



47^{ème}

SEMAINE
MÉDICALE
de
LORRAINE

du 19 au 24 novembre 2012

Résumés



Faculté de Médecine
Université de Lorraine
Centre Hospitalier et Universitaire



SOMMAIRE

Auteurs	Dates et horaires de l'intervention	Titres
Dr ABDENNEBI H., Dr BERTIN B., Dr BOURNIQUEL C.	Jeudi 22 novembre de 9h à 12h	Consultation d'aide à l'arrêt du tabac (Centre Médecine Préventive – Stage hospitalier)
Dr ABRY F.	Vendredi 23 novembre de 10h15 à 11h15	Abcès cornéens sous lentilles de contact : actualités 2012.
Dr ADAM JL.	Mercredi 21 novembre de 16h30 à 17h15	La tularémie, un diagnostic difficile en médecine générale, à propos de 4 cas cliniques diagnostiqués en Meuse.
Dr AIMONE-GASTIN I.	Jeudi 22 novembre de 9h à 10h	CDT : la transferrine déglycosylée, marqueur biologique d'alcoolisme chronique.
Dr BEAUDOUIN É.	Mercredi 21 novembre de 15h30 à 16h15	Cedème de Quincke : en pratique que faire ?
Dr BIRGÉ J.	Lundi 19 novembre de 14h30 à 15h30	Comment éviter et gérer les erreurs en médecine générale ?
Dr BIRGÉ J., Dr HÉNARD S.	Lundi 19 novembre de 11h30 à 12h30	Faut-il avoir peur des résistances aux antibiotiques ?
Dr BIRGÉ J., Dr CLÉMENCE Y.	Mercredi 21 novembre de 16h30 à 17h15	Intérêt de la participation dans les structures nationales (CNAM et HAS en l'occurrence).
Dr BIRGÉ J.	Jeudi 22 novembre de 15h45 à 16h45	La Non prescription : une option possible ?
Dr BIRGÉ J., Pr MAY T.	Mercredi 21 novembre de 9h à 10h	Le calendrier des vaccinations : modalités d'élaboration et nouveauté 2011
Dr BIRGÉ J., Pr DE KORWIN JD.	Lundi 19 novembre de 15h45 à 16h45	Les recommandations critères de qualité.
Dr BIRGÉ J., Pr RABAUD C.	Mardi 20 novembre de 16h45 à 17h30	Quoi de neuf en antibiothérapie (ORL++) ?
Dr BÖHME Ph.	Mardi 20 novembre de 11h30 à 12h30	Diabète et Ramadan : comment optimiser la prise en charge ?
Dr BÖHME Ph., Dr DANTELLE-CORBONNOIS P.	Mercredi 21 novembre de 16h30 à 17h15	Troubles du sommeil et troubles métaboliques : les liaisons dangereuses.
Dr BOUCHY O., Dr PARISOT E.	Lundi 19 novembre de 9h à 10h	Bien connaître son sommeil pour mieux dormir : éducation thérapeutique du patient consommant des hypnotiques.
Dr BREMBILLA-PERROT B.	Jeudi 22 novembre de 14h30 à 15h 30	Arythmies et alcool.
Dr BREMBILLA-PERROT B.	Jeudi 22 novembre de 15h45 à 16h45	Traitements des troubles du rythme de la femme enceinte.
Dr BRUNTZ JF.	Mercredi 21 novembre de 15h30 à 16h15	Utilisation de l'ECG dans le bilan de non-contreindication.
Dr CAYZERGUES L.	Lundi 19 novembre de 11h30 à 12h30	Incontinence urinaire féminine : instabilité vésicale ou incontinence d'effort ? Quelle prise en charge ?
Pr CHABOT F., Pr DI PATRIZIO P. Pr CHAOUAT A., Dr HELFENSTEIN M., <u>Dr GUILLAUMOT A.</u>	Lundi 19 novembre de 15h à 17h	Nouvelles approches dans la BPCO : du dépistage au traitement : - Actualités thérapeutiques.
Mme CHARNIER S.	Mardi 20 novembre de 16h45 à 17h30	De la dépendance au produit aux addictions comportementales.
Dr COFFINET L., Dr MANSUY L.	Vendredi 23 novembre de 10h15 à 12h15	Conduite à tenir devant une masse cervicale de l'enfant.
Dr CRÉA T.	Mercredi 21 novembre de 9h à 10h	La Metformine en 2012.

Dr CUNY JF., Dr ADAM JL., Pr BOIVIN JM.	Mercredi 21 novembre de 10h15 à 12h45	La clinique est reine! Du signe clinique au diagnostic dermatologique.
Dr CUNY JF.	Mercredi 21 novembre de 9h à 10h	Prévention de l'escarre : les bonnes pratiques.
Dr CUNY JF.	Jeudi 22 novembre de 9h à 10h	Traitement de l'escarre : les bonnes pratiques.
Pr DUCROCQ X., Dr BRUNNER A., Dr ALBIZATTI S., <u>Dr RICHARD S.</u> , Pr ALIOT É, <u>Dr SELLAL JM.</u>	Mardi 20 novembre de 18 h à 19h30	Au cœur de l'AVC : - Les unités neuro-vasculaires : rôle d'actualité - Nouveaux anticoagulants oraux : le chant du cygne des AVK ?
Pr DUCROCQ X., Pr BRACARD S., Dr RICHARD S., M. BADINIER C., Dr LAVANDIER K., Pr VESPIGNANI H., M. VEZAIN A.	Mercredi 21 novembre de 14h à 16h	Venez vivre en direct la Télémédecine. L'exemple du réseau télé-AVC lorrain.
Pr ESCHWEGE P., Pr PEIFFET D.	Mardi 20 novembre de 16h45 à 17h30	Prise en charge du cancer de la prostate : controverses et référentiels
Dr ÉVRARD D.	Jeudi 22 novembre de 10h15 à 11h15	La posture du rachialgique à son travail, mon expérience de médecin ostéopathe.
Dr FYAD JP.	Mercredi 21 novembre de 16h30 à 17h15	Reconstruction mammaire immédiate et nouvelles possibilités de réparation.
Dr GILLET C., Dr VIENNET S., <u>Dr ROTENBURGER S.</u> , Dr DEBAR MH.	Mardi 20 novembre de 14h30 à 16h30	Consommation de substances psychoactives et périnatalité : - Périnatalité et addiction : aspects psychologiques.
Dr GILLET C., <u>Dr FIUMANO JN.</u> , <u>Dr ROYER MORROT ML.</u> , <u>Dr VASSEUR A.</u> , Dr LÉONARD M.	Lundi 19 novembre de 10h15 à 12h45	Quelles recommandations face à la consommation de substances psychoactives en milieu professionnel ? - Spécificité du repérage clinique de la consommation de substances psychoactives en milieu professionnel. - Dépistage biologique des substances psychoactives : méthodes, intérêts et limites de l'interprétation des résultats. - Quelle conduite tenir en milieu professionnel face à un repérage ou un dépistage biologique d'une consommation de substances psychoactives ?
Dr GRANEL-BROCARD F.	Vendredi 23 novembre de 11h30 à 12h30	Photothérapie dynamique en dermatologie (PTD)
Pr GUERCI B., Dr BÖHME Ph.	Jeudi 22 novembre de 11h30 à 12h30	La prise en charge du diabète du sujet âgé et fragile.
Pr HUBERT J., Dr PETERS N., Dr BARBIER E.	Mardi 20 novembre de 11h30 à 12h30	Actualités en lithiase urinaire : de la colique néphrétique à la prévention des récives.
Pr HUBERT J., Pr ESCHWEGE P.	Mardi 20 novembre de 10h15 à 11h15	Adénome de prostate : du traitement médical à la vaporisation laser.
Pr HUBERT J.	Mardi 20 novembre de 14h30 à 15h30	Chirurgie assistée par robot : chirurgie du XXIème siècle.
Dr HUTTIN B.	Mercredi 21 novembre de 15h30 à 16h15	Après l'annonce du diagnostic d'une maladie neurodégénérative.

Pr KAHN JP.	Lundi 19 novembre de 10h15 à 11h15	Co-morbidités somatiques et psychiatriques des patients souffrant de troubles bipolaires : importance des médecins traitants et rôle des Centres Experts dans les troubles bipolaires du CHU de Nancy
Pr KAHN JP., Dr LAMOURETTE M.	Lundi 19 novembre de 9h à 10h	Intérêts et modalités d'application des soins à la demande d'un tiers (SDT) : la place du médecin traitant.
Dr KHALIFÉ K.	Jeudi 22 novembre de 10h15 à 11h15	Diagnostic en urgence des douleurs thoraciques.
Pr KLEIN O.	Mercredi 21 novembre de 10h15 à 11h15	L'hydrocéphalie de l'adulte et de l'enfant.
Dr LAPRÉVOTE V., Pr DI PATRIZIO P., Dr FIUMANO JN., Pr SCHWAN R.	Lundi 19 novembre de 14h à 16h30	Si les addictions sont des maladies chroniques, que faire des traitements de substitution aux opiacés ? - D'une addiction à l'autre : le risque de transfert de dépendance.
Dr LEMELLE JL.	Mardi 20 novembre de 15h45 à 16h30	Évolution des pratiques en urologie pédiatrique.
Dr LESUR A., Dr HENROT P. Dr RIOS M., Mme LARGERON O., Dr KENOUCHE O., Dr BRUNAUD C., Dr UWER L.	Mardi 20 novembre de 18h à 20h	Changements de paradigme dans la prise en charge des cancers du sein : « 7 étapes d'un parcours coordonné » : - Les pré-requis d'une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) - Référentiels interrégionaux et essais thérapeutiques : bénéfiques pour le patient.
Pr MALIKOV S., Dr SETTEMBRE N., Dr SAMIA Z.	Vendredi 23 novembre de 10h15 à 12h15	Prise en charge moderne des troubles trophiques artériels.
Pr MALIKOV S.	Vendredi 23 novembre de 9h à 10h	Traitement actuel de la pathologie aorto-iliaque.
Dr MALVAUX S.	Lundi 19 novembre de 15h45 à 16h45	Les nouveaux critères de dépistage du diabète gestationnel.
Dr MANEL J., Dr BOLTZ P., Dr RIGAUX-BARRY F., Dr PUSKARCZYK E., Dr DESMEDT E., Dr GOMEZ E.	Lundi 19 novembre de 11h30 à 12h30	Corrosifs : des toxiques lésionnels au quotidien.
Dr MANEL J., Dr GOMEZ E., Dr BOLTZ P., Dr FERRARI L.	Mercredi 21 novembre de 9h à 10h	Huiles essentielles : des produits sous surveillance.
Dr MANEL J., Dr PUSKARCZYK E., Dr DESMEDT E., Dr GOMEZ E., Dr RIGAUX-BARRY F.	Mardi 20 novembre de 9h à 10h	Un toxique lésionnel : le paracétamol
Dr MARCHAL F., Dr CHARRA BRUNAUD C.	Vendredi 23 novembre de 11h30 à 12h30	Conduite à tenir face à une métrorragie, à une masse pelvienne.
Mme MARCHETTI É.	Jeudi 22 novembre de 11h30 à 12h30	Être victime d'un infarctus du myocarde inaugural : aspects psychologiques
Mme MARCHETTI É.	Jeudi 22 novembre de 9h à 10h	Les représentations personnelles qu'ont les patients de leur maladie chronique.
Dr MARTIN O.	Mercredi 21 novembre de 11h30 à 12h30	Prise en charge somatique et surveillance des patients sous psychotropes.
Pr MONERET VAUTRIN DA.	Mercredi 21 novembre de 16h30 à 17h15	Prise en charge de l'anaphylaxie sévère : les points nécessairement améliorables.
Dr PAPILLON X., Dr QUINET MH.	Mercredi 21 novembre de 16h30 à 17h15	Le sport à l'école.
Dr PEIFFER G.	Vendredi 23 novembre de 10h15 à 11h15	BPCO et co-morbidités

Pr PEIFFERT D., Dr BECKENDORF V., Dr MOREAU JL, Pr ESCHWEGE P.	Lundi 19 novembre de 14h à 16h30	Proposition de Traitement d'un cancer de la prostate localisé de pronostic favorable en RCP: la maladie, le patient, sa vie sociale.
Dr PERROT C.	Mercredi 21 novembre de 11h30 à 12h30	Aspects otoscopiques normaux et pathologiques.
Dr PICHENE C., Dr PAPUC C., M. COLASA, Dr LIGIER F.	Vendredi 23 novembre de 14h à 16h	Actualité sur la prise en charge des suicidants.
Dr PINAULT AL.	Vendredi 23 novembre de 10h15 à 11h15	Infections Sexuellement Transmissibles (IST) : un sujet d'actualité.
Dr POUAHA J.	Mercredi 21 novembre de 11h30 à 12h30	Prise en charge des onychomycoses
Mme PRÉCHEUR T., Dr PLANE P., Mme FERRY N., Dr LEROND J.	Mardi 20 novembre de 10h15 à 12h45	Maladie mentale et médecine générale : quelle coopération avec la famille et l'entourage du patient ?
Pr QUILLIOT D., Dr MALGRAS A.	Mardi 20 novembre de 11h30 à 12h30	Anorexie mentale et boulimie.
Dr RANKE A.	Jeudi 22 novembre de 15h45 à 16h45	Diagnostic et traitement des anomalies de la verge.
Dr RICHARD S.	Mardi 20 novembre de 15h45 à 16h30	Les thromboses veineuses cérébrales.
Dr RUMEAU C.	Jeudi 22 novembre de 15h45 à 16h45	L'audition au fil du temps.
Dr SCHMITT B.	Lundi 19 novembre de 9h à 10h	Le nouveau tableau 57A des maladies professionnelles.
Dr SCHMITT C., Dr MANSUY L., Dr MARIA M., Mme GAUZES V.	Lundi 19 novembre de 10h15 à 12h45	Les soins palliatifs en pédiatrie. Une équipe ressource régionale en soins palliatifs pédiatriques en Lorraine.
Dr SIMONIN JL.	Jeudi 22 novembre de 9h à 10h	La convention médicale : indicateur de rémunération sur les objectifs de santé publique pour les cardiologues, articulation spécialiste-généraliste.
Dr STEYER N., Dr ÉVRARD D., Pr DE KORWIN JD., Dr RIFF M., Pr PAILLE F., Dr BIRGÉ J., Dr BAUDOUIN MF., Dr BERBÉ C., Dr LUCQUIN L., Mme DELVOT MC., Dr DESSE JD.	Mercredi 21 novembre de 10h15 à 12h45	Le médicament dans tous ses états : - L'automédication.
Dr TABOURING P.	Mardi 20 novembre de 14h30 à 16h30	Les violences.
Dr THAON I., Dr HERIN F., Dr CLIN GODARD B.	Lundi 19 novembre de 14h à 17h	Quel suivi proposer après une exposition à un cancérigène professionnel ?
Dr TIOTIU A., Dr WIRTH N., Pr JANKOWSKI R., Pr CHENUUEL B.	Mercredi 21 novembre de 14h à 16h	Asthme et comorbidités.
Dr TIOTIU A.	Lundi 19 novembre de 14h30 à 15h30	Poumon et hyperéosinophilie.
Dr TRITSCH P.	Jeudi 22 novembre de 10h15 à 12h45	Diagnostic des arthropathies fonctionnelles du membre inférieur
Dr WAGNER M	Mardi 20 novembre de 14h30 à 15h30	Conduite à tenir devant ces céphalées inhabituelles.
Dr WARY B.	Mardi 20 novembre de 10h15 à 11h15	Douleur, personne âgée et fin de vie
Dr WARY B.	Jeudi 22 novembre de 11h30 à 12h30	Spécificités de l'évaluation de la douleur chez la personne âgée.
Pr WERYHA G.	Mardi 20 novembre de 15h45 à 16h30	Compenser la carence en vitamine D : mythes et controverses.
Pr WERYHA G.	Mercredi 21 novembre de 14h30 à 15h15	Prise en charge de l'ostéoporose à la lueur des nouvelles recommandations du GRIO.
Pr ZIEGLER O.	Mercredi 21 novembre de 16h30 à 17h15	Traitement de l'obésité : que reste-t-il des régimes ?

JEUDI 22 NOVEMBRE de 9h à 12h

- - -

**Consultation d'aide à l'arrêt du tabac (Centre de
Médecine Préventive – Stage Hospitalier)**

Dr Héra ABDENNEBI, Dr Viviane BERTIN,
Dr Christine BOURNIQUEL

Nous nous proposons d'accueillir nos confrères autour de certains patients en démarche d'arrêt du tabac.

Dans ces consultations, sont abordés :

- les motivations, par l'entretien motivationnel, clé de voute de la démarche d'arrêt
- les divers traitements : substituts nicotiques (patchs et substituts oraux), Champix, permettant de gérer la dépendance physique.
- la place éventuelle d' autres traitements si nécessaires : anti- dépresseurs
- la gestion de la dépendance psychologique et comportementale
- l'aspect prise de poids/nutrition, dont la place de l'activité physique.
- l'évaluation des freins à l'abstinence
- le suivi , permettant d'entretenir la motivation du patient, gérer ses difficultés éventuelles, valoriser les progrès, surveiller son poids et son comportement alimentaire, son sommeil, son état psychologique. Ce suivi se faisant en accord avec le patient et en fonction des aspects qui lui sont importants.

VENDREDI 23 NOVEMBRE de 10h15 à 11h15

- - -

**Abcès cornéens sous lentilles de contact :
actualités 2012**

Dr Florence ABRY

L'abcès de cornée représente une des plus graves complications auxquelles est exposé le porteur de lentilles de contact. Les kératites microbiennes les plus sévères peuvent mettre en jeu le pronostic visuel. La rapidité du diagnostic clinique et microbiologique, l'évaluation des critères d'hospitalisation permettent de mettre place les traitements les plus adaptés : de l'antibiothérapie locale pluriquotidienne à la kératoplastie transfixiante « à chaud ».

L'étude française multicentrique du *French Study Group For Contacted Lenses Related – Microbial Keratitis*, initiée et pilotée par le CHU de Strasbourg depuis 2007, est actuellement une des plus grosses études épidémiologiques mondiales concernant les abcès de cornée sous lentilles. De type cas / témoins, elle a déjà permis de mettre en évidence les facteurs de risque majeurs pour un porteur de lentilles de développer un abcès cornéen.

La prévention de ces abcès repose avant tout sur l'adaptation médicalisée des lentilles de contact, sur l'éducation des porteurs, ainsi que sur leur suivi annuel.

MERCREDI 21 NOVEMBRE de 16h30 à 17h15

- - -

**La tularémie, un diagnostic difficile en
médecine générale, à propos de 4 cas cliniques
diagnostiqués en Meuse**

Dr Jean-Louis ADAM

Anthropozoonose due a des coccobacilles gram négatif, aérobies non sporulés et à tropisme intra cellulaire (ref: 1; 2; 5)

Le sérotype rencontré en europe est le type B, biovar palaeartica, le moins virulent (ref. 3 ; 10). Le type B est retrouvé dans les zones rurales, par contact avec des rongeurs, le plus souvent des lièvres.

L'infection touche le plus souvent des hommes dans le cadre de leur exposition : chasseurs, agriculteurs, éleveurs, etc. (ref. 6).

La rareté de la maladie, le polymorphisme clinique, entraînent des errances dans le diagnostic.

Le diagnostic positif de la tularémie repose sur la sérologie (ref. 5;7;12) et l'apparition des anticorps entre J8 et J10 (phase d'état) et qui sont maximum entre J30 et J60. Un deuxième prélèvement est obligatoire car il existe des réactions croisées avec brucella, yersinia et protéus vulgaris.

Le Traitement (ref.5) fait appel aux tétracyclines mais les Fluoroquinolones sont la référence actuellement (C.I. - précaution d'emploi).

La prévention est difficile en raison des nombreux vecteurs. Actuellement un vaccin vivant atténué existe aux États- unis mais son usage est actuellement suspendu pour évaluation (ref.8;10).

Le type A de la Francisella Tularensis qui est très virulent, peut être utilisé comme arme biologique et être diffusé sous forme d'aérosols ou contamination de l'eau en cas d'attaque bio-terroriste. Ce risque a fait réagir les autorités sanitaires qui ont émis en 2002 que la tularémie redevenait une maladie à déclaration obligatoire, décret n° 2002-1089 du 7 août 2002, dont l'objectif est un signalement en urgence.

Bibliographie :

- 1 Eliasson H., Broman T., Forsman M., Back E., Tularemia: current epidemiology and disease management, Infect. Dis. Clin. North Am. (2006) 20:289-311.
- 2 Hayes E.B., Tularemia, in: Goodman J.L., Dennis D.T., Sonenshine D.E. (Eds.), Tick borne diseases of humans, ASM Press, Washington, USA, 2005, pp. 207-217.
- 3 Olsufiev N.G., Emelyanova O.S., Dunaeva T.N., Comparative study of strains of *B. tularensis* in the old and new world and their taxonomy, J. Hyg. Epidemiol. Microbiol. Immunol. (1959) 3:138- 149.
- 4 Foil L.D., Tabanids as vectors of disease agents, Parasitol. Today (1989) 5:88-96.
- 5 Adapted from Dennis DT, Inglesby TV, Henderson DA, et al, for the Working Group on Civilian Biodefense. Tularemia as a biological weapon: medical and public health management. JAMA 2001;285:2763-73.
- 6 Stewart SJ. Tularemia: association with hunting and farming. *FEMS Immunol Med Microbiol* 1996; 13: 197-199.
- 7 Provenza JM, Klotz SA, Penn RL. Isolation of Francisella tularensis from blood. J Clin Microbiol 1986 Sep;24(3):453-5.
- 8 ARTICLE: January 31, 2007, Rhode Island Biotechnology Company Develops Tularemia Vaccine *EpiVax lead tularemia vaccine candidate confers protective immunity*, Media Contact: Andy Cutler Cutler & Company (401) 743-7842 andy@cutlerandcompany.com.
- 9 Bulletin Officiel n°2002-41.
- 10 CIDRAP. Tularemia: Current, comprehensive information on pathogenesis, microbiology, epidemiology, diagnosis, treatment, and prophylaxis.
- 11 Socolovschi C, Barbarot S, Lefebvre M, Parola P, Raoult D. Rickettsia sibirica mongolitimonae in traveler from Egypt [letter]. *Emerg Infect Dis.* 2010 ; 16 (9) : 1495 - 1496.
- 12 Maurin M, Castan B, Roch N, Gestin B, Pelloux I, Mailles A, et al. Real-time PCR for diagnosis of oculoglandular tularemia [letter]. *Emerg Infect Dis.* 2010 ; 16 (1) : 152 - 153.
- 13 Dembek ZF, Buckman RL, Fowler SK, Hadler JL. Missed Sentinel Case of Naturally Occurring Pneumonic Tularemia Outbreak: Lessons for Detection of Bioterrorism. *J Am Board Fam Pract.* 2003 Jul-Aug;16(4):339-42.
- 14 E. Pilly, *Maladies Infectieuses ET Tropicales*, IV infections spécifiques, page : 276, 303, 310,

JEUDI 22 NOVEMBRE de 9h à 10h

- - -

**CDT : la transferrine déglycosylée, marqueur
biologique d'alcoolisme chronique**

Dr Isabelle AIMONE-GASTIN

La transferrine (Tf), β 1-globuline glycosylée, est principalement synthétisée par le foie. Cette protéine d'environ 77 kDa est constituée d'une chaîne de 679 acides aminés (AA) et possède deux domaines capables de lier chacun un atome Fe^{3+} , ce qui fait d'elle le principal transporteur sanguin du fer. La Tf présente plusieurs niveaux d'hétérogénéité qui influencent son comportement électrophorétique.

- Le premier niveau d'hétérogénéité concerne la séquence protéique de la Tf. Si 38 variants découlant de la substitution d'un ou de plusieurs AA ont été identifiés, trois d'entre eux sont observés couramment : le type C (95% population caucasienne) et les types B et D.
- Le second niveau d'hétérogénéité dépend de la saturation en fer. La saturation moyenne de la transferrine en fer (CST) est de 30%. Plusieurs formes de transferrine coexistent dans la circulation sanguine : l'apotransferrine (Tf insaturée), la transferrine monoferrrique (Tf porteuse d'1 atome de Fe^{3+}) et la transferrine diferrrique (Tf saturée par 2 atomes de Fe^{3+}).
- Le troisième niveau d'hétérogénéité est déterminé par la présence et la composition de 2 chaînes oligosaccharidiques fixées sur les asparagines 413 et 611 qui peuvent être bi-, tri-, ou tétra-antennées. Ces structures antennées se terminent par un acide sialique porteur d'une charge négative. La tétrasialo-transferrine (deux chaînes bi-antennées donc 4 résidus d'acide sialique) est la forme majoritairement retrouvée dans le sérum.

Le terme « CDT » (carbohydre déficient transferrin) désigne la somme des % d'asialo-transferrine et de disialo-transferrine. La consommation excessive d'alcool modifie la glycosylation de la chaîne protéique de la Tf et ces isoformes apparaissent dans le sérum des patients alcooliques. Le diagnostic de consommation excessive d'alcool, fréquemment minimisée, voire niée par le patient, a souvent besoin d'être étayé par des arguments biologiques. L'intérêt du dosage de la CDT dans l'alcoolisme est double : il contribue au dépistage des patients dont la consommation d'alcool est abusive et chronique ; il permet également le suivi du sevrage des patients. Plus récemment, l'analyse de la CDT a été proposée dans certaines situations à caractère « médico-légal » comme lors du dépistage de l'addiction sur le lieu de travail ou lors de la restitution d'un permis de conduire révoqué pour cause de conduite en état d'ivresse.

MERCREDI 21 NOVEMBRE de 15h30 à 16h15

- - -

Œdème de Quincke : en pratique que faire ?

Dr Étienne BEAUDOUIN

L'œdème de Quincke ou angioœdème correspond à un œdème hypodermique qui peut affecter n'importe quelle partie du corps. L'œdème se développe d'autant plus facilement que les téguments sont distensibles comme le visage, les organes génitaux externes, les mains et les pieds. Une localisation muqueuse et en l'occurrence ORL ou digestive est toujours possible. L'apparition d'une modification de la voix, des troubles de la déglutition ou une gêne respiratoire fait craindre un œdème laryngé qui peut mettre en jeu le pronostic vital du patient.

Les angioœdèmes sont facilement reconnus cliniquement ; selon le cadre nosologique l'œdème est plus ou moins important, plus ou moins déformant, prurigineux ou non, blanc ou au contraire rosé ou rouge mais sans altération de la peau, pouvant durer de quelques heures à quelques jours, guérissant sans séquelle, s'accompagnant ou non d'urticaire. Auparavant, il est nécessaire de différencier et d'écarter les autres étiologies où l'œdème s'accompagne de lésions dermatologiques et de signes cliniques généraux relatifs à la maladie causale ; pathologies infectieuses, générales, auto-immunes, tumorales et dermatologiques.

Une fois posé le diagnostic d'angioœdème , il est nécessaire de rechercher des facteurs de gravité comme une atteinte laryngée déjà citée ou des troubles hémodynamiques annonciateurs d'un tableau de choc anaphylactique qui nécessite alors une prise en charge adaptée (remplissage vasculaire, adrénaline et hospitalisation).

Enfin, tout angioœdème devra faire l'objet secondairement d'un bilan visant à déterminer son origine. Ainsi, trois grandes catégories pourront être identifiées : angioœdèmes liés à l'action de l'histamine, angioœdèmes liés à l'action de la bradykinine, angioœdèmes liés à l'action des leucotriènes.

Semaine Médicale de Lorraine 2012

LUNDI 19 NOVEMBRE de 14h30 à 15h30

- - -

**Comment éviter et gérer les erreurs en
médecine générale ?**

Dr Jacques BIRGÉ

L'erreur est humaine et nous en commettons tous. Et le médecin en est souvent la deuxième victime.

Des outils existent pour repérer, décrire, gérer et prévenir ces erreurs. Depuis 4 ans la Revue de Morbi Mortalité de Metz se réunit pour échanger, dans un cadre convivial, chaleureux et non culpabilisant. Des situations à risque concernant le patient et le médecin et leur relation, des pathologies et des classes thérapeutiques à risque ont été identifiées et permettent de mettre le médecin en vigilance accrue.

Des propositions pragmatiques concernant la pratique quotidienne limitent le risque d'erreur. Elles concernent l'examen clinique, la tenue du dossier médical, l'organisation du cabinet médical, la gestion des interfaces avec le secrétariat et éventuellement ses associés, les relations avec nos correspondants....

LUNDI 19 NOVEMBRE de 11h30 à 12h30

- - -

**Faut-il avoir peur des résistances aux
antibiotiques ?**

Dr Jacques BIRGÉ, Dr Sandrine HÉNARD

La sur prescription des antibiotiques, particulièrement élevée en France, est corrélée à une augmentation inquiétante de l'antibiorésistance. On estime que 25 000 patients décèdent chaque année en Europe d'infections qui résistent à tous les antibiotiques. Cette situation d'impasse thérapeutique laisse mourir, chaque année, dans nos hôpitaux des patients qui échappent à la lutte anti infectieuse.

Avec l'émergence de nouvelles résistances (E.Coli BLSE), on peut craindre que la même situation n'apparaisse en ville.

Et pourtant les remèdes existent : une prescription raisonnée et raisonnable

MERCREDI 21 NOVEMBRE de 16h30 à 17h15

- - -

**Intérêt de la participation de généralistes dans
les structures nationales (CNAM et HAS en
l'occurrence)**

Dr Jacques BIRGÉ, Dr Yvonnick CLÉMENCE

Les structures nationales ont besoin de la participation de généralistes et les 2 conférenciers : font partie de deux commissions de la HAS (bonnes pratiques et parcours de soins) du conseil scientifique de la CNAM.

Quel y est leur engagement ? Ne sont-ils que des otages ou des faire-valoir ? Ce n'est pas leur impression et ils défendent l'idée que leur participation est profitable aux médecins généralistes, aux patients et au système de santé. Et ils en retirent, personnellement, beaucoup de satisfaction, d'informations et la richesse des contacts avec leurs interlocuteurs.

Des exemples seront fournis d'interventions qui ont eu la prétention de faire évoluer le monde de la santé !

JEUDI 22 NOVEMBRE de 15h45 à 16h45

- - -

La Non prescription : une option possible ?

Dr Jacques BIRGÉ

Les médecins français se singularisent par une sur prescription de médicaments (antibiotiques mais aussi psychotropes, AINS, statines..) et d'examens complémentaires (et notamment la biologie) et les patients participent à ce dysfonctionnement générateur de sur-diagnostic (donc d'investigations et d'interventions inutiles, voire dangereuses) et de dépenses non médicalement justifiées.

La confiance que les patients accordent à leur médecin, attestée par de multiples études et leur demande plus modérée qu'on ne le pense de médicaments et d'examens (là encore, plusieurs études) permettent d'envisager sereinement la non prescription chaque fois qu'elle est pertinente.

Un travail préliminaire prouve que la non prescription est une option possible, adoptée par certains généralistes et acceptée par leurs patients.

Semaine Médicale de Lorraine 2012

MERCREDI 21 NOVEMBRE de 9h à 10h

- - -

**Le calendrier des vaccinations : modalités
d'élaboration et nouveauté 2011**

Dr Jacques BIRGÉ, Pr Thierry MAY

Qu'est ce que le calendrier des vaccinations et comment est-il construit ? Quel est le niveau de preuves de ses recommandations et quel est le rapport bénéfices/risques de chacune des vaccinations proposées ?

Le calendrier conçu par le comité technique des vaccinations s'apparente bien, en fait, à une recommandation mais il n'en a pas toutes les qualités (par exemple : pas de relecteurs, pas de gradation des recommandations)

Quant au calendrier 2012, la vraie nouveauté, révolutionnaire, est dans le guide des vaccinations..de 2011 (paru en 2012) et concernant les adultes dont on ignore le statut vaccinal : « *Pour l'adulte correctement vacciné dans l'enfance (5 doses de DTPolio), la règle est de se contenter d'un rappel* ».

LUNDI 19 NOVEMBRE de 15h45 à 16h45

- - -

Les recommandations : critères de qualité

Dr Jacques BIRGÉ, Pr Jean-Dominique DE KORWIN

Les recommandations de pratique clinique nous inondent et sont de qualité variable. Comment s'y retrouver? Comment faire le tri et ne ni lire ni appliquer des recommandations de mauvaise qualité qui risquent d'infléchir malencontreusement notre pratique.

Et d'abord qu'est ce qu'une recommandation? De nombreux textes en empruntent le titre sans en respecter le cahier des charges.

De nombreux organismes (des sociétés savantes le plus souvent) en rédigent, parfois sans légitimité.

L'attribution, par la HAS, d'un label est-elle un critère de qualité et comment savoir si un label n'a pas été attribué.

De nombreux exemples de recommandations problématiques et/ou divergentes seront analysés

MARDI 20 NOVEMBRE de 16h45 à 17h30

- - -

Quoi de neuf en antibiothérapie (ORL++) ?

Dr Jacques BIRGÉ, Pr Christian RABAUD

La modification des résistances aux antibiotiques (moindre résistance du pneumocoque aux bêtalactamines, d'*haemophilus influenzae* à l'acide clavulanique, du streptocoque du groupe A aux macrolides) et l'émergence de bactéries multirésistantes (*E.Coli* BLSE) a conduit à de nouvelles recommandations concernant les infections ORL et la prophylaxie anti oslerienne.

Il s'agit d'épargner les antibiotiques susceptibles de favoriser les résistances et de les réserver aux situations où ils sont vraiment indispensables. Les molécules en question sont les céphalosporines, l'association amoxicilline-acide clavulanique et les quinolones. Dans les infections respiratoires hautes, l'amoxicilline est le meilleur choix en règle générale.

Dans la prévention de l'endocardite d'Osler, la place de l'antibiothérapie est considérablement réduite

MARDI 20 NOVEMBRE de 11h30 à 12h30

- - -

Diabète et Ramadan : comment optimiser la prise en charge ?

Dr Philip BÖHME

Le Ramadan est l'un des cinq piliers de l'Islam. Il correspond au neuvième mois du calendrier lunaire (12 mois de 29 à 30 jours). Selon les estimations, il y aurait en 2009, 1,5 milliards de fidèles correspondant à 25% de la population mondiale, la France comprendrait 3,5 millions de musulmans soit 6% de la population. Le mois de Ramadan est un mois de recueillement pendant lequel il est imposé à tout croyant pubère de jeûner.

Chacun doit s'abstenir de boire ou manger entre le lever et le coucher du soleil. Malgré l'exemption coranique, de nombreux patients diabétiques jeûnent pendant ce neuvième mois du calendrier lunaire. Les risques liés au jeûne, (l'hypoglycémie, l'hyperglycémie, la déshydratation) ne sont pas les mêmes chez tous les patients diabétiques. Une réduction de ce risque a été montrée chez les patients bénéficiant d'une prise en charge adaptée tant thérapeutique, diététique qu'éducative. Le lien professionnel de santé (médecins et paramédicaux) - patient doit être renforcé pour obtenir une meilleure adhésion au projet thérapeutique au cours de cette période. Cependant il existe peu de recommandations officielles sur cette prise en charge qui concerne à la fois les soignants (médecins généralistes, les endocrinologues-diabétologues, infirmière et diététicienne) le patient et son entourage, y compris spirituel. Du point de vue des patients ou des professionnels de santé, les complications pendant le Ramadan sont peu fréquentes. Toutefois, il faut noter un faible taux de consultation médicale des patients pendant ce mois et une diminution de l'auto-surveillance glycémique pouvant sous-estimer l'incidence des complications. Des données récentes mettent en avant l'intérêt d'une éducation thérapeutique adaptée qui prend en compte les représentations, les croyances et le vécu des patients. Une information sur les risques du jeûne doit être donnée au patient tout en rappelant l'exemption coranique. Pour les patients qui insistent pour suivre le Ramadan, la programmation du jeûne est indispensable. Une ou plusieurs consultations en période pré-Ramadan permet de préparer le jeûne, d'adapter le traitement au besoin, de revoir la gestion des complications aiguës. Des conseils alimentaires adaptés à cette période et à la culture de chaque patient doivent être donnés. La participation active du patient est indispensable. Notre expérience d'un parcours d'éducation thérapeutique sur ce thème a montré des effets bénéfiques tant sur la prise en charge du diabète pendant le Ramadan avec une diminution de l'incidence des complications, que tout au long de l'année. L'éducation thérapeutique devrait avoir une large place au sein de recommandations de prise en charge du diabète au cours du Ramadan.

MERCREDI 21 NOVEMBRE de 16h30 à 17h15

- - -

**Troubles du sommeil et troubles métaboliques :
les liaisons dangereuses.**

Dr Philip BÖHME,
Dr Pauline DANTELLE-CORBONNOIS

L'obésité et le diabète de type 2 sont deux pathologies en pleine expansion. L'alimentation et l'exercice physique sont, bien entendu, impliqués dans la physiopathologie de ces deux maladies et font l'objet de mesures thérapeutiques au même titre que les traitements médicamenteux actuels. Le sommeil est une fonction biologique très importante pour assurer le bien-être de l'espèce humaine. Compte tenu de sa quantité et de sa répétitivité (rythme circadien), son rôle sur les régulations métaboliques n'est pas négligeable.

Des données récentes, indiquent que certains troubles du sommeil pourraient se comporter comme de véritables facteurs de risque modifiables pour le développement et/ou l'aggravation de troubles métaboliques et de pathologies cardiovasculaires. Les troubles du sommeil comme sa fragmentation (au cours des syndromes d'apnées du sommeil) et sa réduction font l'objet de nombreuses études récentes. Les troubles métaboliques fréquents comme l'obésité, le syndrome métabolique et le DT2 présentent des liens épidémiologiques étroits avec les apnées du sommeil, même si les interactions physiopathologiques demeurent complexes.

Les troubles du sommeil (et en particulier ceux en rapport avec la respiration) méritent ainsi une attention toute particulière de la part du praticien. La nécessité d'un dépistage précoce, d'une prise en charge multidisciplinaire appropriée et d'études dans ce domaine ont été récemment soulignées par les sociétés savantes.

LUNDI 19 NOVEMBRE de 9h à 10h

- - -

**Bien connaître son sommeil pour mieux
dormir : éducation thérapeutique du patient
consommant des hypnotiques.**

Dr Olivier BOUCHY, Dr Emeline PARISOT

En se référant à la thèse de Madame le Docteur Emeline Parisot soutenue en décembre 2011, nous présenterons l'impact d'une intervention d'éducation thérapeutique individuelle dans le sevrage des hypnotiques (étude prospective en cabinet de médecine générale), mais aussi la mise en œuvre de ce programme avec les différentes étapes : diagnostic éducatif, les 3 séances avec les outils pédagogiques (agenda du sommeil, rondes des décisions et livret d'informations) et l'évaluation.

Les deux rondes des décisions : une sur le sommeil (conseils, attitudes, hygiène de vie...) et une autre sur les méfaits des médicaments seront mises à la disposition des auditeurs de même pour le livret d'information.

Ce programme d'éducation thérapeutique fait l'objet d'un développement au sein d'un pôle de santé sous une forme individuelle et bientôt collective.

Ce travail fait l'objet d'une communication orale en juin 2012 à Nice au Congrès de Médecine Générale.

JEUDI 22 NOVEMBRE de 14h30 à 15h30

- - -

Arythmies et alcool

Dr Béatrice BREMBILLA PERROT

La consommation d'alcool reste très élevée en France avec des conséquences variées. Concernant les troubles du rythme, il y a des relations probables, mais très discutées car dépendantes du type de consommation aiguë ou chronique. Comme dans toutes les autres pathologies liées à l'alcool, les relations sont difficiles à évaluer car il y a une sous-estimation et négation de la part du patient. L'apparition de troubles du rythme dépend du type de consommation (aiguë ou chronique), du type d'alcool, de l'alimentation, des autres drogues ou excitants associés et de la présence d'une cardiopathie sous-jacente elle-même parfois due à l'alcool.

Il faut retenir qu'une consommation aiguë d'alcool peut être la cause d'une fibrillation paroxystique habituellement spontanément résolutive. Une consommation chronique importante peut aboutir au développement d'une cardiomyopathie dilatée avec ses risques d'accidents rythmiques supraventriculaires et surtout ventriculaires parfois mortels. Dans les autres cas, il y a habituellement un substrat sous-jacent et la suppression de l'alcool ne fera pas disparaître le trouble du rythme qui va requérir la prise en main classique.

JEUDI 22 NOVEMBRE de 15h45 à 16h45

- - -

**Traitements des troubles du rythme de la
femme enceinte**

Dr Béatrice BREMBILLA PERROT

Les troubles du rythme observés chez la femme enceinte qui n'a pas de cardiopathie sont peu fréquents. Ils sont dus à des extrasystoles ou tachycardies catécholergiques souvent bénignes et préexistantes, supraventriculaires, rarement ventriculaires. Le traitement aigu d'une tachycardie est similaire à celui d'une femme non prégnante à l'exception de l'amiodarone qui doit être évitée sauf en cas de tachycardie réfractaire à la striadyne et /ou des béta bloquants. Le traitement d'entretien ne sera institué que si les symptômes sont intolérables ou si la tachycardie cause un retentissement hémodynamique ou en cas de QT long, cette dernière affection rare imposant obligatoirement un traitement béta bloquant. Si un traitement est nécessaire il faut privilégier le métoprolol et le propranolol, éviter l'aténolol. La flécaïnide pourra être éventuellement introduite après le 2^{ème} mois de grossesse. En cas de fibrillation auriculaire, la femme enceinte sans cardiopathie ne requière pas d'antivitaines K.

En cas de cardiopathie (congénitale ou acquise), il y a une augmentation des risques maternel et fœtal liés aux tachycardies habituellement supraventriculaires. Les traitements conventionnels médicamenteux voire non médicamenteux utilisés en dehors de la grossesse sont autorisés en cas de menace vitale.

Les bradycardies sont exceptionnelles et habituellement bénignes

MERCREDI 21 NOVEMBRE de 15h30 à 16h15

- - -

**Utilisation de l'ECG dans le bilan de non-
contraindication**

Dr Jean-François BRUNTZ

La pratique régulière du sport diminue l'incidence des pathologies cardio-vasculaires mais augmente le risque de mort subite (risque relatif x 2 pour Corrado). La prévalence de la mort subite du sportif est « faible » (de 0,5 à 2,3/100.000 par an), en majorité masculine et d'origine cardio-vasculaire. La cardiopathie ischémique prédomine après 35 ans, les cardiopathies congénitales avant. C'est souligner l'importance de l'examen cardio-vasculaire dans le bilan de non contre-indication à la pratique du sport .La prévalence d'une cardiopathie à risque est basse dans cette population (<0,3 % pour Maron) et la sensibilité de l'examen dépend des techniques utilisées (en complément d'un examen clinique minutieux): ECG, échocardiographie ,IRM Coro-scan ,médecine nucléaire .L'ECG de repos systématique a été rendu obligatoire par la loi en Italie fin 1970 mais est encore débattu dans de nombreux pays.

En France seuls les sportifs professionnels ont l'obligation d'un ECG d'effort (et d'une échocardiographie) .Pour les autres l'ECG est jugé utile à partir de 12 ans, à renouveler tous les 3 ans puis 5 ans à partir de 20 ans. Il ne peut être interprété isolément mais dans le contexte clinique personnel, familial et racial (spécificité de l'ECG du sujet de race noire).Sa sensibilité diagnostique est variable selon la pathologie: assez bonne pour la CMH (anormal dans 75 à 90 % des cas), les canalopathies (QT long, Brugada) la dysplasie arythmogène du VD mais mauvaise isolément pour le Marfan et la cardiopathie ischémique .

Il faut bien connaître les modifications physiologiques liées en grande partie à l'hypertrophie physiologique et les aspects pathologiques non liés au sport :inversion de l'onde T, sous- décalage du ST, onde Q pathologique ,HOG, déviation axiale droite ou gauche ,HVD, pré- excitation ventriculaire, BBD ou BBG, QT long QT court ,Brugada. La valeur des anomalies ECG prises isolément pour la détection d'une anomalie cardiaque n'est que limitée : sensibilité 51 % , spécificité 61 % .La prévention de la mort subite du sportif passe par une détection efficace des cardiopathies à risque. L'ECG de repos fait partie des techniques de détection mais doit être interprété par un personnel entraîné en tenant compte du contexte clinique et racial.

LUNDI 19 NOVEMBRE de 11h30 à 12h30

- - -

**Incontinence urinaire féminine : instabilité
vésicale ou incontinence d'effort ? Quelle prise
en charge ?**

Dr Laure CAYZERGUES

L'incontinence urinaire par urgence ou l'incontinence par instabilité vésicale est également dénommée incontinence par impériosités. Elle est à différencier de l'incontinence d'effort, par insuffisance sphinctérienne ou hypermobilité cervico-urétrale.

L'instabilité vésicale est la manifestation clinique de contractions vésicales anormales, qui provoquent des fuites d'urine fréquentes, diurnes et/ou nocturnes, précédées ou non d'une sensation de besoin impérieux d'aller uriner.

L'incontinence par déficit sphinctérien ou hypermobilité se manifeste surtout à l'effort (toux, éternuement, port de charge, marche rapide ...).

Ces symptômes de fuite urinaire ont un fort retentissement sur la vie quotidienne de la femme : En toutes circonstances elle doit anticiper la survenue d'un besoin impérieux ou à l'effort, le risque d'une fuite et le cortège de gêne et d'angoisse que cela entraîne. Bien que très invalidantes, l'instabilité vésicale ou l'incontinence d'effort font encore trop souvent l'objet d'un tabou. Il en résulte un retard à la consultation.

Pourtant des traitements efficaces existent :

Pour l'incontinence d'effort, avec au premier chef des traitements mini-invasifs comme les bandelettes sous-urétrales

Pour l'instabilité, après avoir vérifié l'absence d'anomalies organiques pelviennes (tumeur de vessie, tumeur pelvienne, infections, calculs...). Fondés sur l'association de médicaments et de séances de rééducation, ils apportent une nette amélioration des symptômes. Il existe aussi des d'autres possibilités thérapeutiques plus exceptionnelles comme l'injection de Botox dans la vessie ou la neurostimulation des racines sacrées.

LUNDI 19 NOVEMBRE de 15h à 17h

- - -

**Nouvelles approches dans la BPCO : du
dépistage au traitement**

Dr François CHABOT, Pr Paolo DI PATRIZIO,
Pr Ari CHAOUAT, Dr Michel HELFENSTEIN,
Dr Anne GUILLAUMOT

- Actualités thérapeutiques

La stratégie de prise en charge de la BPCO à l'état stable doit prendre en compte les caractéristiques cliniques et fonctionnelles de la maladie respiratoire, son retentissement extra-respiratoire (anxiété, dépression, déconditionnement musculaire, dénutrition), et les comorbidités fréquemment associées (maladies cardio-vasculaires, ostéoporose...).

Le traitement médicamenteux repose sur les bronchodilatateurs inhalés, issus de plusieurs classes pharmacologiques et disponibles sous différents dispositifs d'inhalation. Il améliore les symptômes et la qualité de vie, et diminue l'incidence des exacerbations.

La réhabilitation respiratoire doit être proposée dès le stade de dyspnée d'effort invalidante au quotidien. Basée sur l'éducation thérapeutique et le réentraînement musculaire, la réhabilitation respiratoire améliore la dyspnée, la qualité de vie et la capacité à l'effort. Elle permet la reprise d'activités physiques associée à un meilleur pronostic à long terme. Inscrite en première ligne du parcours de soins du patient atteint de BPCO, elle se développe dans les établissements de soins sous forme de stage, ou ambulatoire, chez les kinésithérapeutes libéraux.

Outre son rôle dans le suivi de la maladie et la gestion des traitements, le médecin traitant, joue un rôle-clé dans l'organisation et la coordination de la réhabilitation respiratoire tout au long de l'évolution de la maladie.

MARDI 20 NOVEMBRE de 16h45 à 17h30

- - -

**De la dépendance au produit aux addictions
comportementales**

Mme Sandrine CHARNIER

Les champs des addictions ne sont autres que les champs de l'activité humaine qui, de tout temps, ont relevé du sacré et de la religion : l'alcool et les drogues, la nourriture, le sexe, l'argent et le hasard. Ceux-ci sont passés d'objets de cultes et de rites, donc de prescriptions et d'interdits religieux, pour rentrer dans celui de l'exercice du contrôle de soi, puisque susceptibles de déclencher des passions impossibles à assouvir.

Ainsi, prendre acte de la parenté entre les dépendances aux produits (drogues, alcool, médicaments, tabac) a permis de relativiser la place des produits dans les dépendances en faisant une place importante aux toxicomanies sans drogue, aussi appelées addictions comportementales ou addictions sans produit.

Cet élargissement amène à appréhender non plus le type de produit pour identifier le trouble mais le rapport de la personne au produit ou à un comportement. S'écarter du simple constat descriptif de la prise de produit présente l'avantage indéniable de ramener le sujet au cœur même de la problématique d'une conduite, et ainsi, de démystifier les produits ou pratiques.

VENDREDI 23 NOVEMBRE de 10h15 à 12h15

- - -

**Conduite à tenir devant une masse cervicale de
l'enfant**

Dr Laurent COFFINET, Dr Ludovic MANSUY

Les masses cervicales de l'enfant sont le plus souvent de nature ganglionnaire et d'origine infectieuse. Dans la majorité de ces cas l'analyse purement clinique suffit à proposer une attitude adaptée, quelques examens complémentaires sont parfois utiles, enfin certains traitements sont à éviter.

Certaines présentations cliniques doivent faire évoquer une pathologie maligne ganglionnaire ou non. Cette hypothèse, assez rare, ne doit pas être négligée et peut être étayée par des examens d'accès simple permettant de rassurer la famille ou à l'inverse d'éviter de perdre un temps précieux.

Quelles sont les sérologies réellement utiles et dans quels cas? Qu'attendre de l'échographie, du "bilan sanguin" ou d'autres explorations accessibles en ville? Quels effets (bénéfiques ou délétères) attendre d'un "traitement test"?

Par un survol d'ensemble puis par l'analyse de situations cliniques types, il est proposé une gestion pragmatique d'une pathologie fréquente mais qui peu comporter parfois des cas urgents et/ou graves.

MERCREDI 21 NOVEMBRE de 9h à 10h

- - -

La Metformine en 2012

Dr Térésa CRÉA

La metformine, molécule princeps de la prise en charge du diabète de type 2. appartient à la famille chimique des "**biguanides**" substances **dérivés des molécules guanidiniques** Il s'agit du principe actif de la plante **galega officinalis** (le lilas d'Espagne) connue et utilisée depuis le Moyen-Age pour ses vertus hypoglycémiantes.

Sur le marché depuis plus de 60 ans, elle occupe une place particulière, et fait encore l'objet de travaux .Son mécanisme d'action n'est pas complètement connu. Elle est très efficace en termes de réduction de l'hémoglobine glyquée. De nombreux travaux sont en cours pour des indications autres que diabétologiques donnant à cette vieille molécule un renouveau. A l'heure où la diabétologie est en plein bouleversement : scandales divers, retrait du marché de produits à peine introduits, recommandations thérapeutiques éphémères , il est fondamental de faire le point sur ce produit de référence metformine, son histoire, ses modes d'action, son utilisation dans certaines indications diabétologiques et les données publiées dans d'autres champs thérapeutiques : cancérologie et de reproduction notamment.....

MERCREDI 21 NOVEMBRE de 10h15 à 12h45

- - -

**La clinique est reine ! Du signe clinique au
diagnostic dermatologique**

Dr Jean-François CUNY, Dr Jean-Louis ADAM,
Pr Jean-Marc BOIVIN

L'examen clinique est une étape essentielle et souvent suffisante pour porter un diagnostic positif précis en Dermatologie.

Cet examen se décompose en différentes périodes que sont :

- l'interrogatoire recherchant les circonstances d'apparition, les modalités évolutives, les traitements utilisés et leur effet, les signes fonctionnels cutanés (prurit, douleur...) ,les signes extra-cutanés associés, les prises médicamenteuses, la comorbidité, le mode de vie, la profession...
- l'examen physique proprement dit analyse les lésions élémentaires (macule, papule, vésicule...), leur arrangement, leur distribution, l'extension de la maladie (locale, régionale, généralisée)
- une étape clinique essentielle permettant d'établir un algorithme diagnostique repose sur le caractère palpable ou non palpable de la lésion élémentaire.

Une dermatose étant souvent composée de plusieurs lésions élémentaires soit simultanément, soit lors de l'évolution, il est important d'évoquer un certain nombre de diagnostics différentiels avant de retenir un diagnostic.

Quelques exemples de dermatologie courante permettront une mise en pratique.

MERCREDI 21 NOVEMBRE de 9h à 10h

- - -

Prévention de l'escarre : les bonnes pratiques

Dr Jean-François CUNY

L'escarre est une lésion cutanée d'origine ischémique liée à une compression des tissus mous entre un plan dur et les saillies osseuses.

Plusieurs études ont montré que dans des unités de court-séjour, 20 à 30% des patients étaient à risque d'escarre et que 5 à 10% étaient porteurs d'escarre.

L'escarre rend la prise en charge du patient plus difficile, plus coûteuse et de plus longue durée.

La prévention est primordiale et est de la responsabilité de tous les acteurs de soins libéraux et hospitaliers au contact d'un patient. Toute prise en charge d'un malade doit se faire poser d'emblée la question suivante en s'appuyant en cas de doute sur des scores validés : est-il à risque d'escarre ?

Plusieurs actions de prévention incontournables seront envisagées :

- une alimentation et une hydratation correctes sont indispensables et nécessitent le cas échéant une évaluation précise ;
- la mobilisation pluriquotidienne en faisant participer le patient, la famille et les soignants en tenant compte de la douleur ;
- l'utilisation de matériel adapté disponible aussi bien en ville qu'à l'hôpital ;
- une hygiène rigoureuse permet de détecter les zones à risque lors de la toilette et de maintenir une peau saine.

Grâce à des actions simples, beaucoup d'escarres peuvent et doivent ainsi être évitées.

JEUDI 22 NOVEMBRE de 9h à 10h

- - -

Traitement de l'escarre : les bonnes pratiques.

Dr Jean-François CUNY

La prise en charge d'une escarre chez un patient nécessite un travail de collaboration entre les différents acteurs de soins s'occupant de celui-ci.

Toutes les actions de prévention restent d'actualité.

Il convient de se poser d'emblée une question primordiale : quel objectif doit-on se fixer ?

La réponse à cette question tient compte du pronostic global du patient :

- si le patient est en fin de vie, il conviendra de privilégier les soins de confort, l'objectif concernant l'escarre n'étant pas d'obtenir "à tout prix " une guérison ;
- sinon, il convient de traiter celle-ci : une bonne connaissance des différents pansements à notre disposition et des autres moyens tels que la thérapie par pression négative est indispensable pour les utiliser à bon escient ;
- la prise en charge chirurgicale fait partie de l'arsenal thérapeutique en sachant l'utiliser au moment opportun.

Cette prise en charge multidisciplinaire doit être coordonnée et impose de développer des moyens de liaison entre les différents acteurs.

MARDI 20 NOVEMBRE de 18h à 19h30

- - -

Au cœur de l'AVC :

Pr Xavier DUCROCQ, Dr Arielle BRUNNER,
Dr Stéphane ALBIZATTI, Dr Sébastien RICHARD,
Pr Étienne ALIOT, Dr Jean-Marc SELLAL

* Les unités neuro-vasculaires : rôle d'actualité

La naissance, au début des années 2000 des unités neurovasculaires (UNV), a radicalement changé la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC), ainsi que le profil du Neurologue, qui accède à des thérapeutiques actives innovantes et efficaces dans ce domaine. Les études montrent un gain de 20% en terme de survie et de pronostic fonctionnel pour les patients pris en charge en UNV, en comparaison à un service de Neurologie générale.

La thrombolyse intraveineuse est le premier traitement évoqué quand le sujet des UNV est abordé. Elle permet en effet d'aboutir, à 3 mois après traitement, à 45% de patients valides et autonomes. Cependant elle ne concerne que moins de 10% des patients dans les UNV les plus actives. Le pronostic des patients est surtout dépendant de la présence de médecins à compétence neurovasculaire, capables d'établir rapidement un diagnostic, de proposer le traitement le plus adapté pour préserver la zone de pénombre ischémique, ou contrôler l'hémorragie cérébrale. L'alimentation, l'hydratation et la mobilisation précoces sont une étape essentielle et souvent difficile pour des patients atteints de troubles de la déglutition et de déficits moteurs. Ceci est rendu possible grâce à une équipe paramédicale formée, stable et motivée.

Le bénéfice que peut tirer le patient victime d'AVC en UNV est en majorité du à la formation, l'action et la motivation d'une équipe médicale et paramédicale qui prend en compte à la fois la neuro protection et la plasticité cérébrale.

* Nouveaux anticoagulants oraux : le chant du cygne des AVK ?

En 2009 et 2011 sont parus les études de phase III de trois anticoagulants visant à prévenir les AVC dans la fibrillation atriale. Il s'agit d'un anti thrombine (dabigatran) et de deux antiXa (rivaroxaban et apixaban). Ces études ont démontré leur non-infériorité comparativement aux AVK, et parfois leur supériorité. Si à terme il est probable que ces thérapeutiques nouvelles remplacent les AVK, ceux-ci gardent encore un certain nombre d'indications.

Semaine Médicale de Lorraine 2012

MERCREDI 21 NOVEMBRE de 14h à 16h

- - -

**Venez vivre en direct la Télémédecine.
L'exemple du réseau télé-AVC lorrain**

Pr Xavier DUCROCQ, Pr Serge BRACARD,
Dr Sébastien RICHARD, M. Christian BADINIER,
Dr Karine LAVANDIER, Pr Hervé VESPIGNANI,
M Arnaud VEZAIN

Le pronostic des patients victimes d'accident vasculaires cérébraux (AVC) est dépendant de la rapidité du diagnostic et de l'instauration des traitements, dont le plus urgent est la thrombolyse intraveineuse pour l'ischémie cérébrale. Le déficit, en Lorraine, en médecins à compétence neuro-vasculaire tant au niveau clinique, radiologique et interventionnel, entraîne des transferts longs vers les principaux centres de compétence.

Une expérience a été menée entre le CHU de Nancy et le CH de Bar-le-Duc où une liaison de télémédecine, clinique et radiologique, a été installée depuis 2010. Elle permet à un médecin non neurologue, mais titulaire du DIU de pathologies neurovasculaires, de communiquer avec un neurologue pour évaluer, et si besoin instaurer la thrombolyse intraveineuse, pour les patients victimes d'AVC ischémiques. Depuis 2010, plus de 60 patients ont pu être examinés par cette technique, et 30 d'entre eux ont été traités, avec un pronostic comparable à une évaluation dite « classique, au lit du malade ».

Cette technique permet, par diminution des délais, d'augmenter le nombre de patients éligibles à ce type de traitement et avec un meilleur pronostic que si un transfert avait du être organisé. Il intervient également dans la formation des médecins non neurologues dans la prise en charge de la phase aiguë de l'AVC.

MARDI 20 NOVEMBRE de 16h45 à 17h30

- - -

**Prise en charge du cancer de prostate :
controverses et référentiels**

Pr Pascal ESCHWEGE, Pr Didier PEIFFERT

Le nombre de nouveaux cas estimés de cancer de la prostate en 2010 est de 71 500. Le cancer de la prostate est la 4ème cause de mortalité par cancer, avec moins de 10 000 décès par an. L'accentuation de la baisse de la mortalité par cancer de la prostate depuis 2000 est due à l'amélioration de la prise en charge de ce cancer depuis le dépistage jusqu'aux traitements.

Le dépistage est basé sur l'interrogatoire (groupes à risque), l'analyse du toucher rectal et du PSA. Le diagnostic ayant été établi, le bilan d'extension réalisé, les choix thérapeutiques sont alors discutés non seulement au sein du colloque singulier mais aussi en réunion de concertation pluridisciplinaire de cancérologie. Les objectifs du traitement et donc les modalités sont :

Soit traiter d'emblée le cancer en visant la guérison. Les armes thérapeutiques peuvent être alors :

La chirurgie (la prostatectomie totale ou radicale). C'est un traitement local du cancer qui consiste à retirer toute la prostate, ainsi que les vésicules séminales. La prostatectomie totale est un traitement de référence du cancer de la prostate localisé à faible risque et à risque intermédiaire. Elle peut être proposée dans certains cas de cancer de la prostate localisés à risque élevé ou localement avancé.

La radiothérapie externe. C'est un traitement local du cancer qui a pour but de détruire les cellules cancéreuses localisées au niveau de la prostate au moyen d'une irradiation externe avec focalisation des faisceaux sur la prostate. La radiothérapie externe est un traitement de référence du cancer de la prostate localisé à faible risque et à risque intermédiaire. C'est également un traitement de référence, en association avec une hormonothérapie, du cancer de la prostate à haut risque et localement avancé.

La curiethérapie. C'est un traitement très localisé du cancer qui consiste à mettre en place des implants radioactifs au sein de la prostate. La curiethérapie est une modalité thérapeutique possible pour certains cancers de la prostate localisés à faible risque.

Soit différer le traitement curatif : surveillance active initiale

L'évolution du cancer est surveillée par un examen clinique, un dosage du PSA total tous les 6 mois couplé à un toucher rectal ainsi qu'un bilan par biopsies à 1 an puis tous les 2 à 3 ans. Elle permet à des patients porteurs d'un cancer peu étendu et peu agressif de ne pas subir ou de retarder les effets secondaires des traitements invasifs.

Soit réaliser un traitement palliatif :

L'hormonothérapie est le traitement de référence du cancer de la prostate avec atteinte ganglionnaire pelvienne et du cancer de la prostate métastatique. Selon les cas, l'hormonothérapie peut être proposée seule ou associée à d'autres traitements (prostatectomie totale, radiothérapie), continue ou intermittente (pour en réduire les effets secondaires).

Ce traitement palliatif peut être envisagé d'emblée ou différé en l'absence de signe de gravité : c'est l' «abstention-surveillance» (surveillance clinique, biologique (PSA) en fonction des symptômes du patient).

Différents traitements peuvent également être proposés au cours de la prise en charge du patient dans le but de limiter des complications liées à un traitement et minimiser les séquelles, préserver la qualité de vie, soutenir et accompagner les patients et leurs proches pendant et après la maladie.

Le développement de structure collaborative universitaire comme l'Institut Lorrain de la Prostate devrait permettre de mieux prendre en charge les patients susceptibles d'avoir ou ayant un cancer de prostate : cette structure d'information et de recours propose toutes les modalités de prise en charge du cancer de prostate, dont ceux la surveillance active ou l'abstention surveillance qui sont souvent plus difficiles à mettre en œuvre car demandant du temps médecin et une adhésion du patient au projet thérapeutique.

JEUDI 22 NOVEMBRE de 10h15 à 11h15

- - -

**La posture du rachialgique à son travail, mon
expérience de médecin ostéopathe**

Dr Denis ÉVRARD

Si les postures au travail font l'objet de nombreuses interventions pertinentes des services médicaux du travail, il est nécessaire de les adapter au patient porteur de douleurs rachidiennes.

- Qu'elles soient induites ou pas par le travail
- Pour améliorer les conditions de travail
- Pour éviter la pérennisation et/ou l'aggravation des douleurs

Le médecin du travail peut intervenir sur les conditions matérielles de posture

Le médecin traitant peut aider le patient par des démonstrations simples au cabinet, par des conseils de posture ou des directives d'adaptations matérielles

Seront abordées les postes de travail suivants : travail de bureau, conduite automobile et travail debout statique ou avec rotation.

MERCREDI 21 NOVEMBRE de 16h30 à 17h15

- - -

**Reconstruction mammaire immédiate et
nouvelles possibilités de réparation**

Dr Jean-Pascal FYAD

Préambule :

La reconstruction mammaire immédiate (RMI) est réalisée dans le même temps opératoire que la mastectomie. Le concept de RMI s'est développé dans les années 90. Comme la reconstruction mammaire différée (RMD), l'objectif était de limiter les conséquences négatives de l'amputation du sein sur le plan psychologique, social, affectif, etc...

Sur le plan carcinologique, psychologique et social, la RMD a fait la preuve de son efficacité et de sa pertinence, si bien qu'elle apparaît aujourd'hui comme une évidence pour nombre de femmes et leurs médecins. Il n'en est pas encore de même pour la RMI. Sur le plan carcinologique pourtant, la conservation de toute l'enveloppe du sein (à l'exception de l'aréole et du mamelon) est maintenant validée.

Sur le plan esthétique (visuel) aussi, les résultats de la RMI sont fréquemment supérieurs à ceux de la RMD, du fait justement, de la conservation de toute l'enveloppe : sa rondeur, sa hauteur par rapport à l'autre sein, les courbes de profil sont préservées. Cependant, comme pour toute reconstruction, les « défauts » sont nombreux : perte de sensibilité, fermeté excessive, asymétrie de forme ou de volume, cicatrices, séquelles fonctionnelles et douloureuses. Alors que pour la RMD, le nouveau sein est ardemment désiré, et ses défauts mieux acceptés au terme d'un processus de deuil bien connu, pour la RMI, l'« adoption » du nouveau sein, remplaçant *imparfait* et *brutal*, peut être difficile ! Dès le début, donc, la RMI a été accusée de ne pas tenir ses engagements sur le plan psychologique. Aujourd'hui encore, les équipes ne lui reconnaissent pas la même place que la RMD, et pourtant...

Semaine Médicale de Lorraine 2012

MARDI 20 NOVEMBRE de 14h30 à 16h30

- - -

**Consommation de substances psychoactives et
périnatalité**

Dr Claudine GILLET, Dr Sarah VIENNET
Dr Sophie ROTENBURGER, Dr Marie-Hélène DEBAR

Les conduites addictives de la mère, du père, représentent un facteur de risque pour la construction de la parentalité et pour le développement précoce de l'enfant. Cet exposé permettra d'aborder les mouvements affectifs qui se développent chez la femme enceinte toxicomane, en particulier la compétition produit-bébé, et aussi la mise en place des interactions entre les parents et leur enfant dont une des caractéristiques délétères les plus fréquentes est la discontinuité.

LUNDI 19 NOVEMBRE de 10h15 à 12h45

- - -

**Quelles recommandations face à la
consommation de substances psychoactives en
milieu professionnel ?**

Dr Claudine GILLET, Dr Jean-Noël FIUMANO
Dr Marie José ROYER MORROT,
Dr Annick VASSEUR, Dr Martine LÉONARD

* L'évaluation par le clinicien de la consommation de substances psychoactives (SPA) d'un patient lorsqu'elle est faite à partir des entretiens avant sa prise en charge est souvent difficile. Un dépistage biologique est alors justifié dans les limites de l'éthique.

L'alcool, des produits illicites (cannabis, cocaïne, opiacés, amphétamines) ainsi que des médicaments psychoactifs (traitement de substitution aux opiacés, benzodiazépines...) peuvent être recherchés dans différents milieux biologiques.

Les méthodes d'analyses sont des méthodes soit de dépistage soit de confirmation. Les dépistages reposent sur des principes d'immunochimie. Ils peuvent se présenter sous forme unitaire - immuno-chromatographie (bandelettes ou « savonnettes ») ou multiparamétriques sur automates. Les résultats de ces tests s'expriment en terme « Absence » ou « Présence » d'une famille moléculaire à partir d'un seuil de positivité ou « cut-off » et ne sont pas exempts de Faux Positifs (cannabis et acide niflumique par exemple) ou de Faux Négatifs (opiacés et oxycodone - réactivité à 1 à 2% avec certains kits réactifs). Les tests urinaires ciblent en général les métabolites, les tests salivaires les molécules mères.

Les méthodes de confirmation (chromatographie en phase gazeuse ou liquide couplée à la spectrométrie de masse) permettent l'identification et/ou la quantification des molécules de SPA. Ces méthodes sont adaptées à l'analyse dans différents milieux biologiques (sang, urine, salive, cheveux...).

L'interprétation des résultats tiendra compte non seulement du milieu biologique étudié (fenêtre de détection), de la sensibilité et la spécificité de la méthode d'analyse mais également des données cliniques. Un dépistage positif ne renseigne pas sur l'importance de la conduite addictive d'où la nécessité d'une interaction clinico-biologique.

Mura P et P Kintz P. 2011 *Drogues et accidentalité*. EDP Sciences, 350 p.

* Les substances psychoactives sont responsables en France d'environ 90000 décès évitables par an liés à des accidents ou le développement de maladies. Même si les chômeurs et les emplois précaires apparaissent être les plus fortement touchés par une consommation de produits psychoactifs, celle-ci n'épargne pas la population de salariés actifs d'où la nécessité d'un repérage clinique dans le cadre de la santé au travail.

Outre les éléments déclaratifs de l'interrogatoire (consommation d'alcool, de tabac, de cannabis, de produits illicites et médicaments psychotropes), des stigmates cliniques (retards itératifs, arrêts maladie répétés, difficultés relationnelles et au poste de travail) les auto-questionnaires aident à la distinction qualitative des diverses pratiques

addictives en fonction du produit. Il s'agit d'outils validés en santé au travail pouvant aussi faciliter l'abord du dialogue sur les pratiques de consommation des salariés.

Néanmoins, le repérage systématique se heurte à des difficultés de mise en œuvre pratique comme le manque de temps, la résistance des salariés et la crainte de l'inaptitude.

* Quelle conduite à tenir en milieu professionnel face à un repérage ou à un dépistage biologique de substances psychoactives ?

Le dépistage biologique- réservé aux postes de sécurité, sûreté- ne suffit pas à lui seul pour prendre une décision d'aptitude. Celui-ci ne renseigne pas, notamment- sur les capacités du salarié à tenir son poste. Il n'existe pas de test psychotechnique qui permettrait d'évaluer les facultés cognitives et le niveau de vigilance d'un salarié consommateur de SPA.

Le médecin doit donc se renseigner sur le mode de consommation, l'existence ou non d'un traitement de substitution et avoir une parfaite connaissance du poste de travail tenu par le salarié notamment en matière de sécurité. L'objectif est le maintien du capital santé du salarié par une prise en charge médicale voire pluridisciplinaire et le maintien dans l'emploi. Le médecin peut avoir recours à une demande d'aménagement ou changement de poste. Un suivi régulier est nécessaire.

L'infirmière de santé au travail peut assurer ce suivi. La loi du 20 juillet 2011 étend la mission du médecin du travail aux services de santé qui ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail...à cette fin, ils conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail. Ce rôle de prévention s'inscrit dans une démarche pluridisciplinaire : médecin, infirmière, IPRP, psychologue La prévention individuelle consiste d'abord à questionner systématiquement les salariés sur leur consommation en SPA, les informer et orienter avant l'apparition des dommages. La prévention collective n'est possible que s'il y a l'adhésion des employeurs, de l'encadrement et des représentants des salariés. Elle consiste à repérer les situations de travail pathogènes (fiche d'entreprise) et conseiller l'employeur dans l'amélioration des conditions de travail. Cette démarche face à un repérage exige du médecin et l'infirmière de santé au travail une bonne connaissance des postes de travail, des connaissances en addictologie et un réseau.

VENDREDI 23 NOVEMBRE de 11h30 à 12h30

- - -

Photothérapie dynamique en dermatologie

Dr Florence GRANEL-BROCARD

La thérapie photodynamique (PDT) repose sur l'utilisation combinée d'un photosensibilisant et d'une irradiation lumineuse. Le photosensibilisant idéal doit se concentrer le plus électivement possible dans les tissus à traiter et la source lumineuse idéale doit avoir une bonne pénétration tissulaire et un spectre adapté au photosensibilisant. L'activation du photosensibilisant par la lumière provoque un stress oxydatif. Néanmoins, d'autres effets, notamment sur les vaisseaux sanguins et la réponse immunitaire, participent à la destruction de la lésion.

La PDT topique est souvent utilisée pour traiter le cancer cutané non mélanomateux superficiel et la dysplasie. Les résultats thérapeutiques du traitement initial sont bons et comparables à ceux des autres thérapies conventionnelles.

La PDT est basée sur l'activation de molécules sensibles à la lumière, les photosensibilisants, qui forment des radicaux oxygène cytotoxiques, provoquant la lésion du tissu et la mort cellulaire. Le principal photosensibilisant est la protoporphyrine IX (PpIX), appliquée localement sur la peau sous forme de précurseurs de la porphyrine. Les trois indications majeures de la PDT en dermatologie dans l'AMM du METVIXIA sont :

**Metvixia®(methyl amino levulinate)
l'AMM française**

- Traitement des **kératoses actiniques** fines ou non - hyperkératosiques et non pigmentées du visage et du cuir chevelu.
- Traitement du **carcinome basocellulaire superficiel** non récidivant du tronc des membres et du cou. Les lésions doivent être préalablement confirmées par biopsie.
- Traitement des **carcinomes intraépidermiques (maladie de Bowen)** non pigmentés, lorsque la chirurgie est impossible, chez les sujets immunocompétents. Les lésions doivent être préalablement confirmées par biopsie et le contrôle de la guérison doit être effectué.

17

PDTFormationjanv.2010

La cancérogenèse en champ est un terme récent utilisé pour indiquer que les zones présentant une tumeur pré-maligne manifeste peuvent comprendre des zones de tumeur pré-maligne subclinique. La chirurgie ou la cryochirurgie ne sont pas adaptées pour cette pathologie car elle peut se situer sur des zones étendues. Par contre, des modalités de traitement pouvant être utilisées sur de larges zones doivent être préconisées. Le choix se fait entre le 5-FU, l'imiquimod et la PDT. La PDT a l'avantage sur les deux autres possibilités d'être un traitement en une seule fois, ce qui réduit les problèmes d'observance. De bons résultats ont été obtenus avec la PDT dans le cadre de la cancérogenèse en champ.

JEUDI 22 NOVEMBRE de 11h30 à 12h30

- - -

La prise en charge du diabète du sujet âgé et fragile

Pr Bruno GUERCI, Dr Philip BÖHME

En France, la prévalence du diabète traité par antidiabétiques oraux ou par insuline augmente avec l'âge. La population diabétique, estimée à 2.4 millions de personnes en métropole (soit près de 4%), est une population globalement âgée : la moyenne d'âge est de 65 ans, avec un quart (26%) des patients ayant 75 ans ou plus. Cette prévalence devrait encore augmenter, en raison d'un meilleur dépistage de la maladie, mais aussi compte tenu de l'amélioration de la prise en charge du diabète et de ses complications. Enfin, l'augmentation de l'obésité et le vieillissement de la population participent également à cet accroissement de la population diabétique âgée. Il est apparaît donc essentiel de s'intéresser à cette population dont la spécificité tient à des notions telle que la fragilité appréciée sur des critères cliniques et sociaux.

C'est la raison pour laquelle les Sociétés Savantes de l'ALFEDIAM et de la SFGG se sont appliquées à rédiger des recommandations éditées en 2008. Plus récemment en 2011, de nouvelles recommandations européennes ont été rédigées et proposent un arbre décisionnel thérapeutique pour cette population particulière, à la lumière des derniers essais pharmacologiques avec les nouvelles classes d'antidiabétiques. Le groupe de travail a proposé, sur la base d'un certain nombre de recommandations internationales, de distinguer le patient diabétique âgé mono-pathologique dit « bonne santé apparente » du patient diabétique âgé poly-pathologique dit « fragile ». Ainsi les objectifs thérapeutiques doivent tenir compte de plusieurs paramètres, comme par exemple l'existence de pathologies associées, et son degré d'autonomie. Les objectifs thérapeutiques font appel à des valeurs cibles de glycémie à jeun et de concentrations d'HbA1c. Le choix de critères plus larges d'équilibre glycémique tient compte de la gravité potentielle des accidents hypoglycémiques. Les facteurs de risques sont en effet multiples : traitement hypoglycémiant mal adapté, insuffisance rénale, polymédication, situations générant une diminution des apports alimentaires, troubles cognitifs. Les conséquences de ces épisodes hypoglycémiques peuvent être potentiellement graves : séquelles cognitives, troubles du rythme cardiaque, infarctus du myocarde, accident vasculaire, chute, fracture, perte d'autonomie. Une éducation du patient et de l'entourage est donc indispensable, ainsi qu'une adaptation des objectifs glycémiques.

MARDI 20 NOVEMBRE de 11h30 à 12h30

- - -

**Actualités en lithiase urinaire : de la colique
néphrétique à la prévention des récurrences**

Pr Jacques HUBERT, Dr Nicolas PETERS
Dr Étienne BARBIER

La prévalence et l'incidence de la lithiase urinaire augmentent dans les pays industrialisés (10% en France) du fait des modifications alimentaires (sel, protides...). La Lorraine est particulièrement exposée, et ce de façon historique puisque le roi Stanislas avait déjà créé une bourse pour les calculeux.

La lithiase rénale peut se manifester sous des formes graves (lithiase coralliforme, bilatérale, récidivante ...) ou entraîner des complications urologiques (pyélonéphrite...) ou néphrologiques, dont **l'insuffisance rénale chronique**, aboutissant parfois à la dialyse.

L'action des médecins puis des urologues en charge de cette pathologie souvent très douloureuse (la colique néphrétique) s'appuie sur 3 axes :

- soulager la douleur, ce qui est réalisé dans la majorité des cas par les médecins généralistes et urgentistes, l'urologue n'intervenant qu'en cas d'inefficacité, de terrain particulier (grossesse, rein unique ...) ou de complication (pyélonéphrite, insuffisance rénale ...)
- aider à l'élimination du calcul: le traitement médical peut y suffire, mais d'autres thérapeutiques spécialisées peuvent devoir être mises en œuvre comme la Lithotritie Extra-Corporelle, les traitements percutanés (NLPC) ou l'urétéroscopie rigide. **L'urétéroscopie souple** de développement tout récent permet, grâce à la miniaturisation des endoscopes, de remonter jusque dans les cavités rénales et de détruire les calculs avec un laser.
- prévenir les récurrences: c'est autour de ce dernier objectif qu'est ouverte, depuis septembre 2010, une consultation uro-néphrologique dédiée, unique en Lorraine.

Une prise en charge médicale appropriée permet dans la majorité des cas d'éviter la récurrence.

La première étape, fondamentale, est d'analyser le calcul (importance de le récupérer après son élimination) par spectrométrie infrarouge (laboratoire de biochimie à l'hôpital Central). Cette analyse permet d'identifier ses composants et d'avoir une importante orientation sur son origine.

En parallèle un bilan sanguin et des urines de 24h permet d'affiner le bilan métabolique.

La prévention passe le plus souvent par une réadaptation des habitudes alimentaires pour lesquelles une diététicienne peut intervenir.

Avec la prévention alimentaire, la consultation lithiase est aussi l'occasion de dépister des maladies qui n'auraient pas été diagnostiquées ou tout du moins plus tardivement: la lithiase peut être le premier signe d'une pathologie plus grave comme l'hyperparathyroïdie, des maladies familiales, avec une information qui peut être élargie aux proches du patient. Elle peut prévenir des complications graves et/ou coûteuses (comme la dialyse).

MARDI 20 NOVEMBRE de 10h15 à 11h15

- - -

**Adénome de prostate : du traitement médical à
la vaporisation laser**

Pr Jacques HUBERT, Pr Pascal ESCHWEGE

Jet mictionnel faible, mictions fréquentes, levers nocturnes, envies impérieuses, retard au démarrage, mictions en deux temps, gouttes retardataires, autant de symptômes que connaissent à des degrés variables la moitié des hommes de plus de 50 ans, et qui sont liés à l'adénome de prostate.

Certes on ne meurt plus des complications graves de l'adénome comme les calculs infectés de vessie, l'insuffisance rénale, mais la glande prostatique sait toujours dégrader la qualité de vie de nombreux patients, dont plus des 2/3 ne sont pas traités.

Le bilan s'est affiné avec la débitmétrie mictionnelle, la mesure échographique du résidu post-mictionnel, ou les explorations plus sophistiquées plus rarement indiquées.

Les traitements médicaux ont connu de très importantes améliorations avec, en compléments des phytothérapie, l'apparition des alpha-bloquants, des inhibiteurs de la 5 α réductase.

Si la chirurgie reste nécessaire avec l'adénomectomie par voie haute qui reste parfois nécessaire pour les très gros adénomes, la plupart des gestes font appel à des techniques endoscopiques comme la résection trans-urétrale. Celle-ci reste l'intervention de référence mais risque d'être supplantée par les techniques de vaporisation laser qui apparaissent sur le marché.

Le dernier-né de ces lasers génère un rayonnement avec une double longueur d'onde, l'une absorbée par l'eau, permettant la vaporisation des tissus, l'autre absorbée par l'hémoglobine, responsable également d'une vaporisation mais surtout d'une coagulation. Le geste est réalisée par voie endoscopique, sous simple perfusion de sérum physiologique, avec un saignement quasiment absent. La durée de port de sonde urinaire en post-opératoire est réduite.

L'expérience nancéienne des 30 premiers cas confirment cette expérience et la réduction importante du saignement au point qu'il est possible d'envisager l'intervention en ambulatoire pour les patients sans comorbidités et d'envisager le geste chez des patients sous antiagrégants, voire sous anticoagulants.

MARDI 20 NOVEMBRE de 14h30 à 15h30

- - -

**Chirurgie assistée par robot : chirurgie du
XXIème siècle**

Pr Jacques HUBERT

Le robot chirurgical da Vinci®, commercialisé en 1999 par la firme américaine Intuitive Surgical est actuellement le seul matériel de ce type disponible. Dans le monde, 2500 robots ont été implantés et 1,8 millions d'interventions réalisées en 2011.

Les équipes chirurgicales nancéiennes ont été pionnières en 2000 en développant la chirurgie robotique de façon multidisciplinaire et ont acquis un statut d'expert dans le domaine, leur permettant de créer la première Ecole de Chirurgie Robotique en Europe.

Constamment amélioré, le robot Da Vinci® comporte 3 (ou maintenant 4) bras télécommandés au contact du patient :

- un bras central portant l'endoscope qui comporte deux canaux optiques séparés (œil droit - œil gauche) reliés à 2 caméras tri-ccd et procure ainsi une réelle vision en 3 dimensions.
- 2 (ou 3) bras portant les instruments.

Ces bras et les instruments sont télécommandés par le chirurgien qui est assis à une console à distance du patient. Ses mains sont situées dans l'axe de vision, ce qui lui donne l'impression d'une immersion dans le champ opératoire. Elles manipulent deux manettes commandant les extrémités des instruments endocorporels.

Les avantages apportés par la robotique facilitent la réalisation de gestes chirurgicaux réputés difficiles et expliquent que la chirurgie robotique soit en passe de devenir le gold standard de la pratique chirurgicale mini-invasive pour des gestes complexes comme les prostatectomies radicales, les by-pass (courts-circuits réalisés en chirurgie bariatrique), les interventions de type Wertheim (hystérectomie totale avec annexectomie)....

Initialement développé pour la chirurgie cardiaque, le robot Da Vinci® a très rapidement montré un intérêt principal pour l'urologie, puis d'autres spécialités comme la gynécologie, la chirurgie viscérale ou maintenant les chirurgies vasculaire, thoracique, pédiatrique et même ORL (chirurgie par voie buccale).

Son coût limite actuellement sa diffusion (1,8 à 2,2 10⁶ € à l'achat, contrat d'entretien annuel de 10% du prix d'achat, 200 € chaque utilisation d'instrument), mais il s'agit d'une évolution inéluctable de la chirurgie mini-invasive qui, sauf krach financier, suivra en Europe les mêmes développements qu'aux USA, avec plusieurs machines dans tous les gros centres hospitaliers.

MERCREDI 21 NOVEMBRE de 15h30 à 16h15

- - -

**Après l'annonce du diagnostic d'une maladie
neurodégénérative**

Dr Bernard HUTTIN

A partir de plusieurs situations cliniques, sont exposés les enjeux de la prise en charge au long cours des principales maladies neurogénératives touchant le système nerveux central.

Maladie d'Alzheimer typique ou maladie apparentée, maladie de Parkinson idiopathique ou syndrome Parkinsonien atypique, soulèvent autant de problématiques différentes.

Les difficultés du diagnostic initial, les perspectives thérapeutiques éloignées sont abordées, soulignant l'importance d'un accompagnement.

Cet accompagnement passe par une connaissance partagée de la pathologie en cause, de ses conséquences cognitives et comportementales, de son pronostic, entre le spécialiste et le Médecin traitant.

L'expérience spinalienne d'un plateau technique de recours de proximité multi disciplinaire mis à disposition des professionnels de santé est évoquée.

LUNDI 19 NOVEMBRE de 10h15 à 11h15

- - -

Co-morbidités somatiques et psychiatriques des patients souffrant de troubles bipolaires : importance des médecins traitants et rôle des Centres Experts dans les troubles bipolaires du CHU de Nancy

Pr Jean-Pierre KAHN

Le ministère de la Santé a financé la mise en place il y a 3 ans, dans le cadre de la Fondation FondaMental, des Centres Experts pour la prise en charge des troubles bipolaires. Il existe ainsi 8 Centres Experts pour les troubles bipolaires au plan national dont Nancy.

La mission de ces Centres Experts est en particulier d'améliorer la précocité du diagnostic et la qualité des soins délivrés à ces patients et de renforcer une prise en charge globale à la fois psychiatrique mais aussi somatique de ces patients après un bilan complet clinique, biologique, psychologique et social et l'élaboration d'un projet de soins personnalisé. Le résultat de ce bilan est adressé, sauf demande expresse des patients, à la fois au psychiatre et au médecin traitants.

En effet, il existe actuellement un retard diagnostique important de près de 10 ans entre l'apparition des premiers symptômes de la maladie jusqu'à l'instauration d'un traitement thymorégulateur adapté. Mais ces patients présentent également une sur-morbidité et une sur-mortalité du fait de co-morbidités somatiques importantes : les données actuelles mettent en évidence des facteurs de risque cardiovasculaires et métaboliques largement plus importants que dans la population générale. Ainsi, près de la moitié des patients consultant dans les Centres Experts sont en surpoids ou obèses. Ils présentent en outre des anomalies importantes du bilan lipidique mais fréquemment une l'hypertension artérielle.

Ces différentes pathologies doivent être prises en charge de façon précoce et la coordination entre le médecin omnipraticien et le psychiatre traitant sont à cet égard essentielles. Ces différents éléments seront présentés lors de la conférence.

LUNDI 19 NOVEMBRE de 9h à 10h

- - -

**Intérêts et modalités d'application des soins à la
demande d'un tiers (SDT) : la place du médecin
traitant**

Pr Jean-Pierre KAHN, Dr Maxime LAMOURETTE

La loi des hospitalisations sous contrainte modifiée en Juillet 2011 se propose une meilleure protection juridique pour les patients et des soins de meilleure qualité. Aujourd'hui, après les débats médiatiques initiaux et avec plus d'un an de recul et de pratique, qu'en est-il vraiment ?

La pratique psychiatrique en a-t-elle été modifiée ? Les patients sont-ils mieux soignés ou plus contrôlés ? L'éthique est-elle respectée lorsque des soins sont imposés à un malade stabilisé ?

Et surtout, quelle place peut prendre le médecin traitant dans un « programme de soins » dont les modalités peuvent lui échapper et dans la mesure où elles sont mises en place par le milieu hospitalier et validées par L'ARS et la préfecture ?

Après avoir rappelé les modalités pratiques de cette loi qui remplace celle de 1990, nous discuterons de ces différents points avec, comme toile de fond l'objectif d'assurer des soins mentaux de qualité conformément à la législation et en lien étroit avec les médecins traitants de nos patients communs.

JEUDI 22 NOVEMBRE de 10h15 à 11h15

- - -

**Diagnostic en urgences des douleurs
thoraciques**

Dr Khalifé KHALIFÉ

Représentant 10 à 30 % des Urgences Médicales, les douleurs thoraciques sont liées à des causes diverses (des plus banales aux plus graves) et imposent un diagnostic rapide du fait de la mise en cause dans certains cas du pronostic vital.

L'orientation diagnostique passe avant tout par un interrogatoire et un examen clinique précis qui permettront dans la majorité des cas de dégager un indice de gravité. (Étiologies cardiaques, Gastro-intestinales, Ostéo-musculaires, ...)

La réponse des soignants doit être adaptée à cette activité souvent non programmée. Celle-ci nécessite parfois infrastructures et compétences spécifiques, et aussi une disponibilité des examens complémentaires. Les délais d'intervention doivent être rapides pour permettre un diagnostic le plus précoce possible.

Responsable d'hospitalisations non justifiées dans plus de 40% des cas, la douleur thoracique peut à contrario être la cause d'errance diagnostique conduisant à 16 % de mortalité; les incidences médico-légales, économiques et sociales qui en découlent sont évidentes.

La survenue de douleurs thoraciques amène à requérir régulièrement un avis cardiologique en urgence. C'est ainsi, et pour répondre à cette problématique, qu'en plus des **Unités de Soins Intensifs cardiologiques**, une unité spécifique pour la prise en charge des douleurs thoraciques (**Chest Pain Unit CPU**) est créée dans la plupart des services de cardiologie. Cette unité, dispose de moyens humains et techniques auxquels le médecin généraliste peut faire appel dans les cas où l'état du patient nécessite un avis cardiologique spécialisé. Naturellement quand le tableau clinique est préoccupant, un transport médicalisé via le Centre 15 est indispensable.

Les objectifs sont multiples:

1. Réduire la fréquence de la mort subite.
2. Identification et traitement précoce des infarctus.
3. Identification et traitement précoce des Angors instables.
4. Stratification des sujets à priori à faible risque cv
5. Réduire les Coûts et les délais de prise en charge.

D'accès facile, cette unité doit être située au sein d'un plateau technique de Cardiologie disposant par ailleurs d'un environnement médical et technique permettant à n'importe quel moment de faire face à toutes les orientations cliniques du patient. Cet outil saura apporter un bénéfice à nos patients et contribuera sans nul doute à améliorer leur prise en charge.

Semaine Médicale de Lorraine 2012

MERCREDI 21 NOVEMBRE de 10h15 à 11h15

- - -

L'hydrocéphalie de l'adulte et de l'enfant

Pr Olivier KLEIN

L'hydrocéphalie est un trouble de l'hydrodynamique du liquide cérébro spinal (LCS) responsable d'une augmentation de volume du compartiment imparti à ce liquide (essentiellement les ventricules cérébraux). Elle se manifeste par des signes d'hypertension intracrânienne. Elle est le plus souvent due à un obstacle sur les voies d'écoulement du LCS ou à une diminution de sa réabsorption. Elle est exceptionnellement due à une hyperproduction de LCS.

Les traitements sont essentiellement chirurgicaux : pose d'une dérivation ventriculaire externe (transitoire), pose d'une dérivation ventriculo-péritonéale ou traitement endoscopique (ventriculocisternostomie). Les principes de ces différents traitements seront abordés, sachant qu'actuellement le traitement de référence de l'hydrocéphalie obstructive est l'endoscopie. L'endoscopie est également le premier traitement à être discuté en cas de dysfonctionnement d'une dérivation interne du LCS.

Le suivi (et l'éducation) d'un patient hydrocéphale traité est capital, en raison des conséquences potentielles d'un dysfonctionnement de dérivation ou du traitement endoscopique. Cette surveillance s'effectue en principe à vie, tant du point de vue clinique (et nous aborderons ces particularités sémiologiques) que d'imagerie et des données du fond d'œil.

LUNDI 19 NOVEMBRE de 14h à 16h30

- - -

**Si les addictions sont des maladies chroniques,
que faire des traitements de substitution aux
opiacés ?**

Dr Vincent LAPRÉVOTE, Pr Paolo DI PATRIZIO,
Dr Jean Noël FIUMANO, Pr Raymund SCHWAN

- D'une addiction à l'autre : le risque de transfert de dépendance :

L'alcool est le transfert de dépendance le plus fréquemment retrouvé chez les patients sous TSO (méthadone ou buprénorphine haut dosage). Les consommations d'alcool observées dans ces cas sont souvent massives et intermittentes dans un premier temps, pouvant évoluer vers une véritable dépendance physique et psychologique par la suite. L'alcoolisation problématique des patients substitués est reliée à des facteurs identifiés comme leur consommation d'alcool antérieure, une grande précarité, une polyconsommation majeure. Ce transfert d'addiction peut s'expliquer par un TSO sous-dosé, une utilisation de l'alcool à visée antidépressive ou anxiolytique, la recherche d'une potentialisation ou « effet turbo » lors de la prise d'alcool sous méthadone ou bien comme calmant dans le cadre de consommation d'autres substances psychoactives associées au TSO.

La prise en charge alcoologique est primordiale de part la difficulté d'équilibrer le TSO dans ce contexte et les multiples comorbidités psychiatriques et somatiques s'y associant.

Dans une moindre mesure, des transferts de dépendance aux benzodiazépines et au cannabis sont à noter. Le mésusage en benzodiazépine chez les sujets substitués s'associe à des comorbidités psychiatriques plus lourdes, à un contexte social défavorisé, des consommations d'autres produits plus fréquentes, un dosage de TSO plus élevé et à des comportements à risque plus nombreux.

MARDI 20 NOVEMBRE de 15h45 à 16h30

- - -

Évolution des pratiques en urologie pédiatrique

Pr Jean-Louis LEMELLE

L'urologie pédiatrique représente un domaine de la chirurgie pédiatrique qui a toujours été controversé. Cette situation s'est renforcée au cours des dernières décennies par la grande fréquence des anomalies urologiques dépistées avec les échographies fœtales. On est passé de l'époque des détresses urologiques souvent d'origine infectieuse rencontrée avant l'ère du dépistage prénatal à une médecine prédictive avec la révélation anténatale des anomalies.

Pendant un certain temps, les principes thérapeutiques reconnus de longue date vis-à-vis des uropathies infantiles ont été appliqués dans cette nouvelle circonstance. Ses particularités sont aujourd'hui mieux connues et conduisent à reconsidérer les principes diagnostiques et thérapeutiques en urologie pédiatrique. Cela concerne la plus part des domaines comme la dysplasie multikystique, le reflux vésico-rénal, l'hydronéphrose, le mégauretère, les duplications pyélo-urétérales. Parallèlement, les techniques chirurgicales en urologie infantile ont évoluées sous l'influence des progrès développés en chirurgie adulte.

Le rôle de l'endoscopie et de la coelioscopie va en s'accroissant. Il conduit à envisager des alternatives chirurgicales développées à la faveur de leur caractère mini-invasif. Cette évolution est à l'origine d'une nouvelle réflexion sur les indications et les techniques opératoires chez l'enfant atteint d'une uropathie. Les pathologies et l'évolution de leur prise en charge seront détaillées à partir des plus importants mécanismes pathologiques rencontrés comme le reflux vésico-rénal, l'obstruction ou la dysplasie.

MARDI 20 NOVEMBRE de 18h à 20h

- - -

Changements de paradigme dans la prise en charge des cancers du sein : « 7 étapes d'un parcours coordonné »

Dr Anne LESUR, Dr Philippe HENROT, Dr Maria RIOS,
Mme Odile LARGERON, Dr Ouarda KENOUCI,
Dr Claire BRUNAUD, Dr Lionel UWER

- Les pré-requis d'une réunion de concertation pluridisciplinaire.

La mesure 31 du plan Cancer en 2005 prévoyait de faire bénéficier tous les nouveaux patients atteints de cancer d'une concertation pluridisciplinaire. Au cours de ces réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) un groupe multidisciplinaire d'experts valide un parcours thérapeutique à chaque étape décisionnelle décisive.

Une circulaire de 2005 définit des critères obligatoires comme la présence de trois spécialités différentes au moins, le respect des règles de bonnes pratiques ; les avis sont fondés sur les données acquises de la science et notamment des référentiels, tels qu'ONCOLOR pour la région lorraine.

L'avis RCP doit faire l'objet d'un compte-rendu porté au dossier du patient.

Cet avis est une proposition généralement suivie ; en cas de non respect le praticien référent du malade doit le justifier dans le dossier du patient.

En pratique tout dossier de patiente atteinte de cancer du sein fait l'objet d'une présentation en RCP. D'une présentation en post-opératoire pour définir le traitement adjuvant nous sommes passés à une discussion en pré-opératoire systématique avant le premier temps thérapeutique suivie d'une nouvelle discussion en post-opératoire.

Les pré-requis d'une RCP sont :

- Une organisation dédiée avec un calendrier prévisionnel (dates, lieu de réunion)
- Un médecin coordonnateur, un secrétariat dédié.
- Un calendrier de participation des « experts » de chaque spécialité (chirurgien, oncologue médical, radiothérapeute, radiologue, anatomo-pathologiste) pour assurer la présence du quorum minimal.
- Un secrétariat assurant un enregistrement exhaustif des cas et le suivi.
- Un patient informé.
- Un médecin demandeur d'avis qui fait une synthèse et rédige une « fiche RCP » qui devra contenir les informations nécessaires à la discussion. La qualité de ces données est un pré-requis essentiel. Cette fiche de demande d'avis quel que soit son support (papier, électronique) doit comporter :
 - Identité du patient, lieu de résidence, conditions de vie, antécédents médicaux personnels et familiaux, données cliniques, radiologiques.
 - Résultats anatomo-pathologiques (type histologique de cancer du sein, récepteurs hormonaux, expression d'HER2, de KI 67 avec les comptes-rendus pertinents correspondants.
- Une question précise posée.
- Idéalement le dossier doit être présenté par un médecin qui connaît le patient.

La RCP formule une proposition thérapeutique, un plan de soin, propose le cas échéant la participation à un protocole de recherche clinique.

L'avis du RCP fait l'objet d'un compte-rendu structuré transmis au praticien demandeur et intégré au dossier médical du patient. Le praticien demandeur est responsable de la qualité des données qu'il fournit et de la prise en charge effective du patient.

La RCP est un temps essentiel où s'élabore l'initiation d'un parcours personnalisé de soin (PPS) du patient. Elle nécessite de réels moyens organisationnels et humains, une expertise et une rigueur au service de la qualité de la prise en charge de tous les patients.

Référentiels interrégionaux et essais thérapeutiques : bénéfiques pour le patient

Le dossier de tout nouveau patient atteint de cancer doit bénéficier d'une proposition thérapeutique émanant de la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire. Cette proposition s'appuie notamment sur des référentiels régionaux de bonne pratique, régulièrement mis à jour et disponibles en ligne grâce aux réseaux de soins en cancérologie. Ceci permet une uniformisation de la prise en charge quelque soit le type de structure dans laquelle le patient est soigné. Les mises à jour régulières des référentiels permettent de délivrer les soins optimaux dans l'état actuel des connaissances à l'ensemble des patients.

Les essais thérapeutiques en cancérologie vont également permettre une optimisation de la prise en charge des patients. Ils peuvent intervenir dans de très nombreuses situations : recherche de facteurs de risque, prévention, caractérisation des tumeurs, bilan, nouvelles molécules, nouvelle stratégie thérapeutique, réduction des effets secondaires... Ils peuvent permettre un bénéfice individuel direct pour le patient, ou un bénéfice collectif pour une population donnée. Dans tous les cas, la participation d'un patient à un essai thérapeutique permet d'assurer une meilleure coordination des soins, une pluridisciplinarité, une rigueur dans le suivi, et une implication du patient dans sa propre prise en charge. Le rôle de conseil des médecins généralistes est très important dans l'accompagnement des patients qui souhaitent participer à un essai.

VENDREDI 23 NOVEMBRE de 10h15 à 12h15

- - -

**Prise en charge moderne des troubles
trophiques artériels**

Dr Serguei MALIKOV, Dr Nida SETTEMBRE,
Dr Zaki SAMIA

L'ischémie critique des membres inférieurs est une condition déterminée par la présence des douleurs chroniques (> 15 jours) au repos et/ou des troubles trophiques à type d'ulcère ou gangrène des extrémités. Elle correspond aux stades III-IV de la classification de Leriche et Fontaine de l'AOMI. C'est une pathologie en constante augmentation depuis les 15 dernières années. Il s'agit d'une urgence thérapeutique avec une mortalité de 25% et d'amputation majeure de 25 % à 1 an en cas d'absence de traitement

Le diagnostique différentiel des plaies d'origine artérielle et le mal perforant chez les patients diabétiques est difficile. L'examen clinique détaillé, la pression à la cheville est ≤ 70 mm Hg, le TCPO₂ ≤ 30 mm Hg-confirme le diagnostique positif de l'ischémie critique. Les explorations préopératoires de réseau artériel comprennent l'échocolor Doppler, l'angioscanner ou l'angio IRM de l'aorte et des membres inférieurs en association à un bilan cardiovasculaire complet.

La prise en charge est multidisciplinaire. Le traitement chirurgical comprends la revascularisation par pontage femoro-poplitée, fémoro-jambier ou poplitée-pédieux et comporte une mortalité entre 2 et 15% et un taux de sauvetage de membre > 90% à 2 ans et > 70% à 5 ans. Le traitement endovasculaire par angioplastie/ stenting s'associe à une mortalité < 2% et une morbidité < 10% avec un taux de sauvetage de membre > 80% à 1 ans et > 50% à 3 ans. Un débridement des tissus nécrosés et une amputation d'orteils sont associés avec le geste de revascularisation. En cas d'une perte importante de substance une cicatrisation dirigée par une VAC-thérapie et/ou une couverture par un lambeau est possible. Une antibiothérapie et un traitement médical optimisé ont été appliqués dans le postopératoire.

L'ischémie critique des membres inférieurs constitue une urgence thérapeutique. Le type de traitement dépend de l'âge, des conditions générales, du tableau lésionnel artériel, de la distribution des troubles trophiques. Le traitement par pontage donne des résultats meilleurs à moyen et long terme au prix de morbi/mortalité élevée. Le traitement endovasculaire constitue le traitement de choix chez les patients fragiles.

VENDREDI 23 NOVEMBRE de 9h à 10h

- - -

Traitement actuel de la pathologie aorto-iliaque

Dr Serguei MALIKOV

La pathologie anévrismale aorto-iliaque est fréquente avec une incidence qui est en augmentation depuis les dix dernières années.

La chirurgie classique est en train d'être substituée par les techniques chirurgicales modernes mini invasives, vidéo et robot assistés avec une amélioration de la qualité de vie et une diminution du taux de morbi-mortalité. La chirurgie moins agressive est plus adaptée pour traiter des patients âgés.

Les indications pour le traitement des anévrismes de l'aorte thoracique descendante sont validées pour un diamètre à 60 mm, 50 mm pour l'aorte abdominale et 30 mm pour les artères iliaques. L'angioscanner reste l'examen de référence pour le diagnostic et pour le choix du traitement chirurgical.

Le traitement endovasculaire a radicalement changé la prise en charge de la pathologie aortique anévrismale. Un grand nombre de patients sont actuellement traités par la technique percutanée grâce à la miniaturisation des matériaux endovasculaire. Les endoprothèses « fenêtrées et branchées » sur mesure permettent de traiter les patients avec une anatomie difficile et élargir cette technique pour les anévrismes thoraco-abdominaux. Un traitement hybride par embolisation et/ou pontage associé augmente la faisabilité des endoprothèses.

Un plateau technique moderne apporte la possibilité de réaliser l'artériographie 3D et le scanner sur table d'opération et application de navigation endovasculaire sur fusion d'images.

Le diagnostic précoce de la pathologie anévrismale aorto-iliaque prévient les complications majeures liées à la rupture des vaisseaux.

LUNDI 19 NOVEMBRE de 15h45 à 16h45

- - -

**Les nouveaux critères de dépistage du diabète
gestationnel**

Dr Stéphanie MALVAUX

Le diabète gestationnel se définit comme une anomalie de la tolérance glucidique de sévérité variable, mise en évidence pour la première fois pendant la grossesse et ceci quels que soient le traitement entrepris et le devenir de cette anomalie dans le post-partum.

Cette définition englobe plusieurs situations comme un diabète de type 2 méconnu, une authentique intolérance glucidique temporaire survenant habituellement au deuxième trimestre et disparaissant avec l'accouchement et plus exceptionnellement d'autres types de diabète (diabète de type 1, diabète MODY...).

Sa prévalence est estimée actuellement entre 2 et 6 % en fonction des séries et des méthodes de dépistage jusqu'alors usitées, avec une tendance à l'augmentation.

La physiopathologie de ce diabète gestationnel est proche de celle du diabète de type 2. Les principaux facteurs de risques en sont les antécédents personnels de diabète gestationnel, l'âge, les antécédents familiaux de diabète de type 2 chez les apparentés du premier degré, la surcharge pondérale et l'obésité. L'augmentation de la prévalence du diabète de type 2 (2) et de l'obésité (3) dans la population générale et les femmes menant leurs grossesses à un âge de plus en plus tardif expliquent probablement l'augmentation de prévalence du diabète gestationnel.

Ce diabète gestationnel s'accompagne de complications materno-fœtales. Ainsi le risque de prééclampsie et de césarienne apparaît corrélé au degré d'hyperglycémie maternelle. L'obésité ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) et le surpoids ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) sont également des facteurs de risque indépendants de prééclampsie et de césarienne et leur association au diabète gestationnel majore encore ces risques. Quand aux complications fœtales et néonatales, elles demeurent rares mais semblent augmentées en cas de diabète de type 2 méconnu. La principale complication pour laquelle le lien est démontré dans la littérature est la macrosomie et l'association du diabète gestationnel à une obésité maternelle constitue alors un sur-risque de poids de naissance élevé. Pour ce qui est des autres complications (cardiomyopathie, troubles respiratoires néonataux, traumatismes obstétricaux et atteinte du plexus brachial, hypoglycémie néonatale), le lien avec le diabète gestationnel est plus délicat à établir d'après les données de la littérature.

Jusqu'en 2010, les critères diagnostics du diabète gestationnel reposaient sur le risque ultérieur de développer un diabète de types 2 et non sur le risque d'événements périnataux délétères. Entre autres critères diagnostics possibles, la stratégie de dépistage et de diagnostic la plus usitée en France, proposait une approche en deux temps. Un test O'Sullivan à 50 g de charge de glucose avec contrôle de la glycémie à une heure était d'abord proposé au 6ème mois complétée, si la patiente était à risque (glycémie à 1

heure > 1.30 g/l), par une épreuve d'HyperGlycémie Provoquée par voie Orale (HGPO) à 100 g de glucose sur 3 heures selon les critères de Carpenter et Coustan. Ces critères diagnostics n'avaient pas changé depuis 1996.

L'étude HAPO (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome) a donc apporté des données importantes et une base de réflexion pour l'élaboration d'un consensus. Cette étude internationale (9 pays) et multicentriques (15 centres) d'une durée de 7 ans, a été menée sur plus de 23 000 grossesses. Elle a permis de confirmer un lien continu entre le degré d'hyperglycémie maternelle et la morbidité materno-fœtale. Cette étude a servi de base de réflexion à l'IADPSG (International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups) pour l'élaboration de recommandations sur lesquelles se base le consensus commun de la Société Française de Diabétologie (SFD) et le Collège National de Gynécologie-Obstétrique Français (CNGOF) publié en 2010.

Sur la base des valeurs moyennes de glycémies à jeun, à une heure et à deux heures de l'HGPO 75 grammes réalisée entre la 24^e et 28^e semaine d'aménorrhée des prégnantes de l'étude HAPO, a été ajouté l'écart glycémique correspondant à un sur-risque de 75 % des complications telles que la macrosomie (Poids de Naissance > 90^e p) et l'hyperinsulinisme (C peptide dans le sang de cordon).

Une valeur supérieure ou égale aux nouveaux critères ainsi établis suffit à poser le diagnostic de diabète gestationnel ($G_{AJ} \geq 0.92$ g/l ; $G_{1H} \geq 1.80$ g/l ; $G_{2H} \geq 1.53$ g/l).

Le consensus français nous propose un dépistage dès le premier trimestre avec une mesure de la GAJ en présence de facteurs de risques, en raison notamment de son poids important sur les valeurs anthropométriques néonatales dans l'étude HAPO, mais aussi de façon à dépister des diabètes préexistants méconnus. L'IADPSG laisse libre choix entre un dépistage ciblé ou universel. Les facteurs de risque retenus par le consensus français sont l'âge supérieur à 35 ans, l'Indice de Masse Corporel (IMC) supérieur à 25 kg/m², les antécédents personnels de diabète gestationnel, les antécédents de diabète de type 2 chez les apparentés du 1^{er} degré, et les antécédents de macrosomie. Si cette GAJ est d'emblée supérieure ou égale à 0.92 g/l le diagnostic de diabète gestationnel est posé. Sinon, une HGPO 75 g sera conduite entre la 24^e et la 28^e semaine d'aménorrhée avec les valeurs seuils citées précédemment. Le dépistage ciblé a été retenu en raison de l'absence de données formelles de la littérature montrant une diminution notable des complications materno-fœtales grâce au traitement du diabète gestationnel en l'absence de facteurs de risque. De plus, nous disposons de peu de données sur le rapport coût/efficacité d'une pratique systématique du dépistage.

Cependant, l'âge seuil de 35 ans retenu par les experts peut être discuté. Une évaluation de nos pratiques cliniques avec ce nouveau consensus sera utile dans l'avenir. Rappelons que le choix de dépister ou pas est laissé à notre jugement après avoir effectué une évaluation et une information personnelle auprès de chaque patiente.

Semaine Médicale de Lorraine 2012

LUNDI 19 NOVEMBRE de 11h30 à 12h30

- - -

Corrosifs : des toxiques lésionnels au quotidien

Dr Jacques MANEL, Dr Patricia BOLTZ,
Dr Fatoumata RIGAUX BARRY,
Dr Emmanuel PUSKARCZYK,
Dr Emmanuelle DESMEDT, Dr Elisabete GOMES

A la lumière de l'enquête nationale récente réalisée par les centres antipoison et de toxicovigilance (2011), les intoxications par produits corrosifs évoluent : nouveaux produits ménagers ou professionnels, nouvelles utilisations, nouvelles pratiques, bricolage extensif... Les expositions accidentelles sont nombreuses et les conséquences préoccupantes.

Plusieurs facteurs interviennent dans le caractère corrosif des produits : nature et réactivité chimique, concentration, quantité, durée, associations, circonstances,...

Dans 71 % des 353 cas étudiés, les lésions constatées à l'endoscopie étaient de grade 2 ou supérieur dans la classification de Zagar. Les conséquences sont sévères puisque 7% des personnes exposées sont décédées et que 24% souffrent de séquelles.

Quelques mesures simples de prévention, portant notamment sur l'information, l'étiquetage et le conditionnement pourraient réduire le lourd bilan. Des avancées thérapeutiques guidées par des techniques d'imagerie objectives (tomodensitométrie, IRM) permettent d'envisager une prise en charge plus conservatrice dans les cas graves.

Comme souvent les premiers gestes et la qualité de la prise en charge initiale sont déterminants.

MERCREDI 21 NOVEMBRE de 9h à 10h

- - -

**Huiles essentielles : des produits sous
surveillance**

Dr Jacques MANEL, Dr Patricia BOLTZ
Dr Luc FERRARI, Dr Emmanuel GOMEZ

La part de marché des médecines dites douces est en constante évolution depuis une dizaine d'années. Elle représente pour le grand public une alternative « naturelle » qui s'oppose aux thérapeutiques de synthèse vendues par une industrie pharmaceutique de plus en plus technique mais contrôlée.

Les huiles essentielles sont utilisées dans toutes les gammes de produits de notre quotidien : médicaments, alimentation, cosmétiques, « assainissants » de l'air, détergents,... le tout vendu à grand renfort publicitaire.

En 2008, l'AFSSAPS a publié des recommandations pour l'évaluation de la sécurité des produits cosmétiques contenant des huiles essentielles. Actuellement, elle étudie le profil des huiles essentielles appartenant au monopole pharmaceutique. L'aromathérapie est donc une thérapeutique sous surveillance.

Ces substances ne sont pas anodines. En 2011, les Centres Antipoison et de Toxicovigilance ont donné avis et conseils pour 1780 cas d'expositions à des produits contenant des huiles essentielles pures ou des mélanges d'huiles essentielles. Sur l'ensemble de ces cas, 1133 concernent des enfants de moins de 6 ans et 196 personnes ont été orientées vers un hôpital.

Cette conférence est l'occasion de rappeler les caractéristiques générales des huiles essentielles, la fiabilité de leurs compositions et leurs toxicités.

MARDI 20 NOVEMBRE de 9h à 10h

- - -

Un toxique lésionnel : le paracétamol

Dr Jacques MANEL, Dr Fatoumata RIGAUX-BARRY,
Dr Emmanuel PUSKARCZYK,
Dr Emmanuelle DESMEDT, Dr Emmanuel GOMEZ

Le paracétamol est aujourd'hui le médicament le plus prescrit en France : son efficacité prouvée, sa bonne tolérance en font l'antalgique et l'antipyrétique de choix dans les traitements de première intention de toutes les classes âges.

Depuis quelques années la multiplication et la disponibilité des spécialités pharmaceutiques à base de paracétamol en association ou non sont en augmentation ; les risques de banalisation de cette molécule, largement utilisée en automédication, en sont d'autant plus réels. Bien que le paracétamol présente de nombreux avantages aux posologies recommandées, c'est un toxique lésionnel pouvant entraîner une cytolysé hépatique en cas de mésusage ou de circonstances particulières.

Cette intoxication sournoise est souvent totalement asymptomatique dans les premières 24 heures, mais cela ne préjuge en rien de sa gravité.

Au cours de l'année 2011, les Centres Antipoison et de Toxicovigilance (CAPTV) ont donné avis et conseils pour 8892 cas d'exposition à des spécialités contenant du paracétamol soit 4.6 % des cas des CAPTV français ; 3572 résultent des conduites suicidaires soit près de 41 %.

Les intoxications aiguës par le paracétamol vues précocement peuvent être diagnostiquées puis traitées en milieu hospitalier grâce à un traitement symptomatique et, si nécessaire, par l'administration d'un antidote tel que la N-acétylcystéine.

VENDREDI 23 NOVEMBRE de 11h30 à 12h30

- - -

Conduite à tenir face à une métrorragie, à une masse pelvienne

Dr Frédéric MARCHAL, Dr Claire CHARRA BRUNAUD

Les métrorragies sont définies comme des pertes de sang d'origine gynécologique survenant en dehors des règles ou chez une patiente ménopausée. C'est un symptôme fréquent dont les causes peuvent être multiples, bénignes ou malignes.

Les 2 tumeurs malignes les plus souvent révélées par ce symptôme sont le cancer de l'endomètre et le cancer du col utérin. L'âge de survenue, les caractéristiques des saignements et les antécédents de la patiente permettent souvent d'évoquer plutôt l'un ou l'autre de ces cancers mais aucun ne doit d'emblée être écarté. D'autres tumeurs d'origine gynécologique peuvent également être observées.

Nous verrons les principales caractéristiques des tumeurs à évoquer, ainsi que le bilan diagnostique à réaliser et les grands principes thérapeutiques.

La prise en charge d'une masse pelvienne est une situation fréquemment rencontrée par le médecin généraliste. Plusieurs situations sont alors possibles :

- soit la patiente, elle-même, se plaint d'une augmentation récente de l'abdomen, d'une voussure pelvienne associée ou non à d'autres signes ;
- soit la masse est découverte par le praticien lors de l'examen gynécologique de routine ou à l'occasion d'une symptomatologie douloureuse ou hémorragique ;
- soit, enfin, le diagnostic de masse pelvienne est porté par un examen paraclinique tel qu'une échographie, demandée à l'occasion d'une douleur pelvienne ou d'un épisode de métrorragies.

Dans tous les cas, il convient, pour le médecin généraliste, dans un premier temps d'affirmer l'origine gynécologique de la masse, dans un second temps, de savoir si cette masse est d'origine utérine ou annexielle puis dans un dernier temps d'établir un diagnostic étiologique précis et de proposer un traitement adapté.

JEUDI 22 NOVEMBRE de 11h30 à 12h30

- - -

**Être victime d'un infarctus du myocarde inaugural :
aspects psychologiques**

Mme Élise MARCHETTI

Selon l'HAS, l'infarctus du myocarde (IDM) touche chaque année en France 100.000 personnes. Depuis une quarantaine d'années, on assiste à un recul de la prévalence des IDM. En revanche, l'abord psychologique des malades et les complications psychiatriques sont toujours aussi peu pris en compte (Skala et al, 2005). L'objectif de cette présentation est d'expliquer pourquoi les aspects psycho-affectifs, thymiques et cognitifs sont essentiels à considérer.

1. Facteurs de risque « psychologiques » de l'IDM

Le stress est l'un de ces facteurs. Les événements de vie extrêmes (guerre, viol, etc.) peuvent favoriser la survenue d'un IDM (Boman, 1988). Mais d'une manière générale, les tracasseries quotidiennes et les stressés chroniques auraient un effet davantage délétère sur la santé somatique (Kanner et al, 1981). Cette influence du stress s'explique de manière indirecte (via les facteurs de risque : impact du stress sur le tabagisme (Kassel et al., 2003), l'HTA (Brotman et al, 2007, etc.), la prise de poids (Zellner et al., 2006 ; Hudd et al., 2000) et de manière directe (sur le fonctionnement cardiovasculaire, à travers le système nerveux et le système endocrinien) (Krantz et al, 2000).

D'autre part, des patterns comportementaux (de type A pour les IDM inauguraux ; de type D pour les cas de rechute) rendraient les personnes plus vulnérables à l'IDM. Le type A est caractérisé par l'urgence du temps, la compétitivité, et l'hostilité (Rosenman et Friedman, 1959). Le type D est défini par des émotions négatives et une inhibition sociale (Denollet et al, 1996).

La dépression peut accélérer l'arrivée d'un IDM et en favorise la rechute (Ford et al, 1998). L'isolement social majore la morbi-mortalité coronarienne (Cohen & Wills, 1985).

2. Réactions psychologiques suite à l'arrivée d'un IDM

Les patients victimes d'IDM peuvent souffrir stress post-traumatique (Doerfler et al, 1995), de troubles anxieux (Skala et al, 2005) et de dépression encore un an post-IDM (Lane et al, 2002).

De par son caractère inattendu, brutal, grave et chronique, l'IDM provoque une véritable rupture identitaire et biographique (Bury, 1982). Les premières réactions psychologiques sont d'abord le choc et la sidération (Chicaud, 1998) ensuite le déni (Livneh, 1999). L'IDM signe l'entrée dans une maladie chronique : elle durera toute la vie, occasionnant une certaine invalidité (insuffisance cardiaque, dyspnée, fatigabilité à l'effort, etc.), due à des causes irréversibles (athérosclérose), nécessitant une rééducation, obligeant le patient à respecter des diverses prescriptions (médicamenteuses, style de vie, etc.), exigeant un suivi et des contrôles médicaux (Cavazzuti, 1977). L'IDM opère une « mise en morceau de sa propre image (...), un

déchirement de l'identité» (Fischer et Tarquinio, 2002). Certaines thérapeutiques (pontage, défibrillateur implantable notamment) laissent un stigmate visible qui rappelle sans cesse au patient (et à ses proches) ce qu'il a vécu, la visibilité et le caractère impressionnant de cette marque faisant écho à la lourdeur de la maladie et de l'opération (Marchetti et al., 2012).

Au niveau cognitif émergent des croyances relatives à la maladie. Les malades développent des représentations cognitives personnelles liées à leur maladie: les causes, les conséquences, la durée (aiguë vs. chronique), l'issue de la maladie, le contrôle qu'il est possible d'avoir sur la maladie (Leventhal et al., 1980). Ces représentations permettent aux personnes de réguler leurs comportements de santé en accord avec ces représentations (Scharloo & Kaptein, 1997): le fait d'entrer dans un processus de traitement de la maladie, de prendre des médicaments, etc. Des études ont montré que les représentations personnelles de personnes venant d'être victimes d'IDM expliqueraient un tiers de la variance dans l'occurrence des complications cardiaques (tachycardie ventriculaire, atriale, fibrillation ventriculaire, atriale, bradycardie, ischémie myocardique, arrêt cardiaque, etc.) (Cherrington et al., 2004).

3. La prévention secondaire

Il y a un impact des conséquences psychologiques (thymiques, psycho-affectives et cognitives) de la survenue d'un IDM sur la morbi-mortalité, au travers d'éventuelles complications, de l'observance, de changements de comportements.

La prise en compte de la dimension psychique du sujet coronarien est donc essentielle. La réadaptation cardiaque (RC) permet en partie de répondre aux besoins psycho-sociaux de ces malades. Il s'agit d'une période limitée en temps, qui fait suite à la phase aiguë, et durant laquelle le patient se reconstruit physiquement grâce au réentraînement à l'effort; celui-ci a des effets reconnus sur les affects anxieux et dépressifs (Heller, et al., 1993; Wijndaele et al., 2007). Ce programme de RC offre au patient une dynamique, à la fois de reconstruction et d'orientation vers le futur, à travers les conseils hygiéno-diététiques et autres prescriptions qui lui sont donnés. Le fait que le réentraînement à l'effort se fasse en groupe offre une émulation et un soutien social. D'autres outils permettent d'optimiser l'éducation thérapeutique: les focus groups (se centrent sur le travail autour des représentations personnelles du patient), les groupes de parole (expression des émotions et des affects des patients), les auto-évaluations des patients, etc.

En médecine générale, lorsqu'il s'agit du suivi médical du patient coronarien au long cours, la prise en compte de cette dimension psychique est plus délicate. Le format de la consultation médicale (séances courtes: 15 minutes) et la position asymétrique des deux interlocuteurs (médecin vs. patient) ne favorisent pas l'émergence d'un espace où le patient pourrait exprimer ce qu'il ressent et ce qu'il croit quant à sa maladie. Le médecin peut toutefois essayer d'y être attentif et d'interroger le patient sur les aspects psycho-affectifs, thymiques, cognitifs et sociaux, afin d'orienter le patient, si besoin, vers des professionnels adéquats (psychologues, psychiatres, assistants sociaux, etc.).

JEUDI 22 NOVEMBRE de 9h à 10h

- - -

Les représentations personnelles qu'ont les patients de leur maladie chronique

Mme Élise MARCHETTI

C'est à partir de constatations concernant certains comportements apparemment inexplicables liés à la santé et la maladie, comme par exemple le manque d'observance thérapeutique, ou encore le fait que certaines personnes ayant des symptômes importants tardent à consulter un médecin, que se sont développées les réflexions par rapport aux croyances qu'ont les personnes quant à leur maladie. Nous avons choisi de centrer notre propos plus spécifiquement sur les malades chroniques.

1. Le phénomène des représentations personnelles subjectives qu'ont les personnes de leur maladie

La langue anglaise différencie au niveau sémantique deux concepts : l'affection médicale organique (réalité objective) sous le terme de « *disease* » ; et la maladie en tant qu'expérience personnelle et subjective avec le mot « *illness* » (Rechtman, 1998). À côté de la maladie comme phénomène physiologique et objectif, les patients ont un vécu et des croyances propres qui sont parfois en contradiction avec la réalité des faits.

L'homme a besoin d'interpréter ce qui lui arrive, de comprendre et de trouver du sens ; il en est de même lorsqu'il souffre d'une pathologie chronique. Pédinielli (1999) montre que les patients élaborent de réelles « théories personnelles » quant à leur maladie.

Leventhal et ses collègues (1980, 1984, 1999, etc.) ont développé un modèle expliquant comment les facteurs cognitifs que sont les représentations de la maladie influencent la manière dont les patients gèrent leurs symptômes, leur maladie et s'y ajustent : le Modèle d'Auto-Régulation. Les représentations de la maladie sont : l'identité (la façon dont le patient définit ses symptômes, la manière dont il les associe à sa maladie), la cause (toutes les théories étiologiques que le patient peut être amené à étayer), la durée (maladie perçue comme étant aiguë, cyclique, chronique), les conséquences perçues de la maladie, la croyance en une guérison, le fait de croire qu'il est possible de contrôler la maladie ou non (via les traitements médicamenteux, le changement de comportements, etc.).

Les représentations personnelles proviennent de trois sources d'information différentes : des représentations sociales et culturelles que le patient a intégrées depuis toujours ; de personnes influentes de l'environnement (comme un parent ou un médecin) ; de l'expérience même de la maladie vécue par le patient (perceptions des symptômes ressentis, mais aussi des symptômes perçus auparavant et expériences de maladies passés).

2. Impact des représentations personnelles
a. Au niveau psychologique et social

Ces représentations ont un impact au niveau psychologique, indépendamment de la réalité physiologique de la maladie. Moss-Morris *et al* (2000, 2002), dans une vaste étude portant sur des sujets souffrant d'asthme, de diabète, d'arthrose rhumatoïde, de douleur chronique, d'infarctus du myocarde, de sclérose en plaque, de VIH, ont montré que : plus les individus pensent qu'ils ne peuvent contrôler leur maladie, plus ils

considèrent que cette maladie va être chronique et cyclique, qu'elle aura des conséquences graves, et plus ils attribuent les causes de la maladie à des facteurs psychologiques et au hasard, plus ils expérimentent des émotions négatives (anxiété, dépression, colère, etc.).

Les études montrent aussi que les représentations personnelles ont un impact au niveau social, par exemple dans le fait de reprendre une activité professionnelle suite à un infarctus du myocarde (Byrne, 1982).

b. Au niveau des comportements de santé

Le fait de penser que l'on peut contrôler sa maladie aura un effet positif dans l'adoption de comportements de santé plus sains et dans la recherche d'un soutien social (dont médical). Kemp et al. (1999) l'ont montré pour les patients épileptiques, Moss-Morris et al. (1996) pour les personnes souffrant d'un syndrome de fatigue chronique.

Lorsqu'un malade chronique pense que sa maladie a beaucoup de conséquences négatives, il aura tendance à faire un déni de sa maladie, et donc à ne pas chercher à modifier ses comportements (Hagger & Orbell, 2003).

Les représentations des causes de la maladie a aussi un impact sur le changement de comportement : une personne qui estime que son infarctus du myocarde est essentiellement dû à des causes héréditaires ne verra pas l'intérêt d'arrêter de fumer, de faire du sport, de changer ses comportements alimentaires, etc.

3. Des stratégies

Comme l'expliquent Donovan et Ward (2001), les représentations cognitives de la maladie sont des éléments difficiles à modifier. La ténacité de ces croyances est une des barrières aux interventions de l'éducation à la santé.

Il est possible en revanche de se centrer essentiellement sur deux dimensions des représentations personnelles de la maladie : la notion de contrôle perçu et des conséquences perçues. En insistant auprès du patient sur les progrès qu'il a effectués en termes d'adoption de comportements de santé, d'observance, d'amélioration de marqueurs physiologiques, en l'encourageant et en lui montrant qu'il est capable d'agir, par lui-même, sur la maladie, le médecin peut améliorer la croyance du patient en ses propres ressources pour contrôler la maladie. De même, par des méthodes de remédiation cognitive, le médecin peut aider le patient à se focaliser sur ce qu'il peut encore faire, malgré sa maladie (ou même parfois grâce à sa maladie), et ainsi modifier les représentations du malade quant aux conséquences de la maladie.

Une des stratégies est également de demander au patient de venir en consultation avec son conjoint pour que celui-ci puisse également entendre le discours médical, et ne pas influencer négativement les représentations personnelles du malade.

Semaine Médicale de Lorraine 2012

MERCREDI 21 NOVEMBRE de 11h30 à 12h30

- - -

**Prise en charge somatique et surveillance des
patients sous psychotropes**

Dr Olivier MARTIN

La prise en charge des patients sous psychotropes doit tenir compte d'un ensemble d'éléments cliniques qui nécessitent une surveillance particulière. Les modalités de surveillance de ces patients et la fréquence des examens complémentaires doivent être définis avec le patient et le praticien avant la mise en place de son traitement psychotrope et notamment des neuroleptiques.

On peut envisager une surveillance clinique (prévention BPCO, poids...), une surveillance biologique (transaminases, prolactine, ammoniémie...) et/ou une surveillance d'examens complémentaires (ECG...) en fonction de l'âge du patient, de son traitement, de la durée de son traitement et du type de traitement. Il est important d'envisager avec le patient son suivi à long terme et de définir des objectifs de surveillance.

MERCREDI 21 NOVEMBRE de 16h30 à 17h15

- - -

Prise en charge de l'anaphylaxie sévère : les points nécessairement améliorables.

Pr Denise-Anne MONERET VAUTRIN

L'anaphylaxie sévère, manifestation la plus grave de l'allergie de type immédiat, est en relation avec les aliments, les venins d'hyménoptères et les médicaments. Les deux premières causes sont responsables d'épisodes récurrents dont la sévérité est imprévisible. Un risque léthal est partagé par toutes les étiologies. L'augmentation croissante de prévalence de l'anaphylaxie alimentaire en population pédiatrique doit être soulignée. La thérapeutique de l'anaphylaxie sévère fait l'objet d'un consensus théorique reflété par les directives internationales. Elle implique des structures, des personnes, des thérapeutiques. La revue de la littérature, comme l'expérience du Réseau Allergyvigilance s'attachent à l'application pratique de ces directives. Cette dernière est mise en jeu par une multiplicité d'intervenants. L'insuffisance des stratégies actuelles, de la prescription et de l'utilisation de l'adrénaline sont des faits avérés liés à de multiples causes. Il est indispensable de mettre en place des améliorations passant par la formation des personnels délivrant des soins d'urgences, par l'autorisation d'utilisation d'adrénaline par les secouristes professionnels, enfin par l'éducation des patients comme la loi HPST en fait devoir de mission par les structures publiques. La coordination des structures d'urgences et des allergologues concourrait également à la prévention comme à la prise en charge de l'anaphylaxie. Le généraliste joue un rôle essentiel dans le dépistage de l'allergie alimentaire par son interrogatoire, par le suivi évolutif qu'il assure, par la prescription de trousse d'urgence et par l'explication des soins à apporter en cas d'urgence en concertation avec l'allergologue.

MERCREDI 21 NOVEMBRE de 16h30 à 17h15

- - -

Le sport à l'école

Dr Xavier PAPILLON, Dr Marie-Hélène QUINET

L'Education Physique et Sportive (EPS) à l'école : seuls temps d'activités physiques et sportives pour de nombreux jeunes, les cours d'EPS obligatoires (782 heures de formation sur le cursus de la 6^{ème} à la terminale) contribuent à la santé physique, morale et sociale des élèves.

La présentation rapide de la finalité, des objectifs et contenus des programmes de l'EPS, discipline obligatoire à tous les examens, éclaire sur le caractère fondamental de cette pratique pour tous les élèves quelles que soient leurs possibilités et aptitudes. Ainsi professeurs d'EPS, médecins, familles, doivent ensemble lutter contre les comportements d'exclusion de certains élèves dont les inaptitudes partielles, permanentes ou temporaires permettraient pourtant de les inclure dans une pratique adaptée en EPS.

Ainsi, il est nécessaire de mutualiser nos efforts, acteurs de l'école, médecins, parents. L'enjeu est de permettre à tous les enfants scolarisés de bénéficier des apprentissages liés à la santé, la connaissance de soi et des autres, la sécurité à travers la pratique d'activités physiques, sportives ou artistiques. Une action urgente à conduire est de réduire efficacement le taux d'élèves « dispensés » en EPS et aux examens (notamment chez les filles) qui, dans l'académie, se situe dans les plus forts pourcentages au niveau national alors que parallèlement le taux de jeunes souffrant d'obésité augmente.

VENDREDI 23 NOVEMBRE de 10h15 à 11h15

- - -

BPCO et co-morbidités

Dr Gérard PEIFFER

La BPCO est une maladie chronique et lentement progressive, caractérisée par une diminution non complètement réversible des débits aériens [1]. Si la maladie a longtemps été considérée comme principalement respiratoire, **les patients atteints de BPCO sont fréquemment atteints d'autres pathologies chroniques dont l'impact sur la morbidité et la mortalité est important.** Ces pathologies chroniques sont regroupées sous le terme de **comorbidités**, que leur survenue soit favorisée par la BPCO ou qu'elle soit indépendante de celle-ci.

Fréquence des comorbidités au cours de la BPCO [2]

La BPCO est associée à une ou plusieurs autres pathologies chroniques (ou comorbidités) dans environ 65 % des cas .

Les **pathologies cardio-vasculaires** sont particulièrement associées à la BPCO avec 35 % des patients ayant une hypertension artérielle, 19 % une insuffisance cardiaque gauche et 13 % une cardiopathie ischémique. Parmi les autres comorbidités fréquemment rencontrées chez les patients atteints de BPCO, on retiendra :

- les cancers, avec notamment une fréquence importante de cancer du poumon ;
- l'anémie, qui survient plus souvent que la polyglobulie et dont les mécanismes sont mal compris ;
- les troubles cognitifs et neuropsychiatriques (syndrome dépressif) ;
- la dénutrition quantitative avec un indice de masse corporelle (IMC) abaissé, et qualitative avec une diminution de la masse musculaire.

En résumé, les patients atteints de BPCO ont fréquemment des comorbidités qui influent de façon importante tant sur les symptômes que sur le pronostic vital et les coûts de traitement. La fréquence de ces comorbidités chez les patients atteints de BPCO est la conséquence de facteurs de risque communs (vieillesse, tabagisme, facteurs génétiques) ; le rôle favorisant de la BPCO dans la survenue des comorbidités cardio-vasculaires, peut-être par l'intermédiaire d'une inflammation systémique de bas grade, dont les preuves apparaissent chaque jour plus nettes. Certains auteurs ont suggéré l'intérêt thérapeutique d'une prise en charge globale des comorbidités par une équipe multidisciplinaire [3] Le bien-fondé de cette stratégie séduisante reste à démontrer.

Références

[1] Chabot F, Gomez E, Guillaumot A, Chaouat A. De la BPCO à l'insuffisance respiratoire chronique Rev Prat. 2011 ; 61:781-6.

[2] Burgel PR Comorbidités chez les patients atteints de BPCO. Revue Prat. 2011 ;61 : 796-798

[3] Fabbri LM, Rabe KF : From COPD to chronic systemic inflammatory syndrome? Lancet 2007 ; 370 : 797-9.

LUNDI 19 NOVEMBRE de 14h à 16h30

- - -

Proposition de Traitement d'un cancer de la prostate localisé de pronostic favorable en RCP : la maladie, le patient, sa vie sociale

Pr Denis PEIFFERT, Dr Véronique BECKENDORF,
Dr Jean-Luc MOREAU, Pr Pascal ESCHWEGE

Le **diagnostic** de cancer repose sur l'analyse anatomo-pathologique des biopsies.

Le cancer de la prostate de pronostic favorable (ou à faible risque) correspond aux critères tumoraux suivants :

Stade clinique T1c ou T2a N0M0 et PSA \leq 10ng/mL et score de Gleason biopsique \leq 6.

Traitements à visée curative

Un seuil minimal d'espérance de vie de 10 ans est retenu. **La prostatectomie radicale, la radiothérapie externe et la curiethérapie** sont les traitements validés proposés avec les mêmes résultats carcinologiques. Ces 3 **options** tiennent compte de l'âge au diagnostic, des caractéristiques locales, des facteurs de morbidité compétitive, des diverses contre-indications et des préférences du patient.

La **surveillance active** devrait trouver sa place chez certains patients informés et adhérents avec une tumeur de très faible risque (moins de 3 biopsies positives et moins de 50 % de tumeur sur chaque biopsie envahie). Le patient doit être suivi de façon stricte et régulière.

Informations minimales pour présenter le dossier en RCP

- Age, poids, taille, état général, ATCD et traitements principaux
- Éléments familiaux ou sociaux particuliers pouvant influencer la prise en charge
- Aspect clinique de la prostate au TR, PSA avant biopsies (ng/mL) score de Gleason.
- Bilan tumoral réalisé (local, régional et à distance) : stade TNM
- Débitmètrie urinaire et Troubles mictionnels
- Score de prostatisme IPSS et Score de fonction erectile IIEF
- Évolution du PSA sur les 5 dernières années (valeurs et dates)
- Volume prostatique en écho
- Localisation du cancer
- Nombre de biopsies réalisées et Longueur biopsie tumorale/longueur totale.

Présentation de cas cliniques illustrant les critères de choix et les progrès thérapeutiques.

Semaine Médicale de Lorraine 2012

MERCREDI 21 NOVEMBRE de 11h30 à 12h30

- - -

**Aspects otoscopiques normaux et
pathologiques**

Dr Claire PERROT

Du conduit auditif externe à la caisse du tympan, de nombreux aspects otoscopiques peuvent se rencontrer. Est-ce normal ou pathologique ?

Après un rappel anatomique de la structure du conduit et du tympan ainsi que sur les pathologies principalement rencontrées selon leur siège, un quizz sur un diaporama de photos d'examens otoscopiques sera présenté et commenté.

Bouchon de cérumen, poche de rétraction, otomycose, cholestéatome... comment les différencier cliniquement grâce à l'otoscopie.

VENDREDI 23 NOVEMBRE de 14h à 16h

- - -

Actualité sur la prise en charge des suicidants

Dr Catherine PICHENE, Dr Crina PAPUC,
M. Arnaud COLAS, Dr Fabienne LIGIER

* Lors de cette intervention, nous vous proposons de présenter un outil d'évaluation de la crise suicidaire.

Cet outil élaboré par le Professeur Terra (Lyon Le Vinettier) est certes un outil simple et rapide d'investigation des idées suicidaires chez un sujet en crise mais c'est aussi également un instrument efficace de communication entre professionnels pour transmettre rapidement les données essentielles qui concernent le sujet en crise lors des relais auprès des services d'urgence.

L'évaluation de l'évolution de la crise suicidaire en trois dimensions RISQUE-URGENCE-DANGÉROSITÉ permet également, en outre, d'apporter une aide dynamique au médecin tout au long de la prise en charge du patient, afin de l'aider à adapter la conduite à tenir la plus pertinente au regard de la situation rencontrée.

Cet outil de communication avec le patient facilite les échanges avec celui-ci et lui permet de percevoir avec l'aide de l'intervenant de quelles ressources il dispose et de convenir d'accepter une aide organisée qui l'amènera vers une sortie de crise ;

Cette présentation exposera l'utilisation pertinente de cet outil lors de la prise en charge du public sous mains de justice.

* Est-il efficace de veiller sur un suicidant après un passage à l'acte ? Toutes sortes de dispositifs thérapeutiques ont été mis en place sans montrer de différence significative en termes de récurrences. Pourtant, la clinique nous incite à penser que le souci de l'autre, le sentiment pour le sujet de « rester en contact » avec le dispositif de soins, ont un impact réel.

L'auteur propose une synthèse des différents dispositifs de « recontacts » imaginés et testés à travers le monde : des lettres aux USA, des cartes postales en Australie et en Nouvelle Zélande, des appels téléphoniques dans le Nord de la France ou en Scandinavie, des textos en Bretagne ou une carte de crise selon l'équipe de Bristol...

Seules ont été retenues les études randomisées contrôlées. De nombreuses limites, comme l'hétérogénéité des populations concernées, la faible reproductibilité de certaines techniques sont à prendre en compte dans l'étude de la bibliographie.

Mots clés: attempted suicide – suicide prevention – self harm - self poisoning – randomized controlled trials

VENDREDI 23 NOVEMBRE de 10h15 à 11h15

- - -

**Infections sexuellement transmissibles (IST) :
un sujet d'actualité**

Dr Anne-Lise PINAULT

La reprise du comportement à risque et la transmission facile par le sexe oral expliquent l'épidémie et la recrudescence de certaines IST.

Il est important de dépister les IST souvent asymptomatiques qui peuvent augmenter le risque de contamination par le VIH et entraîner des complications parfois graves chez des patients jeunes alors qu'un traitement souvent par une dose d'antibiotique permet leur guérison.

Il existe de nouvelles techniques de dépistage avec les tests d'amplification des acides nucléiques permettant un meilleur dépistage de ces infections.

Cette conférence permettra de mieux connaître les populations cibles à dépister et d'actualiser ses connaissances sur l'épidémiologie, les modalités de dépistage et de traitement des IST.

MERCREDI 21 NOVEMBRE de 11h30 à 12h30

- - -

Prise en charge des onychomycoses

Dr Jean POUAHA

Les onychomycoses représentent 50% de la pathologie unguéale et touchent surtout les adultes. Elles sont localisées aux pieds dans 80% des cas.

Les pathogènes responsables sont les dermatophytes, les levures et les moisissures. Elles sont fréquentes chez les patients immunodéprimés (diabète, déficit immunitaire, corticothérapie générale..)

La prise en charge thérapeutique consiste à faire un prélèvement mycologique de bonne qualité avant d'instaurer un traitement antimycosique systémique en cas d'atteinte matricielle. L'avulsion chimique, mécanique ou chirurgicale est indispensable pour diminuer la charge parasitaire afin d'éviter l'échec thérapeutique. En absence d'amélioration, après un traitement bien conduit, le diagnostic doit être revu.

Une meilleure connaissance des onychomycoses permet d'éviter des traitements systémiques longs, onéreux, inutiles et aux effets secondaires néfastes.

Semaine Médicale de Lorraine 2012

MARDI 20 NOVEMBRE de 10h15 à 12h45

- - -

**Maladie mentale et médecine générale : quelle
coopération avec la famille et l'entourage du
patient ?**

Mme Thérèse PRÉCHEUR, Dr Philippe PLANE,
Mme Nadette FERRY, Dr Jérôme LEROND

Entre tous ces objectifs, des difficultés et des contradictions peuvent apparaître. Nous partirons d'exemples du vécu de l'entourage et d'exemples amenés par les participants. Un point sera fait sur la déontologie professionnelle, notamment le secret médical. Selon l'état du patient, pleinement conscient, dans le déni, ou délirant, les différentes approches du soin seront abordées en lien avec l'entourage du patient.

MARDI 20 NOVEMBRE de 11h30 à 12h30

- - -

Anorexie mentale et boulimie

Pr Didier QUILLIOT, Dr Aurélie MALGRAS

L'anorexie et la boulimie font partie des troubles du comportement alimentaire qui sont définis par des conduites alimentaires différentes de celles habituellement adoptées par des individus placés dans un même environnement. Les formes syndromiques principales (anorexie mentale, boulimie et hyperphagie boulimique) concernent environ 10% de la population.

En France, la prévalence globale de l'anorexie mentale se situe entre 1 à 2 % de la population des adolescentes et la prévalence de la boulimie sur une vie entière est de 1 à 3%.

La chronicisation des troubles expose à des complications somatiques, psychiatriques et psychosociales pouvant conduire au décès dans les formes les plus graves. Le pronostic de l'anorexie dans sa forme restrictive pure ou dans sa forme boulimique (avec vomissements) est largement influencé par la précocité du diagnostic et de la prise en charge.

Il existe donc une réelle nécessité d'améliorer le dépistage de ces troubles, grâce à des outils simples à mettre en oeuvre, d'initier une prise en charge précoce en ville sans méconnaître les critères somatiques de gravité imposant une hospitalisation et de s'appuyer sur un suivi multidisciplinaire (nutritionniste, psychiatre, médecin généraliste) de façon à permettre une évolution favorable.

Après une évaluation initiale complète à la fois somatique, nutritionnelle, psychologique et psychiatrique, le traitement repose sur la psychothérapie et sur une prise en charge nutritionnelle adaptée. L'évaluation multidisciplinaire doit être répétée de façon régulière pour déterminer les facteurs de gravité, et pour prévenir et dépister les complications.

Semaine Médicale de Lorraine 2012

JEUDI 22 NOVEMBRE de 15h45 à 16h45

- - -

**Diagnostic et traitement des anomalies de la
verge**

Dr Aline RANKE

Les problèmes de décalottage, les infections et les traumatismes, les interrogations sur la taille et la forme de la verge font partie du quotidien des parents ; les malformations de la verge, plus rares, sont aussi l'objet d'inquiétudes qui sollicitent le médecin généraliste comme le pédiatre.

Ce cours essayera d'apporter des réponses à ces questions ; l'expérience et les avis des praticiens sont importants et les questions dans la salle seront les bienvenues.

Semaine Médicale de Lorraine 2012

MARDI 20 NOVEMBRE de 15h45 à 16h30

- - -

Les thromboses veineuses cérébrales

Dr Sébastien RICHARD

Les thromboses veineuses cérébrales (TVC) sont maintenant connues dans le domaine de la Neurologie, notamment grâce au développement des unités neurovasculaires. Cependant, le sujet doit impérativement être abordé avec les médecins qui interviennent en amont et en aval de la phase hospitalière. La reconnaissance précoce des signes cliniques par les médecins généralistes et les urgentistes, notamment le caractère des céphalées, permet d'établir rapidement le diagnostic et l'instauration d'un traitement efficace afin d'éviter des complications engageant le pronostic fonctionnel et vital.

Les TVC concernent surtout la femme jeune. Les signes cliniques qui doivent alerter le praticien sont en premier lieu des céphalées inhabituelles secondaires à l'hypertension intracrânienne. Le tableau peut très vite s'enrichir avec des crises d'épilepsies, le plus souvent partielles, et des déficits neurologiques dont l'origine peut être à la fois post critique et lésionnelle. Le diagnostic de certitude est établi par l'angio-scanner cérébral ou l'IRM. Le traitement consiste en l'instauration le plus rapidement possible d'un traitement anticoagulant d'abord par héparine, puis ensuite par antivitamine K dont la durée est conditionnée par la reperméabilisation des veines cérébrales. Le pronostic, sous traitement, est bon, même en cas de lésions cérébrales initiales importantes, dues à l'œdème cérébral. A 1an, plus de 80% des patients traités n'ont plus de séquelles fonctionnelles.

Le pronostic des patients atteints de TVC est dépendant de la rapidité d'instauration du traitement par anticoagulant. L'exploration des céphalées inhabituelles doit à chaque fois prendre en compte la possibilité de ce diagnostic, et conduire à contrôler la perméabilité des structures veineuses cérébrales par des examens d'imagerie cérébrale maintenant très accessibles.

JEUDI 22 NOVEMBRE de 15h45 à 16h45

- - -

L'audition au fil du temps

Dr Cécile RUMEAU

La presbycousie correspond à la sénescence de l'appareil auditif, et s'exprime tant au niveau du récepteur cochléaire que des voies auditives centrales. Il en résulte une surdité de perception bilatérale et symétrique atteignant d'abord les fréquences aiguës, pour s'étendre ensuite « en tâche d'huile » vers les fréquences conversationnelles. La prévalence de la presbycousie augmentant avec l'âge, il s'agit d'une pathologie en pleine expansion... Or les conséquences individuelles de l'altération des capacités auditives peuvent être importantes, allant jusqu'à l'isolement social, ou à l'entrée dans un syndrome dépressif.

Le diagnostic est rapidement établi lors d'une consultation spécialisée en ORL. L'examen otoscopique est en règle normal et les résultats d'audiométrie tonale et vocale sont assez spécifiques. Nous détaillerons dans cette présentation les critères diagnostiques ainsi que les indications d'explorations complémentaires éventuelles.

Une fois ce diagnostic confirmé, la prise en charge du patient presbycousique se doit d'être personnalisée, mais l'appareillage audioprothétique, lorsqu'il est possible et accepté, reste la meilleure garantie d'une réhabilitation auditive, qui sera de préférence stéréophonique. Nous reviendrons à ce propos sur les principes de base de cet appareillage et ses indications dans la presbycousie.

Pour conclure, il convient d'insister sur les principes de prévention primaire et secondaire des troubles de l'audition, qu'ils soient purement liés au vieillissement ou non, et sur les initiatives existant en terme de dépistage.

LUNDI 19 NOVEMBRE de 9h à 10h

- - -

**Le nouveau tableau 57A des maladies
professionnelles**

Dr Bruno SCHMITT

Dans une première partie introductive, l'auteur précise la définition d'un tableau de MP, la volonté du législateur d'y introduire la notion de « présomption d'origine » et expose l'utilisation de ce système de reconnaissance (tableaux) ainsi que le fonctionnement des circuits d'instruction de ces demandes au sein des caisses d'assurance maladie et du service du contrôle médical. Le rôle du comité régional de reconnaissance des MP (CRRMP) est également brièvement décrit dans le cadre du système de reconnaissance complémentaire introduit en 1993 (maladies hors tableaux).

Les nouvelles modalités de prise en charge au titre de la législation des maladies professionnelles des pathologies de l'épaule sont ensuite exposées (T57A) après comparaison avec l'ancien tableau, en insistant sur les 3 catégories d'affections prévues : tendinopathie aiguë non calcifiante non rompue de la coiffe des rotateurs, tendinopathie chronique non rompue, rupture partielle ou transfixiante de la coiffe.

Quelques recommandations pour l'élaboration des certificats sont proposées : se limiter aux trois diagnostics prévus par les textes en évitant les appellations obsolètes ou imprécises, la description de symptômes, ne pas omettre les examens obligatoires (IRM).

Une dernière partie, conclusive, après avoir rappelé les critères médico-administratifs de prise en charge des MP en général et du T57A en particulier, fournit des données chiffrées (2011) sur les maladies professionnelles et les résultats du CRRMP du Nord-Est à titre d'illustration.

LUNDI 19 NOVEMBRE de 10h15 à 12h45

- - -

**Les soins palliatifs en pédiatrie. Une équipe
ressource régionale en soins palliatifs
pédiatriques en Lorraine**

Dr Claudine SCHMITT, Dr Ludovic MANSUY,
Dr Matthieu MARIA, Mme Valérie GAUZES

Il n'existe à ce jour aucune structure identifiée en Lorraine ayant pour objectif la coordination des soins pour la prise en charge des enfants en soins palliatifs, en l'absence de formations, procédures et organisations spécifiques des équipes soignantes dans le domaine pédiatrique, et finalement de tous les acteurs de soins, hospitaliers ou ambulatoires.

Cette prise en charge est assurée de façon hétérogène par les équipes référentes hospitalières (Centres de compétence et de référence), les équipes soignantes des Centres Hospitaliers Régionaux et Généraux, avec l'aide possible des équipes mobiles de soins palliatifs adultes et des réseaux, des HAD, des prestataires de soins et bien entendu, par les Médecins libéraux, Pédiatres et Généralistes, ainsi que les infirmières libérales, en lien avec l'équipe référente.

Les soins palliatifs sont définis comme une prise en charge totale et active de l'enfant, corporelle, intellectuelle et spirituelle, ainsi qu'un soutien à sa famille, et doivent être accessibles à tout enfant dont la maladie causale entre dans ces critères :

- Les enfants pour lesquels un traitement curatif est possible, mais pour qui les soins palliatifs peuvent être nécessaires (cancers, atteinte cardiaque, rénale ou hépatique importante).
- Les enfants présentant des conditions où une mort prématurée est inévitable (dystrophie musculaire, mucoviscidose).
- Les enfants présentant des conditions progressives sans espoir de guérison (mucopolysaccharidoses, leucodystrophies).
- Les enfants présentant des problèmes neurologiques graves irréversibles et non progressifs (accidents avec atteinte neurologique sévère, paralysie cérébrale grave).
- Nouveaux-nés dont l'espérance de vie est très limitée.
- Membres d'une famille ayant perdu un enfant de façon imprévue à la suite d'une maladie, d'une situation engendrée par une cause traumatique ou accidentelle ou d'une perte dans la période périnatale (morts-nés, avortements).

La mise en place d'une équipe ressource régionale en soins palliatifs pédiatriques répond aux objectifs du programme de développement des soins palliatifs en France (2008-2012). Pour la Lorraine, elle sera constituée de 2 pédiatres (réanimateur et oncologue), de 2 infirmières, d'une psychologue et d'une secrétaire, et interviendra à la demande d'un professionnel, d'une équipe soignante ou des accompagnants naturels. Elle aura pour objectif principal la mise en place de la démarche palliative et d'accompagnement de l'enfant et de ses proches, en privilégiant la communication et la collaboration avec les acteurs de santé locaux, et en coordonnant le cas échéant la prise en charge de l'enfant.

Semaine Médicale de Lorraine 2012

JEUDI 22 NOVEMBRE de 9h à 10h

- - -

**La convention médicale : indicateur de
rémunération sur les objectifs de santé
publique pour les cardiologues, articulation
spécialiste-généraliste**

Dr Jean-Luc SIMONIN

La nouvelle convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie a été signée le 26 juillet 2011.

Elle intègre un dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique qui repose sur des indicateurs de pratique médicale. Les médecins généralistes ont été les premiers spécialistes concernés. La spécialité en cardiologie et maladie vasculaire est la deuxième intéressée.

La présentation montre la cohérence entre les indicateurs des deux spécialités et conforte ainsi la logique du parcours de soins

MERCREDI 21 NOVEMBRE de 10h15 à 12h45

- - -

Le médicament dans tous ses états

Dr Norbert STEYER, Dr Denis ÉVRARD,
Pr Jean-Dominique DE KORWIN, Dr Maria RIFF,
Pr François PAILLE, Dr Jacques BIRGÉ,
Dr Marie-France BAUDOUIN, Dr Cédric BERBÉ,
Dr Patrick LUCQUIN,
Mme Marie-Christine DELVOT,
Dr Jean Daniel DESSE

- L'automédication :

L'automédication est l'utilisation, hors prescription médicale, par des personnes pour elles mêmes ou pour leur proches (*automédication par "procuration" à destination d'enfants*) et de leur propre initiative, de médicaments considérés comme tels et ayant reçu l'AMM, avec la possibilité d'assistance et de conseils de la part des pharmaciens. (définition retenue par le Comité Permanent des Médecins Européens). Elle doit être différenciée de la médication officinale proposée par le pharmacien.

Cette automédication trouve sa justification par le ressenti du malade de ses troubles et par la perception qu'il en a, et qui dépende de son niveau socioculturel. Elle est parfois favorisée par les contraintes financières du patient lui-même mais aussi incitée par les pouvoirs publics et les caisses d'assurance maladie qui y voient une source de limitation des dépenses de santé. L'industrie pharmaceutique, dans une démarche consumériste, y joue également son rôle largement facilité par Internet qui procure un accès aisé à une information médicale sur le médicament, pas toujours validée scientifiquement d'ailleurs.

Ces facteurs motivant l'automédication sont étudiés successivement; les dangers de celle-ci sont également développés au cours de l'exposé, en tant que facteur de pathologie iatrogène liée au médicament consommé. Les perspectives d'amélioration sont évoquées enfin, en terme d'information délivrée par le médecin de famille mais aussi d'éducation thérapeutique.

MARDI 20 NOVEMBRE de 14h30 à 16h30

Les violences

Dr Patrick TABOURING

Les conférenciers tenteront, en séance thématique de 3 heures, de présenter les différentes formes de violence et de proposer des attitudes appropriées à leur rencontre.

Les chiffres les plus récents sont alarmants et semblent confirmer à quel point il est impossible de séparer la violence de la vie.

Nous proposerons d'abord de définir la violence et de comprendre ses mécanismes. Nous essaierons de dresser le profil aussi bien de la victime que de l'auteur, et de décrire les conséquences du processus. L'accent sera mis sur la dimension éthique de notre intervention. Notre prise en charge concerne la victime en première intention, mais s'adressera également à l'auteur.

Une partie de la séance sera consacrée à des formes de violence méconnues : violences institutionnelle et organisationnelle. Ces notions seront explicitées et différenciées. Il sera montré comment les repérer. Nous expliciterons également l'attitude à adopter face à ces formes sournoises de violences.

Nous rappellerons les notions élémentaires à propos des violences domestiques, en particulier le cycle de la violence.

Nous décrirons le modèle d'intervention luxembourgeois qui est devenu exemplaire depuis une nouvelle loi visant à protéger les victimes. Ceci permettra d'ouvrir la discussion et d'échanger à propos des modèles français et luxembourgeois, et de tirer des enseignements conjoints.

La séance traitera également de la maltraitance d'enfants. Nous rappellerons les différentes formes de maltraitance d'enfants et leur repérage.

Nous tenterons d'élaborer une démarche programmée en médecine ambulatoire, afin d'optimiser cette prise en charge délicate, mais d'importance capitale.

LUNDI 19 NOVEMBRE de 14h à 17h

- - -

Quel suivi proposer après une exposition à un cancérogène professionnel ?

Dr Isabelle THAON, Dr Fabrice HÉRIN
Dr Bénédicte CLIN GODARD

Proposé par les membres de l'Institut de Médecine du Travail de Lorraine

En 2003, selon les résultats de l'étude SUMER, menée au niveau national, on estimait à 2 370 000 le nombre de salariés exposés à des produits cancérogènes. Plus récemment une étude menée dans le nord de la Lorraine (Wild et al, Br J Cancer 2012) a montré que dans le cas du cancer bronchique les fractions de risques attribuables aux cancérogènes professionnels dépassent les 50%, du fait notamment du passé sidérurgique et minier de la région. Ces chiffres confirment, si cela était nécessaire, que la problématique de l'exposition professionnelle à des cancérogènes reste entièrement d'actualité, avec ces deux volets : comment éviter que de nouveaux salariés soient exposés à des agents cancérogènes et quel suivi doit-on proposer aux personnes ayant été exposées par le passé ?

Entre 2010 et 2012, trois recommandations portant sur le suivi post professionnel (chez les retraités et autres inactifs) et/ou post-exposition (chez les salariés actifs) à des agents cancérogènes professionnels ont été labellisées par l'HAS et/ou par l'INCA :

- Avril 2010 : Suivi post-professionnel après exposition à l'amiante (HAS)
- Janvier 2011 : Recommandations pour la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés à l'effet cancérigène des poussières de bois (INCa/HAS)
- Avril 2012 : Surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés ou ayant été exposés à des agents cancérogènes chimiques et application aux cancérogènes pour la vessie (INCa/HAS)

Ces recommandations s'adressent à la fois aux médecins du travail (en charge de la prévention et du suivi post-exposition), mais aussi aux médecins généralistes dont dépend en grande partie la mise en œuvre du suivi post-professionnel lorsque les salariés sont en retraite, ainsi qu'à divers spécialistes ORL (recommandations poussières de bois), pneumologues et radiologues (recommandations amiante), urologues (recommandations cancer de vessie)...

Parmi les points communs à ces trois recommandations qui seront abordées successivement, nous axerons spécifiquement nos interventions sur 3 points :

1. Comment identifier les personnes qui relèvent d'un suivi post-professionnel et quelles sont les modalités de surveillance qui s'appliquent à leurs antécédents d'exposition conformément aux recommandations HAS ?
2. Comment fournir une information éclairée sur les résultats et bénéfices attendus de la surveillance, et sur les conséquences en termes de morbidité des explorations diagnostiques invasives qui pourraient découler des résultats des examens réalisés dans le cadre du suivi post-professionnel ?
3. Comment fournir une information éclairée lors de la restitution des résultats des examens réalisés dans le cadre du suivi post professionnel concernant les anomalies découvertes et leurs éventuelles conséquences ?

MERCREDI 21 NOVEMBRE de 14h à 16h

- - -

Asthme et comorbidités

Dr Angélica TIOU, Dr Nathalie WIRTH,
Pr Roger JANKOWSKI, Pr Bruno CHENUÉL

Malgré les progrès réalisés au décours des 30 dernières années dans la prise en charge de l'asthme, six asthmatiques sur dix ne sont pas contrôlés en France selon l'enquête santé et protection sociale (ESPS). Dans 46% de cas, l'asthme est partiellement contrôlé et dans 15% de cas non-contrôlé. Parmi les facteurs entretenant un mauvais contrôle de la maladie asthmatique, le tabagisme, les comorbidités ORL et l'obésité sont fréquemment rencontrés.

Un asthmatique sur trois est fumeur et exposé au risque de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou de tumeur bronchopulmonaire. Le diagnostic différentiel n'est pas toujours facile et nécessite la réalisation d'explorations fonctionnelles respiratoires complètes, et parfois de scanner thoracique et de fibroscopie bronchique. En même temps, la consommation de tabac rend les patients moins réceptifs à la corticothérapie inhalée et les patients sont moins bien contrôlés malgré un traitement optimal. Un sevrage tabagique doit être proposé à tout asthmatique fumeur.

L'atteinte nasosinusienne est quasiment systématique dans l'asthme sévère. La polypose doit être recherchée par une rhinoscopie antérieure, complétée par une tomodensitométrie des sinus si une chirurgie est envisagée. Cette dernière est utile dans les cas invalidants ou qui ne répondent pas au traitement médical, par exemple ceux pour lesquels plus de trois cures annuelles de corticoïdes par voie générale sont nécessaires, ou lorsque l'asthme est difficile à contrôler. Dans tous les cas, l'administration d'un corticoïde intranasal est recommandée. La rhinite allergique est également fréquente et peut s'associer à l'asthme mais n'est qu'un épiphénomène lorsqu'elle est associée à une polypose naso-sinusienne. Elle bénéficie également de l'administration d'antihistaminiques et/ou de corticoïdes locaux. La prise en charge de l'atteinte nasosinusienne est importante, quelque que soit la pathologie, car elle permet un meilleur contrôle de l'asthme.

La surcharge pondérale est fréquente chez l'asthmatique ; elle peut être une conséquence de la maladie (chez un sujet devenu sédentaire en raison de sa limitation respiratoire) ou de la corticothérapie systémique. En revanche, l'asthme de l'obèse semble constituer une entité particulière, dont les mécanismes sont mal connus ; difficile à traiter, souvent corticorésistant, il impose la recherche d'un syndrome d'apnée obstructive du sommeil et d'un syndrome d'hypoventilation alvéolaire qui compliquent la maladie respiratoire.

Afin d'obtenir un contrôle optimal de la maladie asthmatique, les comorbidités doivent être décelées et, le cas échéant, un traitement spécifique doit être réalisé. Pour atteindre cet objectif, une collaboration étroite entre le médecin généraliste et le médecin spécialiste (pneumologue, tabacologue, ORL et le médecin d'exploration fonctionnelle respiratoire) est nécessaire.

LUNDI 19 NOVEMBRE de 14h30 à 15h30

- - -

Poumon et hyperéosinophilie

Dr Angélica TIOTIU

Les polynucléaires éosinophiles représentent environ 3% des leucocytes sanguins et ont une origine médullaire. Chez l'homme, à l'état normal, ils sont préférentiellement localisés au niveau de l'intestin, ils sont rares dans le poumon et absents de la peau.

Lors d'un état pathologique (allergique, parasitaire...), leur production s'accroît, leur survie s'allonge et ils peuvent infiltrer de nombreux organes d'où ils sont normalement absents. Cette infiltration tissulaire à éosinophiles se traduira sur le plan clinique par des symptômes divers en fonction de l'organe atteint.

Cette conférence a comme objectif principal d'établir la conduite à tenir devant l'association d'une hyperéosinophilie (>500 éléments / mm^3) à une symptomatologie respiratoire.

Pour réaliser cet objectif, une description complète des principales maladies qui évoluent avec des symptômes respiratoires et une hyperéosinophilie sanguine sera faite (asthme et rhinite allergique, pneumonie aigüe et chronique idiopathique à éosinophiles, aspergillose broncho-pulmonaire allergique, vascularité de Churg et Strauss, parasitoses, pneumopathies médicamenteuses, syndrome d'hyperéosinophilie essentielle).

Des algorithmes diagnostiques, les moyens thérapeutiques et les principaux éléments de suivi seront réalisés pour chaque affection pour faciliter la prise en charge de ces patients par les médecins généralistes.

JEUDI 22 NOVEMBRE de 10h15 à 12h45

- - -

**Diagnostic des arthropathies fonctionnelles du
membre inférieur**

Dr Pierre TRITSCH

Diagnostic des arthropathies fonctionnelles du membre inférieur

Les arthropathies fonctionnelles du membre inférieur sont des pathologies fréquentes. Leur diagnostic est difficile : “Les douleurs ressenties par le patient ne sont mises en évidence ni par la biologie ni par l’imagerie puisqu’elles sont la traduction d’atteintes fonctionnelles” [1].

Clinique : La douleur est le maître symptôme. Mécanique et inflammatoire. Souvent invalidante et rebelle.

Diagnostic : L’examen orthopédique :

La mobilité active : limitation modérée, souvent difficile à mettre en évidence.

L’examen vérifie :

- L’absence de douleurs ainsi que la symétrie des différentes amplitudes ;
- La présence de toutes les composantes du mouvement physiologique.

La mobilité passive : teste la mobilité le long du plan de glissement de l’articulation. C’est le jeu articulaire : petits mouvements involontaires dont l’intégrité est cependant indispensable à un fonctionnement complet et indolore de l’articulation.

Interprétation :

- Type capsulaire : toutes les amplitudes sont limitées : origine organique.
- Limitation sectorielle du jeu articulaire : arthropathie fonctionnelle.

Les arthropathies fonctionnelles du genou

Etiologies : traumatique, chirurgie, prothèses, poussées inflammatoires, gonarthrose.

L’arthropathie fémoro-tibiale

Rappel biocinétique : l’extension du genou s’accompagne d’une rotation externe de l’axe jambier : C’est la rotation automatique du genou. Genou en flexion à 90°, l’axe de la crête tibiale et de la tubérosité tibiale antérieure se situe sur une ligne verticale passant par la partie moyenne de la rotule alors qu’en extension cette ligne se déplace vers le tiers externe de la rotule.

Mobilité active : étudie la rotation automatique du genou

Jeu articulaire : torsion axiale, cisaillement antéro-postérieur ou latéral.

L’arthropathie rotulienne

Jeu articulaire : cisaillement latéral, en torsion.

Les arthropathies fonctionnelles de la cheville

L’arthropathie fibulo-tibiale

Etiologie : entorses externes.

Rappel biocinétique : la poulie astragalienne est plus large en avant qu’en arrière. La dorsi-

flexion du pied s'accompagne de ce fait d'un écartement des malléoles et d'une ascension du péroné [2]. La fonction articulaire de l'articulation fibulo-tibiale est liée à la fonction tibio-tarsienne.

Mobilité active : recherche une discrète limitation de la dorsi-flexion du pied.

Jeu articulaire : cisaillement antéro-postérieur, cisaillement cranio-caudal au niveau des articulations fibulo-tibiale distale et proximale.

L'arthropathie fonctionnelle tibio-tarsienne

Etiologie : entorses.

Mobilité active : flexion-extension de la cheville

Jeu articulaire : cisaillement antéro-postérieur tibio-astragalien.

L'arthropathie fonctionnelle sous-talienne

Etiologie : traumatique ou inflammatoire.

Rappel biocinétique : mouvement complexe. L'astragale "vire, tanguet et roule".

Mobilité active : inversion et éversion du pied. Jeu articulaire : cisaillement antéro-postérieur, latéral.

Les arthropathies fonctionnelles du pied

L'arthropathie fonctionnelle du scaphoïde tarsien et du cuboïde

Etiologie : entorses médio-tarsiennes.

Rappel biocinétique : fixé au calcaneum par le ligament en Y de Chopart. Mouvements d'inversion-éversion complexes, liés à la biocinétique de l'arrière pied. Déplacements en bas en dedans, en haut en dehors.

Jeu articulaire : diduction, cisaillement supéro-inférieur."

L'arthropathie fonctionnelle cunéo-métatarsienne du premier rayon

Etiologie : traumatique

Jeu articulaire : diduction, cisaillement.

L'arthropathie fonctionnelle des métacarpo-phalangiennes (MP) et interphalangiennes (IP)

Rappel biocinétique : mouvement en touche de piano des MP.

Jeu articulaire :

- MP : diduction

- IP : torsion axiale.

Principes du traitement

But du traitement :

- Restaurer un jeu articulaire normal

- Si possible de façon durable.

Principes généraux :

- Ne pas de travailler "en force" ;

- Toujours dans le plan de glissement de l'articulation ;

- Positionner l'articulation en direction des amplitudes libres sans "forcer la barrière" ;

- Avec une légère traction axiale ; exercer des pressions douces jusqu'au relâchement des tissus.

- Le traitement est facile. Si vous savez faire le diagnostic, vous saurez faire le traitement !

Bibliographie

[1] HUGUENIN F. — Médecine orthopédique. Médecine manuelle. Diagnostic. Masson, Paris, 1991

[2] KAPANDJI I.A. — Physiologie articulaire, tome 1, membre inférieur. Maloine, 1980.

MARDI 20 NOVEMBRE de 14h30 à 15h30

- - -

**Conduite à tenir devant des céphalées
inhabituelles**

Dr Marc WAGNER

Les céphalées inhabituelles, du point de vue du médecin, apparaissent déconcertantes de par leur circonstances de survenue, leur rythmicité, leur topographie, leur tonalité, certains signes associés...

Elles sont par définition peu fréquentes mais variées et il s'agit dans cette présentation, en s'appuyant sur des cas cliniques, de les situer dans le spectre des céphalées primaires et secondaires et, par tant, de repérer celles qui justifient d'explorations complémentaires et avec quel degré d'urgence. les possibilités thérapeutiques sont également abordées.

MARDI 20 NOVEMBRE de 10h15 à 11h15

- - -

Douleur, personne âgée et fin de vie

Dr Bernard WARY

La douleur des personnes âgées en fin de vie présente des particularités épidémiologiques, physiopathologiques, pharmacologiques, psychiques et éthiques imposant une nécessaire complémentarité entre auto- et hétéro-évaluation, entre approches médicamenteuses et non-médicamenteuses, entre science et humanité.

Les personnes âgées en fin de vie ne doivent pas être les oubliées de la douleur et leur prise en charge ne peut se résumer à la prescription de morphine, fusse-t-elle teintée d'humanisme.

Préjugés, fatalisme, mais également protocoles figés ou gold standard sont à remettre en question. L'objectif premier devant toujours être de prendre soin, il nous faut conjuguer savoir faire et savoir être dans le respect du patient et la recherche de son confort physique, psychologique et existentiel, quitte à bousculer nos certitudes et notre quiétude.

JEUDI 22 NOVEMBRE de 11h30 à 12h30

- - -

**Spécificités de l'évaluation de la douleur chez la
personne âgée**

Dr Bernard WARY

La prise en charge de la douleur de la personne âgée progresse ces dernières années, mais l'évaluation systématique de ce symptôme pourtant si fréquent n'est pas acquise. Il persiste des préjugés et des réticences alors que nous disposons d'outils d'auto et d'hétéro-évaluation performants et validés (EVS-DOLOPLUS-ECPA-ALGOPLUS-PACSLAC).

Ces échelles permettent d'aborder les différentes situations et d'évaluer les douleurs aiguës, les douleurs récurrentes et les douleurs chroniques, si fréquentes en gériatrie.

Elles permettent de passer de la conviction à la preuve, de la subjectivité à l'objectivité, en travaillant notamment son seuil de tolérance à la douleur.

Les personnes âgées ne pouvant s'auto-évaluer sont encore trop souvent victimes d'un défaut d'évaluation qui risque fort d'engendrer un défaut de soin....

MARDI 20 NOVEMBRE de 15h45 à 16h30

- - -

Compenser la carence en vitamine D : mythes et controverses

Pr Georges WERYHA

La carence en Vitamine D fait partie des marronniers scientifiques. Les médecins généralistes sont convaincus très largement de la prévalence élevée des carences en Vitamine D.

Le seuil d'intervention thérapeutique fixé à 30 ng/ml pose plus de questions : soit qu'il soit jugé trop haut pour certains médecins, soit qu'il soit jugé insuffisant pour le groupe de spécialistes européens et l'International Osteoporosis Foundation (IOF). L'IOF discute d'un taux cible compris entre 50 et 70 ng/ml en sachant qu'il n'y a pas de toxicité lorsque les taux plasmatiques sont inférieurs à 100 ng/ml.

En pratique, l'apport de Vitamine D doit être régulier tout au long de l'année en ciblant un apport quotidien moyen de 1200 unités/jour soit 100 000 unités/3 mois. Les bénéfices sont osseux, musculaires, cardiovasculaires, immunologiques, neurologiques. Il faut savoir distinguer le besoin réfléchi de la part onirique de l'envie.

MERCREDI 21 NOVEMBRE de 14h30 à 15h15

- - -

**Prise en charge de l'ostéoporose à la lueur des
nouvelles recommandations du GRIO**

Pr Georges WERYHA

La gamme des thérapeutiques disponibles pour le traitement de l'ostéoporose s'étoffe régulièrement. Les recommandations de l'HAS datent de 2006 et n'intègrent pas les traitements récents en particulier de Tériparatide (PTH 1,34) sans parler des biothérapies en cours de développement.

Les traitements de l'ostéoporose reposent en 1ère ligne sur les Biphosphonates et de manière plus ciblée sur les œstrogènes, le Raloxifène, le Ranélate de strontium et le Tériparatide.

L'objectif de la prise en charge thérapeutique est de réduire significativement le risque de récurrence fracturaire dans les 10 ans à venir.

Les outils prévisionnels tels que le FRAX sont mal adaptés aux ostéoporoses en cours de traitement.

Les experts européens et français s'accordent pour découper le traitement de l'ostéoporose en séquence de 5 ans et d'adapter les indications thérapeutiques à l'âge du ou de la patiente et à la gravité de la maladie.

Les recommandations du GRIO sont en accord avec ce constat. Elles esquissent la possibilité de faire des associations et/ou des séquences thérapeutiques. Elles gardent l'évolutivité clinique de la maladie ostéoporotique, l'évolution de la DMO et la dynamique des marqueurs du remodelage osseux comme des critères principaux de la thérapeutique.

MERCREDI 21 NOVEMBRE de 16h30 à 17h15

- - -

Traitement de l'obésité : que reste-t-il des régimes ?

Pr Olivier ZIEGLER

De nouveaux régimes apparaissent chaque année alors que les Recommandations de la HAS mettent en avant "les conseils alimentaires". La demande des patients repose sur des croyances et des représentations qu'il est intéressant de comprendre. La prise en charge devrait porter sur l'ensemble du mode de vie. Cette médecine centrée sur la personne et non sur les kilos à perdre est à la base de la démarche d'éducation thérapeutique. L'obésité étant une maladie chronique évolutive, il convient de proposer une stratégie thérapeutique adaptée à l'histoire de la maladie, à sa forme clinique et à ses complications.

Remerciements à nos partenaires

Laboratoires

AGEVIE
ÉDITION MAZENOD
ÉDITION GÉRARD LOUIS
INIST- CNRS
LIBRAIRIE DIDIER
LORRAINE MÉDICALE

Associations

Accueil Épilepsie Lorraine
AEG
AEIM
AFL
ARSLA
Ass troubles obsessionnels compulsifs (AFTOC)
Ass. Blouses Roses
Ass. France Spondylarthrites (AFS)
Ass. François Aupetit
Ass. Handi Acces
Ass. Locale d'Aide aux Diabétiques (ALAD)
Ass. Lorraine des Insuffisants Respiratoires et de Apnéiques du Sommeil (ALIRAS)
Ass. nationale des cardiaques congénitaux (ANCC)
Ass. Pour la Lutte Contre le Psoriasis
Ass. service Loisirs Vacances (ASLV)
Biologie prospective
C-CLIN Est
CHR Metz Thionville
CISS Lorraine
Club cœur et santé
Collectif interassociatif sur la santé en lorraine
Comité Lorraine Rire Médecin
Espace rencontres et d'Information du CAV
Éthique et Santé
France Dépression Lorraine
Médecins du Monde
Mutilés de la voix de Lorraine
SAMETH 54
Unité régionale d'Accueil et de soins pour les sourds et malentendants de Lorraine (URASSM)

la Faculté de Médecine de Nancy
le CHU de Nancy