

COUP D'ŒIL DU CONGRES

JNMG 2024

Sommaire

Article 1 - La science en parle quel cadre pour la fin de vie en France ? cadre législatif français et regard vers l'étranger .

Perrine Galmiche, université paris-Saclay – Cesp

Article 2 - Immunisation et vaccination : 2024, une année pleine de changements .

Coqueluche : une épidémiologie et des stratégies de prévention en pleine évolution.

Dr Christophe Batard

Vrs : une épidémiologie et des stratégies de prévention en pleine évolution.

Christophe Batard

Article 3 - Pédopsychiatrie : et si c'était un TDAH ? .

Dr Olivier Bonnot, Laurence Ollivier

Article 4 - Ostéoporose : qui traiter, comment traiter, combien de temps traiter et comment je surveille ? .

Dr Patrice Fardellone, CHU Amiens Picardie

Article 5 - Prévention et prise en charge des pathologies digestives/chroniques par l'alimentation .

Maladie cœliaque et sensibilité non cœliaque : comment s'y retrouver ?

Dr Thomas Couronne, gastro-entérologue, Hôpital Lyon sud

Article 6 - Pathologie hémorroïdaire .

Dr Nadia Fathallah, Dr Vincent de parades, Paris saint-joseph

Article 7 - Insomnie chronique : du nouveau et des recos ! l'insomnie, une plainte de fin de consultation ! .

Dr Jonathan Taieb, spécialiste du sommeil, hôtel-Dieu, paris

Article 8 - Endométriose : la place du test salivaire .

Dr Sofiane Bendifallah

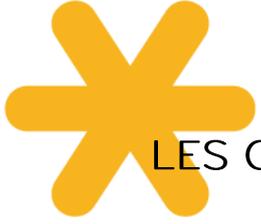
Sommaire : focus dermato

Article 1 - Pathologie unguéale courante : le médecin généraliste en première ligne .

Dr Sophie Goettmann-Bonvallot

Article 2 - Psoriasis en plaques et médecine générale : les fondamentaux pour la pratique au quotidien ! .

Dr Anne Cécile Gresset-Chaussade, Dr Vincent brocard, Dr Bruno Halioua



LES CHIFFRES DU CONGRÈS

5 à 10 par jour

C'est le nombre d'euthanasies clandestines réalisées en France selon les études soit 2 500 à 4 000 par an ou encore 1 toutes les 2 heures. Elles ne sont pas forcément réalisées dans de bonnes conditions ou avec les bonnes indications ou bonnes thérapeutiques. De plus, 52 Français sont allés se faire euthanasier en Belgique en 2022 avec un coût par acte estimé dans ce pays à 10 000 €, renforçant les inégalités sociales de santé (ISS). Le Collège de Médecine Générale s'est positionné en proposant des mesures afin d'encadrer et de limiter les dérives concernant la fin de vie.



ARTICLE 1 - LA SCIENCE EN PARLE

QUEL CADRE POUR LA FIN DE VIE EN FRANCE ? CADRE LÉGISLATIF FRANÇAIS ET REGARD VERS L'ÉTRANGER

Perrine GALMICHE, Université Paris-Saclay - CESP

Article rédigé par le Dr Anne-Laure NEVERS – Médecin généraliste

Intro

La fin de vie est encadrée par différentes lois afin de garantir le droit des patients en fin de vie, notamment en matière de soins palliatifs et de directives anticipées. Différents questionnements ont émergé conduisant à une reprise de discussions sur le sujet début 2025. Avons-nous besoin d'un nouveau cadre législatif sur la fin de vie ?

En 1999 est décidé le droit pour tous ceux qui le requièrent, d'accéder à des soins palliatifs, complété en 2002 par le droit des malades de refuser un traitement et de désigner une personne de confiance. Incombe également aux professionnels de santé le devoir d'assurer à chacun « *une fin de vie digne jusqu'à la mort* ».

La loi Léonetti en 2005, spécifique aux droits des malades et à la fin de vie, renforce encore davantage le droit des patients avec la possibilité de rédiger des directives anticipées, la prohibition de l'obstination déraisonnable (actes inutiles et disproportionnés) et l'inscription du double effet (quand souffrances réfractaires au stade terminal de la maladie). Enfin, dans la loi Claeys-Léonetti de 2016, les directives anticipées ne sont plus que consultatives mais s'imposent au médecin en plus du témoignage de la personne de confiance.

Apparaît aussi le droit d'accès à la sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès SPCJD qui peut être à la demande du patient (maladie grave et incurable, pronostic vital engagé à court terme avec présence d'une souffrance réfractaire au traitement ou s'il est atteint d'une affection grave et incurable et qu'il décide de demander un arrêt de ses traitements qui engagerait donc son pronostic vital à court terme) ou sur proposition médicale si le patient n'est plus en capacité de s'exprimer au titre du refus de l'obstination déraisonnable. Dans ces 3 situations, la décision est soumise à une procédure collégiale. De plus, la recommandation HAS de 2020 la distingue de l'euthanasie et du suicide assisté de par l'intention qui est de soulager la souffrance du patient et non d'entraîner le décès ; les moyens ; la procédure ; le résultat et la temporalité avec une notion de court terme attendu (décès attendu de quelques heures à quelques jours). Il persiste cependant des difficultés à implémenter la SPCJD comme un droit du patient avec la difficulté à distinguer une demande de ne pas/plus souffrir d'un souhait de hâter sa mort.

En France depuis 2016, on se rend compte qu'il faut donner encore davantage de poids aux patients en situation de fin de vie et on en vient à reconnaître des situations de souffrance qui ne sont pas soulagées avec le cadre législatif actuel. Depuis septembre 2022, le débat ne se prononce plus en défaveur d'une évolution

vers l'aide à mourir (plutôt sous la forme d'un suicide assisté) avec création d'un projet de loi.

Il y a 2 raisons qui vont conditionner la nécessité et la volonté d'un pays à légiférer sur l'aide à mourir : donner plus de place à la voix des patients dans les décisions médicales qui le concernent (en faveur de l'autonomie du patient) et reconnaître la situation de souffrance.

L'aide active à mourir peut recouvrir 2 modalités : l'euthanasie où le médecin administre la substance létale à la demande de la personne et le suicide assisté où le médecin prescrit la substance létale à la demande du patient qui se l'auto-administre.

Pour y avoir recours, il existe 6 critères communs (avoir plus de 18 ans/ demande volontaire et réitérée/ capacité à prendre une décision pour soi-même/ conscience au moment de la demande/ maladie grave et incurable/ souffrance inapaisable) dans toutes les législations de tous les pays avec des précisions et spécificités en fonction de chaque pays. Des garde-fous, obligations qui incombent aux médecins, sont nécessaires pour s'assurer de l'éligibilité des conditions avec là encore des spécificités selon chaque pays. À noter qu'aucun médecin ou professionnel de santé n'est tenu de prendre part à une aide active à mourir mais il se doit d'en informer le patient et de le référer à un autre médecin.

Cependant émergent parfois une appréciation médicale au cas par cas, des questionnements sur ces critères d'éligibilité (la polyopathie du sujet âgé rentre-t-elle dans le cadre d'une maladie incurable ?) ou des questionnements sur l'ouverture aux spécificités en fonction de l'expérience pour les mineurs ? Et dans le cadre des démences avancées ?).

En conclusion, il est fondamental de redonner plus de voix aux patients dans les décisions médicales qui le concernent et de reconnaître davantage les situations de souffrance dans un contexte politique non hostile avec une véritable volonté de s'emparer du sujet. Les questions relatives à la prise en charge de la fin de vie continuent à se poser suite à l'entrée en vigueur d'une loi sur l'aide active à mourir. Cependant, les questions relatives à l'accompagnement de la fin de vie en général interrogent aussi sur le développement et l'accès actuel aux soins palliatifs, sur les pratiques palliatives ou encore sur l'accompagnement de la grande vieillesse voire le devenir des patients quand il y a « une fatigue de vivre ».

Messages clés

- Le patient doit toujours rester au cœur de la prise de décision, il peut retirer sa demande à tout moment.
- Il existe des critères d'éligibilité et des recommandations bien spécifiques concernant l'aide active à mourir avec des critères communs et des spécificités en fonction des pays.

Questions de formation

La SPCJD

- a) Peut être à la demande du patient s'il est atteint d'une pathologie grave et incurable, que son pronostic vital est engagé à court terme mais sans nécessité de présenter une souffrance réfractaire au traitement.
- b) Si proposition médicale d'un arrêt de traitement au titre du refus de l'obstination déraisonnable, la SPCJD n'y est pas obligatoirement associée.
- c) Même si la décision revient au médecin référent, elle est obligatoirement soumise à une procédure collégiale.

Pour l'aide active à mourir, les critères communs en France ont pour caractéristiques :

- a) Ne pas avoir obligatoirement plus de 18 ans
- b) Une demande volontaire et réitérée, être en capacité de prendre une décision pour soi-même et être conscient au moment de la demande.
- c) Une maladie grave mais pas forcément incurable ou souffrances inapaisables



ARTICLE 2 - LA SCIENCE EN PARLE

IMMUNISATION ET VACCINATION : 2024, UNE ANNÉE PLEINE DE CHANGEMENTS. COQUELUCHE : UNE ÉPIDÉMIOLOGIE ET DES STRATÉGIES DE PRÉVENTION EN PLEINE ÉVOLUTION.

Dr Christophe BATARD

Article rédigé par le Dr Anne-Laure NEVERS – Médecin généraliste

Intro

La coqueluche est une maladie infectieuse respiratoire très contagieuse (Ro 15 à 17), principalement due à *Bordetella pertussis* et strictement humaine. La transmission est aérienne, par contact avec un malade qui tousse. Chez l'enfant, la toux, typiquement quinteuse, s'accompagne parfois de vomissements et d'accès de cyanose. Chez l'adulte, une toux prolongée > 7 jours et sans explication doit faire évoquer le diagnostic. La gravité repose sur ses complications pulmonaires et neurologiques, surtout chez les nourrissons.

La période Covid a été marquée par une absence quasi totale de cas rapportés mais les données françaises du réseau RENACOCQ de surveillance à l'hôpital montrent que la maladie n'a pas disparu avec une éruption cyclique (un pic tous les 4-5 ans). On observe cependant depuis janvier 2024 un rebond épidémique majeur avec près de 135 000 cas confirmés vus en consultation de ville et un total provisoire de 35 décès rapportés.

On remarque que ce sont surtout les adolescents et adultes jeunes qui contaminent les nourrissons non vaccinés dans les pays où la vaccination des nourrissons est bonne d'où la stratégie du rappel chez les adolescents et les adultes puis chez les femmes enceintes.

Le calendrier vaccinal et les recommandations HAS du 18 juillet 2024 illustrent l'importance du vaccin contre la coqueluche avec l'obligation vaccinale à 2, 4 et 11 mois. À titre d'exemple, la couverture vaccinale coqueluche (3 doses) à 21 mois était de 91,4 % pour les enfants nés en 2022. Selon les études, l'efficacité du vaccin contre la maladie chez le nourrisson est supérieure à 85 %.

La vaccination est également recommandée entre 20 et 36SA chez la femme enceinte (dTcaP) ainsi que dans l'entourage proche du nouveau-né ou nourrisson si la vaccination date de plus de 5 ans.

Enfin, une dose de rappel est indiquée pour tout professionnel de santé lorsque la dernière injection date de plus de 5 ans en cas de contact avec des nourrissons < 6 mois ou plus simplement pour tout professionnel qui le souhaite.

En conclusion, la coqueluche est une maladie très contagieuse avec un taux de couverture vaccinale non optimal estimé à < 50 % à 25 ans et < 20 % à 85 ans. Le taux de protection contre les formes hospitalisées augmente crescendo après 2 puis 3 doses de vaccins chez les nourrissons expliquant l'obligation vaccinale avec

3 doses à 2,4 et 11 mois. Le passage actif des anticorps de la mère à l'enfant incite également d'autant plus à vacciner les femmes enceintes pour protéger les nouveau-nés et les nourrissons qui sont les plus à risque de forme grave.

Messages clés

- 29 à 51 % des cas surviennent chez les moins de 3 mois et la coqueluche est la première cause de mortalité du nourrisson < 3 mois hors nouveau-né.
- La protection des nourrissons par la vaccination de la mère pendant la grossesse atteint > 90 % toutes formes confondues.

Questions de formation

En ce qui concerne les données de couvertures vaccinales :

- a) En 2019 chez les professionnels de santé, elle était à plus de 90 % en établissement de santé.
- b) Entre juin 2023 et mai 2024 et selon les estimations HAS, entre 16 et 18 % des femmes enceintes ont été vaccinées par un médecin généraliste ou un gynécologue.
- c) La couverture vaccinale après 3 doses pour les enfants nés en 2022 était très basse

En ce qui concerne la maladie :

- a) La période d'incubation dure moins de 7 jours
- b) Cette infection bactérienne est très fébrile
- c) L'immunité après maladie naturelle est de l'ordre d'une dizaine d'années mais pas à vie.



ARTICLE 3 - LA SCIENCE EN PARLE

IMMUNISATION ET VACCINATION : 2024, UNE ANNÉE PLEINE DE CHANGEMENTS. VRS : UNE ÉPIDÉMIOLOGIE ET DES STRATÉGIES DE PRÉVENTION EN PLEINE ÉVOLUTION.

Christophe BATARD

Article rédigé par le Dr Anne-Laure NEVERS – Médecin généraliste

Intro

Neuf enfants sur dix sont infectés par le VRS avant l'âge de 2 ans et un tiers des enfants hospitalisés ont moins de 1 an. Il s'agit de la première cause de bronchiolite en France et même si elles sont le plus souvent bénignes, les infections à VRS peuvent évoluer vers des formes sévères nécessitant une hospitalisation. D'après des données britanniques, 50 % des hospitalisations sont survenues chez des nourrissons nés en dehors de la saison du VRS. De plus, les malades sont majoritairement sans facteurs de risque mais des maladies bactériennes telles que les otites moyennes aiguës OMA ou pneumopathies PNP sont liées au et favorisées par le VRS.

Les mesures pharmacologiques reposent sur deux stratégies possibles et validées par la HAS : soit une immunisation passive par des anticorps Ac administrés aux nouveau-nés et nourrissons (Palivizumab et Nirsévimab) soit leur protection via la vaccination maternelle (vaccin RSVPreF).

Le Palivizumab (Synagis) est préféré pour les enfants à risque élevé d'infection par le VRS avec un schéma d'administration multiple (1x/mois) et un circuit hospitalier. Le Nirsévimab (Beyfortus) est administré à tous les nouveau-nés et nourrissons pendant leur première saison de circulation du VRS (nés à partir du 1er janvier 2024 pour cette année), avec une administration unique et une délivrance hospitalière, en ville ou en PMI. Il peut être injecté le même jour que les autres vaccins. Les données du réseau PARI confirment la diminution du nombre de cas de bronchiolite toutes causes après administration du Nirsévimab par rapport à la saison précédente (2022-2023).

Le vaccin RSVPreF (Abrysvo) protège les enfants via la vaccination maternelle en permettant un transfert actif transplacentaire d'anticorps polyclonaux neutralisants afin de protéger les enfants < 6 mois. Il est proposé aux femmes enceintes éligibles à la vaccination entre 32 et 36SA, entre septembre et janvier. Il sera disponible en ville et à l'hôpital et peut être co-administré avec le vaccin grippe/Covid mais il est nécessaire de respecter un délai de 2 semaines avec le dTcaP. À noter qu'en cas de nouveau-nés prématurés < 37SA ou si l'intervalle entre la naissance et la vaccination est < 14 jours, un rattrapage par Ac monoclonal est recommandé.

En conclusion, la très majorité des bronchiolites hospitalisées n'a pas d'antécédent et concerne des enfants nés à terme. Il n'existe pas de traitement médicamenteux disponible contre le VRS et il est impossible de prédire quel nouveau-né ou nourrisson développera une forme sévère oxygène-dépendante. En complétant

l'offre de soins, la vaccination maternelle en fin de grossesse offre une nouvelle thérapeutique encourageante en prévenant 70 à 80 % des infections sévères dans les 6 premiers mois de vie. Il conviendra cependant de bien informer les parents des différents schémas vaccinaux possibles pour leur permettre une décision et un choix éclairés.

Messages clés

- Le fardeau hospitalier du VRS est porté majoritairement par les enfants de < 1 an et 87 % concernaient des enfants nés à terme et en bonne santé.
- En améliorant la vaccination, on peut espérer que la diminution des infections à VRS entraînera une diminution des antibiothérapies.

Questions de formation

Le Nirsevimab :

- a) Ne peut pas être administré en même temps que les autres vaccins
- b) 3 injections sont possibles le même jour
- c) Présente un risque d'effet(s) indésirable(s) majoré



ARTICLE 4 - LA SCIENCE EN PARLE

PÉDOPSYCHIATRIE : ET SI C'ÉTAIT UN TDAH ?

Dr Olivier BONNOT, Laurence OLLIVIER

Article rédigé par le Dr Anne-Laure NEVERS – Médecin généraliste

Intro

Le Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité TDAH a été décrit depuis le XIX^e siècle sous plusieurs noms (hyperkinésie, instabilité, hyperactivité etc.). Il fait partie des Troubles du Neurodéveloppement ou TND qui affectent 15 % de la population et il concerne à lui seul 5 % de la population. Il n'existe pas de gradient géographique spécifique avec une prévalence similaire dans tous les pays du monde.

On dénombre 3 types d'attention et ce trouble touche l'attention sélective (maintenir son attention en présence de distracteurs) et l'attention soutenue (sur une période plus longue). Les parents n'en sont pas la cause quand bien même ils seraient défaillants.

L'examen regroupe plusieurs éléments nécessaires pour pouvoir suspecter et porter le diagnostic de TDAH. Les informations doivent provenir de plusieurs sources (importance de l'écoute parentale mais aussi de l'école, l'enfant, l'entourage). L'entretien familial est essentiel pour le diagnostic, l'adhésion aux soins et le travail thérapeutique qui sera mis en place par la suite. Les examens psychiatrique et somatique complètent enfin la prise en charge globale.

Le premier signe d'appel peut être le burn-out parental avec un épuisement parental intense et une fuite dans le travail. Il ne faut pas hésiter à interroger les parents sur le quotidien « comment se passent les routines ? » et surtout leur demander comment vont les enfants ? Les violences intrafamiliales, verbales ou physiques, ne sont pas rares du fait d'une communication dysfonctionnelle avec l'enfant. Il faut également rechercher s'il existe un soutien de l'entourage. En effet, les familles peuvent se retrouver isolées du cercle familial ou amical ce qui renvoie encore davantage à une incompétence parentale source de dépression. Le génogramme retrouve souvent des personnes avec des troubles identiques au sein d'une même famille.

Les patients atteints présentent un déficit de l'attention ; une distractibilité ; une impulsivité, une hyperactivité motrice (remue les mains, les pieds, court ou grimpe dans des situations souvent inappropriées, se lève souvent en classe) +/- une dysrégulation émotionnelle (« trop plein d'émotions »). De par leur trouble de l'attention, souvent ces patients évitent, ont en aversion ou font à contrecœur les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu. De même, ils présentent fréquemment des oublis dans leur vie quotidienne.

Le retard au diagnostic peut être dû à des fausses croyances, délétères : l'enfant n'est pas forcément isolé et peut être très populaire à l'école. De même, la simple

volonté pour stopper les symptômes ne suffit pas car le mécanisme en jeu dans les TDAH ne fait pas intervenir le circuit de la dopamine.

L'examen somatique minimal recherche un déficit visuel, un surpoids ou une obésité plus fréquente, une énurésie également plus fréquente, une épilepsie (diagnostic différentiel DD courant), la prise de corticoïdes et dérivés valproïques (également DD). On s'appliquera également à rechercher du point de vue endocrinologue une atteinte de la thyroïde, un diabète ou une hyperplasie congénitale des surrénales. Enfin, il ne faut pas méconnaître une intoxication au plomb ou au mercure, un syndrome d'alcoolisation fœtale ou une anomalie génétique (Prader Willi, Xfra, 22q11 etc.).

L'examen psychiatrique quant à lui traquera systématiquement la dépression « est-ce que tu te sens triste ? » ou un trouble anxieux généralisé, une anxiété sociale ou de performance. Il faudra également s'appliquer à rechercher d'autres troubles du développement dont un trouble du spectre autistique TSA (pointage, jeux imaginatifs, interactions sociales etc.), un trouble des apprentissages (lecture, raisonnement), un trouble du langage (enfant inintelligible > 3 ans, déformation des sons, erreurs de syntaxe), un trouble du développement des coordinations (maladresse anormale dans l'exécution, lenteur et imprécision dans les tâches motrices), un trouble du développement intellectuel, un trouble bipolaire, un trouble des conduites, des TICs ou troubles obsessionnels compulsifs. À noter que le TDAH est souvent associé à un syndrome de la Tourette ou au trouble oppositionnel avec provocation.

Les troubles associés et différentiels sont les troubles de l'adaptation et l'état de stress post-traumatique, de la maltraitance ou un trouble réactionnel de l'attachement. À noter que les troubles du sommeil représentent une comorbidité importante et sont également présents chez plus de 20 % des personnes avec TDAH.

Si les TDAH peuvent présenter des signes communs avec les TSA, ils n'en ont cependant pas la même réalité et s'ils sont associés, le TDAH peut éteindre certains aspects du TSA.

Les échelles d'évaluation sont nombreuses (Conners, DIVA, ADHD-RS, SNAP-IV etc.) et les échelles de Conners peuvent être remises aux parents et enseignants pour aider au diagnostic. Le bilan psychologique n'est pas nécessaire pour poser le diagnostic mais parfois recommandé pour le parcours ou en cas de comorbidités. Les bilans psychomoteurs, orthophoniques et ergothérapeutiques seront faits en fonction des besoins et si point(s) d'appel.

La prise en charge consiste à restaurer l'estime de soi par la compréhension du trouble. La psychoéducation doit être systématique et le travail de la guidance parentale fondamental, notamment via des groupes de Compétences Parentale et programme d'entraînement aux habilités parentales. Les Thérapies Comportementales, Cognitives et Émotionnelles occupent également une place majeure avec notamment un entraînement à la régulation émotionnelle.

Il est donc fondamental de guider le patient et son entourage : les écrans peuvent être un moyen de mettre en place des bons points compensateurs importants pour les TDAH tout comme la valorisation et les récompenses, renforçatrices. Il faut

également savoir mettre en place des adaptations au quotidien dans le cadre familial, scolaire etc.

L'accompagnement scolaire et pédagogique passe aussi par le PPRE (Programme Personnalisé de Réussite Éducative), PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé), PPS (Plan Personnalisé de Scolarisation).

Concernant les thérapeutiques actuelles, on retrouve la Ritaline, le Quasym et le Concerta tout en sachant que l'on peut switcher une molécule par une autre en cas d'inefficacité thérapeutique ou d'effet(s) indésirable(s) (céphalées, diminution de l'appétit, insomnie, tristesse). Il est possible de faire des arrêts de traitement pendant le week-end et les vacances scolaires (pas forcément justifié) ou au mois de juin quand l'enfant est scolarisé mais certains patients en auront besoin toute leur vie.

En conclusion, ce trouble fréquent nécessite un examen psychiatrique et somatique sans oublier la recherche de troubles associés et différentiels. Les accompagnements et interventions sont nécessaires selon 3 axes : enfant, famille, environnement (école principalement). Un traitement n'est pas toujours nécessaire et les interventions sont basées sur la psychoéducation, la psychothérapie avec un renforcement de leur estime de soi. Le mode éducatif doit être adapté et renforcé par les groupes de compétences parentales.

Messages clés

- Le TDAH est un trouble fréquent (5 % de la population) et d'autres troubles peuvent y être associés.
- La prise en charge s'articule autour de 3 principes : conscience du trouble/ adaptation de l'environnement/ auto-autorégulation et contrôle

Questions de formation

Concernant les traitements médicamenteux :

- a) On peut les utiliser même s'il existe un trouble cardiaque pré-existant
- b) Le risque cardiaque augmente de 4 % par an mais est stabilisé au bout de 3 ans.
- c) L'effet de la Ritaline LI dure > 4 heures

Le retard au diagnostic peut être dû à des fausses croyances, délétères :

- a) L'enfant ne peut pas être brillant en classe
- b) Il n'est pas forcément isolé et peut être très populaire à l'école
- c) « Faire des efforts ! » suffit pour améliorer les symptômes



ARTICLE 5 - LA SCIENCE EN PARLE

OSTÉOPOROSE : QUI TRAITER, COMMENT TRAITER, COMBIEN DE TEMPS TRAITER ET COMMENT JE SURVEILLE ?

Dr Patrice FARDELLONE, CHU Amiens Picardie

Article rédigé par le Dr Anne-Laure NEVERS – Médecin généraliste

Intro

On observe un certain désamour pour l'ostéoporose, une maladie silencieuse, peu abordée à la faculté et qui a subi un important bashing de la part des médias sur les traitements anti-ostéoporotiques. Les carences de diagnostic et de traitement se sont illustrées avec une diminution de 6,4 % du nombre d'ostéodensitométries DMO par an. Chez les fracturés, moins de 10 % ont une DMO et moins de 15 % un traitement adapté.

Les médecins généralistes sont en première ligne puisqu'ils sont à l'origine de 80 % des prescriptions de traitement anti-ostéoporotique.

Pourquoi traiter ?

Le risque de fracture après 50 ans concernera presque 1 femme sur 2 (39,7 %) et l'AFLAR redoute une augmentation du nombre de fractures de 25 % entre 2017 et 2030. Il faut traiter pour éviter les complications que représentent les fractures, fréquentes et coûteuses, mais aussi pour éviter la cascade fracturaire et pour restaurer à long terme la masse osseuse et la résistance mécanique osseuse. Or, il existe un fossé (« the gap ») entre ce qui se fait en réalité et ce qui devrait se faire. En effet, moins de 10 % des patientes qui ont fait une fracture d'origine ostéoporotique vont bénéficier d'un traitement.

Est-ce que je dois traiter ?

Les recommandations semblant compliquées, le GRIO (société savante de l'ostéoporose) a souhaité en simplifier la prise de décision thérapeutique. À noter que les fractures dites sévères (vertèbres, de la hanche (col du fémur), du bassin et de l'humérus proximal) représentent une perte de chance de survie au niveau populationnelle. Le crâne, le rachis cervical, les 4 premières vertèbres thoraciques, la main et les orteils sont quant à eux indemnes de fracture ostéoporotique. Les recommandations du GRIO s'appuient sur le FRAX, le T-score, la localisation des fractures ou la présence de facteurs de risque de chutes à répétition ou d'ostéoporose.

À noter que la DMO mesure la quantité d'os mais ne reflète pas la qualité architecturale de l'os. On a donc essayé d'améliorer la prédictibilité de cette dernière grâce à l'outil FRAX, un algorithme disponible gratuitement et qui évalue la probabilité sur 10 ans de fracturer. Le seuil d'intervention thérapeutique en fonction de l'âge est celui de la probabilité d'une femme ménopausée ayant déjà présenté une fracture et dont la DMO est dans la moyenne.

Comment dois-je traiter ?

Le choix d'une molécule dépend d'abord de l'efficacité, des contre-indications, du type de fracture, de sa disponibilité et du remboursement et enfin du bilan biologique de départ. L'arsenal thérapeutique comprend des bisphosphonates (ralentissement du remodelage osseux) ; les SERMs (molécule synthétique qui se lie avec les récepteurs des œstrogènes) ; la parathormone PTH (stimule la formation osseuse) ; des anticorps monoclonaux et le traitement hormonal de la ménopause THM (ralentissement du remodelage osseux). Leur efficacité varie en fonction du type d'ostéoporose (axiale = fractures vertébrales ; appendiculaire = fractures périphériques) et le choix du traitement se fera en tenant compte des contre-indications et de la situation clinique (à développer ?)

Combien de temps dois-je traiter ?

En l'absence de fracture, en cas de fracture non sévère ou si peu de facteurs de risque, une durée de 5 ans est suffisante. Dans le cas de fracture sévère ou en présence de nombreux facteurs de risque, le traitement s'étalera sur 10 ans. Il est également possible d'organiser des traitements anti-ostéoporotiques séquentiels.

En parallèle, des doses adéquates en calcium et vitamine D sont nécessaires pour assurer une efficacité des traitements anti-ostéoporotique. Les apports recommandés quotidiennement varient en fonction de l'âge et du sexe et sont de l'ordre de 1000 mg/j. En cas d'insuffisance, on essaye d'augmenter la ration calcique, notamment avec des fromages à pâte pressée cuite ou avec des eaux minérales adaptées (Contrex, Hépar, Courmayeur) plutôt que d'avoir recours à un apport médicamenteux.

En conclusion, les médecins généralistes sont en première ligne dans la prise en charge de l'ostéoporose. Il n'y a pas d'âge limite pour la DMO et il ne faut pas hésiter à utiliser des traitements injectables. Tout cela est mis en place afin d'éviter de basculer dans la « roue de l'infortune » : ne pas tomber pour ne pas casser, pour ne pas mourir ou rester handicapé.

Messages clés

- C'est une maladie de l'ensemble du squelette mais il existe des sites fracturaires de prédilection.
- Évaluer les patients fracturés pour les traiter et calculer le FRAX quand on ne sait pas quoi faire !

Questions de formation

L'outil FRAX :

- a) Nécessite des examens complémentaires (imagerie, biologie) en plus de la densitométrie
- b) Représente la probabilité de fractures sévères sur 10 ans
- c) Est valable pour les femmes de tout âge

Concernant les situations cliniques et le traitement :

- a) En cas d'antécédents thromboemboliques, on évite le THM et les Serms
- b) On ne tient pas compte d'une insuffisance rénale, même modérée, pour le choix du traitement.
- c) Il n'y a pas d'indication à des soins dentaires en cas de mauvais état dentaire



ARTICLE 6 - LA SCIENCE EN PARLE

PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES PATHOLOGIES DIGESTIVES/CHRONIQUES PAR L'ALIMENTATION.

MALADIE COËLIAQUE ET SENSIBILITÉ NON COËLIAQUE : COMMENT S'Y RETROUVER ?

Dr Thomas COURONNE, gastro-entérologue, Hôpital Lyon Sud

Article rédigé par le Dr Anne-Laure NEVERS – Médecin généraliste

Intro

Le gluten est retrouvé dans les protéines de blé, orge et seigle. Le grain de blé est composé à 15% de protéines, elles-mêmes composées à 85 % de gluten. On observe des réactions adverses aux aliments et que l'on peut diviser en 2 catégories : les réactions immunologiques qui comprennent les allergies vraies et les réactions auto-immunes (maladie cœliaque) et les réactions non immunologiques (ou intolérances, pharmacologiques ou métaboliques). La maladie cœliaque, ou intolérance au gluten, est une maladie intestinale chronique secondaire à la consommation de gluten.

Le gluten, absorbé au niveau de la muqueuse intestinale, entraîne une réaction inflammatoire au niveau de la paroi intestinale avec synthèse d'anticorps (IgA anti-transglutaminase). Cette inflammation est alors responsable d'une atrophie villositaire à l'origine d'une malabsorption et de syndromes carenciels. Le tableau clinique est souvent aspécifique avec des troubles digestifs chroniques, des symptômes carenciels (en fer, B9, B12) et des signes extra-digestifs (paresthésies, cheveux cassants ou fragiles etc.).

Le dosage sanguin des anticorps Ac (ou IgA anti-transglutaminase) permet de poser le diagnostic. Il est important de doser en même temps les IgA totales pour s'assurer qu'il n'y ait pas un déficit global en IgA ce qui pourrait fausser le résultat. À noter que les Ac sont négatifs après plusieurs mois sous régime sans gluten.

Il est important de distinguer la maladie cœliaque de l'hypersensibilité non cœliaque qui correspond à une hypersensibilité au blé et non au gluten et dont la physiopathologie est mal connue. On y retrouve également des symptômes digestifs et extra-digestifs mais leur délai d'apparition est beaucoup plus court que dans la maladie cœliaque, de l'ordre de quelques heures à quelques jours. Il n'y a pas de complications mais elle impacte elle tout de même fortement la qualité de vie. En cas de doute, il est recommandé d'éliminer la maladie cœliaque en dosant les Ac avant d'initier un régime sans gluten. Le patient est systématiquement adressé au gastro-entérologue en cas de maladie cœliaque alors que dans le cadre de la sensibilité non cœliaque, il le sera en cas de symptômes digestifs difficiles, de suspicion d'une autre pathologie (dans ce cas se discute l'indication d'un bilan endoscopique).

De manière consensuelle, un régime sans gluten est un régime avec < 20ppm de gluten soit < 20 mg/kg d'aliments. Il est recommandé une éviction stricte du gluten

en cas de maladie cœliaque mais aussi en cas d'ataxie liée au gluten et de dermatite herpétiforme.

Le régime sans gluten est remboursé à hauteur de 60 % du prix des produits (biscuits, farines, pains, pâtes) avec un plafond à 45,73 €/mois chez l'adulte et 33,54 € chez l'enfant < 10 ans. Le remboursement est accessible via l'application Ameli sur smartphone.

Dans le cadre de la sensibilité non cœliaque, il n'y a pas d'indication à un régime strict, à adapter en fonction de la sensibilité individuelle avec un traitement qui est plutôt considéré comme symptomatique. L'intérêt de la prise en charge est donc d'ordre diététique en veillant à ne pas complexifier l'alimentation.

En conclusion, la maladie cœliaque et la sensibilité au gluten sont deux pathologies bien distinctes et le dosage des anticorps anti transglutaminase permet d'orienter le diagnostic. L'avis d'un gastro-entérologue sera systématique en cas de suspicion de maladie cœliaque. Il conviendra d'adapter son alimentation avec un régime strict en cas de maladie cœliaque, beaucoup plus souple en cas de sensibilité non cœliaque. Les manifestations extra-digestives, nombreuses, sont également à prendre en compte pour une prise en charge globale du patient.

Messages clés

- Importance de différencier la maladie cœliaque de la sensibilité non cœliaque et de doser les anticorps avant d'exclure le gluten.
- Distinguer le régime sans gluten strict dans la maladie cœliaque de celui plus souple dans la sensibilité non cœliaque.

Questions de formation

Le régime sans gluten :

- a) Est remboursée même en l'absence de preuve histologique de la maladie cœliaque
- b) Doit être strict même en cas de sensibilité non cœliaque
- c) Il est conseillé de garder impérativement les tickets de caisse pendant 24 mois dans le cadre du remboursement des produits sans gluten.

Concernant les principales maladies liées au blé :

- a) La sensibilité non cœliaque peut aussi être liée à la présence de fructanes dans les céréales.
- b) Dermatite herpétiforme et ataxie ne peuvent jamais être liées au gluten
- c) L'allergie vraie est très fréquente



ARTICLE 7 - LA SCIENCE EN PARLE

PATHOLOGIE HÉMORROÏDAIRE

Dr Nadia FATHALLAH, Dr Vincent DE PAREDES, GH Paris Saint-Joseph

Article rédigé par le Dr Anne-Laure NEVERS – Médecin généraliste

Intro

Les hémorroïdes sont des formations vasculaires normales présentes dès la naissance chez tous les individus. En revanche, tout le monde ne présentera pas une pathologie hémorroïdaire. On observe des hémorroïdes externes et internes.

Les principaux symptômes hémorroïdaires externes sont marqués par les thromboses (ou crises hémorroïdaires), fréquentes et douloureuses et les marisques, fréquentes également, gênantes et souvent séquellaires de la thrombose. Au niveau interne, on retrouve principalement des saignements, des prolapsus et thromboses. Les saignements sont fréquents, indolores et de sang rouge vif, parfois compliqués d'une anémie s'ils sont abondants. Ils constituent en revanche un diagnostic d'élimination en présence d'anémie sur saignements anaux. En cas de douleur, il faut également évoquer la fissure anale comme diagnostic différentiel possible. Les prolapsus, moins fréquents, sont quant à eux indolores et côtés selon les 4 stades de Goligher (échelle utilisée mondialement). Enfin, les thromboses internes, peu fréquentes sont en revanche hyperalgiques et souvent observées en fin de grossesse ou en post-partum.

Les pathologies hémorroïdaires sont sans risque évolutif et l'objectif est d'améliorer la qualité de vie en prenant un risque thérapeutique minimal, la chirurgie étant l'option de dernier recours. Le traitement médical repose sur les règles hygiéno-diététiques, les régulateurs du transit, les topiques et éventuellement les veinotoniques (qui présentent peu d'intérêt). En cas de thrombose hémorroïdaire œdémateuse, les AINS sont recommandés en première intention (corticoïdes en cas de contre-indication aux AINS).

Le traitement instrumental a pour but la destruction du tissu hémorroïdaire interne et la création de fibrose cicatricielle. Il a une action sur les saignements et le prolapsus grâce à deux techniques indolores, la photo coagulation infrarouge (recommandée en cas de saignements) ou la ligature élastique (si prolapsus grade 2-3). Cela peut être réalisé en consultation en comptant 2 à 4 séances sur 3 à 4 semaines d'intervalle.

Le traitement chirurgical repose notamment sur l'hémorroïdectomie tri périculaire de Milligan et Morgan, technique la plus utilisée qui correspond à un geste radical et définitif pratiqué en ambulatoire. En contrepartie, elle peut générer une asthénie et des douleurs, notamment à la selle ce qui justifie un arrêt de travail de 15 jours à 3 semaines. Elle est particulièrement indiquée en cas de thromboses à répétition, marisques hypertrophiques ou prolapsus grade 4. La chirurgie mini invasive, nouveau concept sans exérèse, également réalisé en ambulatoire, a été considérée

comme un tournant dans la prise en charge grâce à une dévascularisation + « lifting » du tissu hémorroïdaire afin qu'il ne saigne plus. Ainsi, l'absence de plaies externes ne nécessite plus de soins locaux et le geste étant réalisé en muqueuse sus-pectinéale insensible, il en résulte moins voire pas de douleur et un arrêt de travail indicatif de 4 jours.

À noter qu'il n'y a pas d'analyse histologique systématique des pièces opératoires sauf situations particulières (aspect atypique ; VIH+; immunosuppression ; HSH ; antécédent de conisation).

Enfin, l'embolisation hémorroïdaire est une technique simple, pratiquée sous anesthésie locale, sans complication significative jusqu'à présent et particulièrement indiquée en cas de saignements sans prolapsus, chez les patients hémophiles, en cas de MICI etc. Elle est efficace dans 2/3 cas.

En conclusion, les pathologies hémorroïdaires sont fréquentes et parfois invalidantes. En cas d'indication thérapeutique, il conviendra tout d'abord de rassurer le patient en veillant à rester le moins invasif possible et en respectant son souhait. La chirurgie mini invasive a constitué une véritable révolution et un changement de paradigme avec un acte moins désagréable permettant ainsi une reprise plus rapide des activités bien que le risque de récurrence soit plus important.

Messages clés

- La nouvelle technique par chirurgie mini invasive, moins douloureuse, sera particulièrement indiquée si le patient est à risque d'incontinence anale ou en cas de rapports sexuels anaux.
- Il faut rester cependant vigilant en cas de paquet hémorroïdaire suspect, un peu dur ou ulcéré en insistant sur la nécessité d'un traitement chirurgical pour ne pas méconnaître un carcinome épidermoïde.

Questions de formation

Concernant la chirurgie mini invasive :

- a) Un volumineux prolapsus grade 4 peut être une indication discutable de la chirurgie mini invasive
- b) Thromboses à répétition et marisques hypertrophiques peuvent être traitées par chirurgie mini invasive
- c) Moins de 20 % des patients récidivent dans la décennie qui suit le geste.

En cas de grossesse :

- a) On ne propose jamais de traitement médical (type corticothérapie courte)
- b) Un monitoring fœtal est indispensable en cas d'excision sous anesthésie locale
- c) En cas d'échec du traitement médical et pour les cas sévères sous couvert d'un monitoring fœtal, on peut proposer un traitement chirurgical.



ARTICLE 8 - LA SCIENCE EN PARLE

INSOMNIE CHRONIQUE : DU NOUVEAU ET DES RECOS ! L'INSOMNIE, UNE PLAINTÉ DE FIN DE CONSULTATION !

Dr Jonathan TAIEB, spécialiste du sommeil, Hôtel-Dieu, Paris

Article rédigé par le Dr Anne-Laure NEVERS – Médecin généraliste

Intro

Ne pas arriver à dormir est une expérience universelle et de tous les temps. L'insomnie a progressivement évolué vers le concept de maladie avec une prévalence de 8 à 10 % selon les études.

Le record de privation de sommeil a été établi par un adolescent de 17 ans avec un total de 11 jours sans sommeil. L'insomnie chronique repose sur la notion de durée et de fréquence : au moins 3 nuits par semaine pendant au moins 3 mois. Elle comporte des symptômes nocturnes avec une plainte de sommeil et un retentissement diurne (asthénie, troubles de l'attention, de la mémoire, irritabilité etc.). Elle reste cependant difficile à prendre en charge pendant une consultation de 15 minutes en moyenne au cours de laquelle le patient évoque souvent plusieurs problèmes, l'insomnie arrivant régulièrement en dernière, en fin de consultation.

Les autorités sanitaires ont mis en place des mesures visant à aider le généraliste notamment grâce à l'édition d'un guide HAS pour la prise en charge de l'insomnie. A également été inscrit dans la ROSP un indicateur fixant un objectif de prescription de benzodiazépines < 5 % chez les plus de 65 ans.

Au cabinet médical, on peut structurer les différents temps de consultation en 3 parties afin d'optimiser la prise en charge des patients insomniaques.

- La première consultation, flash, en 3 minutes, permet : de donner les premiers conseils au patient pour l'aider à réguler son sommeil et à différer la prise de somnifères ; de débiter la prise en charge de l'insomnie chronique. On peut proposer 5 mesures pour essayer de retrouver un bon sommeil pour la prochaine consultation : garder une heure de lever fixe (l'heure de lever conditionne la pression de sommeil) ; se coucher uniquement quand on ressent la somnolence ; éviter les excitants après 14 heures et la nicotine 1 heure avant le coucher ; éteindre les écrans au moins 1 h 30 avant le coucher ; instaurer un rituel « faites-vous plaisir » en reprenant ou maintenant une activité physique régulière. À noter que si le patient est très impacté, on peut prescrire un hypnotique à demi-vie courte en précisant la date limite et en fixant une réévaluation. Un questionnaire est également remis au patient pour dépister une éventuelle pathologie organique source d'insomnie.
- La deuxième consultation, en moyenne sur 10 à 15 minutes, a pour objectif de poursuivre la prise en charge en dépistant les grandes causes d'insomnie. Ce dépistage, possible en 5 minutes, recherche : un SAOS (insomnie avec réveils nocturnes) ; syndrome des jambes sans repos (insomnie d'endormissement) ;

syndrome de retard de phase (difficultés d'endormissement dues à un décalage du cycle de sommeil) ; troubles de l'humeur et anxiété (fréquents pourvoyeurs d'insomnie), troubles endocriniens. On peut également y aborder les premiers éléments de thérapie comportementale grâce à deux principes : diminuer le temps passé au lit en sortant de sa chambre au moindre réveil et y retourner uniquement quand la somnolence survient de nouveau ; fixer des horaires réduits de temps passé au lit (demander au patient à quelle heure il se couche, à quelle heure il s'endort, à quelle heure il se lève : en fonction du calcul, limiter le temps au lit au nombre habituel d'heures de sommeil sans descendre < 6 heures).

- La troisième consultation a un rôle de suivi et d'accompagnement. En cas d'amélioration de l'insomnie, il est important de la valoriser avec un renforcement positif et une poursuite des mesures comportementales. En l'absence d'amélioration, on réorientera le patient vers un spécialiste en thérapie cognitivo-comportementale TCC, vers un centre du sommeil (réseau Morphée, Institut sommeil et vigilance etc.) ou un psychiatre.

En conclusion, l'insomnie chronique est une maladie peu considérée alors que le sommeil représente le tiers de notre vie. Il ne faut pas la banaliser et structurer sa prise en charge en 3 parties afin de la détecter rapidement et d'optimiser le traitement en proposant des solutions adaptées. La première consultation est une aide au diagnostic. La deuxième, dédiée au sommeil, dépiste les grandes causes d'insomnie et permet la prise de décision. La dernière, de suivi et d'accompagnement, peut être le moment d'aborder si nécessaire la TCC, traitement de référence, pour la suite de la prise en charge (proposition de session de 2 heures une fois/semaine pendant 6 semaines).

Messages clés

- L'insomnie chronique comprend des symptômes nocturnes mais également diurnes qui entraîne une souffrance cliniquement significative et/ou une altération du fonctionnement. Elle doit être traitée dans tous les cas.
- L'évaluation du sommeil est clinique (interrogatoire, questionnaire, agenda) et il faut prendre son temps pour sa prise en charge en programmant plusieurs consultations.

Questions de formation

L'insomnie chronique a les caractéristiques suivantes :

- a) Elle ne doit pas être expliquée par un autre trouble du sommeil, des troubles mentaux ou des effets physiologiques d'une substance.
- b) N'a pas de conséquence en dessous de 6 heures de sommeil
- c) Ne peut pas entraîner dépression, HTA, risques cardiovasculaires, troubles métaboliques, baisse des défenses immunitaires.

Parmi les nouvelles options thérapeutiques à disposition figure le Daridorexant 50 mg (antagoniste de l'orexine per os) :

- a) Avec une cinétique proche des antidépresseurs, c'est un traitement au long cours de l'insomnie chronique après échec de la TCCi numérique.

- b) Le plateau d'efficacité est atteint très rapidement en 1 mois
- c) Il est à prendre au moment du coucher.



ARTICLE 9 - LA SCIENCE EN PARLE

ENDOMÉTRIOSE : LA PLACE DU TEST SALIVAIRE

Dr Sofiane BENDIFALLAH

Article rédigé par le Dr Anne-Laure NEVERS – Médecin généraliste

Intro

L'endométriose concerne 1 à 15 % des femmes. Elle est très hétérogène sur le plan anatomique et ne résume pas à la sphère gynécologique. Elle entraînerait une dysrégulation du système immunitaire expliquant le cortège de maladies auto-immunes associées à l'endométriose.

Cette maladie inflammatoire entraîne également une irritation des terminaisons nerveuses expliquant les douleurs. La clinique est cependant très variable d'une patiente à l'autre. De même, une imagerie normale ne veut pas nécessairement dire qu'il n'y a pas d'endométriose et l'imagerie d'une patiente sur deux est associée à une erreur diagnostique pour les formes précoces. Près de 44 % de patientes infertiles idiopathiques auraient en fait une endométriose. De plus, même la chirurgie ne permet pas d'obtenir un diagnostic de précision à 100 %, d'autant que les lésions sont évolutives. Mais comment pourra-t-on, à la complémentarité de l'offre qui existe déjà, ajouter de nouveaux outils permettant d'affiner les réponses et informations données aux patientes et surtout conduire à un diagnostic plus précoce ?

Il existe des travaux de recherche depuis une quinzaine d'années mais aucun n'a permis de faire le lien de façon systématique entre un gène et la maladie. On retrouve en effet une telle hétérogénéité en termes de polymorphisme génétique qu'il est impossible d'associer un gène à la maladie. D'autres éléments en plus du gène vont également modifier l'expression de la maladie dans un environnement donné. Intervient alors la notion d'épigénétique avec les ARN qui servent à l'expression d'un gène. Ces ARN seraient associés à des mécanismes physiopathologiques de la maladie qui peuvent être décodés à l'aide de biomarqueurs (les micro-ARN). Ainsi, on peut désormais faire le lien entre un panel de micro-ARN et l'inflammation. De même, tous ces mécanismes physiopathologiques seraient susceptibles d'expliquer les différentes formes de la maladie. Enfin, les micro-ARN ont été détectés dans le sang mais aussi dans la salive et le liquide péritonéal. Il existerait une forme de résistance à la dégradation dans le temps de ces micro-ARN.

Avant 2022, aucune étude n'avait objectivé le moindre micro-ARN dans la salive de patientes présentant une endométriose. La période du Covid a été propice à l'initiation d'une nouvelle étude portant sur les micro-ARN dans l'endométriose. En 2022, elle a montré que la spécificité, la sensibilité et la précision diagnostique globale étaient de l'ordre de 95 %. Dans l'intervalle a été menée une étude multicentrique française dans plus de 18 centres dont les résultats, en cours de publication, ont été remis à la HAS. Cette dernière a rendu un rapport qui conclut

que le test salivaire va être mis à disposition des praticiens dans plus de 80 hôpitaux de niveau 2 et 3 (1ère phase de son utilisation). L'objectif est de s'assurer que la prise en main de cet outil innovant puisse rendre un service aux patientes en améliorant leur parcours de soins. Pour finir, le questionnement reste celui de l'intérêt de diagnostiquer tôt l'endométriose (notamment pour réduire le nombre d'interventions chirurgicales). Le test salivaire Endotest est disponible en France dans ces 80 hôpitaux depuis octobre 2024. Il a été évalué dans les situations complexes de diagnostic d'endométriose si l'imagerie (échographie, IRM) n'est pas évocatrice ou normale.

En conclusion, l'endométriose est une pathologie complexe, hétérogène. 90 % des patientes auraient aimé avoir un diagnostic plus précoce pour améliorer leur qualité de vie. On observe désormais un changement de paradigme dans l'endométriose avec un diagnostic non chirurgical et une instauration de traitement possible sans preuve histologique. L'innovation, grâce au test salivaire, se met également aux services des patientes mais aussi des praticiens pour résoudre la problématique du diagnostic même s'il ne concerne pas toutes les formes d'endométriose. L'idée est ainsi de faire rentrer l'endométriose dans le monde de la biologie moléculaire au même titre que la cancérologie afin d'avoir un référentiel biologique de la maladie.

Messages clés

- L'endométriose est une maladie multimodale, hétérogène, inflammatoire associée à des troubles de l'immunité.
- Le test salivaire n'est pas recommandé en première intention et il présente un intérêt en cas de symptomatologie et d'imagerie normales.

Questions de formation

En cas de suspicion d'endométriose mais d'absence de diagnostic à l'échographie de 1ère intention, on peut proposer :

- a) Uniquement une échographie pelvienne experte par voie endocavitaire
- b) Une IRM pelvienne
- c) D'emblée une prise en charge chirurgicale

L'endométriose :

- a) Est associée un risque x 5 du syndrome du côlon irritable
- b) N'est pas associée à un risque augmenté de fibromyalgie
- c) Il n'existe pas de faux positifs à l'imagerie



ARTICLE 1 : FOCUS DERMATO

PATHOLOGIE UNGUÉALE COURANTE : LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE EN PREMIÈRE LIGNE

Dr Sophie GOETTMANN-BONVALLOT

Article rédigé par le Dr Anne-Laure NEVERS – Médecin généraliste

Intro

L'ongle est une plaque de kératine dure, fabriquée par la matrice (située sous le repli sous-unguéal et posée sur la base de la phalange), qui continue sous la peau puis se colle sur le lit de l'ongle.

Il se renouvelle en 6 mois. La matrice, posée sur la base de l'ongle, fabrique donc la tablette (ou ongle) et le blanc de l'ongle apparaît plus clair quand il ne colle plus au lit. Il est conseillé de ne pas refouler la cuticule (collée sur la tablette unguéale), notamment lors des manucures, car elle constitue un véritable joint d'étanchéité. Il est également recommandé de regarder systématiquement ongles des mains et des pieds lors d'une consultation pour pathologie unguéale. Comme la matrice fabrique la tablette, si la tablette est malade cela provient de la matrice. En revanche, un ongle décollé signe une atteinte du lit de l'ongle et l'approche diagnostique diffère. À noter qu'un ongle décollé est indolore. Enfin, toute atteinte (arthrosique, inflammatoire etc.) de la phalange peut retentir sur la matrice posée dessus.

Les médecins généralistes sont souvent en première ligne, d'autant que les pathologies et incidents de l'ongle sont nombreux. Les plus fréquemment rencontrés en pratique courante seront abordés ci-dessous de manière non exhaustive. À noter qu'un ongle maltraité est un ongle coloré d'où la nécessité de le protéger avec une base sous le vernis (port de vernis conseillé 5 jours sur 7).

L'ongle est normalement lisse mais il se strie avec le temps. Les stries physiologiques, peu profondes, interrompues en « chapelets de saucisses », sont le plus souvent dues à l'avancement en âge. Rien ne peut les faire disparaître et elles ne sont pas graves même si elles peuvent s'accompagner d'une fragilité. Il est conseillé en cas de stries d'éviter le contact avec l'eau ou l'humidité.

En cas de dédoublement des ongles et de contacts fréquents avec l'eau, il est conseillé le port de gants (2 paires de gants, coton et imperméable, pour les travaux ménagers y compris l'épluchage alimentaire). Moins les ongles sont au contact de l'eau, plus les ongles sont résistants, moins ils se dédoublent et moins les éventuelles stries physiologiques s'effritent au bout.

On observe que les ongles se teintent et jaunissent si port de vernis à ongles en continu sans mettre de base. On conseille donc de mettre une base et de ne porter le vernis que 5 jours sur 7. Des stries peuvent aussi apparaître en cas de vernis au long cours.

Les ongles des pieds doivent être courts afin de limiter la butée sur l'ongle qui peut entraîner des troubles de la repousse avec une matrice qui ne peut plus produire un ongle en continu (d'où l'apparition de strates). Il est alors conseillé de les couper au carré sans arrondir les angles. En cas d'ongle incarné, il convient de couper les ongles courts et ne pas couper les angles. En cas de première poussée, le savonnage à la bétadine rouge et la corticothérapie locale sous occlusion pendant 6 semaines peuvent être une bonne indication.

La manipulation des ongles est un phénomène fréquent, souvent dû au stress, appelé onychotillomanie. Il faut chercher des excoriations et du sang mais surtout déculpabiliser le patient. On observe ce phénomène lors du « refoulement maniaque de la cuticule » avec trouble de la matrice et donc de la repousse de l'ongle ce qui se traduit par une succession de barres transversales et une grande lunule. Dans les cas extrêmes, on note un arrachement de la surface de l'ongle. En cas de dystrophie en « sapin de Noël », on recommandera un micropore de couleur chair en permanence autour des doigts abîmés.

L'intégrité de la cuticule (qui protège la région matricielle) est indispensable au risque de développer des paronychies chroniques qui entraînent une réaction immunologique avec apparition d'un périonyxis. Il existe alors un risque immuno-allergique, de contamination bactérienne et candidosique. Il est donc recommandé de faire réapparaître la cuticule avec une éviction stricte de l'eau/humidité pendant plusieurs mois +/- corticoïdes locaux et crème antifongique. Cette pathologie peut être très invalidante.

Les mycoses touchent principalement les pieds mais les mains peuvent aussi être affectées. Elles peuvent être dues à des dermatophytes, *Candida* ou des moisissures. On observe des forages longitudinaux ou travées longitudinales, un décollement, des taches blanches (leuconychies), une hyperkératose sous-unguéal poudreuse et un périonyxis (en cas de candida ou moisissures). En cas de doute, il est conseillé de découper à la pince à ongles un fragment de kératine et d'envoyer le prélèvement pour analyse mycologique +/- histologique (recherche de filaments). Les traitements systémiques, toujours en association à un traitement local, peuvent être continus ou séquentiels pendant 1 mois (2 mois si sévère, avec contrôle du bilan hépatique) puis 1 semaine par mois pendant 4 à 5 mois. Les hépatites sont une complication exceptionnelle. Il ne faut pas oublier la prophylaxie des récives (traitement des chaussettes, chaussures, séchage, éviter de marcher pieds nus).

Le lichen débute par une hyperstriation longitudinale profonde, un ongle aminci et qui se casse. Il doit être diagnostiqué pour éviter une évolution destructrice. Un choc psychologique est retrouvé dans 2/3 cas.

Le lit de l'ongle doit être sain et on observe souvent des lits épidermisés chez le sportif (football ++). Il existe alors un risque de colonisation à *Pseudomonas aeruginosa* (pyocyanique) sur un ongle décollé qui devient jaune-vert.

L'onychogryphose peut apparaître après le port de chaussures trop petites (12 heures suffisent). Les soins de pédicurie et le séchage suffisent souvent à améliorer la situation.

Le kératome, dû au relèvement du gros orteil peut-être à l'origine de cor sous-unguéal et est généralement très douloureux (chaussage, contact du drap). L'ongle est également décollé.

Les hématomes au niveau du gros orteil sont fréquents, souvent à la suite d'un traumatisme passé inaperçu. Il entraîne une tâche sous l'ongle dont l'élimination est lente. On retrouve fréquemment des hématomes suspendus chez les sportifs. Les antiagrégants et anticoagulants peuvent les favoriser. La pince à ongles est une aide facile au diagnostic

Toute pigmentation linéaire ou tache pigmentaire matricielle peut avoir 3 étiologies : fonctionnelle (ethnique, friction, frottement) / nævus, lentigo chez l'enfant / mélanome in situ. Le mélanome unguéal présente souvent plusieurs signes : apparition tardive de la mélanonychie/ bande irrégulière ou d'évolution rapide/ débord de la pigmentation au repli sous-unguéal ou au lit unguéal/altération de la tablette/ largeur augmentée.

Toute douleur d'une extrémité distale, au chaud ou au froid, peut être le signe d'une tumeur glomique de la matrice requérant une indication chirurgicale.

En conclusion, les pathologies de l'ongle sont fréquemment retrouvées en pratique courante de médecine générale. Un ongle de mains met 6 mois pour se renouveler. L'onycholyse est le symptôme le plus fréquent aux doigts du fait de manucures abusives, mycoses et psoriasis. Il convient d'examiner pieds et mains en cas d'atteinte des ongles et de traquer le mélanome en cas de lésion traînante ou inexplicée.

Messages clés

- Toute atteinte des ongles des orteils n'est pas mycosique (pas plus d'une pathologie sur deux). Un ongle court sans traumatisme est généralement indemne de mycose.
- L'évolutivité dans le temps d'une pigmentation linéaire est un critère fiable faisant suspecter un mélanome. Il faut donc être vigilant devant toute onychopathie traînante ou lésion monodactylique chronique inexplicée.

Questions de formation

En cas de mycose :

- a) Les hépatites étant exceptionnelles, il n'est pas nécessaire de réaliser de bilan hépatique après 1 mois de prise du traitement systémique (Terbinafine, Fluco ou Itraconazole).
- b) Il est primordial de procéder à une prophylaxie des récurrences, notamment par un traitement pieds chaussettes chaussures (type MycoSter lotion et lavage en machine à 60° pendant 45 minutes).
- c) L'alternance des chaussures ou port de tongs n'a pas d'intérêt

Il faut suspecter un mélanome si :

- a) Il déborde sur la peau chez l'enfant
- b) Il s'étend, s'élargit et déborde sur la peau chez l'adulte
- c) L'exérèse complète ne présente pas d'intérêt



ARTICLE 2 FOCUS DERMATO

PSORIASIS EN PLAQUES ET MÉDECINE GÉNÉRALE : LES FONDAMENTAUX POUR LA PRATIQUE AU QUOTIDIEN !

Dr Anne-Cécile GRESSET-CHAUSSADE, Dr Vincent BROCARD, Dr Bruno HALIOUA

Article rédigé par le Dr Anne-Laure NEVERS – Médecin généraliste

Intro

Le psoriasis est une maladie inflammatoire, chronique et immunologique de la peau, des phanères et des articulations touchant près de 2,4 millions de Français. Elle est due à un dérèglement immunitaire entraînant une surproduction de kératinocytes et une inflammation chronique et exagérée de la peau qui se renouvelle en 4 à 5 jours au lieu de 28 jours. Les causes peuvent être génétiques, immunologiques et environnementales.

Les plaques érythémateuses caractéristiques sont très bien délimitées et touchent principalement les coudes, genoux, crêtes tibiales et cubitales, le cuir chevelu etc. La lutte contre les démangeaisons est capitale pour éviter le phénomène de Koebner où 5 minutes de grattage conduisent à 2 semaines de réactivation du psoriasis.

On retrouve différentes formes notamment : le psoriasis inversé (des plis et zones humides donc absence de squames) ; le psoriasis en gouttes (souvent déclenché par une infection chez les enfants ou adolescents) ; l'omphalite ; des atteintes des ongles (ponctuations en dé à coudre), génitales, du pli fessier et de la marge anale (prurit, lichénifié voire surinfecté), de la langue (serpigineux) ; chez l'enfant (psoriasis des langes souvent sous-diagnostiqué) ; pustuleux palmoplantaire (tabac à 80 %, base inflammatoire, contenu purulent) ; le Von Zumbush et le psoriasis érythrodermique qui sont de véritables urgences. À noter que le rhumatisme psoriasique concerne 6 à 42 % des patients atteints avec une apparition en moyenne à 10 ans.

Le médecin généraliste doit être particulièrement vigilant aux comorbidités associées (HTA, dyslipidémie, diabète, obésité (syndrome métabolique), maladies ostéo articulaires, MICI, dépression, maladies infectieuses, problèmes respiratoires etc.) et aux patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaires. Il doit également évaluer la sévérité clinique de la maladie grâce à différentes échelles (BSA, PASI (selon l'étendue et la forme des symptômes), DLQI). Ceci permet de classer la maladie en 2 formes (légère à modérée dans 80 % des cas et modérée à sévère pour 20 %) et de mettre en place un traitement en fonction de la localisation.

La première consultation est primordiale, d'autant qu'on observe souvent une discordance entre les attentes du patient et celles du médecin. Elle est également déterminante pour évaluer ce que le patient est prêt à faire pour se traiter et l'objectif qu'il souhaite atteindre. Les besoins des patients peuvent compter plus que le contrôle de la peau et varient selon l'âge, le sexe et au fil du temps. De plus, les localisations particulières peuvent fortement impacter la qualité de vie.

Le médecin généraliste peut entreprendre un traitement local de première intention (topique) pour les formes légères à modérées (dermocorticoïdes DC +/- analogue de la vitamine D). L'Enstilar (bétaméthasone + calcipotriol) mousse représente une galénique intéressante, non grasse avec une bonne absorption ce qui permet d'améliorer l'observance et d'optimiser l'alliance thérapeutique.

Cependant, si un seul des 3 scores est > 10, le patient est alors éligible à un traitement systémique ou biologique et sera adressé au dermatologue pour la suite de la prise en charge qui doit se faire à long terme. Ce traitement peut également être proposé si le psoriasis a un fort impact (sur l'état psychologique, la condition physique etc.) ou s'il est localisé mais difficilement contrôlé par un traitement topique et associé à une altération fonctionnelle et/ou une détresse (ongles, génitales etc.).

En conclusion, le psoriasis est une maladie chronique récalcitrante et le médecin généraliste joue un rôle clé face aux nombreuses formes de psoriasis pour établir le diagnostic, sa sévérité, évaluer les comorbidités et mettre en place un traitement précocement. Comprendre les préoccupations du patient permettra enfin au médecin de fournir des informations pertinentes ce qui contribuera à promouvoir l'observance du traitement.

Messages clés

- Avec une prévalence de 4,42 %, il s'agit de la 3^e pathologie la plus rencontrée en dermatologie après l'acné et l'eczéma. C'est une maladie systémique à prendre en charge sur le long terme.
- Il est important, en plus des thérapeutiques médicamenteuses, de ne pas négliger la détresse des patients et de surveiller les comorbidités associées et facteurs de risque cardiovasculaires car « derrière le psoriasis il s'en cache plusieurs ».

Questions de formation

Concernant la discordance des attentes patient-médecin :

- a) On n'observe pas d'atteinte de l'estime de soi ni de stigmatisation
- b) Les difficultés sexuelles et relationnelles sont rarement relatées
- c) Les facteurs psychologiques (anxiété, symptômes dépressifs voire idées suicidaires) et sociaux sont une composante majeure

Les dermocorticoïdes :

- a) Ont une action kératolytique et anti inflammatoire
- b) Ne sont jamais associées à un traitement systémique ou biologique
- c) Ne sont jamais associées à de la vitamine D (Calcipotriol)



Réponses aux Questions

Article : Quel cadre pour la fin de vie en France ? cadre législatif français et regard vers l'étranger

La SPCJD

- Peut être à la demande du patient s'il est atteint d'une pathologie grave et incurable, que son pronostic vital est engagé à court terme mais sans nécessité de présenter une souffrance réfractaire au traitement.
- Si proposition médicale d'un arrêt de traitement au titre du refus de l'obstination déraisonnable, la SPCJD n'y est pas obligatoirement associée.
- **Même si la décision revient au médecin référent, elle est obligatoirement soumise à une procédure collégiale.**

Pour l'aide active à mourir, les critères communs en France ont pour caractéristiques :

- Ne pas avoir obligatoirement plus de 18 ans
- **Une demande volontaire et réitérée, être en capacité de prendre une décision pour soi-même et être conscient au moment de la demande.**
- Une maladie grave mais pas forcément incurable ou souffrances inapaisables

Article : Immunisation et vaccination : 2024, une année pleine de changements.

En ce qui concerne les données de couvertures vaccinales :

- En 2019 chez les professionnels de santé, elle était à plus de 90 % en établissement de santé.
- **Entre juin 2023 et mai 2024 et selon les estimations HAS, entre 16 et 18 % des femmes enceintes ont été vaccinées par un médecin généraliste ou un gynécologue.**
- La couverture vaccinale après 3 doses pour les enfants nés en 2022 était très bas

En ce qui concerne la maladie :

- La période d'incubation dure moins de 7 jours
- Cette infection bactérienne est très fébrile
- L'immunité après maladie naturelle est de l'ordre d'une dizaine d'années mais pas à vie.

Article : Coqueluche : une épidémiologie et des stratégies de prévention en pleine évolution.

Le Nirsevimab :

- Ne peut pas être administré en même temps que les autres vaccins
- **3 injections sont possibles le même jour**

- Présente un risque d'effet(s) indésirable(s) majoré

Vrs : une épidémiologie et des stratégies de prévention en pleine évolution.

Concernant les traitements médicamenteux :

- On peut les utiliser même s'il existe un trouble cardiaque pré-existant
- **Le risque cardiaque augmente de 4 % par an mais est stabilisé au bout de 3 ans.**
- L'effet de la Ritaline LI dure > 4 heures

Le retard au diagnostic peut être dû à des fausses croyances, délétères :

- L'enfant ne peut pas être brillant en classe
- **Il n'est pas forcément isolé et peut être très populaire à l'école**
- « Faire des efforts ! » suffit pour améliorer les symptômes

Article : Pédopsychiatrie : et si c'était un tdah ?

Concernant les traitements médicamenteux :

- On peut les utiliser même s'il existe un trouble cardiaque pré-existant
- **Le risque cardiaque augmente de 4 % par an mais est stabilisé au bout de 3 ans.**
- L'effet de la Ritaline LI dure > 4 heures

Le retard au diagnostic peut être dû à des fausses croyances, délétères :

- L'enfant ne peut pas être brillant en classe
- **Il n'est pas forcément isolé et peut être très populaire à l'école**
- « Faire des efforts ! » suffit pour améliorer les symptômes

Article : Ostéoporose : qui traiter, comment traiter, combien de temps traiter et comment je surveille ?

L'outil FRAX :

- Nécessite des examens complémentaires (imagerie, biologie) en plus de la densitométrie
- **Représente la probabilité de fractures sévères sur 10 ans**
- Est valable pour les femmes de tout âge

Concernant les situations cliniques et le traitement :

- **En cas d'antécédents thromboemboliques, on évite le THM et les Serms**
- On ne tient pas compte d'une insuffisance rénale, même modérée, pour le choix du traitement.
- Il n'y a pas d'indication à des soins dentaires en cas de mauvais état dentaire

Article : Prévention et prise en charge des pathologies digestives/chroniques par l'alimentation.
maladie cœliaque et sensibilité non cœliaque : comment s'y retrouver ?

Le régime sans gluten :

- Est remboursée même en l'absence de preuve histologique de la maladie cœliaque
- Doit être strict même en cas de sensibilité non cœliaque
- Il est conseillé de garder impérativement les tickets de caisse pendant 24 mois dans le cadre du remboursement des produits sans gluten.

Concernant les principales maladies liées au blé :

- La sensibilité non cœliaque peut aussi être liée à la présence de fructanes dans les céréales.
- Dermatite herpétiforme et ataxie ne peuvent jamais être liées au gluten
- L'allergie vraie est très fréquente

Article - Pathologie hémorroïdaire

Concernant la chirurgie mini invasive :

- Un volumineux prolapsus grade 4 peut être une indication discutable de la chirurgie mini invasive
- Thromboses à répétition et marisques hypertrophiques peuvent être traitées par chirurgie mini invasive
- Moins de 20 % des patients récidivent dans la décennie qui suit le geste.

En cas de grossesse :

- On ne propose jamais de traitement médical (type corticothérapie courte)
- Un monitoring fœtal est indispensable en cas d'excision sous anesthésie locale
- En cas d'échec du traitement médical et pour les cas sévères sous couvert d'un monitoring fœtal, on peut proposer un traitement chirurgical.

Article - Insomnie chronique : du nouveau et des recos ! l'insomnie, une plainte de fin de consultation !

L'insomnie chronique a les caractéristiques suivantes :

- Elle ne doit pas être expliquée par un autre trouble du sommeil, des troubles mentaux ou des effets physiologiques d'une substance.
- N'a pas de conséquence en dessous de 6 heures de sommeil
- Ne peut pas entraîner dépression, HTA, risques cardiovasculaires, troubles métaboliques, baisse des défenses immunitaires.

Parmi les nouvelles options thérapeutiques à disposition figure le Daridorexant 50 mg (antagoniste de l'orexine per os) :

- Avec une cinétique proche des antidépresseurs, c'est un traitement au long cours de l'insomnie chronique après échec de la TCCi numérique.
- Le plateau d'efficacité est atteint très rapidement en 1 mois
- Il est à prendre au moment du coucher.

Article - Endométriose : la place du test salivaire

En cas de suspicion d'endométriose mais d'absence de diagnostic à l'échographie de 1ère intention, on peut proposer :

- Uniquement une échographie pelvienne experte par voie endocavitaire
- **Une IRM pelvienne**
- D'emblée une prise en charge chirurgicale

L'endométriose :

- Est associée un risque x 5 du syndrome du côlon irritable
- N'est pas associée à un risque augmenté de fibromyalgie
- Il n'existe pas de faux positifs à l'imagerie

Article - Pathologie unguéale courante : le médecin généraliste en première ligne

En cas de mycose :

- Les hépatites étant exceptionnelles, il n'est pas nécessaire de réaliser de bilan hépatique après 1 mois de prise du traitement systémique (Terbinafine, Fluco ou Itraconazole).
- Il est primordial de procéder à une prophylaxie des récurrences, notamment par un traitement pieds chaussettes chaussures (type MycoSter lotion et lavage en machine à 60° pendant 45 minutes).
- L'alternance des chaussures ou port de tongs n'a pas d'intérêt

Il faut suspecter un mélanome si :

- Il déborde sur la peau chez l'enfant
- Il s'étend, s'élargit et déborde sur la peau chez l'adulte
- L'exérèse complète ne présente pas d'intérêt

Article - Psoriasis en plaques et médecine générale : les fondamentaux pour la pratique au quotidien !

Concernant la discordance des attentes patient-médecin :

- On n'observe pas d'atteinte de l'estime de soi ni de stigmatisation
- Les difficultés sexuelles et relationnelles sont rarement relatées
- Les facteurs psychologiques (anxiété, symptômes dépressifs voire idées suicidaires) et sociaux sont une composante majeure

Les dermocorticoïdes :

- Ont une action kératolytique et anti inflammatoire

- Ne sont jamais associées à un traitement systémique ou biologique
- Ne sont jamais associées à de la vitamine D (Calcipotriol)