

PLENIERE MATIN

Modérateurs

QUAND FAUT-IL PENSER A LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL ? LES BONS REFLEXES

Docteur Philippe DAVEZIES

Service de Maladies Professionnelles
Centre Hospitalier Lyon Sud
69495 PIERRE BENITE cedex

Prendre en charge la souffrance au travail impose de considérer deux phénomènes principaux.

Le premier concerne la différence entre le travail tel qu'il est prescrit et l'activité réelle. Le prescrit a toujours un caractère général. Il exprime un rapport extérieur aux moyens à mettre en œuvre pour atteindre les objectifs fixés. Au contraire l'activité fait face à des situations singulières qui imposent de prendre en considération des dimensions non prévues par la consigne et exigent des adaptations des modes opératoires prescrits.

Au cours des dernières décennies, la montée en puissance des exigences financières a accru le caractère abstrait des prescriptions. Du fait de l'intensification du travail, beaucoup de salariés se trouvent aujourd'hui dans l'incapacité de satisfaire l'ensemble des critères qui caractériseraient un travail bien fait. Dans ce contexte, chacun trie, comme il peut, conformément à son expérience et aux exigences de sa position, dans la masse de ce qu'il y aurait théoriquement à faire, ce qu'il va pouvoir prendre en charge et ce qu'il laissera de côté. Résultat : le monde du travail est traversé par un conflit autour de critères d'évaluation du travail contradictoires.

Trouver une issue positive à la multiplicité conflictuelle des critères d'évaluation du travail imposerait de discuter du travail au plus près des situations. C'est là qu'il faut prendre en compte un deuxième phénomène : celui qui a trait au rapport de l'individu à sa propre activité. Le travailleur développe son activité sous l'aiguillon des résonances de la situation avec ses expériences émotionnelles antérieures. Cela signifie que, face à des caractéristiques de la situation qui ne sont déjà pas clairement perceptibles pour celui qui ne fait pas le travail, il mobilise des expériences et des ressources qui ne sont que très partiellement conscientes. L'être humain agit ; dire comment et pourquoi il agit est tout autre chose. L'activité est première ; le discours suit comme il peut, toujours décalé et partiel par rapport à celle-ci.

La difficulté consiste donc à faire passer, dans le registre du langage et de la discussion, un conflit dont l'origine se situe dans le choc d'activités animées par des logiques différentes.

La souffrance au travail exprime l'échec de ce processus. En pareil cas, l'individu tente de se défendre en s'emparant des ressources langagières sensées rendre compte de la souffrance au travail. Il répète alors en boucle des discours généraux qui vont de la méchanceté du chef aux effets délétères de la financiarisation de l'économie. En raison de leur généralité, ces discours ne rendent pas compte de la nature concrète des conflits dans lequel il se trouve pris. Ils ne lui permettent ni de se faire comprendre, ni de reprendre la main sur la situation. À partir de là, peut s'enclencher une dynamique dangereuse qui mêle schémas cognitifs dépressogènes et perturbations biologiques liées à la situation de stress chronique.

Le risque est alors que le clinicien accompagne ce mouvement en déployant une problématique victimologique ou en évoquant les rigueurs du temps. Il doit au contraire admettre qu'il ne comprend pas ce dont il est question. Le problème est en effet que le patient lui-même n'arrive pas à analyser et à exprimer ce qui lui arrive. Il faut donc lutter contre la tendance à la surgénéralisation et, pour cela, se faire expliquer au plus près du travail, c'est-à-dire en revenant à des évènements précis : *pourquoi à tel moment précis, alors que le chef attendait A, le salarié s'efforçait-il de faire A' ou B ?* Dans cette direction, le patient est amené à expliquer des choses qu'il ne s'était pas expliqué à lui-même. Il constitue les éléments d'un discours propre. Il amorce la reconstitution de sa capacité à penser, débattre et agir... Il revient du côté de la santé.

LE PSORIASIS CUTANE

Professeur Denis JULIEN

Service de dermatologie
CLIMA - Pavillon R
Hôpital Édouard Herriot
5 place d'Arsonval
69437 Lyon cedex 03

Deux à trois % des Français ont un psoriasis. Le diagnostic n'est porté que chez la moitié d'entre eux. Dans plus de 95% des cas il s'agit d'un psoriasis en plaque. Le polymorphisme de cette atteinte explique en partie ce retard diagnostic. L'existence d'une atteinte des plis, des ongles, du cuir chevelu, des muqueuses, et la connaissance des différentes présentations de la maladie sont utiles pour en établir le diagnostic. Cette présentation fera une large place aux différentes formes sémiologiques de la maladie.

Au delà de l'atteinte cutanée, la prise en charge du patient psoriasique doit être globale. Le retentissement de la maladie sur la qualité de vie est supérieur à celle du cancer de l'infarctus du myocarde et du diabète. Le syndrome métabolique, les pathologies cardio-vasculaires sont associés à la maladie et les patients atteints de forme sévère ont une espérance de vie réduite de plusieurs années qui pourrait s'expliquer par une surmortalité de cause cardio-vasculaire.

Vingt-quatre % des patients psoriasiques développent un rhumatisme psoriasique. Dans plus de 80 % des cas cette atteinte survient après l'atteinte cutanée. L'existence d'une onychopathie psoriasique, d'une atteinte du cuir chevelu, du pli interfessier, et les formes diffuses sont des facteurs prédictifs de la spondylarthropathie. Celle ci s'observe cependant également pour des formes légères de la dermatose. Elle doit être dépistée de manière répétée par un interrogatoire simple, car son risque de survenu est constant au cours du temps.

Deux tiers des patients ont une forme évolutive légère pour laquelle des traitements simples (Dermocorticoïdes associés à un dérivé de la vitamine D, héliothérapie, émoullients) permettent un contrôle satisfaisant. Le médecin généraliste est en première ligne pour la prise en charge de ces patients.

Récemment, un groupe d'experts Français a établi des recommandations pour la prise en charge du psoriasis en plaque de l'adulte par les traitements topiques. Ces recommandations ont notamment comme objectif de limiter la iatrogénie liée à un mésusage et de ne pas retarder le passage à d'autres traitements :

- Le traitement doit être limité à des surfaces atteintes \leq à 10% de la surface corporelle.

- En première ligne, il fait appel pour les lésions du corps et du cuir chevelu à l'association fixe calcipotriol / propionate de clobetasol. (Un dermocorticoïde peut également être utilisé en première ligne pour les lésions du cuir chevelu)
- En traitement d'attaque, ce produit est appliqué 1x/j, pendant 4 semaines, dans la limite de 2 tubes de 60g. En phase d'entretien il est appliqué 2x / semaine.
- Si un dermocorticoïde est privilégié, il sera en dehors des plis et du visage, de classe III ou IV, appliqué en phase d'attaque 1x j pendant 4 semaines, dans la limite de 30g / semaine, avec un objectif d'amélioration $\geq 75\%$. En phase d'entretien, il sera appliqué 2x / semaine sur le site des anciennes plaques.
- Il n'y a pas d'indication aux préparations magistrales comportant un dermocorticoïde.

La prescription de la photothérapie et de traitements systémiques relève du spécialiste, mais la surveillance en est parfois effectuée par le médecin généraliste.

- Pour le méthotrexate, l'Afssaps a récemment rappelé le caractère hebdomadaire et non journalier de la prise (5 à 25 mg/semaine, éventuellement fractionnés en 3 prises à 12h d'intervalle). Il faut dépister la survenue d'une cytopénie (NFP), d'une hépatite (transaminase), d'une pneumopathie (toux, fièvre, PNE).
- Pour la cyclosporine il faut surveiller la toxicité rénale (élévation TA, créatinine $> 30\%$ / au niveau pré-thérapeutique).
- Pour les biothérapies (anti-TNF : Enbrel[®], Humira[®], Remicade[®] ; anti-IL12/23 : Stelara[®]), leur administration est interrompue en cas d'infection.

LES LOMBALGIES AIGUES : EVITER LA CHRONICITE

Professeur Guy LLORCA
PUPH de Thérapeutique
Chef de service de Rhumatologie
Centre hospitalier Lyon Sud
69495 PIERRE BENITE cedex

Mél : guy.llorca@chu-lyon.fr

Les lombalgies représentent un problème majeur de santé publique car elles affectent 60 à 90 % de la population et, lorsqu'elles sont communes et chroniques (10 à 15 %), elles consomment 70 % des dépenses annuelles allouées à cette pathologie en France (2 milliards d'euros). Elles apparaissent alors au premier rang des affections limitant l'activité avant 45 ans, et au 3^e rang des affections motivant la mise en invalidité. Les lombalgies aiguës (2 à 5 % des consultations en médecine générale) représentent, dans la majorité des cas, le point de départ d'où tout doit être mis en œuvre pour éviter le passage à la chronicité, c'est-à-dire leur pérennisation au-delà de 3 mois.

Devant une lombalgie aiguë, après avoir éliminé une « lombalgie symptomatique » (tumorale, inflammatoire, infectieuse, d'origine rachidienne ou extra-rachidienne), la difficulté est double :

- 1) ne pas surmédicaliser une lombalgie commune banale dont l'évolution spontanée est résolutive dans plus de deux tiers des cas entre 24 heures et une semaine,
- 2) ne pas méconnaître les éléments qui indiqueraient une forte probabilité de passage à la chronicité.

L'approche purement anatomopathologique des lombalgies n'est pas satisfaisante car les lombalgies dites « communes » représentent une entité nosologique protéiforme qui ne peut être valablement analysée qu'à la lueur de ses composantes physiopathologiques.

L'approche physiopathologique permet ainsi de distinguer trois composantes fondamentales plus ou moins associées :

1. une composante organique en relation avec un conflit mécanique concordant ;
2. une composante fonctionnelle, où la composante mécanique est représentée par une dissociation entre les réalités fonctionnelles et les contraintes imposées ;
3. une composante cognitive, dominée par la représentation mentale de l'affection et les nombreux litiges qui peuvent être sous-jacents (avec les employeurs ou supérieurs hiérarchiques, l'assurance maladie, une compagnie d'assurance privée etc.).

Cette approche physiopathologique permet de dégager, dans la majorité des cas, une composante physiopathologique dominante et, partant, permet d'orienter correctement la prise en charge le plus précocement possible. Ainsi, devant une dominante organique, l'action doit porter essentiellement sur la cause mécanique structurale ; devant une dominante fonctionnelle, l'action doit favoriser la reprogrammation locomotrice adaptée ; enfin, devant une dominante cognitive, l'action doit avantager la solution rapide des litiges, s'ils existent, et privilégier l'éducation rachidienne pour corriger les nombreuses idées fausses dans ce domaine... Cette approche, qui cherche à éviter le passage à la chronicité, est souvent simple en début d'évolution, mais devient plus complexe avec le temps et peut nécessiter alors le recours au spécialiste, voire à une collaboration pluridisciplinaire.

Pour en savoir plus : Llorca G. Parcours pédagogique sur les lombalgies, 2010. En ligne sur acb.univ-lyon1.fr

* Professeur de Thérapeutique à l'université Claude Bernard, chef de service de Rhumatologie au groupement hospitalier Lyon-Sud.

LES CORONAROPATHIES : ANGIOPLASTIE OU TRAITEMENT MEDICAL ?

Docteur Carine MOULY-BERTIN

65 rue Pasteur
69300 CALUIRE

Depuis le 1^{er} stent coronaire implanté en 1986, l'avènement de la cardiologie interventionnelle a radicalement modifié la prise en charge et le pronostic des coronaropathies et a contribué à une importante réduction de la mortalité cardiovasculaire ces 20 dernières années (diminution de 40 % de la mortalité par cardiopathie ischémique entre 1990 et 2006).

Les progrès techniques en matière d'angioplastie coronaire en ont fait une procédure de plus en plus sûre et performante. Néanmoins, cette amélioration pronostique est également liée à l'amélioration du traitement médicamenteux de la maladie athéromateuse.

En matière de coronaropathie, il faut distinguer deux situations totalement différentes en termes de physiopathologie, de pronostic et de traitement : le syndrome coronaire aigu et la coronaropathie chronique.

Le Syndrome coronaire aigu (SCA) est une grande urgence médicale et son traitement est très codifié. Tout l'enjeu pour le médecin généraliste est de savoir évoquer le diagnostic de façon opportune. En effet, les présentations cliniques peuvent être assez trompeuses. D'un point de vue physiopathologique, le phénomène causal est une rupture de plaque athéromateuse à l'origine d'une activation thrombotique intraluminale risquant d'aboutir dans les heures suivantes à une occlusion complète de l'artère coronaire, et donc à un infarctus du myocarde. Dans ce cas, le traitement repose sur les antithrombotiques (Aspirine, thiényopyridines comme le Clopidogrel et le Prasugrel) et la revascularisation précoce par angioplastie coronaire (dans les 72 heures). Le bénéfice d'une telle attitude est clairement établi par de nombreuses études randomisées (1) et celle-ci est recommandée par les sociétés savantes européennes (2) et américaines.

La Coronaropathie chronique inclue l'angor stable et l'« après syndrome coronaire aigu ». Chez ces patients dits en prévention secondaire, l'objectif du traitement est d'améliorer le pronostic en évitant la survenue d'un décès ou d'un infarctus et d'améliorer les symptômes et la qualité de vie. La prise en charge thérapeutique rejoint en partie celle du SCA, mais sans la dimension d'urgence et la place de l'angioplastie coronaire y est beaucoup plus débattue. En effet, comme l'a montré l'étude COURAGE (3) et contrairement à une opinion assez répandue (4), chez les coronariens chroniques stables, sans insuffisance cardiaque, la revascularisation par angioplastie coronaire n'améliore pas la survie. En revanche, l'effet sur les symptômes est très positif, ce qui permet d'alléger l'ordonnance en anti-angineux (Béta bloquants, inhibiteurs calciques, dérivés nitrés). Enfin, dans certains cas particuliers, la revascularisation par pontage aorto-coronarien garde toute sa place (5). Par-dessus tout, on retiendra que les médicaments de la maladie athéromateuse demeurent indispensables, qu'il y ait eu une revascularisation ou non, à savoir de l'aspirine et/ou une thiényopyridine, une statine et un inhibiteur du système rénine-angiotensine, sans oublier les règles hygiéno-diététiques.

En conclusion, la revascularisation par angioplastie coronaire ne constitue pas un traitement définitif de la maladie coronaire, mais permet uniquement la correction ponctuelle d'une anomalie anatomique. Le traitement médical de la coronaropathie et le traitement par angioplastie ne sont en aucun cas exclusifs, mais plutôt complémentaires.

Bibliographie

1. Fragmin and Fast Revascularisation during Instability in Coronary artery disease (FRISC II) Investigators. Invasive compared with non-invasive treatment in unstable coronary artery disease. *Lancet* 1999; 354:708-15.
2. Guidelines on myocardial revascularization. The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) *European Heart Journal* (2010) 31, 2501–2555.
3. Boden WE, O'Rourke RA, Teo KK et coll. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med* 2007;356(15):1503-16.
4. Patients' and cardiologists' perceptions of the benefits of percutaneous coronary intervention for stable coronary disease. Rothberg MB, Sivalingam SK, Ashraf J, Visintainer P, Joelson J, Kleppel R, Vallurupalli N, Schweiger MJ. [Ann Intern Med.](#) 2010 Sep 7;153(5):307-13
5. Serruys P, Morice MC, Kappetein AP, et al. Percutaneous coronary intervention versus coronary-artery bypass grafting for severe coronary artery disease. *N Engl J Med* 2009; 360:961-972

LA CHIRURGIE DE L'AVANT- PIED

Docteur Thierry HECKEL
 Clinique CHARCOT
 51-53 RUE DU Cdant Carcot
 69110 Ste Foy lès Lyon

Le pied, en biomécanique, peut être comparé à une barre de torsion. C'est un système de transmission de charge d'un appui unique, contraint, l'arrière pied, à un système propulsif visco-élastique de l'avant pied. Par cet intermédiaire, le pied amortit et propulse. On a pu parler d'un attelage à 5 chevaux formé par les métatarsiens et les orteils. Il existe donc une spécificité de l'avant-pied, amortisseur et propulseur, déterminant les pathologies des métatarsiens et orteils.

Pathologie du 1^{er} rayon :

Hallux valgus : déformation de causes multiples : familiale (brièveté de M1 avec excès de longueur du gros orteil), chaussage, pieds plats.

La correction doit agir sur la déformation articulaire ou osseuse :

- Articulaire : par la libération articulaire menant à la réductibilité de la correction, par la réorientation des surfaces articulaires (correction du DMAA),
- Osseuse : par des ostéotomies de réaxation métatarsienne (chevron, scarf) ou phalangienne de raccourcissement ou de varisation.

Les corrections sont adaptées en fonction de la déformation, du type d'hallux valgus :

- Pour un hallux valgus congénital du sujet jeune, il faudra corriger l'orientation articulaire distale (DMAA).
- Pour un hallux de la maturité, la correction agira sur les différents facteurs, en fonction de l'importance angulaire de la déformation et de sa réductibilité.
- Devant un hallux valgus arthrosique sans répercussion clinique, la correction sera identique à un hallux valgus commun. En cas de raideur peu douloureuse, on associera un raccourcissement de M1. Douleurs et raideurs feront pratiquer une arthrodèse, de même que l'hallux valgus majeur du sujet âgé.
- Enfin, en cas d'hallux valgus récidivant, il faudra traiter la cause tout en tenant compte de l'enraidissement plus fréquent qui conduira souvent à l'arthrodèse.

Hallux rigidus : qui se manifeste par une douleur dorsale avec bunion dorsal, une limitation de la mobilité, une arthrose radiologique.

La chirurgie peut augmenter la mobilité si la raideur prédomine :

- Chirurgie extra articulaire, biomécanique agissant sur les causes par :

- ostéotomie de P1 : raccourcissante, permettant la diminution des contraintes en cas d'hallomégalie, ostéotomie d'extension éventuellement associée à un raccourcissement pour augmentation de la flexion dorsale.
- ostéotomie de M1 : pouvant augmenter par ostéotomie de fermeture dorsale, la flexion ou ostéotomie d'abaissement corrigeant le métatarsus elevatus par chevron ou scarf raccourcissant assurant la détente articulaire.
- Chirurgie articulaire de nettoyage par ablation des ostéophytes, résection articulaire partielle (cheilectomie). On pourra proposer des arthroplasties (Keller brandes) chez une personne très âgée mais contre indiquées en cas de métatarsalgies latérales ou opération de Valenti par résection des deux berges métatarsophalagiennes. Les prothèses en silicone provoquent des réactions à corps étranger, les prothèses totales à glissement sont possibles chez les sujets âgés avec des résultats aléatoires.

En cas de douleur prédominante, la chirurgie bloque la mobilité: l'arthrodèse MP se fera en conservant un valgus à 10°, une dorsiflexion à 20° et une rotation neutre.

Pathologie des métatarsiens latéraux :

Métatarsalgies : douleurs plantaires souvent associées à l'hallux valgus. Le traitement chirurgical doit s'envisager après échec des orthèses plantaires avec appui rétrocapital associées, si nécessaire, à des étirements par kinésithérapie des gastrocnémiens.

L'intervention chirurgicale se fait par :

- ostéotomies basi-métatarsiennes, soit en chevron permet le raccourcissement et un peu de relèvement sans fixation, soit par ostéotomie basale de soustraction avec ostéosynthèse permettant un plus grand relèvement. Ces ostéotomies sont indiquées dans les pieds creux modérés ou le mal perforant plantaire. Elles doivent traiter le plus souvent deux à trois rayons dans le même temps, sont peu enraidissantes.
- Ostéotomies métatarsiennes distales : ostéotomie de Weil surtout pratiquée en cas d'excès de longueur des métatarsiens non vissés (per cutanées) ou vissées plus enraidissantes mais permettant des corrections de déviation latérale.

Pathologie du 5^{ème} rayon à type de quintus varus qui est l'hallux valgus du 5^{ème} orteil. Le traitement en est le même par des ostéotomies et des gestes articulaires.

Névrome de Morton : le diagnostic clinique est confirmé par échographie ou IRM. La chirurgie permet la libération parfois associée à des ostéotomies métatarsiennes ou l'exérèse.

Pathologies d'orteils :

Griffes d'orteils : traitées, si elles sont réductibles, par ténotomies, transferts tendineux, ostéotomies, sinon par arthroplasties ou arthrodèses.

Techniques chirurgicales :

L'ensemble de ces pathologies peut être pris en charge par **deux techniques différentes** permettant d'agir selon les mêmes principes d'ostéotomies, arthrolyses et ténotomies. Bien que les techniques soient différentes (percutanée à foyer fermé sous contrôle radiologique et avec peu d'ostéosynthèse, chirurgie ouverte privilégiant l'ostéosynthèse), elles doivent répondre aux **mêmes principes biomécaniques de correction**.

Suites chirurgicales :

La prise en charge chirurgicale doit privilégier les **hospitalisations ambulatoires**, l'anesthésie locorégionale. En post opératoire, une chaussure à semelle rigide, ouverte ou large permet **l'appui**. Le drainage postural pour éviter l'œdème est recommandé. Un traitement anti-thrombotique pendant 15 jours est souhaitable. Le pansement cutané est refait aux alentours du 15^{ème} jour par le podologue avec mise en place d'une orthoplastie en chirurgie percutanée, tandis qu'en chirurgie ouverte, il doit être fait deux fois par semaine jusqu'à cicatrisation. Le contrôle radiographique se fait en per cutanée au 15^{ème} jour et pour toute technique, à un mois et 3 mois, parfois 6 mois post-opératoires. La chaussure post opératoire est enlevée aux alentours du 1^{er} mois après l'intervention, piscine et vélo sont autorisés à 6 semaines, randonnées et autres sports à 3 mois. L'évolution clinique du pied se fait sur 6 mois à un an.

Les complications sont **générales** avec des risques d'infection, d'hématome, de mauvaise cicatrisation, **ostéo-articulaires** avec des risques de raideurs, d'algodystrophie, de pseudarthrose, de nécrose osseuse, de récurrence, de déformations inversées (hallux varus). Il doit être tenu compte du terrain, tels diabète, antécédent d'algodystrophie. On peut proposer un **traitement préventif**, telle la vitamine C pendant 6 semaines et la rééducation.

Les indications de la chirurgie d'avant pied doivent être portées pour soulager une **gêne douloureuse** en rapport avec une déformation anatomique à corriger chirurgicalement après épuisement des différents traitements orthopédiques possibles : chaussage, semelles, protection cutanée, orthoplastie, infiltration d'un névrome, rééducation.

LA CONSULTATION DE DECLARATION DE GROSSESSE

Docteur Muriel DORET
Service de gynécologie obstétrique
Hôpital Femme-Mère-Enfant
59 boulevard Pinel
69677 Bron

C'est une des consultations les plus importantes de la grossesse. Les objectifs de cette consultation sont multiples: confirmation du diagnostic, datation du début et du terme théorique de la grossesse, évaluation des facteurs de risque et mise en place d'un suivi adapté, information sur le dépistage de la trisomie 21, prescription des examens complémentaires obligatoires ou recommandés, proposition d'un entretien du 4^{ème} mois, faire un examen gynécologique avec un frottis si pas de suivi régulier et déclaration de la grossesse.

On insistera plus particulièrement sur l'importance de:

- L'échographie du 1^{er} trimestre : Elle doit être pratiquée entre 11 SA et 13 SA et 6 jours. Elle permet la datation de la grossesse, la mise en évidence de certains facteurs de risque (grossesse gémellaire...) et le dépistage de la trisomie 21 qui doit obligatoirement être expliqué et proposé aux parents.
- L'évaluation des facteurs de risque dans le but de dépister les grossesses à haut risque qui auront besoin d'une prise en charge spécifique.
 - L'interrogatoire (+++++) centré sur les antécédents personnels de la patiente et le déroulement des grossesses et accouchements antérieurs est capital.
 - L'examen clinique (auscultation cardiaque ++)
 - Les examens complémentaires : l'échographie du 1^{er} trimestre et les examens biologiques obligatoires ou recommandés

Ces nombreux objectifs, reposant à la fois sur la clinique et les examens complémentaires, imposent en pratique une « consultation de déclaration de grossesse » en 2 temps :

- Une première consultation (entre 9 et 12 SA) permet la recherche de facteurs de risque par l'interrogatoire, l'examen clinique et la prescription des examens complémentaires (échographie du 1^{er} trimestre +++) ainsi que l'information de la patiente concernant le dépistage de la trisomie 21.
- Une seconde consultation (après l'échographie du 1^{er} trimestre et avant 13 SA et 6 jours) permet la datation de la grossesse, la recherche de facteurs de risque à travers la lecture des résultats des examens échographiques et biologiques demandés, la prescription des marqueurs sériques pour le dépistage de la trisomie 21 si les parents le souhaitent et de faire, enfin, la déclaration de grossesse.

Références

- 1- Bernard M, Muller F. Dépistage prénatal de la trisomie 21 : les nouvelles recommandations. Immuno-analyse et biologie spécialisée 2009; 24 : 235-239
- 2- Collège national des gynécologues et obstétriciens français; Société francophone du diabète. Le diabète gestationnel : texte des recommandations. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2010 Dec;39(8 Suppl 2):S139, S338-42.
- 3- Doret M, Gaucherand P. Comment dépister une grossesse à risque ? Rev Prat. 2009 Dec 20;59(10):1405-22.
- 4- http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf

14 h 15 à 16 h 15

PLENIERE APRES-MIDI

Modérateur

14 h 15 à 15 h 00

L'EFFET PLACEBO

Docteur Philippe RYVLIN

LES TROUBLES BI-POLAIRES DE TYPE 1 ET 2

Professeuse Saïda DOUKI-DEDIEU

Anciennement appelé Psychose maniaco-dépressive, le Trouble Bipolaire est une des affections psychiatriques les plus fréquentes, puisque sa prévalence en population générale est estimée à au moins 1,5%. Des travaux récents qui remettent en question les critères actuels du diagnostic étendant les estimations aux alentours de 5%.

C'est également une affection grave dont le principal risque est le suicide qui peut atteindre 15% des patients qui en souffrent.

C'est fort heureusement un trouble aujourd'hui parfaitement accessible à la thérapeutique.

Toutefois, il reste sous-diagnostiqué dans le monde entier et en conséquence sous-traité.

Le médecin généraliste qui est souvent le premier interlocuteur du patient a un rôle crucial à jouer pour améliorer le dépistage et la prise en charge des sujets présentant un trouble bipolaire.

Le trouble bipolaire est défini par la survenue récurrente et périodique d'épisodes maniaques ou hypomaniaques et dépressifs majeurs séparés par des intervalles de plus ou moins bonne qualité. La seule présence d'un épisode maniaque ou hypomaniaque suffit à porter le diagnostic de trouble bipolaire.

On distingue actuellement deux types de troubles bipolaires : le **TB type I** caractérisé par la survenue d'épisodes maniaques (et dépressifs majeurs) et le **TB type II** caractérisé par la survenue d'épisodes hypomaniaques (et dépressifs majeurs). C'est essentiellement ce dernier qui n'est pas assez reconnu, étant donné que les épisodes hypomaniaques (qui sont des formes atténuées de manies) passent souvent inaperçues.

Des critères diagnostiques précis pour les différents épisodes et les sous-catégories du trouble sont fournis dans la classification américaine des troubles mentaux (DSM-IV).

La difficulté diagnostique majeure réside dans le fait que le trouble est plus souvent inauguré par un (ou plusieurs) épisode dépressif invitant à poser le diagnostic de **dépressions majeures récurrentes (DMR)**, avant que la survenue d'un épisode maniaque ou hypomaniaque ne vienne permettre de redresser le diagnostic. Le diagnostic de trouble bipolaire peut ainsi être retardé de plusieurs années.

Les conséquences de la première orientation diagnostique sont loin d'être négligeables. En effet, les traitements des deux affections qui partagent pourtant en partie la même symptomatologie dépressive sont différents. Les **antidépresseurs** prescrits au cours d'une dépression bipolaire ont été incriminés dans les risques d'induction d'un virage maniaque, d'une accélération du cycle de la maladie et dans des résistances futures au traitement. La prescription d'antidépresseurs diffère surtout la mise en place du traitement adéquat de la pathologie que sont les **thymorégulateurs**, exposant le patient aux risques propres à la maladie et aux éventuelles complications iatrogènes.

Aussi, des stratégies sont-elles aujourd'hui développées pour identifier des **indices prédictifs** d'une évolution bipolaire et raccourcir le délai au diagnostic et aux soins.

Pour en savoir plus :

Manuel de psychiatrie. Guelfi et Rouillon. Éditions MASSON, 2007

LE MANIEMENT DES NOUVEAUX ANTIDIABETIQUES

Professeur Martine LAVILLE

Service d'Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition
Centre Hospitalier Lyon Sud
69495 PIERRE BENITE cedex

Depuis la parution des dernières recommandations sur le traitement du diabète de nombreux éléments sont intervenus (apparition de nouvelles molécules, disparition d'autres, retrait des recommandations) pouvant entretenir la confusion sur les stratégies actuelles de traitement du diabète.

Le traitement doit toujours prendre en cause la physiopathologie du diabète de type 2 qui repose sur un déficit insulinosécrétoire progressif survenant sur un terrain d'insulino-résistance en partie liée à un surpoids ou obésité androïde. La base du traitement s'appuie sur des changements du mode de vie sur le plan nutritionnel et de l'activité physique qui visent à faire régresser l'insulino-résistance. Les molécules pourront agir sur l'insulino-résistance ou niveau hépatique ou musculaire, sur l'insulinosécrétion voire sur l'absorption ou l'excrétion des glucides ou sur l'appétit. Dans ce contexte le traitement par Metformine reste le traitement de base agissant sur l'insulino-résistance notamment au niveau hépatique. Les glitazones qui agissaient sur l'insulino-résistance périphérique ont été retirées du marché pour un mauvais rapport risque-bénéfice. Sont par contre apparus sur le marché deux nouvelles classes thérapeutiques : les inhibiteurs de la DPP4 et les analogues du GLP1.

Ces 2 classes permettent une amélioration de l'insulinosécrétion mais à la différence des sulfamides, elles n'entraînent pas d'hypoglycémies, l'insulinosécrétion n'étant stimulée qu'en présence d'une élévation de la glycémie. Les inhibiteurs de la DPP4 de par leur facilité de maniement ont rapidement pris une place de choix dans la stratégie de traitement du diabète notamment en 2^{ème} intention en association à la metformine. Ils ont l'indication en bithérapie en association avec le metformine ou les sulfamides mais pas les glinides. Par ailleurs, les agonistes du GLP1 diminuent l'appétit et sont responsables d'une petite perte de poids. Ceux ci n'existent que sous forme injectable à 1 ou 2 injections par jour mais des formes d'action longue, hebdomadaires sont en voie de commercialisation. Ils peuvent être associés à la metformine et aux sulfamides, voire aux 2 mais pas à l'insuline. Si la forme injectable a fait initialement utiliser cette thérapeutique en alternative au début de l'insulinothérapie, elle apparaît notamment de part son effet sur le poids comme pouvant être utilisée plus précocement en 2^{ème} intention. L'arrivée des formes longues devrait amplifier cette tendance. De nouvelles molécules sont en développement notamment des inhibiteurs de la réabsorption rénale du glucose qui entraînent une glucosurie. Il est trop tôt pour savoir quel pourra être leur positionnement. Enfin devant l'échec des traitements oraux le recours à l'insulinothérapie est toujours nécessaire. L'association insuline GLP1 – agonistes semble intéressante mais elle n'a pas encore l'AMM.

Au total, les règles sur le style de vie et la metformine restent les bases du traitement initial. Les nouvelles classes thérapeutiques : inhibiteurs de la DPP4 et les analogues du GLP1 peuvent se positionner en 2^{ème} ou 3^{ème} intention avec les sulfamides. La discussion sur les choix thérapeutiques doit prendre en compte la facilité de maniement, les effets secondaires et le poids du patient.

LE CANCER DE LA PROSTATE : LES CRITERES DU CHOIX THERAPEUTIQUE

Docteur Jean-Pierre DULAC
Clinique du Tonkin
69100 Villeurbanne

Les points forts

Avec plus de 70.000 cas par an, le cancer de la prostate est au premier rang des cancers de l'homme de plus de 60 ans en France, l'incidence est en forte augmentation, de l'ordre de 8,5% par an. Malgré ces chiffres en croissance, la mortalité est en diminution du fait de l'amélioration de l'efficacité des traitements et d'un diagnostic à des stades plus précoces.

A un stade localisé, le cancer de la prostate ne donne aucun symptôme.

Le dépistage systématique (TR + PSA) n'est pas encore la règle mais le dépistage ciblé est fondamental :

- PSA dès 45 ANS, chez les sujets à risque (ATCDS héréditaires, afro-antillais, pesticides)
- PSA systématique annuel dans la tranche d'âge : 50-75 ans (sous-dépistage actuel)

Le PSA est un marqueur peu spécifique.

Émergence de nouveau marqueur PCA 3 urinaire : SCORE > 35

Le PSA, le score de Gleason, le stade clinique permettent de classer les tumeurs localisées en 3 groupes et d'estimer le risque de progression.

- risque faible (PSA < 10 Gleason < ou = à 6, T1c T2a).
- risque intermédiaire (10 < PSA < 20, Gleason 7 ,T2 b)
- risque élevé (PSA > 20, Gleason > 7, stade T2c)

L'IRM permet d'améliorer la stadification mais ne permet pas encore de manière fiable le diagnostic de cancer de la prostate.

Une attitude de « *surveillance active* » est validée pour les cancers de prostate à faible risque : PSA tous les 6 MOIS rebiopsies entre 6 et 18 mois.

La prostatectomie radicale coelio robot-assistée va progressivement prendre le pas sur les autres techniques chirurgicales.

La curiethérapie interstitielle est une bonne indication pour les tumeurs T2a-b, à faible risque pour des prostatites < 50 cc.

L'association radiothérapie + hormonothérapie (3 ans) est le traitement de référence des tumeurs T3.

La chimiothérapie par Docetaxel a une place reconnue dans les cancers résistants à la castration.

La synthèse intra tumorale des androgènes explique l'apparition de la résistance à la castration extra cellulaire. Une nouvelle molécule l'Abiraterone inhibe cette synthèse et donne de grands espoirs thérapeutiques.

REFERENCES

- Recommandations 2010-2013 en Onco-Urologie Cancer de la prostate Progrès en urologie (2010),20 suppl.4 ,S217-S252).
- Controverse dans le cancer de la prostate localisé : épidémiologie, dépistage et stadification : Progrès en urologie (2011) 21 suppl.», S75-S79
- Guidelines on Prostate Cancer 2010 : traitements différés et surveillance active : Uropractice 2010 vol. 3 N° 7-11.
- L'Inhibition de la biosynthèse des androgènes, une nouvelle approche thérapeutique dans le cancer de la prostate résistant à la castration. journal d'oncogériatrie : volume 1 - n°6 2010 245 -

17 h 00 à 17 h 30

LA DECOAGULATION : LES NOUVEAUTES THERAPEUTIQUES

Docteur Laurent PINEDE

LES COLIQUES DU NOURRISSON

Docteur Jacques ROBERT

26 rue Sœur Bouvier
69005 Lyon

Docteur Jean STAGNARA

48 rue Franklin Roosevelt
69006 Lyon

Sujet fréquent et de questionnement quotidien au cabinet médical comme aux urgences, les coliques du nourrisson sont l'objet de nombreuses controverses.

Certains praticiens en contestent la réalité, d'autres leur accordent beaucoup d'importance.

L'exposé sera fait en interactivité avec les participants afin d'aider à trouver des outils diagnostiques et de mettre en commun une thérapeutique adaptée. Par ailleurs, il est certain que l'écoute des parents de jeunes enfants qui pleurent « sans arrêt » fasse partie de la prise en charge en particulier s'il s'agit d'un premier né.

Les pleurs du nourrisson ont fait l'objet d'une fiche conseil téléchargeable sur le site de www.courlygones.net. Ils ont fait aussi l'objet d'un algorithme de conseil au SAMU C15 de Lyon, dans le cadre du projet de plateforme téléphonique de régulation pédiatrique.

ATELIERS MIDI

12 h 30 à 14 h 00

LES GESTES ET MANŒUVRES QUE LE MEDECIN SE DOIT DE CONNAÎTRE

Docteur Éric THÉRON
généraliste enseignant
Faculté de Médecine de Lyon UCBL1

Il s'agit d'un atelier très interactif, imagé de courts films vidéo, permettant de se familiariser avec des gestes dont nos patients espèrent que la technique simple pourra être mise en œuvre par nos soins.

Dix thèmes ont été retenus :

- Section au cabinet d'un frein de langue trop court chez le nourrisson
- Ablation à l'aiguille de molluscum contagiosum
- Ablation de molluscum pendulum
- Vidange et destruction (sans dissection) d'un kyste épidermique
- Réduction en un geste de la pronation douloureuse du jeune enfant
- Réduction immédiate de la sub-luxation postérieure de la tibio-astragalienn
- Thrombectomie hémorroïdaire
- Manœuvre d'Heimlich
- Extraction d'un implant contraceptif
- Infiltration d'un doigt à ressort
- ... La technique d'autres gestes qui posent question aux participants pourra être abordée si le temps le permet

CHUTE DE LA PERSONNE AGEE : MAITRISER LA PRESCRIPTION DE LA KINESITHERAPIE ET FAVORISER LE RETOUR A L'AUTONOMIE

Docteur Brigitte COMTE
Service de gériatrie – pavillon K
Hôpital Édouard Herriot
5 place d'Arsonval
69003 Lyon

Par leur fréquence et leurs complications les chutes compromettent la fonction locomotrice et peuvent précipiter le sujet âgé dans la dépendance. Les chutes ne concernent pas seulement les malades âgés poly pathologiques déjà dépendants mais surviennent aussi chez les « jeunes seniors » actifs non conscients de leur instabilité posturale et prenant des risques excessifs. Les conséquences en sont souvent graves alliant aux traumatismes physiques des conséquences psychologiques qui vont jouer un rôle primordial dans la perte d'autonomie.

Les chutes des sujets âgés sont toujours multifactorielles, conséquence de l'effet additif, sur le vieillissement de la fonction d'équilibration, de nombreux facteurs de risque classés en

- facteurs liés à la personne (pathologies aiguës ou chroniques, troubles de l'équilibre...)
- facteurs liés à son comportement (prise médicamenteuse, prise de risque, peur de tomber...)
- facteurs liés à l'environnement (tapis ...)

En prévention primaire, la démarche se fera en deux temps :

- Repérer le risque de chute par l'interrogatoire (recherche d'antécédent de chute) et des tests simples de dépistage des troubles de l'équilibre (équilibre sur un pied, « lève toi et marche »)
- Une fois identifier un risque, la démarche diagnostique devra chercher les facteurs de risque intrinsèques, extrinsèques, environnementaux ou comportementaux et ciblant plus particulièrement ceux sur lesquels une action sera possible. Cette démarche essentiellement clinique doit être exhaustive, abordant le patient dans sa globalité et ne se limitant pas à la seule fonction locomotrice.

La mise en œuvre de stratégies de prévention a été l'objet de recommandations applicables tant au domicile qu'en institution ; elles reposent sur des interventions multifactorielles personnalisées (grade A). Ces programmes comportent de la rééducation mais aussi des

actions envers la correction des troubles visuels, l'aménagement du domicile et le « toilettage » de l'ordonnance...

La rééducation ne se limite pas à « l'entretien de la marche ». Elle comprendra aussi le renforcement musculaire, le travail de l'équilibre dans diverses situations de la vie courante, et l'apprentissage du relevé du sol. Les prises en charge en groupe ont aussi le mérite de stimuler les liens sociaux avec un impact positif sur les fonctions cognitives. Chez les plus âgés, elle tiendra compte du moindre rendement à l'effort, de la fatigabilité, de la motivation ; elle visera aussi à faire prendre conscience au malade de son instabilité. Cette rééducation, intégrée à l'environnement du patient permettra si besoin l'adaptation des diverses aides techniques. Cette prise en charge est du domaine de l'urgence dans le cas d'un syndrome post-chute récent.

---oOo---

Références :

- 1- Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. HAS – Avril 2009
- 1^o) Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée. HAS- Novembre 2005
- 2^o) Prévention des chutes chez les personnes âgées vivant à domicile
Référentiel de bonnes pratiques. Éditions INPES-Mai 2005



remercient pour leur participation au

38e FORUM MEDICAL LYONNAIS

ASTRA ZENECA

AXIOMEDICA

BIOCODEX

Conseil Nutrition et diététique

LCL

BMS

BOEHRINGER

BOIRON

GSK

MERCK

NOVARTIS

PFIZER

PFIZER VACCINS

SANOFI

SERVIER

TAKEDA