activité physique dans le contrôle du poids, notamment pour la perte de poids et le maintien du poids, chez des adultes avec un indice de masse corporelle (IMC) initial :
- ≥ 30 kg/m² (obésité) ou
- ≥ 27 kg/m² jusqu'à < 30 kg/m² (surpoids) en présence d'au moins un facteur de comorbidité lié au poids (par exemple, une hypertension artérielle, une dyslipidémie, un syndrome d'apnées obstructives du sommeil, une maladie cardiovasculaire, un prédiabète ou un diabète de type 2).

DT2 = diabète de type 2

1. RCP Mounjaro accessible via: https://www.fagg-afmps.be ; **2.** Frías JP et al, N Engl J Med. 2021;385(6):503-515 ; **3.** Jastreboff AM et al, N Engl J Med. 2022;387(3):205-216.

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité.
Les professionnels de la santé déclarent tout effet indésirable suspecté.

E.R.: Eli Lilly Benelux, Rue du Marquis 1/4B 1000 Bruxelles | © 2026 - CMAT-22586 - Septembre 2026

Ce matériel est destiné aux personnes légalement autorisées à prescrire ou à délivrer des médicaments. Médicament soumis à prescription médicale.

Lilly
A MEDICINE COMPANY

INFORMATIONS ESSENTIELLES DU RCP ▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Les professionnels de la santé déclarent tout effet indésirable suspecté. Voir rubrique 4.8 pour les modalités de déclaration des effets indésirables. **1. DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT** Mounjaro 2,5 mg solution injectable en stylo prérempli Mounjaro 5 mg solution injectable en stylo prérempli Mounjaro 7,5 mg solution injectable en stylo prérempli Mounjaro 10 mg solution injectable en stylo prérempli Mounjaro 12,5 mg solution injectable en stylo prérempli Mounjaro 15 mg solution injectable en stylo prérempli Mounjaro 2,5 mg solution injectable en flacon Mounjaro 5 mg solution injectable en flacon Mounjaro 7,5 mg solution injectable en flacon Mounjaro 10 mg solution injectable en flacon Mounjaro 12,5 mg solution injectable en flacon Mounjaro 15 mg solution injectable en flacon Mounjaro 2,5 mg/dose KwikPen solution injectable en stylo prérempli Mounjaro 5 mg/dose KwikPen solution injectable en stylo prérempli Mounjaro 7,5 mg/dose KwikPen solution injectable en stylo prérempli Mounjaro 10 mg/dose KwikPen solution injectable en stylo prérempli Mounjaro 12,5 mg/dose KwikPen solution injectable en stylo prérempli Mounjaro 15 mg/dose KwikPen solution injectable en stylo prérempli **2. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** Stylo pré-rempli, unidose *Mounjaro 2,5 mg solution injectable en stylo prérempli* Chaque stylo prérempli contient 2,5 mg de tirzépatide dans 0,5 mL de solution (5 mg/mL). *Mounjaro 5 mg solution injectable en stylo prérempli* Chaque stylo prérempli contient 5 mg de tirzépatide dans 0,5 mL de solution (10 mg/mL). *Mounjaro 7,5 mg solution injectable en stylo prérempli* Chaque stylo prérempli contient 7,5 mg de tirzépatide dans 0,5 mL de solution (15 mg/mL). *Mounjaro 10 mg solution injectable en stylo prérempli* Chaque stylo prérempli contient 10 mg de tirzépatide dans 0,5 mL de solution (20 mg/mL). *Mounjaro 12,5 mg solution injectable en stylo prérempli* Chaque stylo prérempli contient 12,5 mg de tirzépatide dans 0,5 mL de solution (25 mg/mL). *Mounjaro 15 mg solution injectable en stylo prérempli* Chaque stylo prérempli contient 15 mg de tirzépatide dans 0,5 mL de solution (30 mg/mL). Flacon, unidose *Mounjaro 2,5 mg solution injectable en flacon* Chaque flacon contient 2,5 mg de tirzépatide dans 0,5 mL de solution (5 mg/mL). *Mounjaro 5 mg solution injectable en flacon* Chaque flacon contient 5 mg de tirzépatide dans 0,5 mL de solution (10 mg/mL). *Mounjaro 7,5 mg solution injectable en flacon* Chaque flacon contient 7,5 mg de tirzépatide dans 0,5 mL de solution (15 mg/mL). *Mounjaro 10 mg solution injectable en flacon* Chaque flacon contient 10 mg de tirzépatide dans 0,5 mL de solution (20 mg mL). *Mounjaro 12,5 mg solution injectable en flacon* Chaque flacon contient 12,5 mg de tirzépatide dans 0,5 mL de solution (25 mg/mL). *Mounjaro 15 mg solution injectable en flacon* Chaque flacon contient 15 mg de tirzépatide dans 0,5 mL de solution (30 mg/mL). Stylo pré-rempli (KwikPen), multidose *Mounjaro 2,5 mg/dose KwikPen solution injectable en stylo prérempli* Chaque dose contient 2,5 mg de tirzépatide dans 0,6 mL de solution. Chaque stylo prérempli multidose contient 10 mg de tirzépatide dans 2,4 mL (4,17 mg/mL). Chaque stylo délivre 4 doses de 2,5 mg. *Mounjaro 5 mg/dose KwikPen solution injectable en stylo prérempli* Chaque dose contient 5 mg de tirzépatide dans 0,6 mL de solution. Chaque stylo prérempli multidose contient 20 mg de tirzépatide dans 2,4 mL (8,33 mg/mL). Chaque stylo délivre 4 doses de 5 mg. *Mounjaro 7,5 mg/dose KwikPen solution injectable en stylo prérempli* Chaque dose contient 7,5 mg de tirzépatide dans 0,6 mL de solution. Chaque stylo prérempli multidose contient 30 mg de tirzépatide dans 2,4 mL (12,5 mg/mL). Chaque stylo délivre 4 doses de 7,5 mg. *Mounjaro 10 mg/dose KwikPen solution injectable en stylo prérempli* Chaque dose contient 10 mg de tirzépatide dans 0,6 mL de solution. Chaque stylo prérempli multidose contient 40 mg de tirzépatide dans 2,4 mL (16,7 mg/mL). Chaque stylo délivre 4 doses de 10 mg. *Mounjaro 12,5 mg/dose KwikPen solution injectable en stylo prérempli* Chaque dose contient 12,5 mg de tirzépatide dans 0,6 mL de solution. Chaque stylo prérempli multidose contient 50 mg de tirzépatide dans 2,4 mL (20,8 mg/mL). Chaque stylo délivre 4 doses de 12,5 mg. *Mounjaro 15 mg/dose KwikPen solution injectable en stylo prérempli* Chaque dose contient 15 mg de tirzépatide dans 0,6 mL de solution. Chaque stylo prérempli multidose contient 60 mg de tirzépatide dans 2,4 mL (25 mg/mL). Chaque stylo délivre 4 doses de 15 mg. Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1. **3. FORME PHARMACEUTIQUE** Solution injectable (injection). Solution limpide, incolore à légèrement jaune. **4. INFORMATIONS CLINIQUES 4.1 Indications thérapeutiques** Diabète de type 2 Mounjaro est indiqué chez les adultes, les adolescents et les enfants âgés de 10 ans et plus pour le traitement du diabète de type 2 insuffisamment contrôlé en complément d'un régime alimentaire et d'une activité physique : en monothérapie, quand l'utilisation de la metformine est considérée comme inappropriée en raison d'une intolérance ou de contre-indications. en association avec d'autres médicaments destinés au traitement du diabète. Pour les résultats des études concernant : les associations, les effets sur le contrôle glycémique, les populations étudiées et les évènements cardiovasculaires, voir les rubriques 4.4, 4.5 et 5.1. Contrôle du poids Mounjaro est indiqué en complément d'un régime hypocalorique et d'une augmentation de l'activité physique dans le contrôle du poids, notamment pour la perte de poids et le maintien du poids, chez des adultes avec un indice de masse corporelle (IMC) initial : ≥ 30 kg/m² (obésité) ou ≥ 27 kg/m² et < 30 kg/m² (surpoids) en présence d'au moins un facteur de comorbidité lié au poids (par exemple, une hypertension artérielle, une dyslipidémie, un syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil, une maladie cardiovasculaire, un prédiabète ou un diabète de type 2). Pour les résultats des essais concernant le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) et l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée (ICFEp), voir la rubrique 5.1. **4.2 Posologie et mode d'administration** Posologie La dose initiale de tirzépatide est de 2,5 mg une fois par semaine. Après 4 semaines, la dose doit être augmentée à 5 mg une fois par semaine. Si nécessaire, des augmentations de dose peuvent être effectuées par paliers de 2,5 mg après un minimum de 4 semaines à la dose en cours. *Adultes* Les doses d'entretien recommandées sont de 5 mg, 10 mg et 15 mg. La dose maximale est de 15 mg une fois par semaine. *Population pédiatrique âgée de 10 ans et plus (traitement du diabète de type 2)* Les doses d'entretien recommandées sont de 5 mg et 10 mg. La dose maximale est de 10 mg une fois par semaine. *En association* Lorsque le tirzépatide est ajouté à un traitement en cours par metformine et/ou inhibiteur du co-transporteur de sodium-glucose de type 2 (iSGLT2), la dose en cours de metformine et/ou d'iSGLT2 peut être conservée. Lorsque le tirzépatide est ajouté à un traitement en cours par sulfamide hypoglycémiant et/ou insuline, une diminution de la dose de sulfamide hypoglycémiant ou d'insuline peut être envisagée afin de réduire le risque d'hypoglycémie. Une auto-surveillance glycémique est nécessaire pour ajuster la dose de sulfamide hypoglycémiant et d'insuline. L'adoption d'une approche progressive de la réduction de la dose d'insuline est recommandée (voir rubriques 4.4 et 4.8). *Doses oubliées* En cas d'oubli, la dose doit être administrée le plus rapidement possible dans les 4 jours suivant la dose oubliée. Si plus de 4 jours se sont écoulés, la dose oubliée ne doit pas être administrée et la dose suivante doit être administrée le jour normalement prévu. Dans tous les cas, les patients peuvent ensuite reprendre leur schéma posologique hebdomadaire habituel. *Modification du schéma d'administration* Le jour de la semaine prévu pour l'injection peut être éventuellement modifié, à condition que l'intervalle entre deux doses soit d'au moins 3 jours. *Populations particulières Patients âgés, sexe, race, origine ethnique ou poids corporel* Aucun ajustement de la dose n'est nécessaire en fonction de l'âge, du sexe, de la race, de l'origine ethnique ou du poids corporel (voir rubriques 5.1 et 5.2). Seules des données très limitées sont disponibles chez les patients âgés de ≥ 85 ans. *Insuffisants rénaux* Aucun ajustement de la dose n'est requis chez les patients présentant une insuffisance rénale, y compris une insuffisance rénale terminale (IRT). L'expérience de l'utilisation du tirzépatide chez les patients présentant une insuffisance rénale sévère et une IRT est limitée. La prudence s'impose lors du traitement de ces patients par tirzépatide (voir rubrique 5.2). *Insuffisants hépatiques* Aucun ajustement de la dose n'est requis chez les patients atteints d'insuffisance hépatique. L'expérience de l'utilisation du tirzépatide chez les patients présentant une insuffisance hépatique sévère est limitée. La prudence s'impose lors du traitement de ces patients par tirzépatide (voir rubrique 5.2). *Population pédiatrique* Aucun ajustement de la dose n'est nécessaire en fonction de l'âge, du sexe, de la race, de l'origine ethnique ou du poids corporel chez les enfants et adolescents âgés de 10 à moins de 18 ans traités pour un diabète de type 2. Aucune donnée n'est disponible chez les enfants et adolescents ayant un diabète de type 2 et un poids corporel < 50 kg ou un IMC inférieur au 85e percentile au début du traitement. Chez les enfants pesant moins de 60 kg, la prudence s'impose lors de l'augmentation à la dose de 10 mg, car les données de sécurité sont limitées. La sécurité et l'efficacité du tirzépatide chez les enfants âgés de moins de 10 ans pour le traitement du diabète de type 2 et chez les enfants et adolescents âgés de moins de 18 ans pour le contrôle du poids n'ont pas été établies. Mode d'administration Mounjaro doit être administré par injection sous-cutanée dans l'abdomen, la cuisse ou par une autre personne dans l'arrière du haut du bras. La dose peut être administrée à toute heure de la journée, au moment ou en dehors des repas. Les sites d'injection doivent être alternés à chaque administration. Si un patient s'injecte également de l'insuline, il doit injecter Mounjaro dans un site d'injection différent. Il doit être conseillé aux patients et à leurs soignants de lire attentivement le manuel d'utilisation joint à la notice avant d'administrer le médicament. Chez les patients pédiatriques, un soignant peut administrer les injections ou le patient peut s'injecter lui-même si un professionnel de santé le juge approprié. Avant d'utiliser Mounjaro KwikPen, le manuel d'utilisation doit être lu attentivement. *Flacon* Les patients et leurs soignants doivent être formés à la technique d'injection sous-cutanée avant d'administrer Mounjaro. Pour plus d'informations avant administration, voir la rubrique 6.6. **4.3 Contre-indications** Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1. **4.8 Effets indésirables** Résumé du profil de sécurité Dans 14 études de phase 3 terminées, 15 169 patients adultes ont été exposés au tirzépatide seul ou en association avec d'autres agents hypoglycémiants. Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés ont été des troubles gastro-intestinaux principalement d'intensité légère à modérée. L'incidence des nausées, des diarrhées et des vomissements était plus élevée pendant la période d'escalade de dose puis diminuait au cours du temps (voir rubriques 4.2 et 4.4). Liste tabulée des effets indésirables Les effets indésirables suivants sont issus des études cliniques et sont listés par classe de système d'organe et par ordre décroissant de fréquence (très fréquent : ≥ 1/10 ; fréquent : ≥ 1/100, < 1/10 ; peu fréquent : ≥ 1/1 000, < 1/100 ; rare : ≥ 1/10 000, < 1/1 000 ; très rare : < 1/10 000). Dans chaque groupe, les effets indésirables sont classés par ordre décroissant de fréquence. **Tableau 1. Effets indésirables Classification par discipline médicale** **Affections du système immunitaire Fréquent** Réactions d'hypersensibilité **Rare** Réaction anaphylactique#, Angiœdème# **Troubles du métabolisme et de la nutrition Très fréquent** Hypoglycémie1* en cas d'utilisation avec un sulfamide hypoglycémiant ou de l'insuline, Diminution de l'appétit[1,7] **Fréquent** Hypoglycémie1* en cas d'utilisation avec la metformine et un inhibiteur du SGLT2 **Peu fréquent** Hypoglycémie1* en cas d'utilisation avec la metformine[6], Perte de poids[1] **Affections du système nerveux Fréquent** Sensations vertigineuses[2] **Peu fréquent** Dysgueusie, Dysesthésie## **Affections vasculaires Fréquent** Hypotension[2] **Affections gastro-intestinales Très fréquent** Nausée, Diarrhée, Vomissement[3], Douleur abdominale[3], Constipation[4] **Fréquent** Dyspepsie, Distension abdominale, Éructation, Flatulence, Reflux gastro-œsophagien **Peu fréquent** Lithiase biliaire, Cholécystite, Pancréatite aiguë, Retard de la vidange gastrique **Affections de la peau et du tissu sous-cutané Fréquent** Perte de cheveux[2] **Troubles généraux et anomalies au site d'administration Très fréquent** Fatigue[1#] **Fréquent** Réactions au site d'injection **Peu fréquent** Douleur au site d'injection **Investigations Fréquent** Augmentation de la fréquence cardiaque, Élévation de la lipase, Élévation de l'amylase Augmentation de la calcitonine sérique[5] #Rapporté après la commercialisation. ##Rapporté après la commercialisation et dans l'étude SURPASS-CVOT. *Hypoglycémie définie ci-dessous. 1Fatigue comprend les termes fatigue, asthénie, malaise et léthargie. [1] Effet indésirable qui s'applique uniquement aux patients ayant un diabète de type 2 (DT2). [2] Effet indésirable qui s'applique principalement aux patients en surpoids ou en situation d'obésité, avec ou sans DT2. [3] La fréquence de survenue de l'effet indésirable était très fréquente dans l'étude SURPASS-CVOT et dans les essais dédiés au contrôle du poids, au SAHOS, à l'ICFEp et au DT2 dans la population pédiatrique, et fréquente dans les essais dédiés au DT2 chez l'adulte. [4] La fréquence de survenue de l'effet indésirable était très fréquente dans l'étude SURPASS-CVOT et dans les essais dédiés au contrôle du poids, au SAHOS et à l'ICFEp, et fréquente dans les essais dédiés au DT2 dans la population pédiatrique et chez l'adulte. [5] La fréquence de survenue de l'effet indésirable était fréquente dans l'étude SURPASS-CVOT et dans les essais dédiés au contrôle du poids et à l'ICFEp, peu fréquente dans les essais dédiés au DT2 chez l'adulte et au SAHOS, et très rare dans l'essai dédié au DT2 dans la population pédiatrique. [6] La fréquence de survenue de l'effet indésirable était fréquente dans l'essai dédié au DT2 dans la population pédiatrique. [7] La fréquence de survenue de l'effet indésirable était très fréquente dans l'étude SURPASS-CVOT et fréquente dans les essais dédiés au DT2 dans la population pédiatrique et chez l'adulte. [8] La fréquence de survenue de l'effet indésirable était très fréquente dans l'étude SURPASS-CVOT et fréquente

Mounjaro sol. inj. s.c. KwikPen [stylo prérempli]	Catégorie de remboursement dans le diabète de type 2	Prix public	Inte (s'il ré de r
1 x 4 dos. 2,5 mg / 1 dos.	A	€ 179,78	
1 x 4 dos. 5 mg / 1 dos.	A	€ 241,16	
1 x 4 dos. 7,5 mg / 1 dos.	A	€ 333,23	
1 x 4 dos. 10 mg / 1 dos.	A	€ 333,23	
1 x 4 dos. 12,5 mg / 1 dos.	Non applicable	€ 410,88	N
1 x 4 dos. 15 mg / 1 dos.		€ 410,88	

et chez respectivement 1,7 %, 3,8 %, 2,1 % et 3,5 % des patients traités par placebo. D anaphylactique et d'angiœdème ont été rapportés après la commercialisation du tirzépatid *patients ayant un diabète de type 2 Études dédiées au diabète de type 2 chez l'adulte* Une hy significative (glycémie < 3,0 mmol/L (< 54 mg/dL) ou une hypoglycémie sévère (nécessitant personne)) est survenue chez 10 à 14 % des patients (0,14 à 0,16 événements/patient-année) l ajouté à un sulfamide hypoglycémiant et chez 14 à 19 % des patients (0,43 à 0,64 événements/ tirzépatide a été ajouté à l'insuline basale. Le taux d'hypoglycémies cliniquement significative tirzépatide en monothérapie ou en association avec d'autres médicaments antidiabétiques 0,04 événement/patient-année (voir tableau 1 et rubriques 4.2, 4.4 et 5.1). Dans les études patients (0,2 %) ont rapporté 12 épisodes d'hypoglycémie sévère. Parmi ces 10 patients, 5 (0, glargine ou un sulfamide hypoglycémiant et ont rapporté 1 épisode chacun. *Étude dédiée au* essai de phase 3 contrôlé versus placebo dédié au contrôle du poids chez des patients ave (glycémie < 3,0 mmol/L (< 54 mg/dL)) a été rapportée chez 4,2 % des patients traités par tirz patients traités par placebo. Dans cet essai, les patients prenant du tirzépatide en association l'insuline (par exemple, un sulfamide hypoglycémiant) présentaient une incidence d'hypoglycém rapport aux patients traités par tirzépatide ne prenant pas de sulfamide hypoglycémiant d'hypoglycémie sévère n'a été signalé. *Réactions indésirables gastro-intestinales* Dans l'ensemb contrôlées versus placebo dédiées au DT2 chez l'adulte, les troubles gastro-intestinaux ont ét dose-dépendante dans les groupes tirzépatide 5 mg (37,1 %), 10 mg (39,6 %) et 15 mg (43,6 % (20,4 %). Des nausées sont survenues chez respectivement 12,2 %, 15,4 % et 18,3 % versus diarrhées chez respectivement 11,8 %, 13,3 % et 16,2 % versus 8,9 % des patients, dans les 10 mg et 15 mg versus placebo. Les effets indésirables gastro-intestinaux étaient principalemen ou modérée (23,3 %). L'incidence des nausées, des vomissements et des diarrhées était plus é d'escalade de dose et diminuait au cours du temps. Plus de patients ont arrêté définitivement le survenue d'un évènement gastro-intestinal dans les groupes tirzépatide 5 mg (3,0 %), 10 mg (5, rapport au groupe placebo (0,4 %). Dans une étude de phase 3 contrôlée versus placebo dédiée des patients sans DT2, les troubles gastro-intestinaux étaient augmentés dans les groupes tirzépa (60,8 %) et 15 mg (59,2 %) par rapport au placebo (30,3 %). Des nausées sont survenues chez re % et 31,0 % versus 9,5 % des patients et des diarrhées chez respectivement 18,7 %, 21,2 % et patients, dans les groupes tirzépatide 5 mg, 10 mg et 15 mg versus placebo. Les effets indés étaient principalement d'intensité légère (60,8 %) ou modérée (34,6 %). L'incidence des nausées, diarrhées était plus élevée pendant la période d'escalade de dose et diminuait au cours du te arrêté définitivement le traitement de l'étude en raison de la survenue d'un évènement gastro-i tirzépatide 5 mg (1,9 %), 10 mg (4,4 %) et 15 mg (4,1 %) par rapport au groupe placebo (0,5 *vésicule biliaire* Dans l'ensemble des études de phase 3 contrôlées versus placebo dédiées au con globale de cholécystite et de cholécystite aiguë était de respectivement 0,6 % et 0,2 % che tirzépatide et par placebo. Dans l'ensemble des études de phase 3 contrôlées versus placebo déc au SAHOS et à l'ICFEp, une maladie aiguë de la vésicule biliaire a été rapportée chez respectiven des patients traités par tirzépatide et chez respectivement 1,6 %, 0,9 % et 2,7 % des patients tra études de phase 3 dédiées au contrôle du poids, les événements aigus de la vésicule biliaire étai à la perte de poids. *Immunogénicité* Dans les études cliniques de phase 3, la présence d'anticorps a été recherchée chez 9 094 patients traités par tirzépatide. Dans ces études, entre 45,1 et développé des AAM apparus au cours de la période de traitement. Chez 29,8 à 51,3 % des p apparus pendant le traitement étaient persistants (les AAM apparus pendant le traitement son une période de 16 semaines ou plus). Des anticorps neutralisants contre l'activité du tirzépatide (polypeptide insulinotrope dépendant du glucose) et du GLP-1 (peptide-1 apparenté au glucag jusqu'à 3 % et 2,3 % des patients respectivement, et des anticorps neutralisants dirigés contre le étaient retrouvés chez jusqu'à 1,2 % et 0,4 % des patients respectivement. Il n'a été constaté a profil pharmacocinétique ni aucune incidence sur l'efficacité du tirzépatide liés au développem neutralisants. *Fréquence cardiaque* Dans l'ensemble des études de phase 3 contrôlées versus pla l'adulte, le traitement par tirzépatide a entraîné une augmentation moyenne maximale de la fréq battements par minute selon les doses. L'augmentation moyenne maximale de la fréquence ca sous placebo était de 1 battement par minute. Le pourcentage de patients ayant présenté une l'inclusion de la fréquence cardiaque > 20 bpm pendant 2 visites consécutives ou plus était de re et 2,9 % pour le tirzépatide 5 mg, 10 mg et 15 mg, contre 2,1 % pour le placebo. De légères aug l'intervalle PR ont été observées avec le tirzépatide par rapport au placebo (augmentation moy diminution moyenne de 1,4 msec respectivement). Aucune différence n'a été observée pour les de la conduction cardiaque apparus sous traitement entre le tirzépatide 5 mg, 10 mg, 15 mg et le 3,8 %, 2,1 %, 3,7 % et 3 %). Dans l'étude SURPASS-CVOT, le traitement par tirzépatide a en moyenne maximale de la fréquence cardiaque de 6 bpm. Dans l'ensemble des études de p placebo dédiées au contrôle du poids, au SAHOS et à l'ICFEp, le traitement par tirzépatide a en moyenne de la fréquence cardiaque de 3, 2 et 3 battements par minute respectivement. Une a la fréquence cardiaque < 1, < 1 et de 1 battement par minute a été observée chez les pat respectivement. Dans une étude contrôlée versus placebo dédiée au contrôle du poids chez pourcentage de patients ayant présenté une modification par rapport à l'inclusion de la fréqu pendant 2 visites consécutives ou plus était de respectivement 2,4 %, 4,9 % et 6,3 % pour le ti 15 mg, contre 1,2 % pour le placebo. De légères augmentations moyennes de l'intervalle PR tirzépatide et le placebo (augmentation moyenne de 0,3 à 1,4 msec et de 0,5 msec respectiveme été observée pour les arythmies et les troubles de la conduction cardiaque apparus sous traite 5 mg, 10 mg, 15 mg et le placebo (respectivement 3,7 %, 3,3 %, 3,3 % et 3,6 %). *Réaction* l'ensemble des études de phase 3 contrôlées versus placebo dédiées au DT2 chez l'adulte, au co et à l'ICFEp, les réactions au site d'injection ont été augmentées pour le tirzépatide (de respectiv et 6,0 %) par rapport au placebo (de respectivement 0,4 %, 1,8 %, 2,6 % et 1,6 %). Globale phase 3, les signes et symptômes de réactions au site d'injection les plus fréquemment rapport et des prurits. L'intensité maximale des réactions au site d'injection chez les patients était légère Aucune réaction au site d'injection n'était grave. *Enzymes pancréatiques* Dans l'ensemble des étu versus placebo dédiées au DT2 chez l'adulte, le traitement par tirzépatide a entraîné selon les moyennes de 33 % à 38 % de l'amylase pancréatique et de 31 % à 42 % de la lipase pancréatique Les patients sous placebo ont présenté une augmentation de 4 % de l'amylase par rapport à l'inc n'a été observée pour la lipase. Dans l'étude SURPASS-CVOT, au 36e mois, le traitement par t augmentations moyennes de 29 % de l'amylase pancréatique et de 28 % de la lipase pancréatiqu Dans l'ensemble des études de phase 3 contrôlées versus placebo dédiées au contrôle du poids traitement par tirzépatide a entraîné des augmentations moyennes de respectivement 23 %, pancréatique, et de respectivement 34 %, 39 % et 32 % de la lipase pancréatique par rapport à l'i placebo ont présenté une augmentation de respectivement 2 %, 1 % et 4 % de l'amylase, et de r 1 % de la lipase par rapport à l'inclusion. *Population pédiatrique* Chez les enfants et adolescen 18 ans ayant un diabète de type 2 et traités par tirzépatide à la dose de 5 mg ou 10 mg une fois sécurité et d'immunogénicité étaient comparables à ceux décrits précédemment chez les diabète de type 2, à l'exception d'une fréquence plus élevée de vomissements, de douleurs abdom lorsque le tirzépatide était ajouté à la metformine seule. Aucun épisode d'hypoglycémie sévère l'essai dédié au DT2 dans la population pédiatrique. Pendant la phase contrôlée par pla cliniquement significatives (glycémie < 3,0 mmol/L [< 54 mg/dL]) sont survenues chez 28,6 % année) des patients traités par tirzépatide et chez 10,0 % (0,35 événement/patient-année) d lorsque le traitement était ajouté à l'insuline basale avec ou sans metformine. Le taux était de re événement/patient-année) et 4,2 % (0,07 événement/patient-année) pour les patients trait placebo, lorsque le traitement était ajouté à la metformine seule. Déclaration des effets déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est impo surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de sa indésirable suspecté via : **Belgique** Agence fédérale des médicaments et des produits de santé Vigilance: Site internet: www.notifieruneffetindesirable.be, e-mail: adr@fagg-afmps.be. **Luxem** Pharmacovigilance de Nancy ou Division de la pharmacie et des médicaments de la Direction www.guichet.lu/pharmacovigilance. **7. TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCH** Orteliuslaan 1000, 3528 BD Utrecht, Pays-Bas. **8. NUMÉROS D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MA** EU/1/22/1685/002 EU/1/22/1685/003 EU/1/22/1685/004 EU/1/22/1685/005 EU/1/22/1685 EU/1/22/1685/008 EU/1/22/1685/009 EU/1/22/1685/010 EU/1/22/1685/011 EU/1/22/1685 EU/1/22/1685/014 EU/1/22/1685/015 EU/1/22/1685/016 EU/1/22/1685/017 EU/1/22/1685 EU/1/22/1685/020 EU/1/22/1685/021 EU/1/22/1685/022 EU/1/22/1685/023 EU/1/22/1685 EU/1/22/1685/026 EU/1/22/1685/027 EU/1/22/1685/028 EU/1/22/1685/029 EU/1/22/1685 EU/1/22/1685/032 EU/1/22/1685/033 EU/1/22/1685/034 EU/1/22/1685/035 EU/1/22/1685 EU/1/22/1685/038 EU/1/22/1685/039 EU/1/22/1685/040 EU/1/22/1685/041 EU/1/22/1685 EU/1/22/1685/044 EU/1/22/1685/045 EU/1/22/1685/046 EU/1/22/1685/047 EU/1/22/1685 EU/1/22/1685/050 EU/1/22/1685/051 EU/1/22/1685/052 EU/1/22/1685/053 EU/1/22/1685

La souffrance existentielle chez la personne âgée

par la Dre Alexia DELOBEL* et le Dr Vincent MOMIN**

* Assistante en médecine générale
1030 Bruxelles
alexia.delobel@gmail.com
** Médecin généraliste
1410 Waterloo
momin@skynet.be

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

« Je n'ai plus envie de vivre. » Et si ces mots traduisaient autre chose qu'une dépression ou une maladie ? La souffrance existentielle, fréquente chez les patient·es âgé·es, reste pourtant peu identifiée. Cet article propose des repères pour la comprendre et l'accompagner.

Introduction

En médecine générale, il n'est pas rare d'être confronté à des personnes âgées exprimant un profond découragement face à la vie, voire une envie de mourir, sans qu'aucune pathologie physique ou psychiatrique sévère ne l'explique pleinement.

Ces paroles amènent à s'interroger sur un type de souffrance souvent silencieuse : la « souffrance existentielle ».

Le·la médecin généraliste, en première ligne, est fréquemment confronté·e à cette forme de mal-être. Il·elle semble idéalement placé·e pour en reconnaître les premiers signes. Il·elle connaît souvent ses patient·es depuis longtemps, dans leur histoire familiale, sociale et intime. Ce lien de continuité et de confiance, propre à la médecine générale, est une belle opportunité de repérer des signes de souffrance existentielle.

Pourtant, dans la pratique, la souffrance existentielle reste peu identifiée. Si la prise en charge des pathologies somatiques et des troubles de l'humeur est bien codifiée, la souffrance existentielle demeure mal définie et peu intégrée dans la pratique médicale courante en Belgique.

À travers l'exploration de la souffrance existentielle chez la personne âgée, cet article propose un éclaircissement de ce vécu complexe ainsi que des pistes pour mieux la reconnaître et l'accompagner en pratique de médecine générale.

Objectifs et méthode

L'objectif de cet article est de proposer une définition du concept de souffrance existentielle chez les personnes âgées, sur base d'une revue de la littérature et d'une étude qualitative.

ABSTRACT

Existential suffering, particularly encountered in older adults, remains poorly defined and understudied in general practice. This article proposes a definition based on a scoping review of the literature and a qualitative study involving older adults and experts. The findings highlight its individual and multidimensional nature and the need for a holistic and interprofessional approach. Recognizing this form of suffering could help tailor support to each patient.

Keywords : existential suffering, older adults, general practice, meaning of life.

RÉSUMÉ

La souffrance existentielle, particulièrement rencontrée chez la personne âgée, reste peu définie et étudiée en médecine générale. Cet article en propose une définition à partir d'une revue exploratoire de la littérature et d'une étude qualitative auprès de personnes âgées et d'expert·es. Les résultats soulignent son caractère singulier et multidimensionnel et la nécessité d'une approche globale et interprofessionnelle. Sa reconnaissance permettrait d'adapter l'accompagnement à chaque patient·e.

Mots-clés : souffrance existentielle, personne âgée, médecine générale, sens de la vie.

Pour commencer, une revue exploratoire de la littérature de type *scoping review* a été réalisée afin d'analyser le concept. Ensuite, une étude qualitative a été menée auprès d'une quinzaine de personnes âgées vivant à domicile ou en maison de repos en Wallonie et à Bruxelles, ainsi qu'auprès d'expert·es du domaine (philosophe, psychiatre, psychologue, médecin généraliste, infirmière et aumônière), à l'aide d'entretiens individuels semi-dirigés. Les données recueillies ont été analysées selon une approche thématique inductive à visée conceptualisante. Concrètement, les thèmes récurrents ont été identifiés à partir des propos des participant·es, puis regroupés et mis en relation afin de faire émerger progressivement les différentes dimensions de la souffrance existentielle.

Les données issues de la littérature et celles recueillies lors des entretiens ont ensuite été mises en regard afin de proposer une définition du concept de souffrance existentielle chez la personne âgée, adaptée au contexte de la médecine générale.

Enfin, quelques pistes pour la prise en charge des patient·es en souffrance existentielle seront abordées.

Résultats et discussion

La souffrance existentielle

Cinq grands axes seront abordés afin de décrire le concept de souffrance existentielle chez la personne âgée.

(1) Population concernée

La souffrance existentielle peut survenir à différents moments de la vie. Elle ne se limite pas à une population spécifique, notamment aux personnes âgées.

L'âge ne constitue pas un facteur causal de souffrance existentielle. Toutefois, une augmentation de sa fréquence avec l'avancée en âge est observée. Les personnes âgées apparaissent ainsi plus vulnérables à la souffrance existentielle, en raison par exemple de l'accumulation de pertes (relationnelles, fonctionnelles, identitaires…).

Cet article se concentre spécifiquement sur la souffrance existentielle chez les personnes âgées.

Par ailleurs, la souffrance existentielle ne se limite pas uniquement à la personne concernée, mais peut également affecter ses proches et ses soignant·es.

(2) Singularité

La souffrance existentielle est une expérience propre à chaque individu. Elle varie en fonction de facteurs intrinsèques (caractéristiques individuelles, histoire de vie, traumatismes, état de santé, propension à s'interroger sur le sens de la vie…) et extrinsèques (contexte socioculturel, religieux, spirituel ou philosophique).

La souffrance existentielle est fondamentalement subjective. Sa compréhension ne peut dès lors se réduire à une standardisation ou à l'établissement de critères diagnostics fixes et universels, au risque d'en appauvrir la complexité et d'en effacer la singularité.

(3) Multidimensionnalité

La souffrance existentielle est un phénomène multidimensionnel, dépassant les catégories classiques de la médecine (douleur physique ou souffrance psychique). Pour la caractériser, il est donc nécessaire de s'intéresser aux dimensions physique et psychologique, mais également aux dimensions sociale et spirituelle, ainsi qu'à ce qui crée du sens dans la vie de l'individu.

Dès lors, la souffrance existentielle ne peut être comprise de manière isolée et doit être appréhendée de manière globale, multidimensionnelle et en s'intéressant à toutes les dimensions du vécu du·de la patient·e.

(4) Une expérience humaine

La souffrance existentielle est davantage considérée comme une expérience humaine normale que comme une pathologie.

(5) Caractéristiques

La souffrance existentielle se manifeste à travers une diversité de symptômes et de facteurs causaux, regroupés sous le terme de « caractéristiques ».
Les caractéristiques considérées comme les plus pertinentes au regard des données recueillies seront décrites ci-dessous. Néanmoins, il importe de rappeler le caractère fondamentalement singulier de la souffrance existentielle, chaque individu pouvant présenter une combinaison variable de ces caractéristiques, voire d'autres qui ne sont pas détaillées ici.

La souffrance existentielle peut être appréhendée à travers des pertes affectant différentes dimensions de l'existence. Elle peut ainsi être décrite comme « la perte de… »

La **perte de sens** peut être favorisée par certaines transitions liées au vieillissement, comme la fin de l'activité professionnelle ou la transformation du rôle parental lorsque les enfants deviennent autonomes. Ces changements peuvent remettre en question le sens donné à la vie et entraîner de la souffrance.

La **perte des êtres chers et le sentiment de solitude**, notamment liés au décès du·de la conjoint·e ou de proches, ainsi qu'à l'éloignement familial (par exemple, la rareté des visites en institution).

La **perte des capacités physiques et cognitives**, incluant la diminution des capacités locomotrices,

sensorielles (vision, audition), les pertes de mémoire, ainsi que le recours croissant à des aides techniques.

La **perte d'autonomie et le sentiment d'être un fardeau**, en lien avec l'augmentation du besoin d'aide, qu'elle soit apportée par les proches ou par des professionnel·les.

La **perte de rôle** dans la famille et dans la société, notamment liée à l'arrêt de l'activité professionnelle ou à la diminution de la participation aux dynamiques familiales et sociales.

La **perte de l'illusion d'une vie sans fin et la conscience de finitude**, correspondant à la perception progressive de la vie comme limitée, avec le sentiment d'approcher son terme.

Souffrance existentielle ou dépression ?

La souffrance existentielle chez la personne âgée est fréquemment confondue avec la dépression. Leurs prises en charge étant différentes, quelques pistes sont présentées afin de les distinguer.

(1) Cohérence du vécu

La souffrance existentielle apparaît comme une réponse rationnelle et cohérente face à une situation réelle (fin de vie, perte de sens).

Si la personne en souffrance existentielle refuse une activité, son refus n'est pas nécessairement l'expression d'une indifférence généralisée, mais plutôt celle d'une interrogation profonde sur le sens de ce qui lui est proposé.

Cette distinction s'illustre par exemple dans le quotidien des maisons de repos. Lorsqu'on lui propose de prendre son repas avec les autres résident·es, une personne déprimée pourra répondre : « Je ne veux pas » ou « Je n'ai pas faim ». Une personne en souffrance existentielle exprimera davantage de raisons cohérentes à son manque d'envie : « Je dois manger avec des personnes que je ne connais pas, avec qui je n'ai rien à partager. À quoi bon ? » ou « Je vais manger des aliments mixés, alors que j'ai toujours aimé les steaks, je ne peux plus continuer comme ça. »

(2) Capacité à éprouver du plaisir

Dans la souffrance existentielle, la capacité à éprouver du plaisir pour certaines activités est généralement maintenue.

(3) Sujet des questionnements

Les personnes âgées en souffrance existentielle se questionnent essentiellement sur le sens de la vie, sur leur fin de vie ou sur leur existence. Alors que les thématiques intéressant les personnes âgées en dépression sont beaucoup plus variables voire indéterminées (les « raisons objectives » de leur dépression ne sont pas toujours comprises).

Conclusion

Cette distinction reste toutefois clinique et ne doit pas être considérée comme absolue. Dépression et souffrance existentielle peuvent coexister et s'alimenter mutuellement.

Définition

Sur base de l'ensemble de l'étude menée, une définition de la souffrance existentielle a été élaborée. Il ne s'agit pas d'une définition stricte, mais plutôt d'une proposition de définition qui se veut la plus consensuelle possible.

DÉFINITION DE LA SOUFFRANCE EXISTENTIELLE

La souffrance existentielle désigne une forme particulière de souffrance qui touche à l'existence et au sens de la vie plutôt qu'à la douleur physique ou psychologique.

Elle peut se manifester tout au long de la vie, avec une fréquence accrue chez les personnes âgées ou lors de situations où l'individu est confronté à des questions fondamentales sur sa vie et son existence, notamment dans des contextes de crise, de perte de sens, de prise de conscience de la finitude, de pathologie grave ou de fin de vie.

Elle est vécue de manière singulière par chaque individu, et sa perception peut être influencée par le contexte socioculturel, spirituel, philosophique ou religieux.

La souffrance existentielle chez la personne âgée peut être définie comme une expérience découlant de la « perte de… » : perte de sens, de lien social, de capacités physiques ou cognitives, d'autonomie, de rôle… Elle peut s'accompagner d'un vécu subjectif marqué par un sentiment que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue, par la crainte d'être un fardeau ou par une impression de rupture avec soi-même, avec les autres ou avec ses repères habituels.

La souffrance existentielle se distingue des troubles psychiatriques, tels que la dépression. Bien que certains symptômes puissent être communs, les émotions et pensées que la souffrance existentielle suscite restent cohérentes avec la situation vécue et s'accompagnent d'une énergie suffisante pour les exprimer.

Pistes de prise en charge

La souffrance existentielle, en tant que concept multidimensionnel, nécessite une prise en charge multidimensionnelle et interprofessionnelle.

Le·la **médecin généraliste** occupe une place centrale. Après avoir repéré une souffrance existentielle, il est conseillé d'adopter une écoute active, déjà thérapeutique en soi, et de s'intéresser à l'histoire de vie du·de la patient·e. Le·la médecin généraliste peut explorer les différentes dimensions de la souffrance du·de la patient·e, tenter d'en identifier les causes, apporter des réponses aux « pertes de… », l'aider à redonner du sens à son vécu. Il peut accompagner le·la patient·e dans une éventuelle demande d'euthanasie, proposer des soins palliatifs, soutenir ses proches, coordonner les soins au sein d'un réseau d'intervenant·es…

Le·la **psychologue** ou le·la **psychiatre** peuvent également intervenir. Certains courants, tels que la logothérapie, la psychothérapie existentielle ou les thérapies narratives, sont particulièrement centrés sur la question de recherche de sens et peuvent constituer des outils pertinents.

Les **autres professionnel·les de santé** (infirmier·ières, aide-soignant·es, gériatres…) ainsi que les **intervenant·es à domicile** participent activement à cet accompagnement.

Un **accompagnement spirituel** et/ou **religieux** peut être proposé selon les souhaits du·de la patient·e. De même, le recours à un·e **thanadoula**, doula de fin de vie, peut apporter un soutien complémentaire au ou à la patient·e et à ses proches. Certaines approches, comme la **méditation**, ont montré des bénéfices dans l'amélioration du vécu du·de la patient·e face à la souffrance.

Enfin, les **proches** ainsi que d'**autres personnes ressources** peuvent également jouer un rôle.

Conclusion

La souffrance existentielle, fréquente mais encore peu reconnue en médecine générale, invite à dépasser une lecture strictement biomédicale du·de la patient·e âgé·e. Sa reconnaissance repose avant tout sur l'écoute et la prise en compte du sens que la personne donne à son vécu. Sans être une pathologie en soi, elle nécessite une attention clinique particulière et une approche globale, centrée sur la personne et son histoire.

TAKE-HOME MESSAGE

Face à un·e patient·e âgé·e exprimant un découragement face à la vie ou un désir de mourir, il est pertinent de considérer la possibilité d'une souffrance existentielle, de l'explorer avec le ou la patient·e et de s'appuyer sur les ressources disponibles pour l'accompagner.

Bibliographie

1. Boston P, Bruce A, Schreiber R. Existential suffering in the palliative care setting: An integrated literature review. Journal of Pain and Symptom Management. 2011. p. 604-18. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.05.010 PubMed PMID: 21145202.
2. Gaignard ME, Hurst S. A qualitative study on existential suffering and assisted suicide in Switzerland. BMC Med Ethics. 2019 May 14; 20 (1): 1-8. doi: 10.1186/s12910-019-0367-9 PubMed PMID: 31088444.
3. Rodrigues P, Menten J, Gastmans C. Physicians' perceptions of palliative sedation for existential suffering: a systematic review. BMJ Supportive and Palliative Care. BMJ Publishing Group; 2020. p. 136-44. doi: 10.1136/bmjspcare-2019-001865 PubMed PMID: 31481477.
4. Doucet H. Souffrance existentielle et sédation [Internet]. Montréal; 2019 [cité le 16 août 2025]. https://palli-science.com/sites/default/files/miseencommun/doucet-hubert.pdf
5. Dupuis M. La souffrance existentielle: la condition humaine, un appel au soin. Seli Arslan, editor. Paris; 2025.
6. Roquebert P. Une nouvelle approche de la souffrance globale de personnes en fin de vie. Medecine Palliative. 2009 Apr; 8 (2): 91-5. doi: 10.1016/j.medpal.2008.11.002
7. Gaignard ME, Pautex S, Hurst S. Existential suffering as a motive for assisted suicide: Difficulties, acceptability, management and roles from the perspectives of Swiss professionals. PLoS One. 2023 Apr 1; 18 (4 April). doi: 10.1371/journal.pone.0284698 PubMed PMID: 37083894.
8. Doucet H. De la « douleur totale » à la souffrance existentielle: Réflexions éthiques nées de l'évolution du vocabulaire en soins palliatifs. Théologiques. 2020; 28 (1): 127-44. doi: https://doi.org/10.7202/1074678ar
9. Guérin B, Carvallo S, Aubry R. La détresse existentielle. 2025.
10. Schuman-Olivier Z, Brendel DH, Forstein M, Price BH. The use of palliative sedation for existential distress: A psychiatric perspective. Harv Rev Psychiatry. 2008; 16 (6): 339-51. doi: 10.1080/10673220802576917 PubMed PMID: 19085388.
11. Chen W, Chen Y, Xiao H. Chen et al. (2022). Cancer Nurs. 2022 Mar; 45 (2): E471-86. doi: DOI: 10.1097/NCC.0000000000000925
12. Frankl VE. Découvrir un sens à sa vie. Œuvre originale publiée en 1946. Special Eddition. J'ai lu; 2013.
13. Dupuis M. Les souffrances existentielles: quelques réflexions. Communication présentée au 15e symposium de formation continue de l'AFRAMECO [Internet]. 2024 [cité le 16 août 2025]. https://www.aframeco.be/node/539
14. Ricœur P. La souffrance n'est pas la douleur. Revue de psychiatrie française. 1992, numéro spécial 23: 9-18.
15. National Ethics Committee, Veterans Health Administration. The ethics of palliative sedation as a therapy of last resort.

American Journal of Hospice and Palliative Medicine. 2007 Dec; 23 (6): 483-91. doi: 10.1177/1049909106294883 PubMed PMID: 17211004.

16. Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie. Euthanasie – Publication des chiffres pour 2024 de l'euthanasie en Belgique [Internet]. 2025 Mar [cité le 28 août 2025]. http://www.commissioneuthanasie.be
17. Santé Canada. Cinquième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada, 2023 [Internet]. ÉDITIONS UNIVERSITAIRES; 2024 Dec [cité le 28 août 2025]. https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/rapport-annuel-aide-medicale-mourir-2023.html
18. Service de la santé publique des cantons de Berne – Fribourg – Genève – Jura – Neuchâtel – Tessin – Valais et Vaud. L'essentiel sur les droits du patient [Internet]. 2024 [cité le 28 août 2025]. https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/DGS/fichiers_pdf/BRG-DGS_DDP_24_07_Broch_A5_Nouv_Vers_lay_13_PROD_VD_fr_Digit.pdf
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2013. doi: https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596
20. Belgique. Loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie. Etat belge [Internet]. Belgique: Moniteur belge; 2002 May 28 [cité le 12 octobre 2025]. https://etaamb.openjustice.be/fr/loi-du-28-mai-2002_n2002009590.html
21. Gouvernement du Canada. Ministère de la Justice du Canada [Internet]. 2023 [cité le 12 octobre 2025]. La loi canadienne sur l'aide médicale à mourir. https://www.justice.gc.ca/fra/jp-cj/am-ad/di-bk.html
22. Confédération suisse. Code pénal suisse (CP), art. 115 [Internet]. Suisse: Confédération suisse. https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/fr

Votre patient présente-t-il des symptômes non-spécifiques[1] ?

HCM
Detect to protect

Douleur

Fatigue

Palpitations



Dyspnée

Syncope

Pouvez-vous reconnaître d'autres signaux d'alerte ? 34 % sont détectables en médecine générale*.



Souffle d'éjection systolique[1,2]
Mieux audible au niveau du bord gauche du sternum et plus intense lors d'efforts qui diminuent la pré- ou postcharge



Antécédents familiaux[1]
Antécédents jusqu'à 3 ou 4 générations antérieures



Anomalies à l'ECG[1,2]
Modification du segment ST et de l'onde T, ondes Q pathologiques, augmentation de l'amplitude du QRS, inversion profonde de l'onde T (CMH apicale)

La cardiomyopathie hypertrophique (CMH) peut en être la cause.

N'hésitez pas ! Adressez votre patient à un confrère cardiologique.

hcm-cmh.be

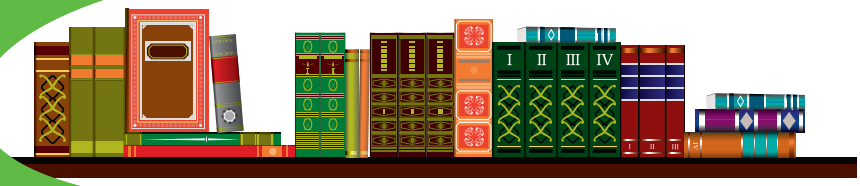
En savoir plus sur la CMH

1. Arbelo E, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiomyopathies. Eur Heart J. 2023;44(37):3503–3626. doi: 10.1093/eurheartj/ehad194
2. Maurizi et al. Eur Heart J. 2025 Feb 10: ehaf026. doi: 10.1093/eurheartj/ehaf026

* Basé sur une étude de cohorte multicentrique (n = 818 patients atteints de CMH, 4 centres européens) ; 34 % des signaux d'alerte (n = 1.018/2.979) sont détectables en première ligne grâce à l'anamnèse, à l'examen clinique et aux analyses biologiques de routine.

CV-BE-2600042– 06/26

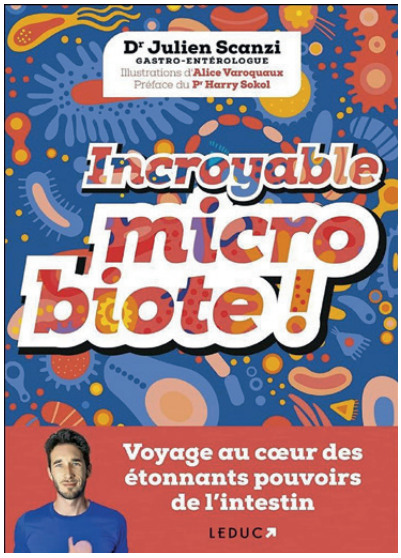
Bristol Myers Squibb®



par la Dre Camille DUBUS
médecin généraliste
camille.dubus93@gmail.com

Incroyable microbiote !

Ces dernières années, le microbiote intestinal est devenu un sujet incontournable, aussi bien dans les médias que dans les cabinets médicaux. Son influence potentielle sur de nombreuses pathologies suscite beaucoup d'enthousiasme, mais face à l'abondance des informations disponibles, il n'est pas toujours facile de distinguer le vrai du faux.
Le livre *Incroyable microbiote !* du Docteur Julien Scanzi, gastro-entérologue au CHU Estaing de Clermont-Ferrand et au Centre Hospitalier de Thiers, constitue à cet égard un excellent outil. L'auteur vulgarise ce sujet médical complexe, tout en restant rigoureusement scientifique (le livre est très bien référencé) et prudent. Il rappelle régulièrement que la recherche sur le microbiote est encore récente et que de nombreuses hypothèses prometteuses nécessitent d'être confirmées avant de modifier les pratiques médicales.
Qu'est-ce que le microbiote ? Pourquoi est-il si important ? Qu'est-ce qui a été démontré concernant les maladies liées à une altération du microbiote ? Et comment l'influencer ? Quel est l'intérêt des prébiotiques et probiotiques ? Où en est-on dans la recherche concernant la transplantation du microbiote fécal ? Voilà autant de questions qui trouveront réponse dans ce livre.
Julien Scanzi explique que les quelque 40 000 milliards de bactéries, levures et virus qui composent notre microbiote intestinal, participent au bon fonctionnement de notre organisme, en symbiose, notamment en contribuant à la digestion des fibres alimentaires, à la synthèse de métabolites tels que certaines vitamines, les acides gras à chaîne courte ou certains neurotransmetteurs, ainsi qu'au développement et à la maturation du système immunitaire. Obésité, maladie de Crohn, Alzheimer, Parkinson, syndrome de l'intestin irritable… Toutes ces maladies sont associées à une altération du microbiote intestinal.
Le microbiote se met en place dès la naissance et son développement est facilité par un accouchement par voie basse (pour la transmission du microbiote



vaginal mais également fécal) et l'allaitement maternel. Un chapitre est consacré aux antibiotiques (un sujet particulièrement pertinent en médecine générale). Les antibiotiques sont évidemment à éviter lorsqu'ils ne sont pas indispensables car en perturbant le microbiote, ils influencent la susceptibilité du ou de la patient·e – dès l'enfance – à développer plus tard différentes pathologies. Ainsi, une étude de cohorte ayant suivi 214 834 enfants nés entre 1998 et 2016 a montré que l'utilisation d'antibiotiques pendant la grossesse était associée à une légère augmentation de développer un trouble du spectre autistique.

L'écriture est accessible au grand public et de nombreuses illustrations viennent colorer le livre pour plus de compréhension. Une page reprenant les principaux « take-home messages » se retrouve en fin de chaque chapitre.
Pour conclure, *Incroyable microbiote !* est un incontournable en bibliothérapie pour les patient·es souhaitant approfondir ce sujet. Accessible (vulgarisation) mais rigoureux et nuancé, c'est une très belle synthèse de l'état actuel des connaissances sur le microbiote intestinal.

Incroyable microbiote ! par le Dr Julien Scanzi • Éditions Leduc • 207 p. • ISBN : 979-10-285-2563-7 • 22 €

SYSTÈME DE COTATION

- À regarder avec intérêt
- Intéressant si aucune autre source bibliographique
- D'un intérêt limité à quelques MG
- Livre agréable à lire
- Livre de qualité moyenne
- Livre peu agréable à lire
- À recommander en bibliothérapie
- Peut être utilisé dans un cadre restreint en bibliothérapie
- Non destiné à la bibliothérapie



Conditionnement	Prix du public (TTC)	Ticket modérateur VT	Ticket modérateur
Boîte individuelle (120 doses) :			
Trimbow® 87/5/9 ug - aérosol	**64,11 €**	**8,50 €**	**12,80 €**
Trimbow® 88/5/9 ug - poudre pour inhalation			
Trimbow® 172/5/9 ug - aérosol	**63,45€**		
Lot de 3 (3 x 120 doses) :			
Trimbow® 87/5/9 ug - aérosol	**165,54 €**	**8,50 €**	**12,80 €**
Trimbow® 88/5/9 ug - poudre pour inhalation			
Trimbow® 172/5/9 ug - aérosol	**163,89 €**		

Trimbow® en formulation extrafine*

Atteint les grandes et petites voies respiratoires dans l'asthme [1-5]

Plus d'informations

RÉFÉRENCES

1. Trimbow® pMDI 87/5/9/ Summary of Product Characteristics.; **2.** Trimbow® NEXThaler 88/5/9/ Summary of Product Characteristics.; **3.** Trimbow® pMDI 172/5/9/ Summary of Product Characteristics.; **4.** Usmani OS, et al. Int. J. Chron. Obstruct pulmon. Dis. 2020;15:2433-40.; **5.** Usmani OS, et al. J. Aerosol Med. Pulm. Drug Deliv. 2022;35:1-7; * MMAD (Mass Median Aerodynamic Diameter) < 2 µm (rapport GOLD 2026)

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 béclométasone (beclometasone 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 béclométasone (beclometasone 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 notoire: 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**: Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO): 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 bêta2-agoniste de longue durée d'action ou par l'association d'un bêta2-agoniste de longue durée d'action et d'un antagoniste muscarinique de longue durée d'action (voir rubrique 5.1 pour les résultats obtenus sur les symptômes de BPCO et la prévention des exacerbations). Asthme: Traitement continu de l'asthme chez les adultes dont les symptômes d'asthme ne sont pas contrôlés de façon satisfaisante par un traitement continu associant un bêta2-agoniste de longue durée d'action et un corticoïde inhalé administré à une dose moyenne, et qui ont présenté une ou plusieurs exacerbations d'asthme au cours de l'année précédente. **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. Il doit être recommandé aux patients de prendre Trimbow tous les jours, même quand ils sont asymptomatiques. Un bêta2-agoniste inhalé de courte durée d'action devra être utilisé pour le soulagement immédiat des symptômes d'asthme survenant entre les prises de Trimbow. *Asthme*: Adaptation du traitement: L'état clinique du patient sera réévalué régulièrement par le médecin afin de vérifier que les doses de béclométasone/formotérol/glycopyrronium restent optimales. La dose ne sera modifiée que sur avis médical. Si une dose plus élevée de béclométasone est nécessaire (augmentation progressive de la dose), l'utilisation de Trimbow 172/5/9 microgrammes solution pour inhalation en flacon pressurisé sera envisagé. La dose minimale efficace maintenant un contrôle satisfaisant des symptômes de l'asthme doit toujours être recherchée (réduction progressive de la dose). 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*: BPCO 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). Asthme La sécurité et l'efficacité de Trimbow dans la population pédiatrique (âge inférieur à 18 ans) n'ont pas encore été établies. Aucune donnée n'est disponible. 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). Instructions d'utilisation voir 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. Résumé du profil de sécurité: Dans une étude sur 4 semaines, le profil de sécurité de Trimbow poudre pour inhalation était similaire à celui observé avec Trimbow solution pour inhalation en flacon pressurisé. 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 bêta2-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).

DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT: Trimbow 172 microgrammes/5 microgrammes/9 microgrammes solution pour inhalation en flacon pressurisé. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE**: Chaque dose délivrée à la sortie de l'embout buccal contient 172 microgrammes de dipropionate de béclométasone (beclometasone diproprionate), 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 (avant l'embout buccal) contient 200 microgrammes de dipropionate de béclométasone (beclometasone 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 notoire: Trimbow contient 8,856 mg d'éthanol par bouffée. Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1 du RCP. **FORME PHARMACEUTIQUE**: Solution pour inhalation en flacon pressurisé (inhalation en flacon pressurisé). Solution incolore à jaunâtre. **INDICATIONS THERAPEUTIQUES**: Traitement continu de l'asthme chez les adultes dont les symptômes d'asthme ne sont pas contrôlés de façon satisfaisante par un traitement continu associant un bêta2-agoniste de longue durée d'action et un corticoïde inhalé administrée à une dose élevée, et qui ont présenté une ou plusieurs exacerbations d'asthme au cours de l'année précédente. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION**: Posologie: La dose recommandée est de 2 inhalations 2 fois par jour. Il doit être recommandé aux patients de prendre Trimbow tous les jours, même quand ils sont asymptomatiques. Un bêta2-agoniste inhalé de courte durée d'action devra être utilisé pour le soulagement immédiat des symptômes d'asthme survenant entre les prises de Trimbow. Le choix du dosage pour l'initiation du traitement (Trimbow (87/5/9 microgrammes ou 172/5/9 microgrammes), sera déterminé en fonction de la sévérité de l'asthme, du traitement précédent notamment de la corticothérapie inhalée, ainsi que du niveau de contrôle des symptômes de l'asthme au moment de l'initiation du traitement et du risque d'exacerbation. Réduction progressive de la dose: L'état clinique du patient sera réévalué régulièrement par le médecin afin de vérifier que les doses de béclométasone/formotérol/glycopyrronium restent optimales. La dose ne sera modifiée que sur avis médical. La dose minimale efficace maintenant un contrôle satisfaisant des symptômes de l'asthme doit toujours être recherchée. Il n'y a pas de données disponibles évaluant la réduction du traitement par un dosage élevé de dipropionate de béclométasone (Trimbow 172/5/9 microgrammes) à un dosage intermédiaire (Trimbow 87/5/9 microgrammes). 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 RPC). *Population pédiatrique*: La sécurité et l'efficacité de Trimbow dans la population pédiatrique (âge inférieur à 18 ans) n'ont pas encore été établies. Aucune donnée n'est disponible. Mode d'administration: Voie inhalée. 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. L'inhalateur est muni, à l'arrière, d'un compteur mentionnant le nombre de doses à inhaler restantes. A chaque pression sur le flacon, une bouffée est libérée et le compteur de doses décompte une unité. La chute de l'inhalateur peut provoquer un décompte sur le compteur de doses. Instructions d'utilisation voir 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. 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 bêta2-agonistes de longue durée d'action, et la bouche sèche (0,4 % et 0,5 %), effet connu des anticholinergiques. 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).

DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT: Trimbow 87 microgrammes/5 microgrammes/9 microgrammes solution pour inhalation en flacon pressurisé. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE:** Chaque dose délivrée à la sortie de l'embout buccal contient 87 microgrammes de dipropionate de béclométasone (beclometasone 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 (avant l'embout buccal) contient 100 microgrammes de dipropionate de béclométasone (beclometasone 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 notoire: Trimbow contient 8,856 mg d'éthanol par bouffée. Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1 du RCP. **FORME PHARMACEUTIQUE**: Solution pour inhalation en flacon pressurisé (inhalation en flacon pressurisé). Solution incolore à jaunâtre. **INDICATIONS THERAPEUTIQUES:** Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO): Traitement continu de la BPCO modérée à sévère chez les adultes non traités de façon satisfaisante par l'association d'un corticostéroïde inhalé et d'un bêta2-agoniste de longue durée d'action ou par l'association d'un bêta2-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). Asthme: Traitement continu de l'asthme chez les adultes dont les symptômes d'asthme ne sont pas contrôlés de façon satisfaisante par un traitement continu associant un bêta2-agoniste de longue durée d'action et un corticoïde inhalé administré à une dose moyenne, et qui ont présenté une ou plusieurs exacerbations d'asthme au cours de l'année précédente. **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. Il doit être recommandé aux patients de prendre Trimbow tous les jours, même quand ils sont asymptomatiques. Un bêta2-agoniste inhalé de courte durée d'action devra être utilisé pour le soulagement immédiat des symptômes d'asthme survenant entre les prises de Trimbow. Asthme: Le choix du dosage pour l'initiation du traitement (Trimbow (87/5/9 microgrammes ou 172/5/9 microgrammes), sera déterminé en fonction de la sévérité de l'asthme, du traitement précédent notamment de la corticothérapie inhalée, ainsi que du niveau de contrôle des symptômes de l'asthme au moment de l'initiation du traitement et du risque d'exacerbation. Réduction progressive de la dose: L'état clinique du patient sera réévalué régulièrement par le médecin afin de vérifier que les doses de béclométasone/ formotérol/glycopyrronium restent optimales. La dose minimale efficace maintenant un contrôle satisfaisant des symptômes de l'asthme doit toujours être recherchée. 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*: BPCO: 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). Asthme: La sécurité et l'efficacité de Trimbow dans la population pédiatrique (âge inférieur à 18 ans) n'ont pas encore été établies. Aucune donnée n'est disponible. Mode d'administration: Voie inhalée. 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. L'inhalateur est muni, à l'arrière, d'un compteur, ou indicateur de doses, mentionnant le nombre de doses à inhaler restantes. A chaque pression sur le flacon pressurisé contenant 120 doses, une bouffée est libérée et le compteur de doses décompte une unité. A chaque pression sur le flacon pressurisé contenant 180 doses, une bouffée est libérée et l'indicateur de doses ne tourne que légèrement et le nombre de bouffées restantes est affiché par paliers de 20. La chute de l'inhalateur peut provoquer un décompte sur le compteur de doses. Instructions d'utilisation voir 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: 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 bêta2-agonistes de longue durée d'action, et la bouche sèche (0,4 % et 0,5 %), effet connu des anticholinergiques. 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 béclométasone/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 (≥ 1/10) ; fréquent (≥ 1/100, < 1/10) ; peu fréquent (≥ 1/1 000, < 1/100) ; rare (≥ 1/10 000, < 1/1 000) ; très rare (< 1/10 000) 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[1], infection des voies urinaires[1], rhinopharyngite[1]. Peu fréquent: Grippe[1], mycose buccale, candidose oropharyngée, candidose œsophagienne, (oro)pharyngite vfongique, sinusite[1], rhinite[1], gastroentérite[1], candidose vulvovaginale[1]. Rare: Mycoses des voies respiratoires basses. *Affections hématologiques et du système lymphatique*: Peu fréquent: Granulopénie[1]. Très rare: Thrombopénie[1]. *Affections du système immunitaire*: Peu fréquent: Dermatite allergique[1]. Rare: Réactions d'hypersensibilité, dont érythème, œdèmes des lèvres, du visage, des yeux et du pharynx. *Affections endocriniennes*: Très rare: Inhibition des fonctions surrénaliennes[1]. *Troubles du métabolisme et de la nutrition*: Peu fréquent: Hypokaliémie, hyperglycémie. Rare: Baisse de l'appétit. *Affections psychiatriques*: Peu fréquent: Impatiences[1]. Fréquence indéterminée: Hyperactivité psychomotrice[1], troubles du sommeil[1], anxiété[1], syndrome dépressif[1], agression[1], troubles du comportement (principalement chez l'enfant)[1]. Rare: Insomnie. *Affections du système nerveux*. Fréquent: Céphalée. Peu fréquent: Tremblement, sensation vertigineuse, dysgueusie[1], hypoesthésie[1]. Rare: Hypersomnie. *Affections oculaires*: Fréquence indéterminée: Vision floue[1] (voir également rubrique 4.4 du RCP). Très rare: Glaucome[1], cataracte[1] . *Affections de l'oreille et du labyrinthe*: Peu fréquent: Inflammation de la trompe d'Eustache[1] . *Affections cardiaques*: Peu fréquent: Fibrillation auriculaire, allongement de l'intervalle QT à l'électrocardiogramme, tachycardie, tachyarythmie[1], palpitations. Rare: Angor (stable[1] et instable), extrasystoles (ventriculaires[1] et supraventriculaires), tachycardie paroxystique, bradycardie sinusale. *Affections vasculaires*: Peu fréquent: Hyperhémie[1], bouffée vaso-motrice[1], hypertension artérielle: Rare: Hématome. *Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales*: Fréquent: Dysphonie. Peu Fréquent: Crise d'asthme[1], toux, toux productive[1], irritation de la gorge, épistaxis[1], érythème pharyngé. Rare: Bronchospasme paradoxal[1] , exacerbation de l'asthme, douleur oropharyngée, inflammation du pharynx, gorge sèche: Très rare: Dyspnée[1]. *Affections gastro-intestinales*: Peu fréquent: Diarrhée[1], bouche sèche, dysphagie[1], nausées[1], dyspepsie[1], sensation de brûlure des lèvres[1], caries dentaires[1], stomatite (aphteuse). *Affections de la peau et du tissu sous-cutané*: Peu fréquent: Rash[1], urticaire[1], prurit[1], hyperhidrose[1]. Rare: Angiœdème[1]. *Affections musculosquelettiques et du tissu conjonctif*: Peu fréquent: Contractures musculaires, myalgie, extrémités douloureuses[1], douleur musculosquelettique du thorax[1]. Très rare: Retard de croissance[1]. *Affections du rein et des voies urinaires*: Rare: Dysurie[1], rétention urinaire, néphrite[1]. *Troubles généraux et anomalies au site d'administration*: Peu fréquent: Fatigue[1]. Rare: Asthénie. Très rare: Œdèmes périphériques[1]. *Investigations*: Peu fréquent: Protéine C-réactive augmentée[1], numération plaquettaire augmentée[1], acides gras libres augmentés[1], insuline sanguine augmentée[1], acidocétose[1], diminution de la pression artérielle[1], augmentation de la pression artérielle[1]. Très rare: Diminution de la densité osseuse[1] . [1]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 béclométasone: 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. www.afmps.be, Division Vigilance, Site internet: www.notifieruneffetindesirable.be, e-mail: adr@afmps.be; Luxembourg: Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy ou Division de la pharmacie et des médicaments de la Direction de la santé, Site internet: www.guichet.lu/pharmacovigilance. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ**: Chiesi Farmaceutici S.p.A., Via Palermo 26/A, 43122 Parma, Italie. **NUMÉRO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ**: EU/1/17/1208/002-EU/1/17/1208/003-EU/1/17/1208/004-EU/1/17/1208/005-EU/1/17/1208/006-EU/1/17/1208/009-EU/1/17/1208/010-EU/1/17/1208/011-EU/1/17/1208/012 **MODE DE DÉLIVRANCE**: Médicament soumis à prescription médicale. **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE**: 06/2026. Des informations détaillées sur ce médicament sont disponibles sur le site internet de l'Agence européenne des médicaments http://www.ema.europa.eu.



Un torticolis fébrile chez l'enfant…

par les Dres Aurore GIRARD* et Sonia BEN OMRANE**

* Médecin généraliste
1200 Wolumé-Saint-Lambert
aurore.girard@ssmg.be
** Médecin en formation
1200 Wolumé-Saint-Lambert

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

Je reçois en consultation, à la mi-février, un enfant de 5 ans qui présente un torticolis fébrile évoluant depuis 24 heures, dans un contexte d'infection ORL. La mère rapporte l'apparition de céphalées et une impossibilité soudaine de tourner la tête vers la gauche. L'enfant semble gêné, douloureux, et garde la tête en inclinaison avec une rotation fixée à droite.

Depuis deux jours, il présente une rhinite, un mal de gorge et une otalgie gauche. Ces symptômes ont été bien tolérés initialement mais une fatigue croissante, l'apparition de la fièvre et les douleurs cervicales ont rapidement suscité l'inquiétude des parents. L'enfant a également des difficultés alimentaires, se plaignant d'odynophagie et semble moins réactif que d'habitude.

Hypothèses diagnostiques

Les principales hypothèses diagnostiques à évoquer devant une raideur nucale associée à une fièvre chez l'enfant sont :

- une méningite (bactérienne ou virale) ;
- un abcès rétropharyngé ;
- un syndrome de Grisel (subluxation de l'articulation C1-C2 suite à une infection ORL) ;
- une arthrite ou une ostéomyélite cervicale ;
- une mastoïdite compliquée ;
- un abcès péri-amygdalien ;
- une cellulite cervicale ;
- une tumeur cérébrale.

ABSTRACT

Case report : A 5-year-old patient with febrile torticollis evolving for 24 hours, in the context of sore throat associated with otalgia.

Keywords : febrile torticollis.

RÉSUMÉ

Cas clinique d'un patient de 5 ans qui consulte pour un torticolis fébrile évoluant depuis 24 heures dans un contexte de mal de gorge associé à une otalgie.

Mots-clés : torticolis fébrile.

Observation clinique

À l'examen clinique, l'enfant présentait une fièvre et un torticolis fébrile avec rotation cervicale fixée à droite, sans signe de détresse respiratoire. L'examen neurologique était strictement normal, sans syndrome méningé franc ; la fatigue et le manque de réactivité rapportés par les parents paraissaient davantage liées au contexte infectieux et douloureux qu'à une atteinte neurologique. L'examen de l'oropharynx a révélé une déviation de la luette ainsi qu'un bombement médian de la paroi pharyngée. L'examen cervical a mis en évidence une tuméfaction latéro-cervicale gauche, sans rougeur, chaleur ni aspect brillant en regard.

Au vu de ces éléments, plusieurs des diagnostics différentiels évoqués plus haut ont pu être écartés. L'absence de syndrome méningé et un examen neurologique normal ont permis d'exclure une méningite, malgré une vaccination à jour qui, à elle seule, n'aurait pas suffi à l'exclure formellement.

L'absence d'antécédent traumatique rendait un syndrome de Grisel peu probable ; l'absence de douleur localisée à la mobilisation ou de signes inflammatoires écartait une arthrite ou une ostéomyélite cervicale ; l'absence d'otorrhée ou de complication otologique évidente ne plaidait pas pour une mastoïdite compliquée. L'absence de rougeur, de chaleur et d'aspect brillant cutané rendait par ailleurs une cellulite cervicale peu probable, de même qu'une tumeur cérébrale, dont la présentation aiguë fébrile dans un contexte ORL net n'était pas typique. La tuméfaction latéro-cervicale, associée au bombement pharyngé médian et à la déviation de la luette, orientait en revanche fortement vers une origine ORL profonde, faisant évoquer en priorité un abcès rétropharyngé, sans exclure formellement à ce stade un abcès péri-amygdalien.

Définition

Un abcès rétropharyngé est une infection profonde des tissus mous du cou, caractérisée par une collection purulente localisée dans l'espace rétropharyngé, entre la paroi postérieure du pharynx et de la colonne cervicale. Il survient le plus souvent chez les enfants de moins de 6 ans, en raison de la présence de ganglions lymphatiques rétropharyngiens qui s'atrophient avec l'âge. Il est généralement secondaire à une infection ORL (rhinopharyngite, otite ou amygdalite) et peut être causé par des bactéries pyogènes, telles que les streptocoques du groupe A, Staphylococcus aureus ou des germes anaérobies.
Cliniquement, il se manifeste par une fièvre élevée, une douleur cervicale, un torticolis fébrile, une dyspnée, une voix étouffée, une raideur de la nuque et parfois des signes de détresse respiratoire.

Je décide d'adresser le patient en urgence dans le service d'ORL pédiatrique après avoir pris contact avec le médecin de garde.

Examens complémentaires

Le patient s'est rendu dans le service d'ORL pédiatrique où une échographie cervicale a été réalisée en première intention : cet examen, rapide, non irradiant et facilement accessible en urgence, permet un premier repérage d'une éventuelle collection sans exposer l'enfant aux rayonnements. Elle retrouve une infiltration hypoéchogène (une collection) des tissus mous en regard de l'espace péricarotidien. L'extension profonde étant difficilement définissable en échographie, un complément scannographique, qui reste l'examen de référence, est demandé pour évaluer précisément le volume et l'extension de l'atteinte.

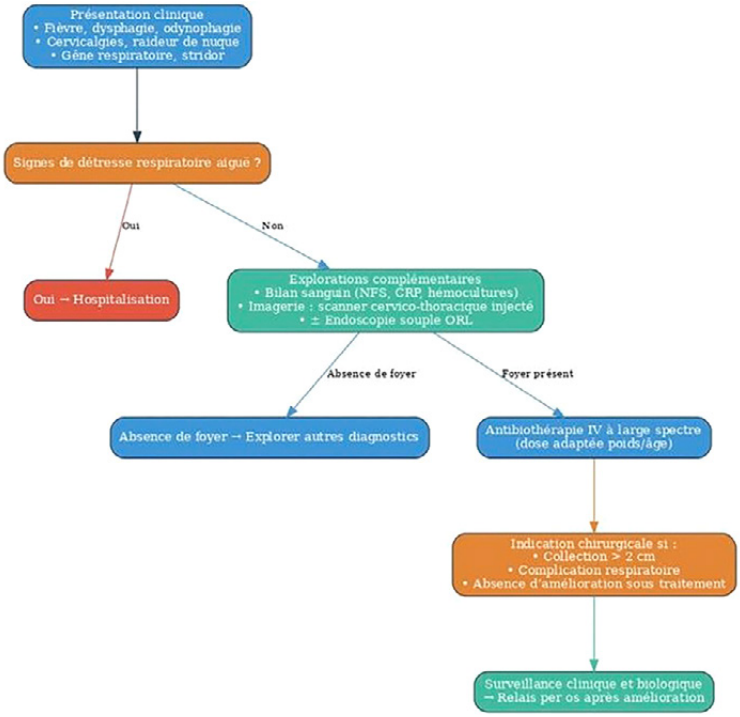
Le scanner du cou confirme la présence d'un abcès rétropharyngé étendu sur 5 cm d'axe craniocaudal. Il permet, mieux que l'échographie, de différencier l'abcès rétropharyngé d'une cellulite cervicale, qui se traduit classiquement par une atteinte cutanée inflammatoire (rougeur, chaleur, aspect brillant, sans collection individualisable), et de réaliser un bilan d'extension au niveau des autres espaces cervicaux.

Il convient par ailleurs de distinguer l'abcès rétropharyngé de l'abcès péri-amygdalien (ou rétro-amygdalien), autre suppuration cervicale profonde fréquente chez l'enfant. Ce dernier se développe entre la capsule amygdalienne et le muscle constricteur supérieur du pharynx, touche préférentiellement le grand enfant et l'adolescent, et se manifeste typiquement par un trismus et une voix couverte marqués ; sa prise en charge repose le plus souvent sur un drainage par ponction ou incision sous anesthésie locale. L'abcès rétropharyngé touche quant à lui davantage le jeune enfant, se situe dans l'espace rétropharyngé proprement dit, et nécessite plus fréquemment un drainage chirurgical au bloc opératoire sous anesthésie générale, en raison du risque de complications médiastinales ou vasculaires.

Algorithme de prise en charge d'un abcès rétrophryngé

L'algorithme ci-contre (figure 1) synthétise la démarche à adopter devant une suspicion d'abcès

Figure 1. Algorithme généré par la Dre Sonia BEN OMRANE avec l'aide de l'intelligence artificielle.



rétropharyngé chez l'enfant : évaluation clinique initiale à la recherche de signes de gravité, bilan d'imagerie (échographie puis scanner cervical en cas de doute), instauration d'une antibiothérapie probabiliste et décision de drainage chirurgical en fonction de la taille de l'abcès et de l'évolution sous traitement.

Traitements

Chez l'enfant, en cas d'absence de gravité, une antibiothérapie empirique par amoxicilline-clavulanique est administrée en première intention à la dose de 150 mg/kg/j en 3 fois par IVL (IV lente).

Alternatives en cas d'allergie aux bêta-lactamines : céfotaxime 200 mg/kg/j en 3 injections IV lentes (max 12 g/j) associé au métronidazole 30 mg/kg/j en 3 injections IV (max 1,5 g/j), ou clindamycine seule 40 mg/kg/j en 3 à 4 injections IV (max 2,4 g/j, à réserver à l'enfant de plus de 6 ans).

L'abcès rétropharyngé doit être traité par drainage chirurgical si l'abcès mesure plus de 2 cm. L'intervention chirurgicale est généralement réalisée par voie endobuccale si accessible, sinon par voie cutanée.

L'enfant a finalement été hospitalisé pour recevoir une antibiothérapie intraveineuse et bénéficier d'un drainage chirurgical de son abcès rétropharyngé.

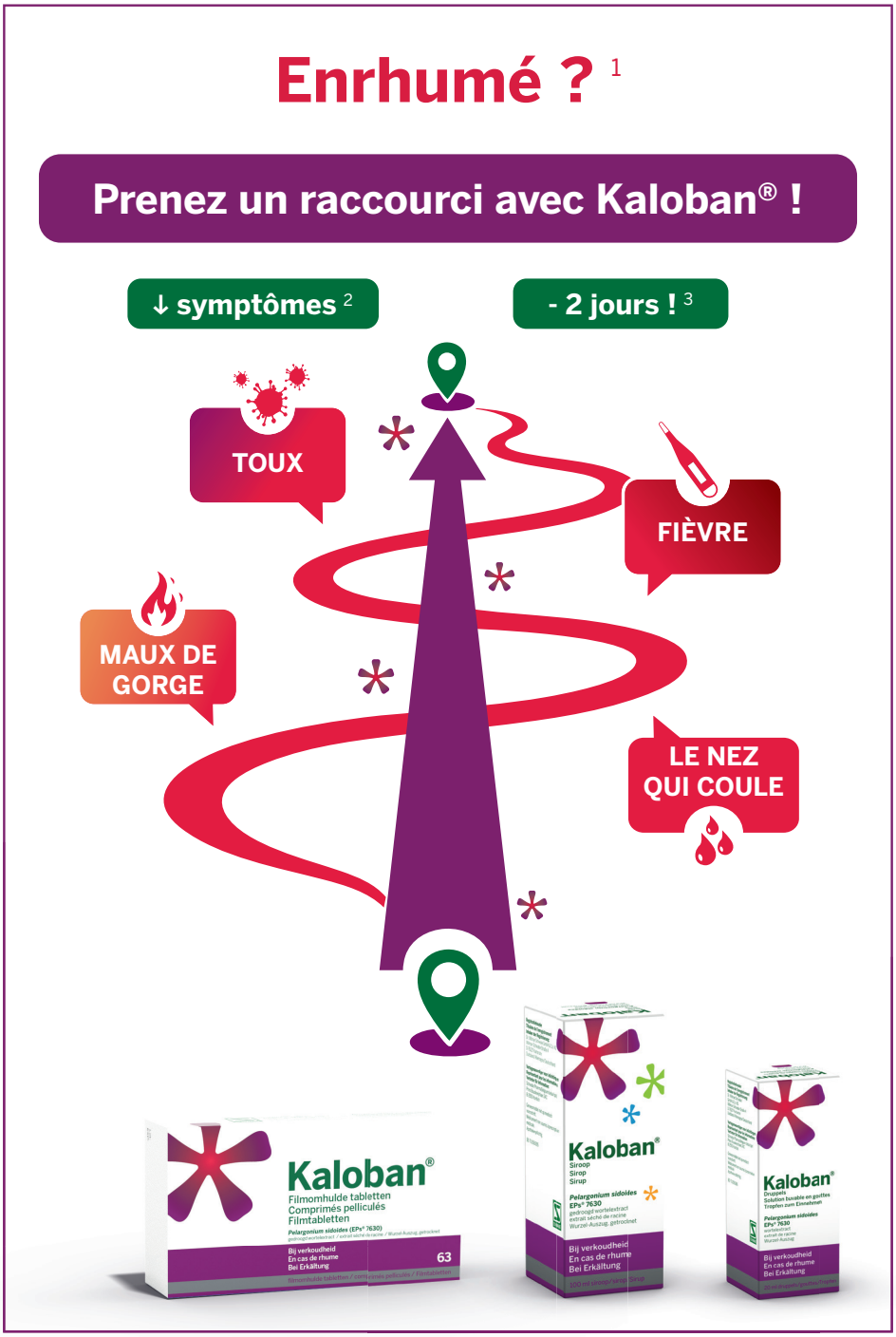
Conclusion

Ce cas illustre la nécessité, face à un torticolis fébrile chez l'enfant, de savoir jongler avec un large éventail de diagnostics différentiels afin d'écarter en priorité les diagnostics potentiellement graves, au premier rang desquels la méningite. Il souligne également l'importance, pour le médecin généraliste, d'orienter rapidement et adéquatement l'enfant dans le système de soins, vers un service d'urgences pédiatriques ou ORL, afin de permettre une prise en charge diagnostique et thérapeutique rapide. Le recours au scanner, associé à une prise en charge chirurgicale appropriée et à une antibiothérapie ciblée, optimise en effet le pronostic et permet une évolution favorable.

Bibliographie

1. Manuel MSD (version professionnelle) : msdmanuals.com – Abcès rétro-pharyngé.
2. Pas à Pas en Pédiatrie. *Que faire devant un torticolis ?* Immuno-Infectio-Parasito. Disponible sur : https://pap-pediatrie.fr/immuno-infectio-parasito/que-faire-devant-un-torticolis.
3. Cohen R, Madhi F, Thollot F, Hau I, Vie le Sage F, Lemaître C, et al. Antibiothérapie des infections oto-rhino-laryngologiques. Médecine & Enfance. 2023 ; 43 (2). doi : 10.1016/j.jpp.2024.02.004.
4. Vinckenbosch P, Guilcher P, Lambercy K, Richard C. Abcès rétropharyngé de l'enfant. Rev Med Suisse. 2017 ; 13 : 1698-7
5. Commission belge de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC), Société belge d'infectiologie et de microbiologie clinique SBIMC ; BVIKM. Recommandations de traitements anti-infectieux en milieu hospitalier 2017 (guide en ligne). Belgique : SPF Santé publique.
6. Société Française de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF), Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie Cervico-Faciale (SFORL). Info-antibio n° 101 – Prise en charge (antibiotique) des infections cervicales profondes d'origine pharyngée. Novembre 2024. Disponible sur : https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/atb/info-antibio/info-antibio-2024-11-inf-cerv.pdf
7. Société Française d'Oto-Rhino-Laryngologie et de Chirurgie Cervico-Faciale (SFORL). Recommandation de pratique clinique : prise en charge des infections cervicales profondes d'origine pharyngée. 2024. Disponible sur : https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/recos/rpc-pharyngite-2024.pdf.

CONDITIONNEMENT	CNK	PP (TVA incl.)
21 comprimés	2688-984	€ 12,50
42 comprimés	3773-678	€ 23,90
63 comprimés	4108-833	€ 28,19
100 ml sirop	2689-008	€ 9,62
20 ml gouttes	2688-992	€ 9,62



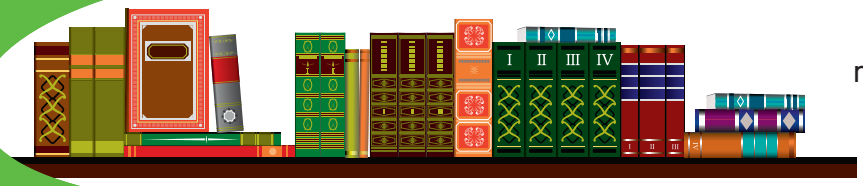
Dénomination du médicament : Kaloban® comprimés pelliculés. Composition qualitative et quantitative : 1 comprimé pelliculé contient 20 mg d'extrait séché de racine de Pelargonium sidoides (1:8 – 10) (EPs® 7630). L'agent d'extraction : 11% d'éthanol (m/m). Excipient à effet notoire : lactose. Forme pharmaceutique : Comprimé pelliculé. Kaloban® comprimés sont des comprimés pelliculés ronds de couleur rouge-brun. Indications thérapeutiques : Rhume. Cette indication est fondée uniquement sur l'usage traditionnel de ce médicament à base de plantes. Kaloban® est indiqué chez les adultes et les enfants à partir de 6 ans. Posologie et mode d'administration : Posologie : adultes et enfants à partir de 12 ans : 1 comprimé, 3 fois par jour (matin, midi et soir) ; enfants âgés de 6 à 12 ans : 1 comprimé, 2 fois par jour (matin et soir). Mode d'administration : voie orale. Ne pas mâcher le comprimé et prendre avec un peu d'eau. Durée du traitement : Le traitement dure 7 jours en moyenne. Pour prévenir une rechute, il est recommandé de continuer le traitement pendant quelques jours quand les symptômes diminuent. Le traitement ne doit pas dépasser 3 semaines. Contre-indications : Hypersensibilité à l'extrait de Pelargonium sidoides ou à l'un des excipients ; des maladies hépatiques graves. Effets indésirables : L'évaluation des effets indésirables est basée sur leur fréquence comme listée ci-dessous : très fréquent (≥1/10) ; fréquent (≥1/100, <1/10) ; peu fréquent (≥1/1000, <1/100) ; rare (≥1/10000, <1/1000) ; très rare (<1/10000 ou bien inconnu). Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales : rare : légers saignements du nez. Affections gastro-intestinales : peu fréquent : troubles gastro-intestinaux légers (diarrhées, douleurs épigastriques ou des nausées), rare : légers saignements des gencives. Affections hépatobiliaires : Le rapport causal des troubles fonctionnels hépatiques avec la prise de Kaloban® n'a pas été confirmé. La fréquence est indéterminée. Affections de la peau et du tissu sous-cutané/ Affections du système immunitaire : rare : des réactions d'hypersensibilité (réactions de type I avec exanthème (éruption cutanée aiguë), urticaire, démangeaisons de la peau et des muqueuses ; réactions de type II avec la formation d'anticorps), très rare : des réactions anaphylactiques ou des réactions similaires avec gonflement du visage, dyspnée et baisse de la pression sanguine. Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Willmar-Schwabe-Straße 4, D-76227 Karlsruhe, Allemagne. BE-TU356404. Délivrance : Médicament non soumis à prescription médicale. Date de mise à jour du texte : 09-2025

Dénomination du médicament : Kaloban® sirop. Composition qualitative et quantitative : 100 g (=93,985 ml) de sirop contient 0,2506 g d'extrait liquide séché de racine de Pelargonium sidoides (1:8 – 10) (EPs® 7630). L'agent d'extraction: 11% d'éthanol (m/m). Forme pharmaceutique : Sirop. Kaloban® est un sirop orange à marron clair. Indications thérapeutiques : Rhume. Cette indication est fondée uniquement sur l'usage traditionnel de ce médicament à base de plantes. Kaloban® sirop est indiqué chez les adultes et les enfants à partir d'1 an. Posologie et mode d'administration : Posologie : adultes et enfants à partir de 12 ans : 7,5 ml de sirop, 3 fois par jour ; enfants âgés de 6 à 12 ans: 5 ml de sirop, 3 fois par jour ; enfants âgés de 1 à 5 ans: 2,5 ml de sirop, 3 fois par jour. Mode d'administration : Il est conseillé de prendre le sirop le matin, le midi et le soir. Durée du traitement : Le traitement dure 7 jours en moyenne. Pour prévenir une rechute, il est recommandé de continuer le traitement pendant quelques jours quand les symptômes diminuent. Le traitement ne doit pas dépasser 3 semaines. Contre-indications : Hypersensibilité à l'extrait de Pelargonium sidoides ou à l'un des excipients ; des maladies hépatiques graves. Effets indésirables : L'évaluation des effets indésirables est basée sur leur fréquence comme listée : très fréquent (≥1/10); fréquent (≥1/100, <1/10); peu fréquent (≥1/1000, <1/100); rare (≥1/10000, <1/1000); très rare (<1/10000 ou inconnu). La liste des effets indésirables mentionnés ci-dessous comprend tous les effets qui sont survenus pendant un traitement avec Kaloban, y compris les réactions qui se sont produites suite à un dosage supérieur ou une utilisation prolongée. Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales : rare : légers saignements du nez. Affections gastro-intestinales : peu fréquent : troubles gastro-intestinaux légers (diarrhées, douleurs épigastriques ou des nausées), rare : légers saignements des gencives. Affections hépatobiliaires : Le rapport causal des troubles fonctionnels hépatiques avec la prise de Kaloban® n'a pas été confirmé. La fréquence est indéterminée. Affections de la peau et du tissu sous-cutané/ Affections du système immunitaire : rare : des réactions d'hypersensibilité (réactions de type I avec exanthème (éruption cutanée aiguë), urticaire, démangeaisons de la peau et des muqueuses; réactions de type II avec la formation d'anticorps), très rare : des réactions anaphylactiques ou des réactions similaires avec gonflement du visage, dyspnée et baisse de la pression sanguine. Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Willmar-Schwabe-Straße 4, D-76227 Karlsruhe, Allemagne. BE-TU356395. Délivrance : Ce médicament est disponible sans prescription médicale. Date de mise à jour du texte : 05-2025

Dénomination du médicament : Kaloban® gouttes pour usage oral, solution. Composition qualitative et quantitative : 10 g (=9,75 ml) de solution contient 8,0 g d'extrait de racine de Pelargonium sidoides (1:8 – 10) (EPs® 7630). L'agent d'extraction: 11% d'éthanol (m/m). Forme pharmaceutique : Gouttes pour usage oral, solution. Kaloban® gouttes est une solution de couleur brun clair à brun-rouge. Indications thérapeutiques : Rhume. Cette indication est fondée uniquement sur l'usage traditionnel de ce médicament à base de plantes. Kaloban® gouttes est indiqué chez les adultes et les enfants à partir d'1 an. Posologie et mode d'administration : Posologie : adultes et enfants à partir de 12 ans : 30 gouttes, 3 fois par jour ; enfants âgés de 6 à 12 ans : 20 gouttes, 3 fois par jour ; enfants âgés de 1 à 5 ans : 10 gouttes, 3 fois par jour. Mode d'administration : Il est conseillé de prendre les gouttes le matin, le midi et le soir avec un peu de liquide. Durée du traitement : Le traitement dure 7 jours en moyenne. Pour prévenir une rechute, il est recommandé de continuer le traitement pendant quelques jours quand les symptômes diminuent. Le traitement ne doit pas dépasser 3 semaines. Contre-indications : Hypersensibilité à l'extrait de Pelargonium sidoides ou à l'un des excipients ; des maladies hépatiques graves. Effets indésirables : L'évaluation des effets indésirables est basée sur leur fréquence comme listée : très fréquent (≥1/10); fréquent (≥1/100, <1/10); peu fréquent (≥1/1000, <1/100); rare (≥1/10000, <1/1000); très rare (<1/10000 ou inconnu). Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales : rare : légers saignements du nez. Affections gastro-intestinales : peu fréquent : troubles gastro-intestinaux légers (diarrhées, douleurs épigastriques ou des nausées), rare : légers saignements des gencives. Affections hépatobiliaires : Le rapport causal des troubles fonctionnels hépatiques avec la prise de Kaloban® n'a pas été confirmé. La fréquence est indéterminée. Affections de la peau et du tissu sous-cutané/ Affections du système immunitaire : rare : des réactions d'hypersensibilité (réactions de type I avec exanthème (éruption cutanée aiguë), urticaire, démangeaisons de la peau et des muqueuses; réactions de type II avec la formation d'anticorps), très rare : des réactions anaphylactiques ou des réactions similaires avec gonflement du visage, dyspnée et baisse de la pression sanguine. Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Willmar-Schwabe-Str. 4, D-76227 Karlsruhe, Allemagne. BE-TU356386. Délivrance : Ce médicament est disponible sans prescription médicale. Date de mise à jour du texte : 07-2021

Références : 1. Schwabe Pharma Belgium. Kaloban® : résumés des caractéristiques du produit (RCP) des comprimés, sirop et gouttes [Internet]. Kontich : Schwabe Pharma Belgium; consulté le 14 octobre 2026. Disponible via la base de données des médicaments de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS). ; 2. Matthys H, Lehmacher W, Zimmermann A, Brandes J, Kamin W. EPs 7630 in acute respiratory tract infections: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. J Lung Pulm Respir Res. 2016;3(1):4-15. doi:10.15406/jlprr.2016.03.00068. ; 3. Matthys H, Eisebitt R, Seith B, Heger M. Efficacy and safety of an extract of Pelargonium sidoides (EPs 7630) in adults with acute bronchitis: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Phytomedicine. 2003;10(Suppl 4):7-17. doi:10.1078/1433-187X-00308.

KAL rédaction : 2026-08-06 F045



par le Dr Jimmy FONTAINE
médecin généraliste • 1480 Tubize
jimmy.fontaine@ssmg.be

Goupil ou Face



Goupil ou Face est une bande-dessinée qui raconte l'histoire de Lou, une jeune fille de 16 ans qui commence à expérimenter des phases d'isolement suivies de phases d'exaltation. Elle commence à consulter des médecins qui lui parlent de dépression et lui prescrivent des antidépresseurs. Mais la situation de Lou s'aggrave et les conséquences sur sa vie sont décrites au cours des années (études, travail, couple, etc.).

Un jour, Lou qui est à bout, pense à se suicider. Elle décide alors de se rendre aux urgences, à la suite de quoi, elle sera hospitalisée en psychiatrie. Sur les conseils de sa psychologue, elle rencontre un énième psychiatre qui lui pose une série de questions et le diagnostic de cyclothymie tombe. Ce diagnostic qui arrive après 8 ans d'errance libère Lou qui commence à mieux comprendre ce qui lui arrive.

Le trouble cyclothymique appartient à la famille des maladies bipolaires. La cyclothymie se caractérise par une humeur variable où l'on peut passer d'un extrême à l'autre (de l'exaltation à l'angoisse) sans raison.

L'auteure qui se nomme Lou Lubie (du nom de sa protagoniste principale et ce n'est pas un hasard) présente son trouble comme un monstre noir affamé. Cette entité est avide de nouveautés (nouvelles rencontres, nouveaux défis, nouvelles expériences). Lou doit nourrir ce monstre sans quoi il risque de prendre le dessus et plonger Lou dans la dépression. Mais quand elle découvre qu'elle souffre de cyclothymie, elle se rend compte que son monstre est en fait un renard pas aussi effrayant qu'elle l'imaginait et qu'elle doit apprivoiser (toute ressemblance avec le renard de Saint-Exupéry est préméditée). Son renard est roux et gentil quand tout va bien et se transforme en un monstre féroce quand tout va mal car même apprivoisé, le renard reste un animal et peut redevenir sauvage à tout moment.

Lou raconte comment elle essaie d'apprivoiser son renard «intérieur», quels sont les éléments qui peuvent le faire «grossir» et aggraver son



trouble comme le stress, les horaires irréguliers, la consommation d'alcool, etc.

Les personnes cyclothymiques qui s'ignorent (et laissent donc leur renard «grossir») développent souvent d'autres troubles comme des troubles de la conduite alimentaire, des TOC, de la phobie sociale, etc. rendant le diagnostic encore plus difficile à poser.

L'auteure développe des conseils par rapport à ce trouble et tord le cou aux idées reçues, notamment sur l'utilisation des médicaments thymorégulateurs qui peuvent constituer une piste tout en tenant compte des effets secondaires potentiels.

Cette BD que m'a prêtée une patiente souffrant de cyclothymie est à conseiller tant ce trouble est fréquent : il touche environ 6 % de la population. Cet ouvrage est donc à mettre entre toutes les mains car on peut toutes et tous reconnaître une personne ou on peut soi-même souffrir de ce trouble sans le savoir. Comme le dit l'auteure avec des mots un peu différents : nommer, c'est prendre le risque de stigmatiser, d'enfermer dans une case, mais c'est aussi permettre de définir, d'ouvrir le champ des possibles.

Goupil ou Face • Éditeur : Delcourt • 156 p. •
ISBN : 9782413041511 • 18,50 €

SYSTÈME DE COTATION

À regarder avec intérêt	Livre agréable à lire	À recommander en bibliothérapie
Intéressant si aucune autre source bibliographique	Livre de qualité moyenne	Peut être utilisé dans un cadre restreint en bibliothérapie
D'un intérêt limité à quelques MG	Livre peu agréable à lire	Non destiné à la bibliothérapie

BIEN MANGER, CA VEUT DIRE QUOI?

1. Préférez les fruits et légumes de l'agriculture **biologique**, **locaux** et de **saison**

2. Favorisez les contenants en **inox** ou en **verre** au lieu des contenants en plastiques, surtout s'ils sont chauffés

3. Préférez le "**fait maison**" et évitez les aliments industriels ou utilisez l'application "Yuka"

4. **Limitez** la consommation de **gros poissons** et poissons d'eau douce
(thon, lotte, dorade, espadon, flétan, loup, sciure, carpe, ...)

5. Mangez peu de "petits produits de la mer"
(moules)

6. Consommez **peu de viande** en bannissant viandes et poissons fumés ou transformés
(charcuteries, pâtés, ...)

7. Préférez les graisses végétales plutôt que les **graisses** animales
(limitez la viande rouge)

8. Préférez les préparations **sans sucres ajoutés** et bannissez les "faux sucres" tel que l'aspartame

9. Favorisez les poêles en inox, **céramique** ou **fonte**

10. **Limitez** les fortes cuissons au **barbecue** et au **four**

... Quelques explications ...

1. Plusieurs **pesticides** ont montré des corrélations avec certaines maladies (cancers, Parkinson, troubles de la thyroïde, autisme, ...)

2. Les emballages plastiques peuvent contenir des **bisphénols**, des **phtalates**, des **polystyrènes**, des **polycarbonates** qui peuvent diffuser dans les aliments et les boissons, surtout si ils sont **chauffés**
Les gourdes en aluminium, les canettes et les boites de conserve sont tapissées d'un film de **résine polyépoxyde, dérivés du bisphénol A: toxique pour la santé**

3. Beaucoup d'aliments industriels **préemballés** contiennent bon nombre **d'additifs alimentaires**, dont certains peuvent être **nocifs**

4. 5. Les gros poissons prédateurs accumulent les toxiques des océans (**métaux lourds, PCB**). Les petits produits de la mer contiennent des **nanoplastiques**.

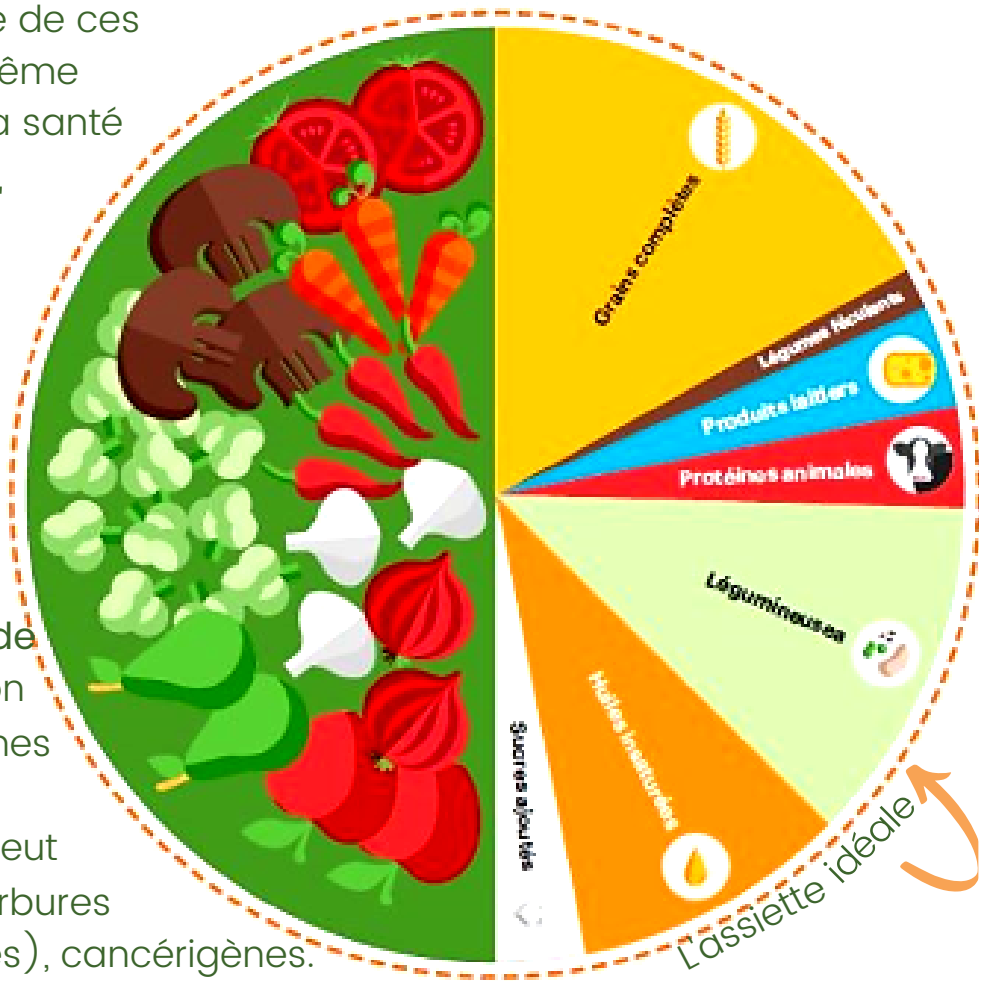
6. Les viandes et poissons fumés contiennent des nitrites, **cancérigènes** et responsables de troubles de la thyroïde

7. Les **graisses animales** sont plus souvent saturées moins bonne pour la santé

8. Les **sucres** ajoutés sont à limiter pour éviter le diabète, le surpoids ou l'obésité. Les "faux sucres" (aspartame) des marchandises "light" ou "zéro" ne diminuent pas le risque de ces maladies et présentent même des effets néfastes pour la santé

9. Les poêles "**antiadhésives**" sont déconseillées : elles libèrent des composés perfluorés dans les aliments, dangereux pour la santé

10. La **surcuisson** des aliments à base de **céréales** ou de **pommes de terre** entraîne la production **d'acrylamides**, cancérigènes probables
La cuisson au **barbecue** peut libérer des **HAP** (Hydrocarbures Aromatiques Polyclycliques), cancérigènes.



L'assiette idéale



CONDITIONS DE TRAVAIL DE QUALITÉ ET BIEN VIVRE,

rejoignez nos équipes en salariat et en remplacement, partout en Occitanie

« En Occitanie, nous avons décidé de recruter des professionnels de santé partout où c'est nécessaire : territoires ruraux, de montagne ou périurbains. Rejoignez-nous pour faire reculer les déserts médicaux ! »

Carole Delga,
Présidente de la Région Occitanie Pyrénées-Méditerranée

DES POSTES SONT À POURVOIR PARTOUT EN OCCITANIE *

SI VOUS VOULEZ :

- consacrer plus de temps à vos patients
- être totalement déchargé de l'administratif non médical
- bénéficier de conditions de travail flexibles
- un salaire attractif
- travailler en équipe
- Jusqu'à 9 semaines de conges pour un temps plein

REJOINGNEZ NOUS !



Pour toutes demandes :
erika.borg@masantemaregion.fr
Tél.: 06 30 19 97 58

alicia.montoya@masantemaregion.fr
Tél.: 05 82 28 02 73

Ma santé, Ma Région

La Région Occitanie Pyrénées - Méditerranée



par les Dres Camille DUBUS
et Caroline MICHOT

médecins généralistes

RMG@ssmg.be

IECA versus ARA II, comment choisir ?

Les recommandations européennes de la société d'hypertension en 2024 ne font pas de distinction en première intention entre les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II) et inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA).

Selon les dernières études, les ARA II sont préférés dans les indications suivantes :

- hypertension essentielle ;
- maladie rénale chronique ou albuminurie et en cas d'insuffisance rénale sévère ;
- en prévention primaire d'un accident vasculaire cérébral.

Les IECA et les ARA II sont équivalents dans le traitement de l'insuffisance cardiaque. Les IECA seraient cependant à préférer en cas d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection du ventricule gauche abaissée.

Les IECA et les ARA II sont équivalents dans les indications suivantes :

- post-infarctus du myocarde ;
- en prévention secondaire d'un AVC.

Les contre-indications à un traitement par IECA sont :

- un antécédent d'angio-œdème ;
- une hyperkaliémie ;
- une insuffisance rénale avec un débit de filtration glomérulaire (DFG) < 30 ml/min ;
- une grossesse/un allaitement ;
- une sténose des artères rénales ;
- un âge < 18 ans.

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·rice se fasse sa propre opinion en fonction de ses connaissances et de son expérience, après éventuellement avoir pris connaissance de l'article.

Les contre-indications à un traitement par ARA II sont :

- un antécédent d'angio-œdème (risque de récidive de 25 %) ;
- une insuffisance rénale avec un débit de filtration glomérulaire (DFG) < 10 ml/min ;
- une grossesse/un allaitement.

Le principal effet indésirable des IECA est la toux (par accumulation de bradykinine, de substance P et de prostaglandines, ce qui sensibilise les nerfs des voies respiratoires déclenchant un réflexe de toux). Il s'agit d'un effet de classe non dose-dépendant. La toux est sèche et irritative et peut apparaître à n'importe quel moment du traitement. Viennent ensuite l'angio-œdème et la pancréatite. Le telmisartan est associé à davantage d'hypotensions symptomatiques que le ramipril.

Notons enfin que les IECA sont moins coûteux que les ARA II. (CM)

Devènes C, Rodrigues B, Teta D, Gobin N. IECA versus ARA II, comment choisir ?. Rev Med Suisse. 2026 ; 22 (948) : 254-259. DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.948.48289.

Mots-clés : IECA, ARA II, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, prévention secondaire.

Évaluation d'une hyperferritinémie

L'hyperferritinémie, définie par une ferritine sérique supérieure à 300 mcg/ l chez l'homme et plus de 200 mcg/ l chez la femme, est très fréquente mais ne s'accompagne d'une surcharge en fer que dans 10 % des cas.

Hyperferritinémie sans surcharge en fer

Dans 90 % des cas, c'est le reflet de la ferritine comme protéine de la phase aiguë d'un phénomène inflammatoire infectieux, néoplasique ou auto-immun, mais aussi dans les états pro-inflammatoires en cas d'infarctus du myocarde ou de thyréotoxicose par exemple.

En effet, les cytokines pro-inflammatoires (dont IL-6) stimulent la production de ferritine et d'hepcidine. Le syndrome métabolique cause également souvent une hyperferritinémie. Les patient·es avec une stéatose hépatique et une dysfonction métabolique, ou avec une hépatopathie chronique peuvent présenter une surcharge en fer. C'est aussi le cas avec une consommation importante d'alcool, qui engendre une augmentation de la synthèse de ferritine et un état inflammatoire locorégional. La lyse cellulaire et le relargage de la ferritine intracellulaire des hépatocytes augmentent également le taux de ferritine.
L'insuffisance rénale terminale, la maladie de Gaucher (ou autres maladies de surcharge), ou le syndrome d'activation macrophagique sont d'autres causes d'hyperferritinémie sans surcharge en fer.

Hyperferritinémie avec surcharge en fer

Le coefficient de saturation de la transferrine (CST) est alors supérieur à 45 %.

La surcharge en fer peut être expliquée soit par un excès d'apport parentéral, soit par une absorption intestinale augmentée. Cette absorption intestinale augmentée est majoritairement en lien avec une dysfonction de l'hepcidine : l'hepcidine est la protéine principale de la régulation du cycle du fer en activant l'internalisation et la dégradation de la ferroportine au niveau de l'entérocyte. Dans l'hémochromatose, il y a une diminution de la production de l'hepcidine, ou une diminution de son action, ce qui limite le feedback négatif de l'absorption du fer et entraîne son accumulation.

Les hémoglobinopathies, membranopathies, anémies sidéroblastiques acquises ou congénitales, hépatopathies ou syndrome métabolique de surcharge en fer sont d'autres causes d'hyperferritinémie avec surcharge en fer associée.

Face à toute hyperferritinémie, une anamnèse détaillée est donc nécessaire : habitudes de vie, antécédents personnels et familiaux, état pro-inflammatoire seront investigués.
Au niveau biologique, le CST sera demandé ainsi qu'une formule sanguine complète, des tests hépatiques, un bilan inflammatoire et lipidique, une glycémie/ Hba1C, une fonction rénale, et éventuellement un bilan auto-immun (VS, FR, AAN, ANCA).

En cas d'hyperferritinémie inférieure à 1000 et de coefficient de saturation inférieur à 45% sans cause retrouvée, on privilégie mesures hygiéno-diététiques et un contrôle à 3 mois. Si l'hyperferritinémie est supérieure à 1000, une IRM abdominale est recommandée pour rechercher une surcharge d'organe, une cause rare ou un syndrome métabolique de surcharge en fer.

Si le CST est supérieur à 45 %, il faut rechercher une anomalie érythrocytaire pour exclure une hémoglobinopathie. Une IRM abdominale est indiquée si cela n'est pas retrouvé. En parallèle, une recherche de mutation du gène HFE est indiquée chez le patient caucasien (suspicion d'une hémochromatose). (CD)

Schilt C., Derême J, Gavillet M et al. Évaluation d'une hyperferritinémie. Rev Med Suisse. 2026 ; 22 (968) : 1180-1184. DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.968.48300

Mots-clés : hyperferritinémie, fer, ferritine.

Appendicite aiguë : peut-on éviter la chirurgie ?

Ces dernières années, l'antibiothérapie a été proposée comme alternative à la chirurgie dans différents essais randomisés pour les cas d'appendicite aiguë non compliquée. L'opération a pu être évitée ou différée chez 55 à 60 % des patient·es, sans garantir une guérison définitive. En effet, environ 40 à 45 % de ces patient·es auront besoin d'une appendicectomie endéans les 10 ans. Le risque de complications infectieuses est également plus important chez les patient·es non-opéré·es que chez les patient·es opéré·es (4,3 % des patient·es versus 2,7 %).

La sélection rigoureuse des patient·es, doit être basée sur un scanner pour ne pas sous-estimer la gravité et la présence d'un abcès, une perforation ou un appendicolithe. L'échographie seule n'est pas toujours suffisante pour distinguer une appendicite simple d'une appendicite compliquée.
L'appendicolithe est un corps solide constitué de matières fécales, de calcium ou d'autres débris, obstruant la lumière de l'appendice et augmentant ainsi la pression dans la paroi, avec ischémie et passage des bactéries. C'est un facteur prédictif de non-réponse aux antibiotiques.

En Suisse romande, le traitement par antibiothérapie seule n'est pas recommandé chez les enfants et l'échographie peut suffire au diagnostic. Chez la femme enceinte, une IRM est recommandée si l'échographie est insuffisante, et l'appendicectomie laparoscopique reste le traitement de premier choix.

L'appendicectomie reste donc le traitement le plus sûr et définitif. Une chirurgie peut être évitée chez certain·es patient·es bien sélectionné·es, moyennant une information claire sur le risque de récidive et l'importance d'un suivi strict. (CD)

Lagger, M., Sguinzi R, Charbonnet P et al. Appendicite aiguë : peut-on éviter la chirurgie ?. Rev Med Suisse. 2026 ; 22 (966) : 1066-1060. DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.966.48754

Mots-clés : appendicite aiguë, appendicectomie, urgences chirurgicales.

Anorexie masculine et bigorexie : obstacles à la détection et au traitement

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) sont plus souvent rapportés chez les femmes, ce qui laisse croire que ces maladies sont majoritairement féminines. Ceci a engendré un retard dans la recherche sur les TCA masculins, et le manque de recherche a entretenu l'invisibilisation des TCA chez les hommes auprès des professionnel·les de la santé.
Les hommes ont plus de difficultés à parler de leurs TCA (et de leur santé mentale en général), ceux-ci sont par ailleurs perçus par la société comme étant des maladies féminines, ce qui rend les hommes encore plus réticents à chercher de l'aide.
Pourtant, les TCA touchent également les hommes.
Les minorités sexuelles et de genre présentent un risque augmenté : l'insatisfaction corporelle, des expériences de harcèlement visant le corps, ou, chez les hommes trans, l'appropriation d'idéaux sociétaux du corps masculin stéréotypique sont des explications possibles.

La bigorexie, ou dysmorphie musculaire, est reconnue comme trouble obsessionnel compulsif et non comme TCA. C'est une préoccupation excessive liée à la perception d'une musculature insuffisante, conduisant à des régimes stricts et des entraînements sportifs intensifs, associés à un body checking (comportement compulsif qui consiste à évaluer et mesurer régulièrement son corps) et à une détresse importante ayant un impact sur le fonctionnement psychosocial. Cependant, l'obsession prend racine dans l'internalisation de l'image corporelle idéalisée, ce qui est également le cas chez les femmes dans l'anorexie, d'où la controverse nosologique par rapport au classement de la bigorexie dans les TOC… Les comportements de vérification, régimes, détresse psychologique et impact sur le fonctionnement psychosocial sont tant de symptômes que la bigorexie et les TCA ont en commun. Les auteur·rices soulignent donc la nécessité de clarifier la place de la bigorexie et ses liens avec les TCA.

En présence de vomissements, purges, pensées envahissantes en lien avec l'alimentation, insuffisance pondérale et symptômes somatiques de dénutrition, le clinicien penchera plutôt vers un TCA. Mais des critères diagnostiques clairs n'ont pas encore été établis pour les hommes, et les outils ne sont pas conçus pour détecter les comportements alimentaires perturbés orientés vers la quête de muscles.

La DMS (Drive for Muscularity Scale) est une échelle composée de 15 items évaluant l'insatisfaction et les comportements liés à la musculature. Cette échelle peut aider le·la clinicien·ne dans l'évaluation d'une éventuelle bigorexie. Le MDDI est une échelle de 13 items qui évalue la quête de volume, l'intolérance à l'apparence et le retentissement fonctionnel. Ces instruments ont été validés, mais un seuil clair pour une condition « pathologique » n'a pas encore été identifié.

On pourrait se demander si le souhait d'un homme d'être « sec » n'est pas socialement plus acceptable que celui d'être mince. Les attentes sociétales envers les hommes (l'idéal masculin serait d'avoir une musculature très développée) se sont intensifiées ces dernières années, amplifiées par les réseaux sociaux notamment. Cela peut engendrer du stress et favoriser le développement de comportements pathologiques. Les professionnel·les de la santé doivent rester vigilant·es : un discours centré sur le fait d'être en forme peut masquer des symptômes évocateurs d'un TCA.

Finalement, ce retard dans les connaissances des TCA masculins impacte également leur prise en charge, qui se calque sur les interventions développées pour les femmes. Les symptômes et problématiques spécifiques nécessiteraient des besoins thérapeutiques propres. L'article plaide pour une meilleure reconnaissance des TCA masculins, un dépistage plus adapté et le développement de stratégies thérapeutiques spécifiquement étudiées chez les hommes. (CD)

Osterlof H. T., Charalampakis S., Walitza S. et al. Anorexie masculine et bigorexie : obstacles à la détection et au traitement. *Rev Med Suisse.* 2026 ; 22 (975) : 1500-1503.
DOI : REVMED.2026.22.975.49147

Mots-clés : Anorexie, troubles des comportements alimentaires, troubles obsessionnels compulsifs, bigorexie, homme.

Grande Journée Actualités – 9/01/27

UN POINT SUR LES NOUVEAUTÉS



Le Dr Jean-Marie LEDOUX, Président de la Commission de Charleroi, nous présente le programme de cette Grande Journée consacrée aux actualités diagnostiques et thérapeutiques.

Focus sur la plateforme TRIO

Oratrices : Christine VERSTEGEN & Annabelle BEUKENS

Modérateur : Dr Jean-Stéphane ROCHET

Enjeux et aspects pratiques pour la communication avec les médecins-conseil et médecins du travail – comment utiliser la plateforme TRIO ?

Les pancréatites : de l'aigu au chronique

Orateur : Dr Florent FORTINATI

Modérateur : Dr François BAVIER

Actualisation des connaissances du·de la médecin généraliste qui sera capable de diagnostiquer et d'assurer le suivi des pancréatites.

NOAC Stop ou encore

Orateur : Dr Mickael HARDY

Modératrice : Dre Sissel HEIDEBROEK

Le·la médecin généraliste sera plus à l'aise pour le suivi chronique des patient·es sous NOACS et leur utilisation de manière ponctuelle.

Les apnées du sommeil – actualités

Orateur·rices : Dr César DAUCHOT & Françoise DUMONT

Modératrice : Dre Victoria SCOYS

La réforme de la législation tant sur le plan du diagnostic que du traitement du syndrome des apnées du sommeil.

Cancer du rectum : une approche moins invasive

Orateur : Dr François DALL'ARMELLINA

Modérateur : Dr Thomas CHRISPEELS

Le·la médecin généraliste sera informé·e des possibilités thérapeutiques dans le cancer du rectum.

Infos pratiques

La Grande Journée « Actualités diagnostiques et thérapeutiques » aura lieu le 9 janvier 2027.

Inscriptions sur notre site web :
https://www.ssmg.be/formation-30208/

Noé Van Schelvergem

Grande Journée de Liège – 16/01/27

MIEUX PRESCRIRE ENSEMBLE



Nous avons rencontré le Dr Alberto PARADA, organisateur de la Grande Journée de Liège, pour évoquer cette édition qui réunira médecins généralistes et pharmacien·nes.

Pourquoi avoir choisi ce thème ?

Alberto PARADA : Cette Grande Journée a pour particularité de s'adresser à la fois aux médecins généralistes et aux pharmacien·nes d'officine de la province de Liège. L'objectif est de renforcer leur collaboration autour de la prescription et de la délivrance des médicaments. Chez les patient·es polymédiqué·es, une révision thérapeutique structurée et concertée peut permettre d'améliorer les traitements et d'éviter certaines difficultés. Cette thématique prend également tout son sens à l'approche de la mise en place de la prescription à l'unité en 2027.

Quels sont les objectifs de cette Grande Journée ?

Alberto PARADA : Nous souhaitons donner aux participant·es des outils concrets pour réaliser une révision thérapeutique en collaboration avec le·la pharmacien·ne, identifier les situations qui nécessitent un contact direct avec l'officine et améliorer cette communication. Nous aborderons également la désescalade thérapeutique, notamment l'arrêt progressif des benzodiazépines et des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), en construisant un plan de suivi avec le·la patient·e et le·la pharmacien·ne. L'idée est de travailler ensemble, au bénéfice du·de la patient·e.

Comment se déroulera la journée ?

Alberto PARADA : La demi-journée débutera par plusieurs courtes interventions théoriques présentées en binôme médecin-pharmacien·ne. Elles aborderont notamment la révision thérapeutique, les interactions médicamenteuses, les modalités de délivrance et les posologies, ainsi que l'amélioration des prescriptions d'antibiotiques et le sevrage de certains traitements. La suite sera consacrée à deux ateliers pratiques : l'un autour des prescriptions et des interactions médicamenteuses, l'autre autour de la prescription au comptoir de l'officine. Les participant·es pourront ainsi confronter leurs pratiques et repartir avec des pistes directement applicables au quotidien.

Infos pratiques

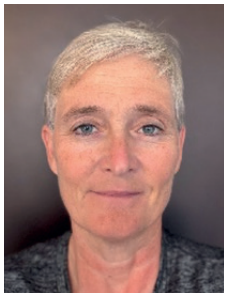
La Grande Journée de Liège aura lieu le samedi 16 janvier 2027.

Inscriptions sur notre site web :
https://www.ssmg.be/formation-30226/

Noé Van Schelvergem

La carte interactive du Réseau Alcool

FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS



L'orientation des patient·es confronté·es à des difficultés liées à l'alcool peut parfois être compliquée, notamment lorsqu'il est difficile d'identifier un·e professionnel·le spécialisé·e à proximité. La carte interactive du Réseau alcool constitue un outil pour faciliter cette démarche. La Dre Bernadette SCOMAN nous explique son intérêt pour les médecins généralistes et leurs patient·es.

À quoi sert la carte interactive du Réseau alcool ?

Bernadette SCOMAN : Cette carte permet de repérer les professionnel·les de santé spécialisé·es en alcoologie, selon leur localisation et leur discipline. On y retrouve différents profils, notamment des médecins, des psychiatres et des psychologues. L'objectif est de rendre ces ressources plus visibles et de faciliter l'accès aux soins, tant pour les patient·es que pour les professionnel·les qui les accompagnent.

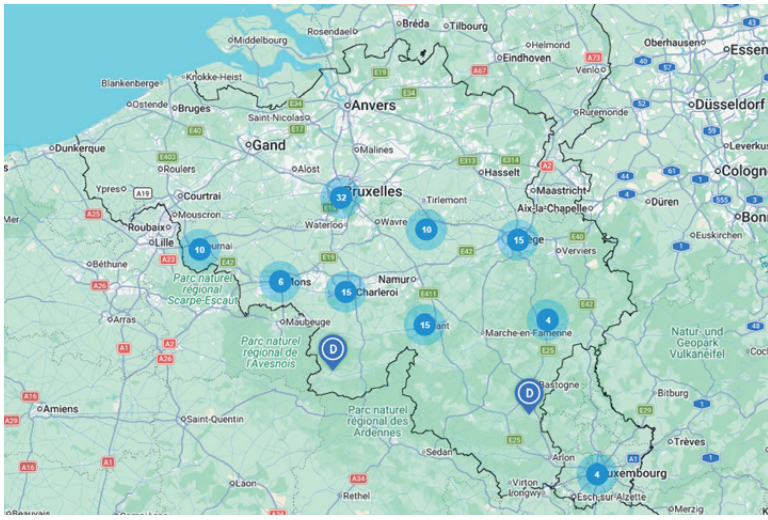
Pourquoi est-il important de mieux faire connaître cet outil ?

Bernadette SCOMAN : En alcoologie, le délai entre les premières inquiétudes d'une personne concernant sa consommation et son accès à un professionnel spécialisé peut être très long. Plusieurs freins peuvent l'expliquer : la difficulté à parler d'alcool, la peur du regard de l'entourage ou le fait de ne pas oser aborder le sujet avec son médecin traitant. La carte permet aux patient·es d'effectuer elleux-mêmes cette recherche et de trouver plus facilement un interlocuteur adapté. Elle peut ainsi contribuer à réduire le délai d'accès aux soins.

Quel intérêt pour les médecins généralistes ?

Bernadette SCOMAN : En consultation, le manque de temps et la méconnaissance des ressources disponibles peuvent compliquer l'orientation. La carte offre un outil concret pour identifier des professionnel·les dans la région du ou de la patient·e, en tenant compte de ses besoins et de ses préférences. Elle permet également de mieux connaître les possibilités d'accompagnement et de renforcer la collaboration entre les différentes disciplines.

Il est aussi important de rappeler que les difficultés liées à l'alcool ne concernent pas uniquement les personnes présentant une dépendance. Une consommation excessive peut déjà avoir des conséquences sur la santé, notamment sur le foie. Les médecins généralistes ont donc un rôle essentiel dans le repérage précoce et l'orientation, sans attendre l'apparition de complications.



Comment encourager l'utilisation de cette carte ?

Bernadette SCOMAN : Les médecins généralistes peuvent s'approprier cet outil et le proposer à leurs patient·es lorsqu'une orientation en alcoologie est pertinente. Plus la carte sera connue et complète, plus elle pourra faciliter le parcours de soins. Il est également important que les professionnel·les spécialisé·es en alcoologie qui n'y figurent pas encore prennent contact avec la SSMG afin de demander leur inscription.

Où trouver la carte interactive ?

Bernadette SCOMAN : La carte est accessible sur le site du Réseau alcool via l'onglet « Trouver un spécialiste » : elle permet de rechercher facilement des professionnel·les spécialisé·es en alcoologie et constitue une ressource supplémentaire pour accompagner les patient·es et faciliter leur orientation.

https://www.reseaualcool.be/trouver-un-specialiste/

Pour les professionnel·les de santé qui souhaitent modifier ou ajouter leurs coordonnées sur la carte, il suffit de remplir le formulaire ci-dessous.

https://forms.gle/ons2u4tepKiJgwmV6

Noé Van Schelvergem



MANIFESTATIONS SSMG 2027

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

samedi 9 janvier

Grande Journée « Actualités diagnostiques et thérapeutiques »
organisée par la commission de Charleroi

samedi 16 janvier

Grande Journée
organisée par la commission de Liège

samedi 13 mars

Grande Journée
organisée par la commission WaPi

samedi 20 mars

Grande Journée
organisée par la commission de Bruxelles

du dimanche 11 au vendredi 16 avril

Semaine de la SSMG
organisée par le Pôle formation

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 10 personnes :
Lola Carrasco, Danielle Edorh, Cristina Garcia, Thaïs Langhoor, Sophie Lixon, Julie Marchal, Carine Morin, Lucie Ongena, Noé Van Schelvergem et Joëlle Walmagh

RÉPONSES AUX PRÉTESTS !

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

437 novembre 2026

RMG

LA REVUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Rédactrice en chef :
Dre Laurence DERYCKER

Comité de lecture et de rédaction :
Dre Constance AUDET
Dre Camille DUBUS
Dr Jimmy FONTAINE
Dre Imane HAFID
Dre Caroline MICHOT

Secrétariat de rédaction :
Joëlle WALMAGH
Rue de Suisse 8
B-1060 Bruxelles
Tél. : 02 533 09 83
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

Éditrice responsable :
Dre Aurore GIRARD
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 traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés sont réservés pour tous les pays.

Tout message adressé à RMG@ssmg.be ou directement à un·e membre du Comité de lecture est susceptible d'être publié dans la Revue, accompagné, le cas échéant, d'une réponse du Comité de lecture.

CC BY NC ND

Photo de couverture : Montenegro
© Constance AUDET

ABONNEMENT POUR 10 NUMÉROS VERSION « PAPIER »

- 85 € pour les membres SSMG
- 175 € pour les non-membres

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

COTISATIONS 2026

• Cotisation « indépendante » ou GOLD :	580,00 €
• Cotisation ordinaire :	403,00 €
• Médecins conseils & médecins du travail :	201,00 €
• Jeunes médecins < 2 ans d'installation :	138,00 €
• Médecins retraité·es (= arrêt de la pratique médicale) :	59,00 €
• Assistant·es :	GRATUIT

À payer **en ligne** via le site de la SSMG : www.ssmg.be – page d'accueil – bouton « Mon compte SSMG ».