

Cas cliniques

Serge Gilberg - Juliette Barthe - Henri Partouche

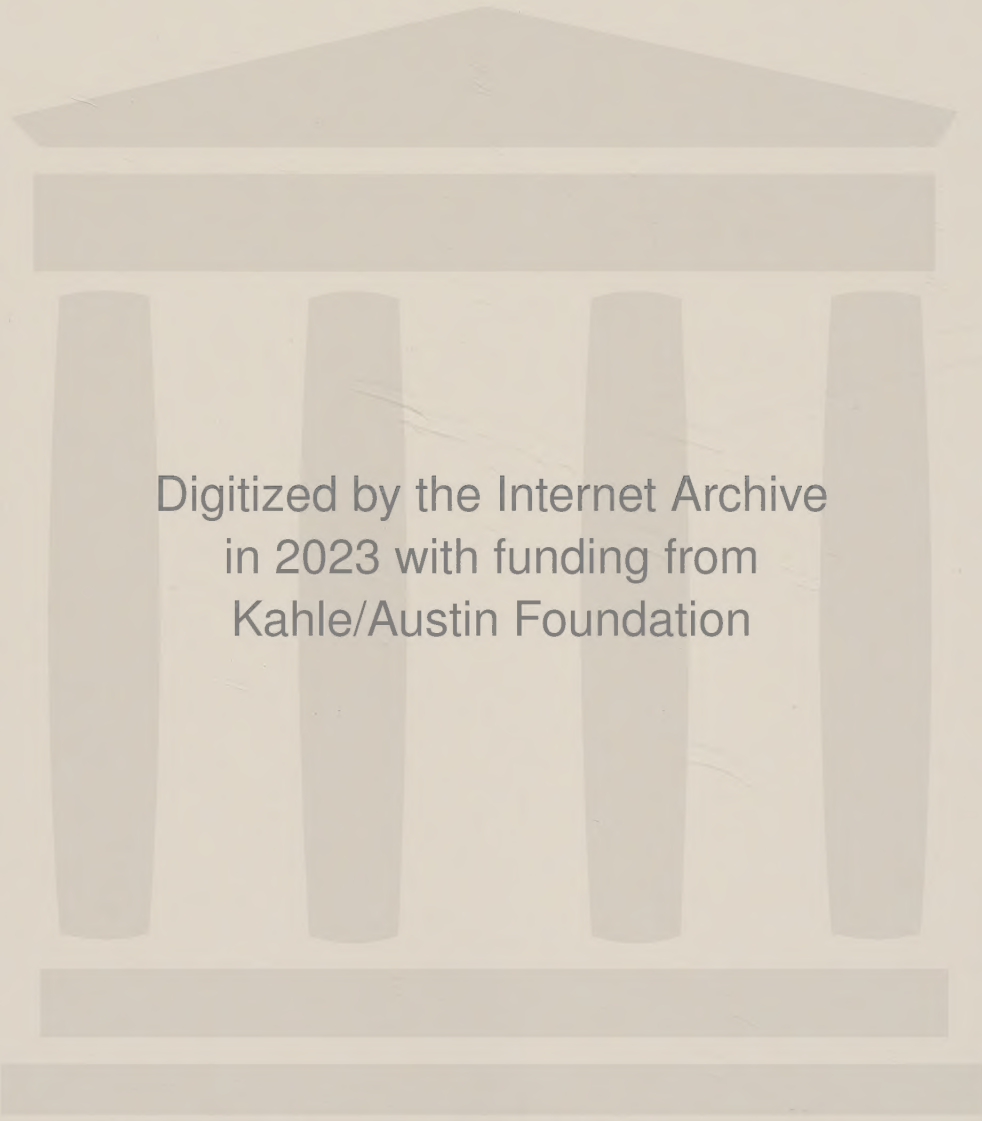


en médecine générale

2^e édition

Médecine Sciences
Publications

Lavoisier



Digitized by the Internet Archive
in 2023 with funding from
Kahle/Austin Foundation

<https://archive.org/details/cascliniquesenmd0002unse>

Bureau des affaires francophones
Faculté de médecine
U.O.

CAS CLINIQUES

EN

MÉDECINE GÉNÉRALE

Cet ouvrage est une gracieuseté du
Consortium national de formation en santé
(volet Université d'Ottawa) et du Bureau
des affaires francophones de la Faculté de
médecine de l'Université d'Ottawa.

Dans la même collection

Cas cliniques en psychiatrie, par H. LÔO et J.-P. OLIÉ

Cas cliniques : accidents vasculaires cérébraux, par M.G. HENNERICI, M. DAFFERTSHOFER, L.R. CAPLAN et K. SZABO

Cas cliniques en addictologie et toxicologie, par S. DALLY et C. BISMUTH

Cas cliniques en neurologie, Par O. LYON-CAEN

Cas cliniques en hépato-gastro-entérologie, par J.-C. RAMBAUD, A. NISARD et C. THÉODORE

Cas cliniques en endocrinologie, par J. LUBETZKI

Cas cliniques en pédiatrie, par R. PERELMAN et S. PERELMAN

Cas cliniques en hématologie, par A. NAJMAN

Dans d'autres collections

Traité de médecine, par P. GODEAU, S. HERSON, P. CACOUB et J.-C. PIETTE

Principes de médecine interne Harrison, par E. BRAUNWALD, A.S. FAUCI, D.L. KASPER, S.L. HAUSER, D.L. LONGO et J.L. JAMESON

Traité de médecine hospitalière, sous la direction de J.-P. GRÜNFELD

La petite encyclopédie médicale Hamburger, par M. LEPORRIER

Traité de santé publique, par F. BOURDILLON, G. BRÜCKER et D. TABUTEAU

Guide du bon usage du médicament, par G. BOUVENOT et C. CAULIN

Dictionnaire français-anglais/anglais-français des termes médicaux et biologiques et des médicaments, par G. S. HILL

L'anglais médical, par C. COUDÉ et F.-X. COUDÉ

Guide de conversation médicale français-anglais-allemand, par C. COUDÉ, F.-X. COUDÉ et K. KASSMANN

CAS CLINIQUES **EN** **MÉDECINE GÉNÉRALE**

2^e édition

SERGE GILBERG

Médecin généraliste
Professeur des Universités
en médecine générale

HENRI PARTOUCHE

Médecin généraliste
Professeur associé en médecine générale

JULIETTE BARTHE

Médecin généraliste
Chef de clinique en médecine générale

Médecine Sciences
Publications

<http://www.medecine.lavoisier.fr>

Avertissement au lecteur

Les auteurs de cet ouvrage ont vérifié avec le plus grand soin les dosages des produits pharmaceutiques mentionnés, afin qu'ils se trouvent en accord avec la pratique médicale au moment de la parution.

Cependant, lorsqu'il envisage l'utilisation de ces produits, le praticien est invité à se référer également aux notices, laboratoires d'origine et toutes autres sources disponibles. En effet, les variations ou modifications étant toujours possibles, la responsabilité des auteurs et de l'éditeur ne saurait se trouver engagée.

1^{re} édition, 2004

2^e édition, 2012

Direction éditoriale : Emmanuel Leclerc

Édition : Mélanie Kucharczyk

Fabrication : Estelle Perez

Couverture : Isabelle Godenèche

Composition : Patrick Leleux PAO, Fleury-sur-Orne (14)

Impression et reliure : Europe Média Duplication, Lassay-les-Châteaux

Illustration de couverture : SPL/IAN HOOTON/BSIP

Médecine Sciences Publications

Lavoisier

11 rue Lavoisier, 75008 Paris

Pour être informé de nos parutions, consultez le site :

www.medecine.lavoisier.fr

ISBN : 978-2-257-20483-7

© 2012, Lavoisier SAS

LISTE DES COLLABORATEURS

Ont contribué à l'écriture de la deuxième édition :

- Pr CORNET Philippe, Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, Paris : cas n° 45, 47, 48, 49.
Dr LANG Marie-Pierre, Chargée d'enseignement, Faculté de médecine Paris Descartes, Paris : cas n° 46.
Dr SOURZAC Robert, Maître de conférences associé, Faculté de médecine Paris Descartes, Paris : cas n° 50.
Dr LORENZO Alain, Maître de conférences associé, Faculté de médecine Paris Descartes, Paris : cas n° 20, 21, 23.
Dr RICHEMOND Michèle, Chargée d'enseignement, Faculté de médecine Paris Descartes, Paris : cas n° 36 et 38.
Dr ZYSMAN Claire, Chargée d'enseignement, Faculté de médecine Paris Descartes, Paris : cas n° 37.

Ont contribué à la relecture de la deuxième édition :

- Dr AZRIA Claude, Cardiologue, Saint-Ouen : cas n° 1.
Dr DELAGE Alain, Médecin généraliste, Asnières-sur-Seine : cas n° 43.
Pr JAURY Philippe, Médecin généraliste, Paris : cas n° 24 et 35.

Ont contribué à l'écriture de la première édition :

- Pr BRAMI Jean, Faculté de médecine Paris Descartes, Paris.
Pr CORNET Philippe, Faculté de médecine Pierre et Marie Curie, Paris.
Pr GHASAROSSIAN Christian, Faculté de médecine Paris Descartes, Paris.
Dr HORWITZ Monique, Chargée d'enseignement, Faculté de médecine Paris Descartes, Paris.
Pr JAURY Philippe, Faculté de médecine Paris Descartes, Paris.
Pr JUNG Catherine, Faculté de médecine de Strasbourg.
Dr LORENZO Alain, Maître de conférences associé, Faculté de médecine Paris Descartes, Paris.
Dr MARES Michel, Chargé d'enseignement, Faculté de médecine Paris Descartes, Paris.
Dr PERIN Bertrand, Chargé d'enseignement, Faculté de médecine Paris Descartes, Paris.
Dr RICHEMOND Michèle, Chargée d'enseignement, Faculté de médecine Paris Descartes, Paris.
Dr RUSSO Patrick, Chargée d'enseignement, Faculté de médecine Paris Descartes, Paris.
Pr VAN ES Philippe, Faculté de médecine Paris Descartes, Paris.
Dr ALLAINGUILLAUME Pierre (†), Chargé d'enseignement, Faculté de médecine Paris Descartes, Paris.

Les dessins ont été réalisés par Jacques Partouche, studio Didapix, Meudon.

SOMMAIRE

Préface à la deuxième édition , par S. Gilberg, J. Barthe, H. Partouche	IX
Liste des abréviations	XI

Cas n° 1	Monsieur S. tousse et ressent une oppression sur la poitrine	1
Cas n° 2	Vincent P. a une douleur thoracique	6
Cas n° 3	Madame D., 38 ans, éprouve des difficultés à respirer.	9
Cas n° 4	Monsieur G. a une bronchite.	13
Cas n° 5	Monsieur T. tousse tout le temps	18
Cas n° 6	Monsieur B. a un mal de gorge qui traîne	23
Cas n° 7	Madame M. a des douleurs abdominales en bas à droite	28
Cas n° 8	Monsieur D. a des diarrhées	34
Cas n° 9	Mademoiselle L. n'arrête pas de vomir	38
Cas n° 10	Madame F., âgée de 30 ans, est fatiguée	42
Cas n° 11	Monsieur C. est fatigué depuis 10 jours.	46
Cas n° 12	Madame P., 73 ans, est de plus en plus fatiguée	50
Cas n° 13	Mademoiselle M. fait des malaises et voudrait que ça cesse	54
Cas n° 14	Bertrand, 22 ans, a fait un malaise à son travail	58
Cas n° 15	Monsieur L., 78 ans, a eu un malaise au lever	62
Cas n° 16	Madame Catherine F., enceinte de 2 mois, a de la fièvre	66
Cas n° 17	Monsieur M. a une fièvre qui ne baisse pas	70
Cas n° 18	Victor, 10 mois, a de la fièvre	76
Cas n° 19	Monsieur E. a mal au dos	81
Cas n° 20	Amélie s'est tordu la cheville.	86
Cas n° 21	Madame D. a mal à l'épaule	90
Cas n° 22	Madame C. a mal au cou.	95
Cas n° 23	Monsieur S. a mal au genou	99
Cas n° 24	Monsieur A. a des problèmes avec l'alcool	104
Cas n° 25	Madame S. a des palpitations	109
Cas n° 26	Monsieur T. trouve que les battements de son cœur sont irréguliers	114
Cas n° 27	Madame M. a une jambe rouge et enflée	121
Cas n° 28	Madame S. se gratte.	125
Cas n° 29	Monsieur Robert C. urine de plus en plus souvent	130
Cas n° 30	Monsieur P. a de la fièvre et une gêne en urinant	135
Cas n° 31	Stéphane, 15 ans, consulte avec sa mère car il a mal au ventre	139
Cas n° 32	Marion a mal au ventre	143
Cas n° 33	Madame F. trouve que Géraldine est « fatiguée »	147
Cas n° 34	Sébastien A., 15 ans, a de l'acné.	152
Cas n° 35	Mademoiselle Catherine M., toxicomane, veut du Subutex®.	157
Cas n° 36	Sonia B., 23 ans, veut prendre la pilule	162
Cas n° 37	Mademoiselle Stéphanie A. a des saignements sous pilule.	168
Cas n° 38	Madame H. se plaint de règles abondantes.	171

Cas N° 39	Monsieur Robert D. a maigri.	175
Cas N° 40	Madame A. perd la mémoire.	180
Cas N° 41	Monsieur L. a des tremblements.	185
Cas N° 42	Madame M. a des fourmillements dans la main droite	191
Cas N° 43	Madame P. a très mal à la tête	195
Cas N° 44	Monsieur M. veut faire un « check up »	200
Cas N° 45	On a trouvé une « boule » à la thyroïde à Madame B.	205
Cas N° 46	Mademoiselle C. a des brûlures urinaires	209
Cas N° 47	On a découvert que Madame V. a une glycémie élevée	214
Cas N° 48	Madame A. a un diabète déséquilibré	221
Cas N° 49	Monsieur E., âgé de 74 ans, diabétique, a une créatinémie élevée.	227
Cas N° 50	Madame V. a la tête qui tourne.	233
Index		239

PRÉFACE À LA DEUXIÈME ÉDITION

Voici la deuxième édition de *Cas cliniques en médecine générale*.

Cette deuxième édition a été réécrite à trois : deux professeurs et une chef de clinique de médecine générale. Elle est donc la synthèse de l'expérience et des données scientifiques récentes confrontées aux principales questions soulevées en consultation de médecine générale.

Les cas ont été actualisés en tenant compte de l'évolution des connaissances, en se référant à de nouvelles publications scientifiques de bon niveau de preuve et aux recommandations officielles disponibles adaptées à la médecine générale. Trois nouveaux cas enrichissent la thématique des plaintes (les cas n° 46, 49 et 50).

Chaque observation débute par une présentation (en italique) de la plainte ou du motif de consultation du patient, en utilisant, le plus souvent, sa façon de l'exprimer. Les motifs des consultations ont été simplifiés afin d'illustrer la démarche diagnostique et la prise en charge thérapeutique propre à chaque type de plainte. Certaines plaintes très courantes, comme la sensation « d'avoir de la tension », la douleur, la dépression, l'anxiété et les troubles du sommeil, n'ont pas fait l'objet d'une présentation spécifique, mais sont abordées à la lumière de plusieurs cas cliniques. Nous avons souligné l'importance, face à une plainte fréquente voire banale, de rechercher systématiquement une étiologie organique et de repérer les éléments cliniques qui justifient une prise en charge en urgence. À l'inverse, il est souvent montré qu'il n'y a pas lieu de médicaliser inutilement des situations qui ne le justifient pas. Parfois, seule une écoute attentive représente la réponse adaptée.

À travers ces cas cliniques, nous souhaitons insister particulièrement sur certains messages :

- la **relation médecin/patient** est au cœur de la démarche diagnostique. Chaque patient a une problématique et une histoire qui lui sont propres. Il bénéficie d'un éventuel suivi. Il est ou non déjà connu du médecin. La qualité du recueil des informations nécessaires à l'enquête diagnostique dépend donc de la capacité à écouter le patient et à entendre sa plainte ;

- l'**approche clinique** représente une part importante de la compétence de première ligne. Les informations recueillies orientent. Chaque nouvel élément recueilli par l'interrogatoire et/ou l'examen clinique conduit à établir une position diagnostique et à proposer une solution. Chaque événement dans l'évolution de la symptomatologie peut remettre en cause les hypothèses émises souvent d'emblée et modifier les orientations. Les solutions proposées au patient doivent tenir compte de l'état des connaissances, du plateau technique disponible et d'éventuels obstacles matériels. Elles supposent une prise en charge globale adaptée aux particularités, à la disponibilité, à l'adhésion, à la compréhension et à la couverture sociale du patient. Elles supposent également une capacité du médecin à identifier et ne pas dépasser les limites de son « champ de compétences » ;

- au-delà de la réponse immédiate à la plainte, il est nécessaire le cas échéant de planifier un **suivi au long cours** et de proposer des **mesures préventives et éducatives**.

En pratique, il est fréquent qu'un patient exprime simultanément plusieurs plaintes, souvent intriquées, complexes ou floues. L'une des fonctions de l'exercice de première ligne consiste à les dénouer, à en tirer les fils, à en identifier l'origine afin de connaître la vraie demande du patient. Ce n'est pas toujours possible, en particulier lors de la première consultation. La connaissance préalable du patient et la possibilité de se référer à un dossier médical contribuent à faciliter la démarche diagnostique et la prise en charge.

Ces 50 cas cliniques n'ont pas l'ambition d'explorer toute la complexité de certaines situations auxquelles nous sommes confrontés en pratique. Ils n'ont pas non plus la prétention de remplacer l'expérience, la réflexivité et l'enrichissement par la formation permanente contribuant à la compétence de chaque médecin. Mais nous espérons qu'ils constitueront un outil utile pour la formation initiale des externes et des internes et pour le développement professionnel continu des médecins généralistes en exercice.

Serge GILBERG, Juliette BARTHE, Henri PARTOUCHE

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AGGIR (grille)	Autonomie gérontologique groupes iso-ressources	IgG	Immunoglobuline G
AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens	IgM	Immunoglobuline M
ALD	Affection longue durée	IMC	Index de masse corporelle
APA	Aide personnalisée d'autonomie	INR	<i>International normalized ratio</i>
ARAI	Antagonistes du récepteur de l'angiotensine II	IRC	Insuffisance rénale chronique
ASAT	Aspartate aminotransférase	IRM	Imagerie par résonance magnétique
ALAT	Alanine aminotransférase	ISRS	Inhibiteur spécifique de la recapture de la sérotonine
ATS	Antithyroïdiens de synthèse	IST	Infection sexuellement transmissible
AVC	Accident vasculaire cérébral	LCA	Ligament croisé antérieur (genou)
AVK	Antivitamine K	LDH	Lactate déshydrogénase
BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive	LDL	<i>Low density lipoprotein</i>
BU	Bandelette urinaire	LLE	Ligament latéral externe (genou, cheville)
CDA	Consommation déclarée d'alcool	LT4	Lévothyroxine libre
CMV	Cytomégalo-virus	MA	Maladie d'Alzheimer
CPK	Créatine phosphokinase	MAPA	Mesure ambulatoire de la pression artérielle
CRB65	<i>Confusion – respiratory frequency – blood pressure – (âge) > 65 ans</i>	MDRD	<i>Modification of diet in renal disease</i>
CRP	<i>C reactive protein</i>	MMS	<i>Mini-mental score</i>
CV	Capacité vitale (pulmonaire)	MNI	Mononucléose infectieuse
DEP	Débit expiratoire de pointe	MPI	Maladie de Parkinson idiopathique
DFG	Débit de filtration glomérulaire	NFS	Numération formule sanguine
DIU	Dispositif intra-utérin	OMA	Otite moyenne aiguë
EAL	Exploration d'une anomalie lipidique	PAC	Pneumopathie aiguë communautaire
EBV	Virus d'Epstein-Barr	PCR	<i>Polymerase chain reaction</i>
ECBU	Examen cyto-bactériologique des urines	PSA	Antigène spécifique prostatique
ECG	Électrocardiogramme	PSI	<i>Pneumonia severity index</i>
EEG	Électro-encéphalogramme	RGO	Reflux gastro-œsophagien
EFR	Épreuves fonctionnelles respiratoires	SCA	Syndrome coronaire aigu
EMG	Électromyogramme	SCC	Syndrome du canal carpien
EP	Embolie pulmonaire	SGA	Streptocoque β -hémolytique du groupe A
EPS	Électrophorèse des protéines sériques	TDR	Test diagnostique rapide
EVA	Échelle visuelle analogique	TIAC	Toxi-infection alimentaire collective
FA	Fibrillation auriculaire	TPO	Anticorps antiperoxydase
GDS	<i>Geriatric depression scale</i>	TR	Toucher rectal
GEU	Grossesse extra-utérine	TSHus	<i>Thyroid stimulating hormone</i> (ultrasensible)
GLP-1	Glucagon-like peptide 1	VEM6	Volume expiratoire maximum en 6 secondes
HbA1c	Hémoglobine glyquée	VEMS	Volume expiratoire maximum par seconde
HBP	Hypertrophie bénigne de la prostate	VHA	Virus de l'hépatite A
HDL	<i>High density lipoprotein</i>	VHB	Virus de l'hépatite B
HPV	<i>Human Papillomavirus</i>	VHC	Virus de l'hépatite C
HTA	Hypertension artérielle	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
IEC	Inhibiteur de l'enzyme de conversion	VPPB	Vertige paroxystique positionnel bénin
		VRS	Virus respiratoire syncytial

CAS N° 1

Monsieur S. tousse et ressent une oppression sur la poitrine

Monsieur S., 53 ans, vous consulte pour la première fois car depuis 2 jours il a une fièvre à 38 °C, des courbatures et le nez qui coule. « J'ai mal à la gorge en avalant, je tousse, je crache jaune, et je profite de l'occasion pour signaler une sensation d'oppression dans la poitrine qui me gêne depuis quelques semaines. » Monsieur S. est cuisinier dans un restaurant. Il est marié et a trois enfants.

Quelles questions contribuent à orienter le diagnostic ?

Ce patient a une symptomatologie de **rhinopharyngite fébrile**. Toutefois, il faut d'emblée s'intéresser à cette « sensation d'oppression dans la poitrine », évaluer si cette « plainte » correspond à une douleur récente, si elle est ressentie au moment de la consultation, si elle peut avoir un rapport avec le tableau infectieux et si elle justifie une prise en charge urgente.

Il faut faire préciser la nature de cette « sensation d'oppression dans la poitrine ». Est-ce une « difficulté pour respirer » ou une douleur ? La distinction est parfois difficile et nécessite un interrogatoire détaillé et méthodique. Les gestes utilisés par le patient pour décrire la gêne renseignent, en particulier lorsqu'il pose la main ou le poing sur le sternum.

S'il s'agit plutôt d'une douleur, il convient de faire préciser :

- son siège et son irradiation éventuelle ;
- son intensité et son caractère à type de brûlure, d'oppression, de coup de poignard, de constriction ou de piquûre ;
- sa durée : de l'ordre de la seconde, de la minute, de l'heure, davantage ;
- son évolution – depuis quand elle est apparue, si elle disparaît par intermittence, si elle s'aggrave ;
- son mode d'installation : spontané, brutal ou progressif ;
- les facteurs déclenchants : effort physiques, traumatisme, mouvements respiratoires et corporels, stress, repas, traitements ;
- si elle peut être calmée et comment ;
- les symptômes d'accompagnement : palpitations, dyspnée, malaise, symptômes digestifs.

Il convient d'évaluer les **facteurs de risques cardiovasculaires**.

Enfin, il faut rechercher si le patient subit un **stress particulier** et lui demander s'il pense que sa douleur provient du cœur (Tableau I).

Tableau I – Score prédictif de maladie coronarienne

En considérant que le score est positif si ≥ 3 et négatif si ≤ 2 , la sensibilité de ce score est de 87 p. 100 et la spécificité de 81 p. 100.

(D'après Bösner S. et al. Ruling out coronary artery disease in primary care : Development and validation of a simple prediction rule. CMAJ, 2010, 182 : 1295-1300.)

Signe clinique	Valeur attribuée
Maladie cardiovasculaire connue	1 point
Aggravation de la douleur à l'effort	1 point
Non-reproductibilité de la douleur par la palpation	1 point
Le patient attribue la douleur au cœur	1 point
Genre/âge (femme ≥ 65 ans, homme ≥ 55 ans)	1 point

Monsieur S. précise alors :

« Depuis 1 mois, je ressens souvent une gêne dans le thorax. Elle survient à l'occasion, de temps en temps, en particulier lorsque je monte la rampe de mon parking. La douleur est modérée, c'est une gêne, je ne peux pas dire que ça serre, elle augmente lorsque je monte une côte, quand je marche vite ou si je m'énerve. Les douleurs sont situées au milieu de la poitrine, à type d'oppression, et elles cèdent spontanément 1 à 2 minutes après l'arrêt de l'effort. Elles ne sont localisées qu'à cet endroit. Cela m'est arrivé 5 à 6 fois depuis 1 mois, la dernière fois il y a 5 jours. » Il ne signale aucun signe d'accompagnement et poursuit : « Moralement, tout va bien, je n'ai pas de soucis particuliers.

J'ai fumé 40 cigarettes par jour de 16 à 37 ans, puis je me suis complètement arrêté. »

L'interrogatoire permet de préciser ses antécédents : hypercholestérolémie, et hypertriglycéridémie connues depuis l'âge de 36 ans, suivies et traitées par fibrates depuis l'âge de 50 ans. Il n'y a ni hypertension artérielle ni diabète connus.

Concernant la consommation d'alcool, il dit boire « comme tout le monde ». Il a eu un ulcère duodénal confirmé par fibroscopie il y a 10 ans et traité par oméprazole.

Ses parents n'ont pas eu de problème cardiovasculaire, mais il signale un cancer du côlon chez son père à l'âge de 70 ans.

Quel est le problème posé par ce patient ? Que faites-vous ?

Monsieur S. dit profiter de la consultation pour signaler cette « gêne ». Aurait-il spontanément consulté pour ce motif, ou est-il suffisamment inquiet pour être dans le déni et masquer sa vraie demande ?

Ce patient est à haut risque cardiovasculaire compte tenu de son âge supérieur à 50 ans, de son sexe, de son hypercholestérolémie ancienne et traitée tardivement (qui plus est par *fibrate* et non par *statine*), de son tabagisme (il a toutefois arrêté il y a plus de 15 ans) et de sa surcharge pondérale. Nous ne disposons pas de son taux de LDL.

En général, les douleurs thoraciques inquiètent les patients et leur entourage, mais aussi le médecin consulté. Ce dernier doit s'attacher à repérer si ces douleurs correspondent à une pathologie cardiovasculaire. Même si le motif de consultation immédiat

n'est pas l'oppression thoracique, la douleur décrite est évocatrice d'un **angor d'effort**. Si le patient avait décrit des douleurs récentes de durée prolongée (plus de 20 minutes) nous aurions dû soupçonner un syndrome coronaire aigu (SCA), un angor instable ou un infarctus du myocarde survenu dans les jours précédents. Il faut procéder à un examen clinique en recherchant plus particulièrement une anomalie de l'auscultation, des modifications de la pression artérielle et des pouls, des signes d'insuffisance cardiaque, des signes d'atteinte artérielle périphérique. Bien entendu, la consultation n'omettra ni l'examen ORL, ni l'examen pulmonaire, pour préciser la nature du syndrome infectieux.

Il est impératif de réaliser ensuite un électrocardiogramme (ECG) de repos.

Que peut montrer l'ECG ?

Bien que cet ECG n'ait pas été réalisé pendant la douleur, on recherche :

- une altération du segment ST : lésion sous-endocardique (sous-décalage supérieur à 1 mm du segment ST horizontal ou descendant), qui est l'anomalie la plus fréquemment notée mais en général au cours de la douleur angineuse, ce qui n'est pas le cas ici ;
- des altérations de l'onde T : ischémie sous-endocardique (ondes T positives amples et symétriques) ou ischémie sous-épicaire (ondes T négatives amples et symétriques) qui, même constatée en dehors des épisodes douloureux, peut correspondre à un angor instable ;
- un sus-décalage de ST, qui témoignerait soit d'un infarctus soit d'un angor de Prinzmetal ;
- des ondes Q de nécrose correspondant à des séquelles d'un infarctus passé inaperçu.

La répartition des signes dans des dérivations systématisées correspondant à un territoire coronarien, éventuellement associés à des signes en miroir dans les dérivations opposées (en cas d'infarctus), est en faveur de l'origine ischémique.

Au contraire, les troubles diffus peuvent être le fait d'une péricardite (sus-décalage de ST à concavité supérieure ou négativation des ondes T). En cas de péricardite, on peut constater un microvoltage à un stade tardif.

Toutefois, il est très fréquent que l'ECG soit normal ou que l'on retrouve des anomalies mineures non spécifiques d'ischémie myocardique, en particulier chez les neurotoniques, les femmes et les sportifs : dépression de ST, inversion ou aplatissement de T.

L'examen montre une surcharge pondérale (1,74 m ; 84 kg ; IMC de 28). La palpation costale est indolore mais la région dorsale paravertébrale est douloureuse. À l'auscultation : murmures vésiculaires bien perçus et symétriques dans les deux champs, quelques râles bronchiques bilatéraux sans foyer localisé ni syndrome pleural ; bruits du cœur réguliers, assourdis, pas de souffle. La gorge est rouge. Pas d'adénopathies. Pouls : 72/min. PA : 130-70 mmHg au bras gauche.

ECG : le tracé est normal avec un rythme sinusal, un axe de QRS à 0, une fréquence à 72/min.

Quelle conclusion tirez-vous de cet examen ? Faut-il proposer des investigations complémentaires ?

La toux accompagnée d'une expectoration purulente et les râles bronchiques dans les deux champs pulmonaires permettent de poser le diagnostic de **bronchite aiguë** chez Monsieur S.

Les douleurs sont typiquement évocatrices d'angor d'effort puisqu'elles sont rétrosternales à type d'oppression, survenant à l'effort et cédant spontanément 1 à 2 minutes après l'arrêt de l'effort. Si les douleurs d'angor d'effort étaient survenues dans les 72 heures avant la consultation, il aurait été nécessaire de diriger le patient vers un service d'urgence ou de cardiologie. Devant l'ancienneté des douleurs et la normalité de l'ECG, il est possible d'explorer le patient en ambulatoire. On lui propose tout de même de réaliser en urgence un dosage de la troponine dans un laboratoire de proximité.

Si le dosage de la troponine est positif, le patient doit être hospitalisé rapidement. On en profite

pour mieux documenter ses facteurs de risques en demandant aussi une glycémie, un bilan d'anomalie lipidique avec HDL et LDL. On en profitera pour demander une NFS et une créatininémie (si le patient n'est pas à jeun, le bilan devra être fait dans un deuxième temps). Les recommandations précisent que les autres marqueurs cardiaques tels que l'ASAT, la LDH, la CPK totale et la CK-MB (masse et activité), non spécifiques, ne sont plus indiqués dans l'exploration de la maladie coronarienne. La myoglobine est inutile en ambulatoire. Elle peut éventuellement être utile en milieu hospitalier dans les 6 heures qui suivent le début des symptômes, en raison de sa forte valeur prédictive négative (une valeur normale fait rejeter le diagnostic de SCA).

Si le résultat de la troponine est négatif, il convient donc de réaliser un ECG d'effort pour confirmer l'hypothèse d'angor d'effort.

À ce stade, peut-on évoquer des diagnostics différentiels ? Discutez les différents arguments.

Dans cette situation, la première hypothèse retenue nécessite d'être rapidement investiguée, il convient toutefois d'écarter d'autres hypothèses pour la démarche diagnostique.

Cette douleur thoracique avec fièvre, chez un homme jeune, peut faire envisager une **péricardite aiguë**. Dans ce cas, la douleur domine la symptomatologie, qu'elle soit pseudo-angineuse, constrictive ou à type de brûlure. Elle peut aussi augmenter aux changements de position, à la toux, à l'inspiration profonde au cours d'un effort physique. Mais la gêne éprouvée est quasi constante, ce qui n'est pas le cas ici, et l'auscultation n'a pas décelé de frottement péricardique. L'absence de tels signes, avec un ECG de repos normal, ne plaide pas en faveur de cette hypothèse.

Le tableau clinique n'est pas évocateur d'une **pneumopathie**, qui aurait justifié la réalisation d'une radiographie pulmonaire.

Un **épanchement pleural** peut être évoqué compte tenu de la fièvre, de la douleur, de la toux et de l'oppression thoracique. Mais dans ce cas, la douleur est habituellement basithoracique, irradiant à l'épaule, exagérée par la toux et par l'inspiration profonde. L'hyperpnée liée à l'effort peut déclencher la douleur, mais l'examen clinique infirme cette hypothèse.

Des **douleurs intercostales d'effort** peuvent se discuter. Toutefois, la nature de la douleur n'est pas évocatrice. Elle n'est augmentée ni aux mouvements,

ni aux changements de position, ni à la toux. Certes, la palpation de la région dorsale met en évidence une contracture douloureuse, mais la palpation thoracique n'augmente pas la douleur. Il n'y a pas de contexte de stress qui favoriserait cette pathologie. Par ailleurs, ce diagnostic ne peut être affirmé qu'après avoir écarté toutes les hypothèses qui justifient des investigations complémentaires urgentes, afin d'écarter des pathologies qui peuvent mettre en péril la vie du malade.

Chez cet homme de 53 ans, il convient de garder à l'esprit d'autres causes, toutefois peu compatibles avec ce tableau clinique.

Une **embolie pulmonaire** est peu compatible, d'autant qu'il n'existe ni signes d'accompagnement – dyspnée, malaise, hypotension –, ni contexte favorisant – antécédent thromboembolique, chirurgie récente.

Le patient, qui a des antécédents connus d'ulcère, peut également présenter un reflux **gastro-œsophagien** avec douleur rétrosternale, bien qu'il ne signale ni pyrosis, ni œsophagite connue. Le spasme œsophagien peut simuler une douleur coronarienne par son siège rétrosternal, son intensité, ses irradiations à la mâchoire, aux bras et au dos. Cette douleur peut être d'autant plus « piégeante » qu'elle peut céder à la trinitrine et aux inhibiteurs calciques. Toutefois, elle est en générale post-prandiale et non provoquée par l'effort.

On pourrait évoquer une possible **dissection aortique**, d'autant plus que Monsieur S. est hypertendu. Mais la douleur de dissection aortique est souvent extrême, de début très brutal, d'emblée maximale,

continue et évoluant par crises, de siège médiosternale, irradiant dans le dos, migratrice, descendant dans la région lombo-abdominale, ce qui n'est pas du tout le cas pour Monsieur S.

Que dites-vous à Monsieur S. ? Que lui proposez-vous ?

Il a bien une rhinopharyngite et une bronchite qui justifient un traitement symptomatique (paracétamol, 4 g/j en cas de fièvre). Toutefois, le problème le plus préoccupant de la consultation concerne son oppression thoracique, qui évoque une « angine de poitrine ». L'ECG de repos est normal.

Il faut lui expliquer que la situation ne nécessite pas une hospitalisation en urgence, mais requiert des investigations sans trop attendre.

On lui demande d'aller au laboratoire pour faire un dosage de troponine (en demandant le résultat en urgence). On prévient le patient que, compte tenu du tableau clinique, la probabilité d'un résultat positif est faible, mais que si c'était le cas il faudrait l'hospitaliser.

Il faudra veiller, sans alarmer le patient, à ce que le rendez-vous pour l'ECG d'effort soit pris le plus rapidement possible. Il est souvent nécessaire de prendre le rendez-vous pour le patient afin d'écourter le délai. On peut envisager, en attendant, un traitement par inhibiteurs calciques ou dérivés nitrés.

L'ECG d'effort documente l'angor, d'autant que chez cet homme à risque, un résultat positif aurait une valeur prédictive positive élevée. Un test négatif justifierait d'autres explorations compte tenu du tableau clinique.

Selon les résultats, le patient devra subir d'autres épreuves à visées diagnostiques ou localisatrices – scintigraphie myocardique à l'effort, échographie de stress puis coronarographie. Ces examens sont pratiqués dans le cadre d'une hospitalisation, en cas d'épreuve d'effort positive, mais également si la présomption clinique reste forte.

Si tout le bilan cardiovasculaire était négatif et que les épisodes d'oppression persistaient, il conviendrait de réévaluer les hypothèses diagnostiques et d'envisager d'autres explorations complémentaires : radiographie pulmonaire, EFR, manométrie œsophagienne, voire scanner thoracique dans un troisième temps.

L'épreuve d'effort est cliniquement et électriquement positive : elle reproduit la douleur thoracique spontanée avec un sous-décalage significatif du segment à la puissance de 110 W.

Monsieur S. est donc hospitalisé. Vous recevez le compte rendu, qui précise que la coronarographie objectivant une sténose significative sur la coronaire droite à 90 p. 100. Le patient a subi une dilatation coronaire percutanée avec pose d'un stent actif. Il sort de l'hôpital avec un traitement par bêta-bloquants, aspirine, clopidogrel et statine.

Vous revoyez Monsieur S. en consultation : quel est votre rôle ?

Ce patient étant désormais un coronarien reconnu, il faut tenter de lui éviter d'éventuelles complications ou récides. Nous sommes à présent dans une démarche de **prévention secondaire**, qui suppose de veiller à corriger les facteurs de risques en étant particulièrement attentif à l'**hyperlipidémie**.

Monsieur S. doit donc contrôler régulièrement son taux de cholestérol par la pratique d'un bilan à la recherche d'anomalie lipidique (cholestérol total, HDL cholestérol, triglycérides, LDL cholestérol). L'objectif est d'assurer un taux de LDL inférieur à 1g/l. Toutefois, le traitement par statine doit être maintenu même si le taux de LDL est normal. Ce traitement nécessite de contrôler les transaminases 3 mois après l'instauration du traitement puis deux fois par an et les CPK si

des crampes musculaires apparaissent (myalgies prolongées). Il est judicieux de réévaluer le dosage des statines en fonction du résultat du LDL. La pression artérielle doit être surveillée et maintenue inférieure ou égale à 130/80 mmHg.

Il peut être utile de prescrire périodiquement une NFS pour dépister l'apparition d'une anémie microcytaire pouvant témoigner d'un saignement occulte sous anti-agrégants.

Monsieur S. présente une maladie chronique. Sa prise en charge sur le plan de l'éducation thérapeutique s'appuiera sur sa perception de son nouvel état de santé. Elle portera principalement sur l'adhésion aux traitements et aux modifications du mode de vie proposé. Il faudra ainsi lutter contre la surcharge

pondérale et s'attarder sur les conseils diététiques en faveur d'une alimentation riche en fruits et légumes, plus pauvre en graisses, avec une consommation modérée d'alcool. Il faut conseiller la pratique d'une activité physique régulière.

On peut être amené à évoquer la reprise de l'activité sexuelle, qui n'impose pas de précaution particulière. Le traitement n'est pas incompatible avec une prise éventuelle de sildénafil, tadalafil ou de vardénafil si la question se posait ultérieurement.

Enfin, il faudra mettre en garde le patient contre une automédication comportant des risques d'interaction délétères (par AINS exemple).

Il faudra adresser de nouveau le patient au **cardiologue** pour pratiquer un ECG d'effort de contrôle

une première fois après 6 mois. Ensuite, le rythme des visites chez le cardiologue dépendra de l'évolution de la douleur, qui doit avoir disparu, de troubles du rythme éventuels ou d'anomalies de l'échographie.

Il faut envisager une vaccination antigrippale annuelle. On en profitera pour évoquer le statut vaccinal par rapport au tétanos, voire la diphtérie et la poliomyélite, et proposer le cas échéant un rappel. Par ailleurs, comme Monsieur S. avait signalé un cancer colique chez son père, on rappelle la nécessité de faire prochainement une colonoscopie de dépistage.

S'il est important de lui signifier qu'il justifie d'un traitement et d'une surveillance médicale régulière, il faut lui préciser l'importance de mener une vie normale et de « se faire plaisir ».

BIBLIOGRAPHIE

BÖSNER S, HAASENRITTER J, BECKER A et al. Ruling out coronary artery disease in primary care : Development and validation of a simple prediction rule. *CMAJ*, 2010, 182 : 1295-1300.

BOURASSA MG. Angine de poitrine. In : P GODEAU, S HERSON, JC PIETTE. *Traité de Médecine interne*, 3^e édition, Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 1996, *chapitre 108* : 528-530.

DURAND E, LAFONT A. Angine de poitrine et infarctus du myocarde. *Rev Prat*, 2003, 53 : 541-554.

HAS – ANAES. Recommandation pour la pratique clinique : évaluation du pronostic de l'insuffisance coronaire stable et modalités de suivi en dehors du traitement. Paris, ANAES, mars 2000.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Les marqueurs cardiaques dans la maladie coronarienne. Paris, HAS, juillet 2010.

LAMBERT Y, BOULOT F. Prise en charge préhospitalière des syndromes coronaires aigus. *Traité de médecine AKOS*, Elsevier (emc-consulte.com), 2008, 1 : 14.

CAS N° 2

Vincent P. a une douleur thoracique

Vincent P., 28 ans, célibataire, préposé à la poste, consulte pour une douleur thoracique gauche qui le gêne depuis 1 semaine et qui s'est aggravée depuis 48 heures après un effort. La douleur, accentuée par la respiration profonde et entraînant un blocage respiratoire, est atténuée par le repos. Il dit qu'il n'est pas essoufflé. Il n'a ni fièvre ni toux. Il est angoissé à l'idée de consulter. Il a peur d'avoir « un problème au cœur ». Son grand-père a fait une crise cardiaque à 65 ans.

Il pèse 58 kg pour 1,76 m. Sa PA est à 130/70 mmHg. Il fume 10 cigarettes par jour depuis l'âge de 20 ans. Ni lui ni ses parents n'ont d'antécédents particuliers.

Quelles sont les principales hypothèses diagnostiques ? Quels arguments permettent de s'orienter ?

Ce patient a peur d'avoir un problème cardiaque. Son jeune âge, l'absence, a priori, d'autres facteurs de risque cardiovasculaire que son tabagisme et la nature de la douleur n'évoquent pas un angor. Il est peu probable qu'il ait une péricardite. La douleur est certes accentuée par l'inspiration profonde, mais elle n'est pas permanente et n'est pas apparue dans un contexte infectieux.

- Les symptômes décrits évoquent plutôt une **douleur d'origine pariétale**. Il peut s'agir :

- d'une **névralgie intercostale**, d'autant que la douleur est calmée par le repos et accentuée par la respiration. Il faut rechercher un possible **traumatisme costal** passé inaperçu et dont le patient n'a parfois conscience qu'a posteriori ;

- de **myalgies thoraciques** qui siègent habituellement dans les muscles intercostaux, pectoraux ou à la ceinture scapulaire et peuvent être secondaires à un traumatisme, une toux prolongée ou un état de stress ;

- d'une **douleur d'origine psychologique**, bien que la symptomatologie soit moins évocatrice. La douleur décrite est, dans ce cas, plutôt sous-mammaire gauche très localisée, voire punctiforme, très brève ou bien très prolongée. L'association à d'autres manifestations cliniques de l'anxiété – hyperventilation, paresthésies, tachycardie, vertiges, céphalées – peut orienter. Il convient de repérer si sa plainte peut être suggérée par la survenue d'un

« problème de cœur dans son entourage », souvent même sans aucun lien familial. En cas de réponse positive, il faut lui faire préciser ce cas et évoquer sa crainte en évaluant avec lui son réel risque vasculaire. C'est aussi l'occasion d'insister pour repérer d'autres manifestations de **somatisation** – eczéma, malaises, douleurs, etc. ;

- d'un **zona**, la douleur précédant souvent l'éruption, si bien qu'aucune lésion n'est détectée à un stade précoce. Mais si l'on ne trouve pas de signes cutanés 1 semaine après le début des douleurs, on peut quasiment exclure ce diagnostic ;

- d'un **abcès de paroi**, en particulier à partir de lésions cutanées surinfectées que le patient n'a pas repérées.

- Une **cause pleuropulmonaire** doit aussi être systématiquement évoquée.

L'absence de toux et de fièvre chez Vincent n'est pas en faveur d'une pneumopathie infectieuse et rien n'évoque une embolie pulmonaire.

Une douleur d'origine pleurale peut se présenter comme un point de côté unilatéral, relativement localisé, dont l'intensité est accrue par la toux, l'inspiration profonde et diminuée pendant l'expiration ou l'apnée.

Chez ce jeune homme longiligne, il faut se méfier également d'un possible pneumothorax spontané ou d'effort et insister sur la recherche d'une dyspnée.

Quels points précis doivent être recherchés à l'examen clinique ?

L'inspection de la cage thoracique permet d'observer les mouvements respiratoires, les déformations et l'état cutané. Celle du rachis recherche une scoliose.

La palpation recherche des douleurs localisées des côtes, des espaces intercostaux, des articulations chondrosternales ou chondrocostales ou des muscles dorsaux. Une palpation trop brutale peut provoquer une douleur, alors qu'il n'existe aucun problème pariétal, et égarer le diagnostic.

La percussion recherche une hypersonorité ou un tympanisme unilatéral évocateur de pneumothorax, une matité d'une base évoquant un épanchement pleural.

L'auscultation recherche des craquements inspiratoires ou des râles crépitants unilatéraux, évocateurs

en premier lieu d'une pneumopathie ; une diminution voire une absence du murmure vésiculaire qui pourrait évoquer un pneumothorax ; des râles bronchiques, un éventuel souffle cardiaque, un frottement péricardique.

L'interrogatoire de Vincent ne met en évidence ni traumatisme ni intervention chirurgicale récente. Il n'a pas de dyspnée ni de troubles digestifs. L'inspection ne montre ni déformation thoracique, ni scoliose rachidienne, ni éruption. La palpation ne retrouve pas de point douloureux précis, mais une sensibilité générale du thorax de localisation identique aux douleurs perçues. L'auscultation et la percussion ne retrouvent pas d'anomalie cardiopulmonaire. L'abdomen est souple.

Demandez-vous des explorations complémentaires ? Si oui, dans quel but ?

L'électrocardiogramme (ECG) n'est pas nécessaire car rien n'évoque une symptomatologie cardiovasculaire. Toutefois, si le patient reste inquiet après un examen clinique accompagné de commentaires rassurants, il peut être utile de lui faire un ECG qui contribuera par sa normalité à l'apaiser. Il risque sinon, en cas de persistance des troubles ou de récurrence, de se précipiter inutilement aux urgences ou chez un cardiologue.

La **radiographie pulmonaire** n'est pas nécessaire dans la mesure où l'interrogatoire et l'examen

clinique n'évoquent ni pneumopathie, ni pleurésie, ni pneumothorax.

Une **radiographie du gril costal** n'est utile que si l'on évoque une pathologie osseuse pariétale. En cas de suspicion de fracture de côte, la radiographie pulmonaire a plus d'intérêt car elle permet de déceler d'emblée une complication, en particulier un pneumothorax ou un hémopneumothorax.

| *L'ECG a été réalisé et sa normalité a rassuré Monsieur P.*

Quelles sont vos conclusions ? Que dites-vous au patient ?

Rien n'évoque un problème cardiaque ni pulmonaire, que ce soit la nature de la douleur, l'âge, l'absence de facteurs de risque cardiovasculaire ou thromboembolique, et les résultats de l'examen clinique. La nature des douleurs – à caractère mécanique – et la reproduction exacte des douleurs perçues en mobilisant le gril costal et la colonne vertébrale plaident fortement en faveur d'une douleur d'origine pariétale. Il s'agit de **douleurs musculaires**.

C'est le moment d'évaluer le « **facteur stress** » que le patient minimise souvent dans un premier temps. Il accepte plus facilement d'en parler une

fois qu'il est rassuré. Cela permet d'aborder son hygiène de vie : fait-il du sport ? Quelle est la qualité et la durée de son sommeil ? Quelle est sa position au travail, en particulier s'il travaille sur ordinateur ? A-t-il une bonne literie ? Quelles sont ses habitudes alimentaires ? Envisage-t-il d'arrêter de fumer ?

Le patient reconnaît qu'effectivement il ne dort pas bien, qu'il est très mal assis au travail, toujours « tordu » pour utiliser les machines. Il ne fait pas de sport et mange assez mal. Sa seule inquiétude par rapport au « cœur » est liée au vécu familial du décès de son grand-père.

Qu'allez-vous proposer ?

On proposera un traitement associant un myo-relaxant et un antalgique :

- tétrazépam 50 mg : 1/2 ou 1 comprimé au coucher pendant 10 jours. Comme il ne dort pas très bien, c'est l'occasion de réguler son sommeil. On le prévient que ce traitement est sédatif, qu'il ne doit absolument pas conduire un véhicule après la prise ;

- paracétamol 1 000 mg : 1 comprimé 3 à 4 fois par jour pendant 2 à 3 jours (la sédation de la douleur contribuera à le rassurer), puis seulement en cas de douleur. Il faut conseiller à Monsieur P. de ne pas hésiter à en prendre afin d'apaiser ses douleurs musculaires qui, non calmées, renforcent les contractures.

On incite le patient à faire du sport, en particulier de la natation, de la marche, du vélo.

On lui conseille de rechercher une position plus ergonomique au travail, le cas échéant en ayant recours au soutien du médecin du travail.

On profite de l'occasion pour savoir si cette plainte illustre une préoccupation particulière pour sa santé. On évaluera d'éventuels risques.

Concernant le risque « cardiaque », il faut redire que si rien n'évoque un problème de cœur, le tabac représente pour lui un facteur de risque et que c'est peut-être l'occasion d'envisager d'arrêter. On explique l'intérêt d'une alimentation variée, riche en fruits et légumes.

Compte tenu de son âge, on vérifiera son statut vaccinal. Il y a un rappel vaccinal décennal diphtérie-tétanos-polio prévu vers 27 ans. La pratique d'un rattrapage coquelucheux chez l'adulte n'ayant pas reçu de vaccination contre la coqueluche au cours des 10 dernières années, notamment à l'occasion du rappel décennal diphtérie-tétanos-polio de 26-28 ans, est désormais recommandée avec le vaccin dTcaPolio.

On précise enfin que la persistance de cette douleur ou la survenue d'une donnée nouvelle pourrait conduire à faire des examens, en particulier une radiographie pulmonaire.

Causes plus rares des douleurs pariétales

Douleur d'origine rachidienne. Une scoliose, parfois méconnue, peut occasionner une dorsalgie qui pourrait irradier vers l'avant. Des lésions vertébrales ou médullaires peuvent entraîner des douleurs en ceinture, avec prédominance d'irradiations antérieures. Lorsque les lésions sont situées de C5 à D1, leurs irradiations vers les membres supérieurs peuvent être confondues avec celles de l'angor. Mais cette hypothèse n'est évoquée d'emblée qu'en présence de signes neurologiques évocateurs – troubles sensitifs métamériques.

Fibromyalgie. Elle est rencontrée principalement chez les femmes et est caractérisée par des douleurs chroniques diffuses avec points douloureux précis et associée à une asthénie.

Syndrome de Tietze. Il est caractérisé par une tuméfaction douloureuse d'une ou de plusieurs articulations chondrosternales ou chondrocostales, siégeant souvent à gauche au voisinage du sternum et de cause inconnue. La douleur peut être confondue avec une douleur coronarienne, mais il s'agit habituellement d'une douleur reproduite par la palpation des cartilages costaux.

Arthrite sternoclaviculaire.

Pathologie osseuse tumorale ou infectieuse – à envisager d'autant plus que le patient est toxico-mane.

Subluxation interchondrale antérieure des 8^e, 9^e ou 10^e côtes (syndrome de Cyriax) d'apparition brutale, responsable de douleurs mécaniques prolongées souvent déclenchées par la toux. La palpation trouve une zone douloureuse précise au niveau des côtes cartilagineuses.

BIBLIOGRAPHIE

ASTOUL P, THOMAS P. Démarche diagnostique et thérapeutique devant un pneumothorax spontané. *Traité de médecine AKOS* (emc-consulte.com), 6-0695 (2008).

BÖSNER S, BECKER A, HANI MA et al. Chest wall syndrome in primary care patients with chest pain : presentation, associated features and diagnosis. *Fam Pract*, 2010, 27 : 363-369.

GASPOZ JM, RAETZO MA, BARTHELEMY JC et al. J'ai des douleurs dans la poitrine. *In* : MA Raetzo, JC Barthélémy.

Docteur, J'ai. Stratégies diagnostiques et thérapeutiques en médecine ambulatoire. Genève, Éditions Médecine et Hygiène, 2001 : 185-196.

LHOTE F. Douleurs thoraciques. *Traité de médecine AKOS*, Elsevier (emc-consulte.com), 1998 : 1-0430.

WONG WM, BEELER J, RISNER-ADLER S et al. Attitudes and referral patterns of primary care physicians when evaluating subjects with non cardiac chest pain : a national survey. *Dig Dis Sci*, 2005, 50 : 656-661.

CAS N° 3

Madame D., 38 ans, éprouve des difficultés à respirer

Madame D., 38 ans, consulte en début de matinée. Elle vous dit qu'elle « manque d'air » et que cela l'inquiète. La gêne respiratoire a commencé la veille au soir après le repas et s'est aggravée progressivement, l'empêchant de lire dans son lit. « Elle a finalement pu dormir un peu, après avoir ouvert la fenêtre. » Elle ne signale ni toux, ni douleur thoracique, ni fièvre.

Cette patiente est plutôt mince. L'inspection montre un bon état général, pas de sueur ni de cyanose. Les mouvements respiratoires sont de grande amplitude, plus longs au temps inspiratoire. Il n'existe pas de véritable tirage, mais les muscles de la face et du cou sont tendus. Le regard est fixe, les bras et les jambes sont habités de petits mouvements permanents. La patiente répond difficilement aux questions qu'on lui pose, semblant surtout préoccupée par son manque d'air.

Cette patiente est habituellement suivie au cabinet. Elle travaille comme comptable dans une petite entreprise. Elle a deux enfants de 13 et 15 ans et n'a pas d'antécédents médicochirurgicaux particuliers. Elle ne fume pas. À son dernier rendez-vous, vous avez renouvelé sa pilule œstroprogestative et discuté longuement de sa vie de femme surmenée...

Qu'évoque ce tableau clinique ?

Cette femme se plaint d'une dyspnée aiguë qui peut être définie comme une sensation pénible, en rapport avec une prise de conscience anormale ou désagréable de la respiration. Il n'existe pas toujours de concordance entre le vécu du patient et le constat du clinicien : un patient peut se plaindre d'une importante dyspnée qui ne sera pas objectivée au cours de la consultation et, à l'inverse, certains patients minimisent leur gêne respiratoire,

en particulier les asthmatiques habitués à leurs crises.

Madame D. est gênée depuis la veille, mais elle a pu attendre la consultation et se déplacer. Elle ne présente pas de détresse respiratoire. Son tableau clinique est compatible avec une **crise d'angoisse**, qui doit toutefois rester un diagnostic d'élimination. Il convient donc d'écarter les autres causes envisageables.

Quels éléments de l'interrogatoire et de l'examen clinique permettent de s'orienter ?

Chez cette patiente qui prend des œstroprogestatifs, et malgré l'absence de douleur thoracique, une dyspnée d'apparition brutale doit faire suspecter une **embolie pulmonaire (EP)**.

Il convient de rechercher des éléments qui pourraient conforter cette hypothèse, en particulier des arguments en faveur d'une **thrombose veineuse profonde**. Nous savons que Madame D.

ne fume pas. Elle n'a a priori eu ni intervention chirurgicale récente, ni accouchement, ni alitement récent. On complète l'interrogatoire en recherchant :

- une douleur dans les mollets, un malaise ;
- des antécédents familiaux ou personnels de phlébite ou d'embolie pulmonaire ;
- une anomalie familiale de la coagulation ;
- un voyage en avion de longue durée, dépassant 6 heures ;
- des signes de phlébite à l'examen des membres inférieurs.

Il faut également envisager :

- une **autre urgence cardiorespiratoire** : même si, lors du premier contact, l'inspection est rassurante, il convient de mesurer la fréquence respiratoire, de vérifier l'absence d'anomalies auscultatoires, d'anomalies du pouls et de la pression artérielle, de signes de bas débit, de troubles de la conscience ou du comportement ;
- un **asthme** : il peut être difficile de retrouver une bradypnée expiratoire et des sibilants dans ce contexte d'agitation minime et d'hyperventilation. Un syndrome obstructif peut être mis en évidence avec un débitmètre de pointe ou *peak flow* mesurant le débit expiratoire de pointe (DEP) en litres/minute ou encore avec un minispiromètre électronique (Piko 6®) mesurant le rapport du volume expiratoire maximum pendant la 1^{re} seconde sur le volume expiratoire maximum pendant 6 secondes (VEMS/VEM6 assimilable au rapport VEMS/CV). Toutefois, pour interpréter correctement un DEP, il faut disposer de la meilleure valeur antérieure du patient. Par ailleurs, l'utilisation correcte du minispiromètre électronique nécessite une formation préalable et dans les conditions de prise en charge ambulatoires, une valeur normale du DEP ou même du VEMS/VEM6 ne permettent pas d'exclure un syndrome obstructif ;
- une **cause cardiovasculaire** : l'âge de la patiente, le mode de déclenchement et le caractère de la dyspnée, l'absence de douleur et d'épisodes

antérieurs à cette crise rendent cette hypothèse peu probable ;

– une **anémie** : il faut systématiquement examiner les conjonctives et interroger la patiente sur le caractère abondant ou prolongé de ses règles. Si l'anémie est d'installation progressive, la pâleur et la tachycardie, qui sont également des signes de crise d'angoisse, n'apparaissent qu'à un stade avancé. Plusieurs causes de dyspnée peuvent être intriquées, et, dans ce cas, l'anémie est un facteur aggravant.

Il faut enfin garder à l'esprit :

– qu'une **pneumopathie dyspnéisante à un stade précoce** est plausible, même si cette patiente ne présente ni fièvre ni toux. C'est par exemple le cas de patients ayant une infection chronique par le VIH méconnue. La vigilance doit être de règle, car un tel tableau peut signaler l'entrée dans la maladie ;

– qu'un **pneumothorax** peut passer inaperçu si la douleur initiale n'est pas ressentie, en particulier au cours d'un effort. L'interrogatoire doit rechercher la notion de traumatisme ou d'effort violent récent. L'âge et la minceur de notre patiente sont des facteurs de risque. L'auscultation contribuera bien sûr à conforter cette hypothèse.

Madame D. n'a pas eu de traumatisme récent et son interrogatoire n'apporte aucun argument en faveur d'une thrombose veineuse profonde. L'auscultation cardiopulmonaire est sans particularité, la fréquence respiratoire est supérieure à 20/min. La pression artérielle est à 130/80 mmHg en position couchée et debout. Le pouls est à 84/min. Les conjonctives sont normalement rosées, contrastant avec la pâleur de la peau. Les mollets sont souples, les jambes sans varices. L'abdomen est souple. À l'examen neurologique, les réflexes sont assez vifs et symétriques, sans signes pyramidaux. Il n'existe ni somnolence ni tremblement. Madame D. signale un léger picotement des mains.

Comment préciser le diagnostic et décider de la conduite à tenir ?

L'interrogatoire et l'examen clinique renforcent l'hypothèse d'une crise d'angoisse. Toutefois, il convient d'écarter complètement une composante anxieuse d'une dyspnée organique, en particulier à l'occasion d'une embolie pulmonaire.

L'utilisation du score clinique de Wells (Tableau I) montre une faible probabilité d'EP. Madame D.

présente une dyspnée isolée d'apparition brutale. Elle n'a ni de polypnée supérieure à 20/min ni de tachycardie supérieure à 100/min. On constate l'absence de signes cliniques de thrombose des membres inférieurs et l'existence d'un diagnostic alternatif probable.

Tableau I – Score clinique de Wells

(D'après Wells PS et al. Derivation of a simple clinical model to categorize patients probability of pulmonary embolism : increasing the models utility with the SimpliRED D-dimer. Thromb Haemost, 2000, 83 : 416-420.)

Antécédents d'embolie pulmonaire ou de thrombose veineuse des membres inférieurs	+1,5
Fréquence cardiaque > 100/min	1,5
Chirurgie, immobilisation récentes (moins d'un mois)	+1,5
Signes cliniques de thrombose veineuse des membres inférieurs (au minimum, gonflement de la jambe et palpation douloureuse d'une veine profonde)	+3,0
Diagnostic alternatif moins probable que celui d'embolie pulmonaire	+3,0
Hémoptysie	1,0
Cancer (en traitement, traité au cours des 6 derniers mois, ou soins palliatif)	+1,0
Probabilité clinique d'embolie pulmonaire : faible < 2 ; intermédiaire 2-6 ; élevée > 6	

En cas de doute, quels examens complémentaires peuvent contribuer au diagnostic ?

En cas de doute concernant une embolie pulmonaire, il est possible de prescrire un **dosage de D-dimères**, qui peut être réalisé assez rapidement auprès d'un laboratoire de proximité. Un taux normal de **D-dimères** (< 500 ng/ml) permet d'écarter le diagnostic EP. Selon une méta-analyse, la valeur prédictive négative de la combinaison d'un score de Wells inférieur à 4 points, comme c'est le cas ici, et de la négativité des D-Dimères est supérieure à 99 p. 100.

En cas d'anomalie de l'examen clinique cardio-pulmonaire ou si la dyspnée persiste, il faut pouvoir disposer d'une **radiographie pulmonaire**. Elle permet de révéler un pneumothorax, une opacité pulmonaire focalisée ou diffuse, une atélectasie, un épanchement pleural, une anomalie du médiastin, une cardiomégalie, une paralysie phrénique.

L'**électrocardiogramme** n'aurait d'intérêt que si la patiente se plaignait également d'une douleur

thoracique ou de palpitations. Compte tenu de son âge et du tableau clinique présenté, il ne peut que contribuer à la rassurer.

Une **numération formule sanguine**, voire un dosage de la **ferritine**, est utile si la dyspnée persiste et/ou pour confirmer l'existence d'une anémie suspectée cliniquement et en évaluer l'importance.

Des **épreuves fonctionnelles respiratoires** sont nécessaires pour objectiver un syndrome obstructif en cas de doute clinique, de DEP ou de Piko 6® perturbés évoquant un trouble ventilatoire obstructif méconnu, majoré par le syndrome d'hyperventilation.

L'évolution favorable des symptômes de Madame D. au cours de la consultation et l'absence d'autres facteurs de risque de thrombose veineuse profonde qu'une prise d'œstroprogestatifs nous inciteront à ne pas prescrire d'examen complémentaire.

Quels arguments permettent d'envisager plutôt une crise d'angoisse ? Comment confirmer ce diagnostic ?

Madame D. ne présente donc aucun signe clinique ni anamnésique qui permette d'évoquer une dyspnée d'origine organique.

Cette femme jeune semble légèrement agitée. Sa présentation générale, son regard et sa gestuelle expriment une angoisse qui peut toutefois être due à la dyspnée elle-même. Les paresthésies des extrémités résultent de l'alcalose respiratoire induite par l'hyperventilation. L'hypertonie neuromusculaire constatée

– réflexes vifs – fait partie, avec la dyspnée et la tachycardie, des **éléments somatiques classiques de la crise d'angoisse**. Un entretien non directif peut permettre d'évaluer l'état émotionnel de la patiente et ses affects anxieux. Cet état est souvent marqué, dans la crise d'angoisse, par un sentiment d'attente et de menace imprécise. L'existence d'antécédents du même type, parfois longtemps cachés, est un bon argument en faveur du diagnostic.

L'atténuation voire la **cessation des symptômes au cours de la consultation** peuvent également vous orienter. On peut s'aider d'un test thérapeutique aux benzodiazépines injectables (diazépam 10 mg) ou sublinguales (prazépam gouttes). Le plus souvent une attitude rassurante et une écoute attentive, renforcées par le contact corporel au cours de l'examen, peuvent suffire à calmer ou atténuer l'anxiété. Toutefois, la patiente sera d'autant plus rassurée qu'on lui aura démontré et expliqué pourquoi on ne retient pas l'hypothèse d'une cause organique.

L'entretien peut alors apporter des précisions sur les circonstances du déclenchement de la crise

d'anxiété. La crise cessant ou s'atténuant, la patiente peut enfin prendre du recul et répondre aux questions ouvertes que nous lui posons : Avez-vous eu des soucis récemment ? Comment vont vos enfants, votre famille ? Rencontrez-vous des problèmes au travail ? Quelle est la qualité de votre sommeil ?

Nous apprendrons qu'elle vient d'être informée d'un projet de restructuration dans son entreprise et qu'elle est inquiète pour son emploi. Madame D. présente depuis peu des difficultés d'endormissement.

Quels sont vos propositions thérapeutiques ?

Madame D. a ouvert une piste, il en existe probablement d'autres. L'écouter, lui faire prendre conscience du lien entre les événements de sa vie et ses symptômes ont un effet thérapeutique.

Il convient de lui donner un rendez-vous pour une date proche, ce qui contribue également à la rassurer.

En attendant, la prescription d'un anxiolytique pour une courte durée (5 à 10 jours) peut être nécessaire :

par exemple diazépam 2 mg, 1 comprimé matin et soir, bromazépam 6 mg, 1/4 de comprimé matin, 1/2 le soir ou prazépam, 1 comprimé le soir. Au cours des prochaines consultations, il faudra réévaluer la symptomatologie sous traitement et décider avec la patiente d'un éventuel soutien psychothérapique et/ou l'opportunité de thérapies corporelles : relaxation, yoga, ou simplement une activité physique.

BIBLIOGRAPHIE

- COTTRAUX J. Un piège clinique, les dyspnées psychogènes aiguës et chroniques. *Rev Prat*, 2009, 59 (5) : 615-618.
- LUSUARDI M, DE BENEDETTO F, PAGGIARO P et al. A randomized controlled trial on office spirometry in asthma and COPD in standard general practice: data from spirometry in Asthma and COPD. A comparative evaluation Italian study. *Chest*, 2006, 129 (4) : 844-852.
- PASHA SM, KLOK FA, SNOEP JD et al. Safety of excluding acute pulmonary embolism based on an unlikely clinical probability by the Wells rule and normal D-dimer

concentration. A meta-analysis. *Thrombosis Research*, 2010, 125 : e123-e127.

STRAUS C, SIMILOWSKY T. Dyspnée aiguë. *Rev Prat*, 2001, 51 (4) : 447-451.

WELLS PS, ANDERSON DR, RODGER M et al. Derivation of a simple clinical model to categorize patients probability of pulmonary embolism. Increasing the models utility with the SimpliRED D-dimer. *Thromb Haemost*, 2000, 83 : 416-420.

CAS N° 4

Monsieur G. a une bronchite

Monsieur G., 55 ans, maçon, consulte pour la première fois, déclarant avoir une « bronchite ». Il se plaint d'une toux accompagnée d'une expectoration et d'un état fébrile, le tout étant apparu il y a 2 jours. Il allait bien les jours précédents.

De l'interrogatoire du patient, vous reprenez :

- un tabagisme à 35 paquets/an ;
- une toux et une expectoration matinales depuis plus de 3 ans ;
- une température à 38 °C le matin de la consultation ;
- pas de « gêne respiratoire » habituelle.

Cet homme n'a aucun autre antécédent, hormis deux épisodes infectieux du même type au cours des deux dernières années, épisodes qu'il qualifie de « bronchites » et qui ont été traités par antibiotiques. L'examen confirme l'absence de dyspnée, de cyanose, de sueurs et de signes d'insuffisance cardiaque droite. La pression artérielle est de 140/80 mmHg. Il n'y a pas d'altération de l'état général. À l'auscultation, on entend des râles bronchiques diffus aux deux champs pulmonaires.

Quels diagnostics évoquez-vous et pourquoi ?

Le premier diagnostic à évoquer est celui d'une **exacerbation aiguë de bronchite chronique**. En effet, l'interrogatoire retrouve la présence des critères de la définition classique de la bronchite chronique, c'est-à-dire une toux chronique productive pendant au moins 3 mois par an et 2 années consécutives et sans autre cause individualisée de toux chronique. De plus, Monsieur G. fume 35 paquets de cigarettes par an. L'exacerbation est définie par une majoration des symptômes respiratoires pendant plus de 48 heures ou justifiant une modification thérapeutique : augmentation de la dyspnée, de la toux, du volume des expectorations ou modification de l'aspect de l'expectoration.

La bronchite chronique est une pathologie très répandue en France, et dont la prévalence est estimée entre 3 et 10 p. 100. Elle augmente avec le tabac et avec l'âge. 85 à 90 p. 100 des cas sont attribuables au tabac. 15 à 20 p. 100 des fumeurs développent une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO).

Deux malades sur trois atteints de BPCO ne se savent pas « touchés » par cette maladie. Le médecin généraliste doit rechercher cette affection chez des patients fumeurs qui consultent habituellement pour une autre raison que la bronchite chronique.

Le caractère obstructif de la bronchite s'évalue à l'aide de la **spirométrie**. Elle permet de confirmer l'obstruction bronchique, d'évaluer sa sévérité, sa réversibilité, et de surveiller son évolution. Elle permet également au patient de prendre conscience de sa maladie et encourager un sevrage tabagique. La mesure du débit expiratoire de pointe (DEP) est peu contributive pour dépister la BPCO : le DEP ne diminue que dans les formes graves et le taux de faux positif est trop élevé.

La détection précoce de trouble obstructif en médecine générale à l'aide du minispiromètre électronique (Piko 6®) peut être proposée. Ce dispositif permet de mesurer le rapport du volume expiratoire maximum pendant la 1^{re} seconde sur le volume expiratoire maximum pendant 6 secondes (VEMS/VEM6). Une valeur inférieure à 0,7 impose une confirmation par une spirométrie. Cependant, l'utilisation de cet appareil nécessite une formation et une pratique suffisante, limitant la généralisation de son utilisation.

La persistance des symptômes et/ou la non-résolution de cet épisode aigu devront faire penser à d'autres diagnostics, en particulier une **pathologie tumorale**, une **pneumoconiose** ou une **maladie pulmonaire due au ciment**.

Le patient n’a pas de dyspnée d’effort, il décrit des crachats verdâtres en quantité plus importante. D’après les données cliniques, quel est, selon vous, le degré de sévérité de sa maladie ?

En l’absence de bilan pneumologique connu, il faut rechercher l’existence d’une dyspnée chronique, d’effort ou de repos, préalable à l’exacerbation. Ceci ne semble pas être le cas chez ce patient. Il s’agit donc, a priori, d’une bronchite chronique simple. Toutefois, il faudra être attentif au fait que, consciemment ou inconsciemment, les patients minimisent souvent leur handicap et ne s’en plaignent pas spontanément.

Pour évaluer le degré de sévérité d’une dyspnée, il faut préciser (si possible sur une échelle catégorielle ; Tableau I) dans quels cas elle se manifeste : efforts

importants ou au-delà du deuxième étage (stade 0) au premier étage, à la marche rapide ou en légère pente (stade I), à la marche normale sur terrain plat (stade II), à la marche lente (stade III), au moindre effort tel la parole et l’habillage (stade IV).

Cependant, l’intensité des symptômes est souvent mal corrélée avec les stades de sévérité de la classification spirométrique de la BPCO. Il est important de connaître le VEMS de ce patient pour évaluer le stade de la BPCO. Devant l’absence de dyspnée d’effort chez ce patient, on peut considérer qu’il est au stade I de sa BPCO.

Tableau I – Classification de la BPCO en stades de severite et equivalence clinique approximative en l’absence d’exploration fonctionnelle respiratoire (EFR) (D’après les recommandations de la Société de pneumologie de langue française pour la prise en charge de la BPCO- 2010)	
Stade de sévérité d’après les EFR BPCO si VEMS/CV < 70 p. 100	Correspondance clinique approximative en l’absence d’évaluation par l’EFR
<i>Stade I : BPCO peu sévère</i>	
VEMS ≥ 80 p. 100 de la valeur prédite*	Pas de dyspnée d’effort
<i>Stade II : BPCO moyennement sévère</i>	
VEMS entre 50 et 80 p. 100 de la valeur prédite	Dyspnée d’effort
<i>Stade III : BPCO sévère</i>	
VEMS entre 30 p. 100 et 50 p. 100 de la valeur prédite	Dyspnée au moindre effort
<i>Stade IV : BPCO très sévère</i>	
VEMS < 30 p. 100 de la valeur prédite* ou VEMS < 50 p. 100 avec insuffisance respiratoire chronique grave	Dyspnée de repos +/- insuffisance cardiaque droite
* La valeur prédite est définie par des abaques, prenant en compte l’âge, le sexe, la taille et l’origine ethnique BPCO : bronchopneumopathie chronique obstructive - VEMS : volume expiratoire maximum par seconde.	

Dans l’immédiat, allez-vous demander des examens complémentaires avant de prescrire un traitement ? Si oui, lesquels ?

Aucun examen n’est nécessaire en urgence. La **radiographie pulmonaire** est inutile, puisque l’auscultation ne révèle que des râles bronchiques bilatéraux. Une exploration radiologique est justifiée en cas de suspicion de foyer pulmonaire, mais également si le patient est séropositif pour le VIH ou immunodéprimé, s’il présente une altération de l’état général ou s’il se plaint d’une douleur thoracique.

La radiographie pulmonaire peut avoir un intérêt chez ce tabagique chronique, pour dépister un cancer ou toute autre maladie pleuropulmonaire. Il n’y a actuellement pas de recommandations de dépistage systématique du cancer des poumons chez le fumeur, que ce soit par radiographie pulmonaire ou par scanner. Toutefois, dans le cadre d’un suivi individualisé, chez un patient à risque, il

arrive de trouver des lésions précoces dont la prise en charge modifie le pronostic. C'est l'occasion de disposer d'un cliché comparatif en cas d'épisode ultérieur. C'est enfin aussi un moyen, après un résultat normal, d'insister sur l'intérêt de l'arrêt du tabac.

L'examen cyto bactériologique de l'expectoration n'a pas d'intérêt. Il est réservé à certaines situations d'échec et aux patients bénéficiant d'antibiothérapies fréquentes ou ayant un stade de BPCO sévère, à la recherche d'une bactérie multirésistante ou de *Pseudomonas aeruginosa*.

Quels éléments de l'interrogatoire peuvent orienter vers une étiologie bactérienne de l'exacerbation ?

Monsieur G. n'a pas de dyspnée mais présente une augmentation du volume de l'expectoration qui est verdâtre, ce qui renforce l'hypothèse diagnostique de l'étiologie bactérienne de l'exacerbation de la BPCO.

L'origine infectieuse de l'exacerbation est trouvée dans 42 à 61 p. 100 des cas de bronchite chronique. Des éléments d'orientation en faveur d'une origine bactérienne sont observés dans la moitié des cas environ.

La fièvre est certes un critère en faveur de l'origine infectieuse de l'exacerbation, mais elle est inconstante et ne permet pas de distinguer l'origine

virale de l'origine bactérienne, son intensité n'est pas non plus un argument en faveur d'une origine bactérienne. En revanche, sa persistance au quatrième jour d'évolution doit faire évoquer une infection bactérienne (surinfection bronchique ou pneumopathie).

On recherche des facteurs favorisants, comme un foyer infectieux dentaire ou sinusien chronique.

La présence de signes ORL associés tels que rhinorrhée ou dysphagie haute oriente vers une infection virale.

Allez-vous prescrire un antibiotique ? Si oui, pourquoi et lequel ?

L'indication et les modalités de l'antibiothérapie sont fonction du stade de sévérité de la BPCO (en l'absence de résultats d'explorations fonctionnelles respiratoires, il est apprécié sur l'existence et l'importance d'une dyspnée évaluée en dehors de toute exacerbation) et de la présence ou non d'une franche purulence verdâtre des crachats :

- en l'absence de dyspnée, l'antibiothérapie n'est pas recommandée en première intention ;

- en cas de dyspnée d'effort ou de VEMS inférieur à 50 p. 100, l'antibiothérapie est recommandée en cas de franche purulence verdâtre des crachats. Elle doit être active sur les bactéries communément rencontrées : *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* et *Branhamella catarrhalis*. L'antibiothérapie conseillée dans ce cas est donc l'amoxicilline 3g/j (ou un macrolide ou la pristinamycine en cas d'allergie) ;

- en cas de dyspnée au moindre effort ou de dyspnée de repos ou de VEMS inférieur à 30 p. 100, l'antibiothérapie est recommandée systématiquement en cas d'exacerbation. Elle doit inclure un spectre plus large, actif sur les bactéries les plus fréquemment en cause. Ces patients constituant un réservoir privilégié pour l'émergence de résistances, une rotation des familles d'antibiotiques est souhaitable. On peut leur proposer soit un traitement par

amoxicilline-acide clavulanique, soit par une C3G injectable (ceftriaxone par exemple), soit par une fluoroquinolone antipneumococcique (lévofloxacine, moxifloxacine).

La durée du traitement antibiotique est classiquement de 7 à 14 jours (moyenne de 10 jours). Certains antibiotiques ont une durée de traitement plus courte : C3G injectable 5 jours, synergistine 4 jours, macrolides 4 à 5 jours.

D'après une synthèse Cochrane comprenant onze essais contrôlés randomisés, l'antibiothérapie – quel que soit l'antibiotique utilisé – réduit le risque de décès chez les patients ayant une exacerbation de BPCO avec syndrome obstructif (RR = 0,23 ; IC 95 p. 100 0,10-0,52). Elle réduit également le risque d'échec thérapeutique et permet de diminuer le volume des expectorations de façon significative.

Nous savons que Monsieur G. a une toux et une expectoration matinale purulente avec des épisodes de ce type évoluant depuis 3 ans et une fièvre évoluant depuis 48 heures persistante depuis plus de 72 heures. L'auscultation retrouve des râles ronflants diffus aux deux champs pulmonaires.

On ne connaît pas son VEMS. Il n'a pas de dyspnée d'effort déclarée. **Il n'y a pas lieu de lui prescrire d'antibiotique.**

Dans le cadre de la prise en charge globale de ce patient, l'épisode aigu étant résolu, quels seront les points importants à évoquer avec lui ?

On évaluera, en période d'accalmie, le **type de bronchopathie** et l'état respiratoire de base afin de préciser le **stade évolutif de sa pathologie** :

- une gazométrie de base n'est nécessaire qu'en cas de syndrome obstructif sévère (VEMS < 50 p. 100 de la théorique) ou de signes d'hypertension artérielle pulmonaire ;

- on réalisera des explorations fonctionnelles respiratoires (EFR), avec mesure du VEMS, indispensable pour préciser le stade évolutif de la maladie. Le recours au pneumologue peut être nécessaire pour réaliser les EFR (en l'absence de plateau technique accessible), et aussi parfois pour inciter le patient à prendre conscience de sa pathologie et le rendre plus observant en cas de traitement de fond.

Il faudra dans tous les cas envisager des mesures préventives, en tenant compte des attentes, de la compréhension et de l'adhésion du patient :

- si le tabac est le principal facteur de risque, il faut aussi écarter le facteur de risque que constitue l'exposition respiratoire à des polluants professionnels. Dans ce cas, il faudrait contacter le médecin du travail et envisager une déclaration de maladie professionnelle. Il faudra aussi évaluer la **motivation à l'arrêt du tabac** et insister sur le bénéfice rapide et perceptible qu'il en retirerait, sachant que l'arrêt du tabagisme est la seule mesure susceptible de rétablir un rythme de décroissance normal du VEMS ;

- la couverture **vaccinale antigrippale annuelle** sera systématiquement proposée, de même que le **vaccin antipneumococcique** chez les sujets de plus de 65 ans ou dont la BPCO est sévère. Le vaccin actuellement disponible et recommandé est le Pneumo23® ;

- la **BPCO est un facteur de risque cardiovasculaire**. Pour préciser le risque vasculaire de ce patient, il conviendra de connaître ses antécédents familiaux de décès précoce de cause cardiovasculaire, sa glycémie et son profil lipidique. Compte tenu de son âge et de son tabagisme, la recherche d'une coronaropathie silencieuse (ECG d'effort) peut être indiquée. La prescription d'un bêta-bloquant cardiosélectif ne serait pas contre-indiquée si l'indication s'avérait ultérieurement nécessaire ;

- le calcul du **score BODE** permet d'évaluer le risque de mortalité. Il prend en compte l'index de masse corporelle (B), la sévérité de l'obstruction (O), l'intensité de la dyspnée (D) et la distance de marche parcourue en 6 minutes (E).

Il convient d'envisager en fonction des résultats un éventuel traitement de fond.

En plus de ces mesures, un traitement peut être proposé en fonction du stade d'évolution de la BPCO :

- chez les patients qui ne sont pas gênés par la dyspnée (stade I), un bronchodilatateur de courte durée d'action à la demande est généralement suffisant (p. ex. : ipatropium, albutérol ou combinaison). C'est le cas de notre patient ;

- chez les patients du stade II au stade IV présentant une dyspnée, un traitement de fond par un bronchodilatateur de longue durée d'action peut être utile. En cas d'accès dyspnéique, un traitement par bronchodilatateur de courte durée d'action peut être ajouté. Une **réhabilitation** (exercices, éducation, nutrition, aide psychosociale et kinésithérapie) peut être commencée, en l'absence de contre-indication cardiaque, afin de prévenir les conséquences globales de la BPCO et d'améliorer ainsi la qualité de vie du patient. Une liste de centres proposant des réhabilitations respiratoires est disponible sur l'annuaire du site www.splf.org ;

- chez les patients avec un VEMS inférieur à 50 p. 100 (stades III et IV) ayant des antécédents d'exacerbations répétées, une association fixe de corticostéroïdes et d'un bronchodilatateur de longue durée d'action inhalé réduirait le nombre d'exacerbation et améliorerait la qualité de vie.

L'ensemble de ces mesures ne sera pas toujours proposé à l'occasion d'une même consultation. Un bilan éducatif partagé avec Monsieur G. devra ainsi être réalisé au terme de plusieurs consultations, évaluant en particulier sa connaissance de la maladie, du traitement de fond, des signes avant-coureurs d'une exacerbation, ses priorités et son niveau d'observance, sa motivation au sevrage tabagique et aux activités physiques, etc. Ainsi, une sensibilisation pourra être menée sur l'aspect évolutif de la maladie et sur l'importance de traitements précoces et de mesures préventives.

BIBLIOGRAPHIE

- AFFSAPS. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante dans les infections respiratoires basses de l'adulte. Paris, AFFSAPS, mise au point juillet 2010.
- BRUGIERE O, FOURNIER M. Bronchopneumopathies chroniques obstructives. Encycl Méd Chir (Paris, Elsevier), Pneumologie, 1999 : 6-030-A10.

- Global initiative for chronic Obstructive Lung Disease. Pocket Guide to COPD diagnosis, management, and prevention. A guide for Health Care Professionals, updated 2010. La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Numéro thématique. BEH thématique, 2007, 27-28 : 245-248.

RAM FSF, RODRIGUEZ-ROISIN R, GRANADOS-NAVARRETE A et al. Antibiotics for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev, 2011, 1 : Art. No. : CD004403. DOI : 10.1002/14651858.CD004403.pub3.

SOCIÉTÉ DE PNEUMOLOGIE DE LANGUE FRANÇAISE. Recommandation pour la pratique clinique. Prise en charge de la BPCO. Mise à jour 2009. Rev Mal Respir, 2010, 27 : 522-548.

CAS N° 5

Monsieur T. tousse tout le temps

Monsieur T., âgé de 48 ans, que vous voyez pour la première fois, vous consulte pour une toux qui « traîne ». Il dit « qu'il tousse tout le temps » depuis « qu'il a pris froid », 1 mois auparavant. C'était au début du mois de novembre. Il dit que ça le fatigue et qu'il trouve surtout que c'est anormal. Les premiers éléments de l'interrogatoire ne révèlent aucun antécédent particulier. Il signale un tabagisme évalué à 3 à 5 cigarettes par jour depuis 20 ans.

Quelles données de l'interrogatoire contribuent à préciser vos orientations diagnostiques ?

Monsieur T. ne signale pas spontanément de **signes associés à cette toux** pouvant orienter vers une cause potentiellement grave. Il faut toutefois rechercher :

- un syndrome infectieux (fièvre, sueurs, céphalées, myalgies) pouvant orienter vers une exacerbation de bronchite chronique, une sinusite, plus rarement une dilatation des bronches ;

- une hémoptysie devant faire envisager une embolie pulmonaire mais aussi une tumeur ou une tuberculose ;

- une dyspnée, devant faire envisager une embolie pulmonaire mais aussi une pneumopathie dyspnéisante, une tumeur, un épanchement pleural de grande abondance ;

- une douleur thoracique évoquant une lésion pleuro-parenchymateuse mais qui peut tout autant correspondre à une douleur pariétale elle-même provoquée par la toux.

Chez un patient plus âgé ou ayant des facteurs de risques cardiovasculaires, il faudrait également penser à une poussée d'insuffisance cardiaque.

En l'absence de signes de gravité, l'orientation diagnostique est principalement dirigée par la **durée de la toux**, le **terrain** et le **contexte épidémiologique**.

- Selon leur **durée**, on distingue les toux aiguës (moins de 3 semaines), les toux subaiguës (entre 3 et 8 semaines) et les toux chroniques (plus de 8 semaines). Monsieur T. se plaint d'une toux persistante de plus de 3 semaines. Il convient de lui faire préciser si cette toux a cessé puis recommencé ou si elle ne s'est jamais interrompue. Souvent, les

patients disent qu'ils toussent « tout le temps », mais l'interrogatoire précis met plutôt en évidence des épisodes successifs. Une toux récente est plus volontiers évocatrice d'un épisode infectieux. Des épisodes de toux successifs peuvent être liés soit à la même cause déclenchante – rhinopharyngites répétitives, allergies, irritation environnementale, etc. –, soit à la succession de plusieurs causes différentes. Une toux prolongée subaiguë ou chronique fait plutôt craindre une maladie sous-jacente, tandis qu'une toux aiguë ou des épisodes successifs de toux font plutôt évoquer une origine infectieuse. Monsieur T. présente une toux apparue après qu'il a « pris froid » suggérant a priori une toux post-infectieuse. Mais l'interrogatoire doit rechercher d'autres éléments d'orientation en faveur d'une cause fréquente de toux subaiguë : une hyperréactivité bronchique transitoire ou associée à un asthme, une exacerbation de bronchite chronique, une coqueluche, une exposition à des allergènes ou des irritants prolongeant la toux. Il faut garder à l'esprit que cet épisode peut correspondre à la forme initiale d'une toux chronique dont il convient également d'envisager les causes.

- La **nature de la toux**, sèche ou productive, n'est pas un élément d'orientation spécifique mais peut contribuer au diagnostic en association avec d'autres symptômes. Les patients sont très attentifs à cette caractéristique. Les épisodes de surinfections s'accompagnent plutôt de toux productives. La couleur de l'expectoration n'est pas un critère à lui seul de surinfection bactérienne.

- La **présence de signes associés** peut avoir une valeur d'orientation :

- une rhinorrhée, une dysphonie, une dysphagie, avec ou sans expectoration purulente, accompagnés ou non de fièvre, peuvent orienter vers une infection des voies aériennes supérieures aiguë ou chronique ;

- une dyspnée sifflante occasionnelle évoque un asthme ;

- des éternuements, une rhinite, une conjonctivite peuvent faire évoquer une allergie ;

- un pyrosis, une dyspepsie, une irritation pharyngée matinale évoquent un reflux gastro-œsophagien ;

- une dysphonie et/ou une dysphagie, la notion de fausse route peuvent orienter vers un processus tumoral des voies aériennes supérieures ;

- des épisodes fréquents avec expectorations abondantes et purulentes doivent faire envisager une dilatation des bronches ;

- une altération de l'état général fait suspecter un processus tumoral, une tuberculose.

- Les **facteurs déclenchants** et le **contexte** :

- une toux favorisée par le décubitus évoque un jetage postérieur – virose, sinusite, rhinite allergique – ou un reflux gastro-œsophagien ;

- la saison : Monsieur T. consulte à l'automne, période plus propice aux virus, le printemps étant plutôt une période d'allergies ;

- le contexte épidémique : l'existence d'une épidémie du même type peut faire évoquer une virose, en particulier un virus respiratoire syncytial (VRS). La présence de touseurs dans l'entourage fait suspecter, selon le délai, une virose (délai court) ou une coqueluche (contact avec un touseur 15 à 8 jours avant le début de la toux) ;

- l'environnement : la présence d'animaux, de produits irritants et/ou allergisants fait évoquer une allergie ou une irritation respiratoire, plus rarement une pneumopathie d'hypersensibilité, voire une pneumoconiose. Il faut chercher si le métier du patient l'expose à un risque professionnel.

- Le **terrain** doit être pris en considération. Nous savons que Monsieur T. fume depuis 20 ans. D'autres éléments d'orientation doivent être recherchés :

- un voyage récent ;

- le statut de migrant ;

- un stress qui favorise des épisodes de « trachéite » psychogène.

- Les **pathologies associées** peuvent orienter :

- une allergie connue avec épisodes récurrents et/ou saisonniers ;

- une infection par le VIH.

- Il faut rechercher un **traitement médicamenteux** qui pourrait être responsable de cette toux, en particulier un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC).

- L'**importance de la toux** peut être évaluée par sa **répercussion**, qui correspond souvent au motif de consultation – insomnie, asthénie, conflits avec l'entourage, douleurs pariétales voire fractures costales, céphalées, vertiges, vomissements, incontinence urinaire chez les femmes.

Monsieur T. précise que sa toux dure sans interruption depuis plus de 3 semaines, qu'elle ne s'améliore pas, qu'elle est sèche et plutôt quinteuse et qu'elle a été précédée d'un épisode de rhinopharyngite. Il signale avoir déjà eu un épisode de ce type 2 ans auparavant.

Il n'a ni fièvre, ni dyspnée, ni hémoptysie, ni dysphonie, ni obstruction nasale. L'examen clinique ne retrouve aucun signe d'orientation particulier. Monsieur T. n'est pas obèse. L'auscultation est normale, il n'y a pas de jetage postérieur à l'examen ORL. On ne relève pas de notion d'épidémie de coqueluche ou de contacts récents avec un « touseur ». Il n'a pas d'allergies connues et a toujours habité la même région. Il ne prend aucun traitement régulier.

Monsieur T. vous signale qu'il a pris un sirop à base de pholcodine qui n'a eu aucun effet sur sa toux et a peut-être même eu tendance à l'aggraver essentiellement la nuit, l'empêchant de dormir.

Quelles sont vos principales hypothèses diagnostiques ?

Chez Monsieur T. on peut à ce stade évoquer :

- une **toux post-infectieuse**, définie par une toux persistante après un épisode infectieux avec radiographie des poumons normale. La résolution est spontanée sans traitement en 1 ou 2 mois. En médecine générale, il est usuel d'utiliser cette terminologie sans pour autant disposer d'une radiographie pulmonaire.

Monsieur T. a effectivement eu un épisode rhinopharyngé 1 mois auparavant, mais il signale avoir déjà eu des épisodes de toux persistantes à plusieurs reprises ;

- une **bronchite chronique tabagique**. Toutefois, sa symptomatologie ne correspond pas à la définition : une toux et une expectoration pendant au moins 3 mois par an et 2 années consécutives ;

– une **coqueluche**. Les études montrent que près de 30 p. 100 de toux persistantes inexplicables chez les adultes correspondent à une coqueluche. La plupart des patients ayant été vaccinés ou ayant eu la coqueluche dans l'enfance présentent des formes plus atypiques. Une toux quinteuse plaide en faveur de cette hypothèse. On ne retrouve toutefois pas de cas de contacts dans l'entourage, ni la notion d'épidémie qui pourraient faire évoquer plus facilement la coqueluche en première intention ;

– un **asthme** ou une **hyperréactivité bronchique**. L'absence de râles sibilants à l'auscultation n'est a priori pas en faveur de cette hypothèse. Cependant, l'asthme peut s'exprimer uniquement par une toux chronique. Les notions de rhinite allergique et d'eczéma, d'antécédents personnels ou familiaux d'asthme doivent faire évoquer l'hypothèse d'un équivalent asthmatique. Ce n'est pas le cas de Monsieur T. qui signale toutefois l'existence d'épisodes de toux identiques évoquant ce diagnostic, même en l'absence de terrain évocateur.

Il y a lieu de discuter également dès ce stade une cause de toux chronique :

– un **jetage postérieur** en rapport avec une rhinite ou une rhinosinusite, qui est la cause principale et souvent méconnue de toux chronique (44 p. 100).

L'histoire clinique et/ou l'examen ORL ne sont pas toujours contributifs. L'absence de jetage postérieur chez Monsieur T. n'est pas en faveur mais ne peut l'exclure. Une sinusite chronique est plutôt suspectée par une obstruction nasale, une voix nasonnée, un écoulement postérieur, une toux matinale, des céphalées, ce qui n'est pas le cas ;

– un **reflux gastro-œsophagien (RGO)**. Monsieur T. n'a ni pyrosis, ni irritation pharyngée matinale, et sa toux n'est pas favorisée par le décubitus. Cependant dans 75 p. 100 des cas, le RGO est silencieux. En l'absence de signe évident d'orientation, ce diagnostic n'est évoqué qu'après avoir exclu un jetage postérieur, une hyperactivité bronchique et un asthme ;

– une **cause plus rare** – cancers, tuberculose et autres affections pleuropulmonaires – n'est pas envisagée d'emblée dans la mesure où il n'y a ni altération de l'état général, ni hémoptysie, ni fièvre. Toutefois, ces diagnostics pourraient être de découverte fortuite à l'occasion d'un bilan radiographique ;

– l'éventualité d'une toux d'**origine psychique** ou dite « habituelle » doit demeurer un diagnostic d'exclusion et ne sera envisagée qu'après échec des traitements d'épreuve et d'éventuelles autres explorations comme un examen ORL.

Que pensez-vous de l'automédication de Monsieur T. par la pholcodine ?

Il est compréhensible de vouloir soulager sa toux par un traitement symptomatique. Si les fluidifiants n'ont aucune place, les antitussifs à visée symptomatique peuvent être utiles, même si leur efficacité repose encore sur des niveaux de preuve insuffisants. Seules les toux très productives ne doivent pas être inhibées. Parmi les antitussifs, les opiacés sont les plus utilisés : codéine (50 à 100 mg/j), pholcodine ou dextrométhorphan. Ces médicaments agissent

au niveau du système nerveux central pour inhiber les réflexes de toux. Il est préférable de prévenir le patient des effets indésirables possibles : somnolence, nausées, constipations, dépression respiratoire. Leurs contre-indications sont l'insuffisance respiratoire, la crise d'asthme, les agonistes-antagonistes morphiniques (buprénorphine).

Les sirops associant plusieurs substances augmentent le risque d'effets indésirables sans gain d'efficacité.

Des explorations complémentaires sont-elles nécessaires ?

En l'absence de fièvre et de signes à l'auscultation, une **radiographie pulmonaire** n'est pas utile pour préciser le diagnostic dans un premier temps. Dans ce contexte de syndrome post-infectieux sans signe d'appel, 97 p. 100 des radiographies des poumons réalisées sont normales. Toutefois, c'est l'occasion chez Monsieur T. âgé de plus de 40 ans et qui

fume, d'en envisager une à titre de dépistage et de référence.

En cas de doute concernant une coqueluche, le diagnostic repose, chez l'adulte et l'enfant, sur la **PCR** réalisée à partir d'une aspiration nasopharyngée. Toutefois, la toux dure depuis plus de 3 semaines. Il est trop tard pour faire un diagnostic direct par PCR. Il faudra,

le cas échéant, faire un diagnostic indirect en pratiquant une PCR sur les cas secondaires qu'il aurait contaminés. La sérologie n'est actuellement plus recommandée car les résultats obtenus sont ininterprétables.

Les **EFR avec test de réversibilité** sont inutiles à ce stade. En revanche, l'utilisation d'un débit de pointe, ou *peak flow*, est une aide à l'examen clinique. On peut également demander au patient de le réaliser lui-même et de noter le meilleur des trois essais effectués matin et soir, en position debout. Une variabilité

des mesures du *peak flow* de plus de 20 p. 100 est en faveur du diagnostic d'asthme alors que dans l'hyperréactivité bronchique isolée, on n'observe pas de variation significative. Le spiromètre électronique portatif (Piko 6[®]), de petite taille, utilisable à domicile ou au lit du malade, permet également de suspecter un trouble ventilatoire obstructif (VEMS/VEM6 < 0,7). Toutefois, la sensibilité de ce test, dépendante de la bonne exécution de la manœuvre expiratoire pendant 6 secondes, est assez faible en pratique courante.

Quelles hypothèses diagnostiques retenez-vous ?

Malgré l'absence de terrain et de signes auscultatoires évocateurs, la durée de la toux, l'existence d'épisodes antérieurs, d'une majoration de la toux sous codéine avec recrudescence nocturne évoquent une **hyperréactivité bronchique correspondant à un équivalent asthmatique**.

On ne peut exclure la possibilité d'un jetage postérieur malgré la négativité de l'examen ORL

et celle d'un RGO sans signes digestifs. Ces hypothèses ne seront confirmées que si l'on observe une bonne réponse au traitement d'épreuve du jetage postérieur et/ou du RGO. Cette approche constitue le *gold standard* de la prise en charge des toux persistantes selon l'American Collège of Chest Physicians.

Que dites-vous au patient ? Quel traitement lui proposez-vous ?

On explique au patient qu'il est possible que plusieurs causes intriquées soient à l'origine de sa toux persistante, la plus probable étant une hyperréactivité bronchique correspondant à un équivalent asthmatique. Si Monsieur T. en exprime le besoin, on lui explique, schéma à l'appui, le mécanisme de l'inflammation bronchique et la bronchoconstriction.

On l'informe que pour conforter cette hypothèse diagnostique, il est nécessaire d'effectuer un **test thérapeutique**. On lui propose des corticostéroïdes inhalés à dose moyenne pendant 2 à 3 semaines : budésonide, dipropionate de béclométhasone ou fluticasone. Il est important de montrer la technique d'inhalation, facilitée par les dispositifs, Aerolizer[®], Autohaler[®], Diskus[®], Turbuhaler[®].

La résolution de la toux peut prendre plus de 3 semaines, qu'il faudra attendre avant de tester d'autres hypothèses. En effet un test thérapeutique pour un éventuel RGO (inhibiteur de la pompe à protons pendant plusieurs mois, modifications hygiéno-diététiques) est possible mais n'est pas envisageable en même temps que les corticoïdes, car en cas de succès, on ne saurait lequel des traitements a été efficace.

Il est important d'expliquer à Monsieur T. qu'il doit arrêter le sirop de pholcodine, qui n'a pas d'effet sur sa toux tout en gardant ses potentiels effets indésirables. Si le diagnostic d'asthme est confirmé, les sirops antitussifs lui seront fortement déconseillés.

C'est aussi, bien entendu, l'occasion d'évoquer à nouveau avec lui l'**arrêt du tabac**. Des substituts nicotiques peuvent être envisagés, mais il faudra, compte tenu de sa consommation, évaluer sa dépendance nicotinique (par un test de Fagerström).

Quinze jours plus tard, Monsieur T. revient et indique que son état s'est amélioré en quelques jours et qu'il n'a pas fait de radiographie des poumons.

Ce test thérapeutique a permis de confirmer l'étiologie de sa toux. Il faudra proposer au patient de réaliser des **EFR** pour objectiver ce diagnostic d'asthme. En cas de récurrence, il pourra recommencer le même traitement. Il n'est pas utile d'envisager un traitement de fond dans l'immédiat.

En cas d'échec et à symptomatologie inchangée, il aurait fallu reprendre la démarche diagnostique pas à pas avec des épreuves thérapeutiques en fonction des hypothèses évoquées plus haut.

BIBLIOGRAPHIE

- GILBERG S, PARTOUCHE H. Toux persistantes et coqueluche de l'adulte en médecine générale. *Med Mal Infect*, 2001, 31 (Suppl. 1) : 56-62.
- HCSP. Rapport relatif à la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas de coqueluche. 2008. Disponible sur le site www.hcsp.fr.
- IRWIN RS. Chronic cough due to gastroesophageal reflux disease : ACCP evidence-based clinical practice guidelines. *Chest*, 2006, 129 : 80-94.
- IRWIN RS, MADISON M. The diagnosis and treatment of cough. *N Engl J Med*, 2000, 343 : 1715-1721.
- LUSUARDI M, DE BENEDETTO F, PAGGIARO P et al. A randomized controlled trial on office spirometry in asthma and COPD in standard general practice: data from spirometry in Asthma and COPD : a comparative evaluation Italian study. *Chest*, 2006, 129 : 844-852.
- PERIE S, ABITBOL P, MASSE G et al. Approche diagnostique et prise en charge initiales de la toux native par le médecin généraliste. *Rev Pneumol Clin*, 2006, 62 : 320-329.
- PRATTER MR, BRIGHTLING CE, BOULET LP, IRWIN RS. An empiric integrative approach to the management of cough : ACCP evidence-based clinical practice guideline. *Chest*, 2006, 129 : 222-231.
- PRESCRIRE RÉDACTION. Toux gênantes. *Rev Prescr*, 2008, 299 : 676-677.
- SMITH SM, SCHROEDER K, FAHEY T. Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings. *Cochrane Database Syst Rev*, 2008, 23 : CD001831. DOI : 10.1002/14651858.CD001831.pub3.

CAS N° 6

Monsieur B. a un mal de gorge qui traîne

Monsieur B., 28 ans, instituteur, marié, sans enfant, consulte pour un mal de gorge persistant. Il a eu, 6 jours auparavant, des douleurs pharyngées d'apparition brutale et d'intensité moyenne gênant la déglutition, associées à une fièvre à 39,5 °C et une rhinorrhée d'abord hydrique puis purulente. Un médecin, consulté en urgence, a diagnostiqué une angine et prescrit, sans test diagnostic rapide (TDR) préalable, de l'amoxicilline, 2 g/j pendant 6 jours ainsi que du paracétamol, 3 g/j. Vous revoyez Monsieur B. 5 jours après le début de la prise des antibiotiques. Il se plaint toujours d'une dysphagie accompagnée d'une fièvre à 38,3 °C. Il signale également une asthénie qui s'est installée progressivement.

L'examen trouve une rougeur diffuse de tout l'oropharynx : amygdales, piliers, voile et paroi postérieure, et des adénopathies cervicales et sous-angulomaxillaires bilatérales modérément sensibles. L'interrogatoire ne relève aucun antécédent personnel ou familial notable, le calendrier vaccinal est à jour. Monsieur B. fume environ 10 cigarettes par jour depuis 11 ans.

Quelles sont les hypothèses diagnostiques ?

Monsieur B. présente un mal de gorge fébrile qui persiste malgré une antibiothérapie prescrite pour une angine. On doit évoquer :

- un **éventuel échec du traitement**, en supposant que le patient présentait bien une angine bactérienne ;
- une **infection pharyngée d'origine virale**. Si l'on tient compte du score diagnostique clinique méthodique

de Mac Isaac (Tableau I), le diagnostic d'angine à streptocoque β -hémolytique du groupe A (SGA) est incertain chez notre patient – score calculé à 3, soit un risque d'infection à SGA de 28 à 35 p. 100, un score à 4 ou plus étant associé à un risque d'infection de 51 à 53 p. 100 ;

- une **cause non infectieuse** de pharyngite persistante.

Tableau I – Score diagnostique clinique méthodique de Mac Isaac

(D'après Mac Isaac WJ et al. The validity of a sore throat score in family practice. CMAJ, 2000, 163 : 811-815.)

Critères cliniques	Calcul du score
Fièvre > 38 °C	1 point
Absence de toux ou de rhinite	1 point
Adénopathies cervicales antérieures sensibles	1 point
Atteinte amygdalienne (amygdalite et/ou exsudat)	1 point
Âge : 3 à 14 ans	1 point
Âge : 15 à 44 ans	0 point
Âge : supérieur à 45 ans	- 1 point
Total	0-1 : angine à SGA peu probable 2-3 : douteux ≥ 4 : forte suspicion

S'agit-il d'un échec de l'antibiothérapie ?

Le traitement antibiotique a-t-il été pris correctement ?

La prescription d'amoxicilline pendant 6 jours est conforme aux recommandations du traitement d'une angine supposée bactérienne, la persistance des symptômes après 3 jours de traitement définissant une situation d'échec thérapeutique. Il faut savoir si l'observance a été conforme à la prescription et si le patient a pris un antibiotique antérieurement.

Peut-il s'agir d'une résistance à l'amoxicilline ?

C'est peu probable, car le SGA est très sensible à l'amoxicilline. Les taux d'échec microbiologique de cet antibiotique sont très faibles, comparables à ceux de la pénicilline V pendant 10 jours.

Peut-il s'agir d'une infection due à une autre bactérie que le streptocoque A ?

Le SGA représente 10 à 25 p. 100 des causes d'angine chez l'adulte. D'autres streptocoques β -hémolytiques (C et G) peuvent être en cause plus rarement. D'autres

bactéries retrouvées dans les prélèvements de gorge, en général de germes commensaux, n'ont aucun rôle pathogène démontré – *Haemophilus influenzae* et *Parainfluenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *S. pneumoniae*, staphylocoques. Il faut aussi penser au gonocoque ou à la syphilis si l'interrogatoire, mené avec tact, révèle des pratiques sexuelles à risque (en particulier bucogénitales). Toutefois, l'inspection ne montre pas d'amygdalite unilatérale ni d'aspect d'angine ulcéreuse retrouvé également au cours d'une angine de Vincent.

Nous ne retrouvons pas non plus à l'examen de fausses membranes d'angine pseudo-membraneuse devant faire évoquer une mononucléose infectieuse, voire une forme modérée d'une exceptionnelle angine diphtérique. Cette dernière éventualité doit être envisagée si le patient n'est pas vacciné et s'il a séjourné récemment dans un pays où la maladie reste endémique. Ce n'est pas le cas de Monsieur B.

Le rôle d'autres germes dans la pathogénie des angines persistantes, en particulier *Fusobacterium necrophorum* et *Arcanobacterium haemolyticum*, devrait être précisé par des études.

Fallait-il donner un antibiotique ?

Dans la prise en charge d'un patient ayant une angine, l'antibiothérapie vise à éradiquer le SGA, principale bactérie responsable, et à diminuer ainsi sa dissémination à l'entourage. Immédiate ou différée – jusqu'au 9^e jour d'évolution –, l'antibiothérapie a pour objectif de raccourcir la durée des symptômes de 24 heures en moyenne, et de prévenir les complications – le rhumatisme articulaire aigu et la glomérulonéphrite aiguë étant devenus exceptionnels en Europe. Il n'est pas prouvé que l'antibiothérapie prévienne des complications suppuratives locales. Elle n'est toutefois justifiée que si l'infection bactérienne est fortement suspectée ou documentée par un examen microbiologique – culture d'un prélèvement de gorge ou test de diagnostic rapide (TDR).

La pratique du TDR permet avec une excellente spécificité (plus de 95 p. 100 et jusqu'à 98 p. 100 selon les tests) et une sensibilité variant de 70 à 90 p. 100, selon la prévalence du germe dans la

population, d'identifier une infection à streptocoque A β -hémolytique. Elle évite souvent une prescription abusive d'antibiotiques, la majorité des angines érythémateuses ou érythémato-pultacées étant d'origine virale.

Ce test n'a pas été fait, sans doute parce que le médecin appelé ne disposait pas du « kit » en visite. Une démarche tenant compte du score clinique méthodique aurait sans doute conduit à ne pas prescrire d'antibiotique. Cinq jours après l'arrêt du traitement par amoxicilline, la pratique du TDR a peu d'intérêt compte tenu du tableau clinique initial en faveur d'une origine virale. Si toutefois il était réalisé et positif, cela signifierait que le patient est soit porteur sain du SGA, soit qu'il a eu une infection à SGA correctement traitée mais avec réinfection par un sujet contact de son entourage.

Quoi qu'il en soit, on ne trouve pas d'argument qui justifiait la prescription d'antibiotiques pour Monsieur B.

Est-ce une infection virale ? Si oui, laquelle ?

Chez l'adulte, la très grande majorité des **angines** – 80 à 90 p. 100 – et des **pharyngites** sont **d'origine virale** – adénovirus, coronavirus, virus *Para-influenzae*, virus respiratoire syncytial, myxovirus, virus *Influenzae*, etc. Pour autant, la fièvre et la symptomatologie pharyngée persistante depuis 6 jours, associées à une asthénie récente chez cet homme de 28 ans dont on ne connaît ni le mode de vie ni les antécédents en dehors de ce qu'il vient de vous dire, doit alerter.

Les autres étiologies virales à envisager sont :

- une **mononucléose infectieuse (MNI)**, souvent retrouvée en cas d'angine persistante. L'association d'une atteinte amygdalienne et pharyngée, d'une fièvre persistante et d'une asthénie est compatible avec ce diagnostic. Mais le patient n'a pas de rash cutané lié à l'infection par le virus d'Epstein-Barr ou provoqué par la prise d'amoxicilline. De plus l'aspect pseudo-membraneux, habituel au cours des MNI, fait défaut chez Monsieur B. ;

- une **primo-infection à VIH** associant, 15 à 20 jours après la contamination, une pharyngite – présente dans plus de 70 p. 100 des cas – et un syndrome pseudo-grippal avec fièvre, céphalées, asthénie, rash

cutané du tronc et adénopathies multiples. Le tableau clinique de Monsieur B. est compatible. Il est bien délicat d'aborder, au cours d'une consultation pour une plainte a priori éloignée des pratiques sexuelles, le problème des prises de risques vis-à-vis du VIH. C'est pourtant indispensable pour ce patient. Il faut le faire avec tact et délicatesse en lui demandant s'il estime avoir pris des risques au cours de rapports sexuels, si dans ce cas il utilise régulièrement des préservatifs et s'il a déjà fait une sérologie VIH. Ces questions vont évidemment faire naître une certaine inquiétude d'autant plus que le patient aura, un jour ou l'autre, pris un risque sexuel. Il faut donc consacrer quelques minutes à le rassurer en lui expliquant que cette hypothèse fait partie d'autres possibilités et qu'il est préférable de faire cette sérologie d'autant plus qu'elle est désormais conseillée en dépistage systématique ;

- une **infection à cytomégalovirus (CMV)**. En général, la pharyngite est au second plan derrière un tableau de fièvre persistante avec asthénie. Ce n'est pas le cas pour Monsieur B. ;

- une **infection à herpès virus (HSV)** ou à coxsackie sont peu plausibles en l'absence de vésicules.

Quels éléments de l'interrogatoire et de l'examen clinique vous orienteraient plutôt vers une cause non infectieuse de pharyngite persistante ?

La persistance de la fièvre dans ce contexte est plus en faveur d'une cause infectieuse. Toutefois, si aucune cause infectieuse n'est trouvée et que les douleurs pharyngées persistent, il faudra évoquer des causes locales ou générales, de pharyngites persistantes. Elles sont nombreuses.

L'interrogatoire recherche :

- des antécédents ORL particuliers : rhinite allergique épisodique ou chronique, épisodes fréquents de sinusite ;

- d'autres manifestations allergiques ;

- une exposition au tabac, à la poussière, aux irritants domestiques ou professionnels ;

- un surmenage vocal ;

- une consommation abusive d'alcool ;

- des troubles digestifs – gastrite, reflux gastro-œsophagien.

L'examen ORL recherche en particulier :

- un jetage postérieur avec raclement matinal au décours d'une sinusite ou d'une rhinite chronique pouvant être responsable de douleurs pharyngées ;

- une anomalie de la langue, du cavum et du pharynx ;

- un dysfonctionnement temporo-mandibulaire ;

- des adénopathies cervicales suspectes ;

- une anomalie thyroïdienne – nodule, cancer, thyroïdite.

L'examen général recherche :

- une anémie, des polyadénopathies, une splénomégalie, des pétéchies, un purpura, une gingivite suggérant une éventuelle hémopathie révélée par une angine qui traîne, voire une immunodépression acquise ;

- une éruption cutanée, des arthralgies dans le cadre d'un rhumatisme inflammatoire, maladie de Still en particulier.

Bien entendu, toute pharyngite persistante justifie un examen complet par un ORL et en particulier, une laryngoscopie, surtout si le patient est fumeur.

Monsieur B. a correctement pris son traitement. Il n'a pas pris d'autres antibiotiques récemment. Il n'a pas d'antécédents ORL, en particulier pas d'angines à répétition, mais

dit être souvent enrhumé l'hiver. Il n'a pas de consommation abusive d'alcool, et pense ne pas avoir pris de risque vis-à-vis du VIH mais n'a jamais fait de sérologie. L'interrogatoire ne retrouve pas de notion de RGO et l'examen clinique ne met en évidence aucun signe de sinusite. La thyroïde est palpée,

non douloureuse, sans nodules, les aires ganglionnaires cervicales basses sont libres. Monsieur B. force souvent sa voix en classe mais n'a pas eu d'extinction de voix et supporte bien la poussière de craie. Toutefois, sa douleur pharyngée lui semble très inhabituelle.

Quels examens complémentaires vous semblent utiles à ce stade ?

L'interrogatoire et l'examen clinique orientent vers une infection virale. Devant la persistance de la symptomatologie et étant donnée l'asthénie, il est nécessaire de préciser le diagnostic.

Les examens utiles sont :

- une NFS et une CRP qui permettent de renseigner sur le caractère, viral ou bactérien, de l'infection ;
- une sérologie EBV (virus d'Epstein-Barr) et une sérologie CMV : la technique ELISA permet de faire le diagnostic d'infection récente – IgM anti-VCA et IgM anti-CMV respectivement ;
- si le patient estime avoir pris un risque récent vis-à-vis du VIH, il faut également demander une sérologie VIH (test combiné de 4^e génération), qui comprend actuellement un seul réactif de type ELISA à lecture objective permettant la détection combinée des anticorps anti-VIH-1 et 2 et de l'Ag p24 du VIH-1 avec un seuil minimal de détection de l'antigène p24 du VIH-1 de 2 UI/ml. Une antigénémie p24 positive témoignerait d'une

primo-infection. Un test de confirmation, immunoblot ou Western blot, devrait être alors réalisé sur le premier ou le deuxième échantillon prélevé pour écarter toute erreur d'identification. En fonction des résultats ou de la suspicion de syndrome de primo-infection, des analyses supplémentaires peuvent être réalisées telles que la quantification de l'ARN-VIH plasmatique.

Une sérologie VIH peut être proposée également en cas de notion d'épisodes répétés ou en cas d'évolution défavorable de la symptomatologie, même si le patient estime ne pas avoir pris de risque.

Un prélèvement de gorge pour culture aurait été utile si l'on avait eu une forte suspicion d'angine bactérienne persistante. Ce n'est pas le cas de Monsieur B.

Un bilan ORL plus poussé avec laryngoscopie n'est pas indiqué à ce stade chez ce jeune patient non fumeur et n'ayant pas de dysphonie.

Devant ce tableau clinique, des examens d'imagerie du cou (échographie, IRM) ne sont pas indiqués.

En attendant les résultats des examens complémentaires, quel traitement peut-on proposer ?

Il faut rassurer le patient en lui disant qu'il sera rapidement soulagé et l'informer du caractère probablement viral de sa pharyngite. Il est important de prendre du temps pour écouter ses craintes et en tenir compte dans la démarche diagnostique. On en profite pour lui expliquer pourquoi les antibiotiques ont été inefficaces.

On explique à Monsieur B. qu'un bilan sanguin est nécessaire pour préciser le diagnostic. On lui propose de profiter de l'occasion pour faire une sérologie VIH.

On peut lui proposer du paracétamol à prendre régulièrement à la dose de 4 g/j, associé éventuellement à de l'ibuprofène 400 mg, 3 à 4 comprimés par jour pendant 3 à 5 jours. Certaines « pastilles pour la gorge » à visée antalgique sont appréciées des patients. Toutefois, l'effet « calmant » escompté peut

être obtenu aussi en conseillant de sucer des bonbons au miel et de boire des boissons chaudes. Il convient de surveiller l'évolution de la symptomatologie. Il faut donc demander au patient d'appeler ou, mieux, de venir consulter à nouveau dans les 72 heures avec les résultats des examens.

Monsieur B. revient 3 jours plus tard. Sa numération formule sanguine montre une discrète lymphocytose à 4 200/ml sans thrombopénie, avec une CRP à 5. Les sérologies sont en faveur d'une immunité ancienne contre l'EBV et le CMV. Le patient a accepté de faire une sérologie VIH, qui est négative. Il est apyrétique depuis 2 jours, son pharynx est moins douloureux et les adénopathies moins sensibles. Enfin, on ne note aucune complication de surinfection, en particulier ni otite moyenne aiguë ni sinusite.

Que dire au patient à la fin de cette deuxième consultation ?

Monsieur B. a donc présenté une pharyngite persistante d'origine virale. Le virus en cause n'a pu être identifié, comme c'est souvent le cas.

Il importe, au cours de cette deuxième consultation, de rassurer le patient sur l'origine de sa fatigue et de sa pharyngite. Le surmenage vocal, la poussière de craie dans la salle de classe et les épisodes fréquents de rhinite ont pu modifier l'évolution, en principe plus rapidement favorable, de sa pharyngite. Il n'est pas impossible qu'il souffre à nouveau de douleurs pharyngées persistantes au décours d'une virose. Des

conseils de bon sens (aérer la classe, éviter de forcer la voix) et un traitement de fond (lavage à l'eau de mer, soufre, antihistaminique) peuvent être proposés.

D'autre part on en profitera pour vérifier son statut vaccinal. À 28 ans, il devrait avoir eu un rappel décennal dTPca. Il faudra aussi s'assurer qu'il a bien reçu deux doses de vaccins contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. On essayera de préciser ses antécédents de varicelle en envisageant une vaccination après contrôle sérologique au cas où il pense ne pas avoir eu cette maladie.

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTÉ. Antibiothérapie par voie générale en pratique courante : infections respiratoires hautes de l'adulte et de l'enfant. Angines aiguës. Réactualisation. Paris, AFSSAPS, septembre 2005.

BISNO AL, GERBER MA, GWALTNEY JM et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. *Clin Infect Dis*, 2002, 35 : 113-125.

DGS-ARNS YENI. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Recommandations du

groupe d'experts – ministère de la Santé et des Sports. Documentation française, 2010. Consultable sur le site www.sante.gouv.fr.

GARRETT CG, COHEN SM. Otolaryngological perspective on patients with throat symptoms and laryngeal irritation. *Curr Gastroenterol Rep*, 2008, 10 : 195-199.

MATTHYS J, DE MEYERE M, VAN DRIEL ML, DE SUTTER A. Differences among international pharyngitis guidelines : not just academic. *Ann Fam Med*, 2007, 5 : 436-443.

WESSELS MR. Streptococcal pharyngitis. *N Engl J Med*, 2011, 364 : 648-55.

CAS N° 7

Madame M. a des douleurs abdominales en bas à droite

Madame Géraldine M., âgée de 32 ans, vient vous consulter pour des douleurs abdominales « en bas et à droite ». Elle craint une crise d'appendicite aiguë. Cette jeune femme, mère de deux enfants âgés de 3 et 5 ans, vous explique que les douleurs durent depuis 3 jours, augmentent régulièrement d'intensité et l'inquiètent. Elle a prévu des vacances 1 semaine plus tard et a peur de ne pas pouvoir partir. Vous apprenez qu'elle porte un stérilet en cuivre depuis 2 ans, que ses dernières règles sont normalement survenues une quinzaine de jours auparavant. Elle n'a pas d'antécédent médical ou chirurgical particulier.

Quels diagnostics évoquer ?

Les patients souffrant d'une douleur abdominale, a fortiori « en bas et à droite », redoutent très souvent une **appendicite**. Il faut pouvoir écarter rapidement ce diagnostic, de même qu'une **grossesse extra-utérine** (GEU) et une **salpingite** chez cette femme porteuse d'un stérilet. Il faut aussi écarter les autres causes les plus courantes relevant d'une prise en charge urgente : pathologie liée à un kyste de l'ovaire, lithiasse des voies urinaires, infection urinaire haute, hernie étranglée.

Il convient ensuite d'envisager une **colopathie fonctionnelle** – représentant la moitié des plaintes

d'origine intestinale en soins primaires ou une gastroentérite aiguë au stade précoce.

Il faut enfin garder présent à l'esprit d'autres hypothèses moins probables mais possibles : une maladie inflammatoire intestinale au stade précoce, une hernie inguinale ou crurale débutante.

Malgré la localisation de la douleur on ne peut pas exclure totalement un problème digestif aigu : cholécystite, occlusion, ulcère gastroduodénal, pancréatite.

En l'absence d'orientation, il faut penser à une douleur projetée, en particulier d'origine rachidienne, rétro-péritonéale, voire vasculaire.

Quelles informations complémentaires contribuent au diagnostic ?

Présence de signes associés

– Une fièvre à 38 °C peut orienter vers une pathologie infectieuse, essentiellement une crise appendiculaire, une infection urinaire ou gynécologique. Une sigmoïdite diverticulaire est peu probable compte tenu de l'âge de la patiente et de la localisation de la douleur ;

– un trouble du transit à type de constipation récente est autant en faveur d'une appendicite que d'une colopathie ;

– la modification des selles en fréquence et en forme oriente vers une colopathie fonctionnelle ou une gastroentérite (selles molles fréquentes) ;

– un épisode de rectorragies peut évoquer une maladie inflammatoire – Crohn ou rectocolite hémorragique –, plus rarement compte tenu de son âge un polype ou un cancer, mais il peut aussi s'agir d'hémorroïdes ;

– l'existence de nausées ou de vomissements plaide également en faveur du diagnostic d'appendicite aiguë ou de gastroentérite. Toutefois ces symptômes peuvent être présents au cours des crises de colique néphrétique ;

– les sensations de gaz, de ballonnement, plutôt évocatrices d'une colopathie, n'excluent aucun diagnostic, car la douleur entraîne souvent un ralentissement du transit ;

- la présence de signes urinaires (brûlures mictionnelles, pollakiurie diurne et nocturne, hématurie) est en faveur d'une pathologie urinaire – infection des voies urinaires, lithiasie ;

- des symptômes gynécologiques, en particulier des leucorrhées, font évoquer une infection. La présence d'un stérilet nous rendra d'autant plus méfiant, toutefois les infections sont plus à craindre dans les jours qui suivent la pose ou le retrait : plus de 90 p. 100 d'entre elles surviennent dans les 20 jours qui suivent la pose. En cas de leucorrhées inhabituelles, on doit évoquer, avec tact, d'éventuels rapports sexuels avec un partenaire inhabituel, à la recherche d'une infection sexuellement transmissible (IST). La patiente ne signalant pas de métrorragies, et ses dernières règles étant survenues à leur période normale, 2 semaines auparavant, une grossesse extra-utérine (GEU) est peu probable mais non exclue.

Siège de la douleur, son irradiation et sa migration

- Classiquement, une douleur localisée à la fosse iliaque droite est évocatrice d'une appendicite aiguë, d'autant plus que la douleur a précédemment migré depuis l'épigastre ou la région péri-ombilicale. Les autres causes de douleurs situées à la fosse iliaque droite peuvent être d'origine rénale – colique néphrétique, pyélonéphrite – ou gynécologique – grossesse extra-utérine, kyste de l'ovaire, torsion de l'ovaire, salpingite ;

- située au flanc droit, elle évoque un problème colique, surtout si la douleur se diffuse le long du cadre colique. Il faut également penser à une origine biliaire (cholécystite, lithiasie biliaire), hépatique (abcès, hépatite, nodules hépatiques), pulmonaire ou rénal ;

- irradiant vers la région lombaire, elle doit faire rechercher un problème urologique – colique néphrétique ou infection urinaire.

Caractère de la douleur

- Des douleurs à type de spasmes, plutôt matinaux ou post-prandiaux, cédant la nuit, et surtout soulagés par la défécation évoquent un trouble fonctionnel intestinal ;

- des paroxysmes douloureux, sur un fond algique permanent non soulagé par le repos ou le

sommeil, feront penser à une cause infectieuse, une lithiasie rénale ou hépatique ;

- une douleur d'origine ovarienne (rupture, torsion ou augmentation de taille d'un kyste) est en général plutôt intense, de topographie assez localisée. Il faudra toutefois garder à l'esprit l'hypothèse d'une torsion d'ovaire chez cette femme jeune, car le retard au diagnostic peut entraîner des dommages irréversibles ;

- une douleur provoquée par un effort de toux, de défécation ou à la marche peut être aussi bien d'origine vertébrale que herniaire.

L'**intensité de la douleur** renseigne également, modifiant souvent la présentation du patient. Un patient détendu lorsqu'il évoque sa douleur a moins de risque de présenter un problème organique aigu que celui qui se tord devant nous. Toutefois, il n'est pas rare de constater chez certains patients une discordance entre la plainte et le tableau clinique constaté.

Il est utile à ce stade d'évaluer et de prendre note de l'intensité initiale de la douleur en utilisant, par exemple, une échelle visuelle analogique (EVA).

Terrain psychique

Il faut rechercher si la patiente est surmenée, stressée, anxieuse, dépressive, si elle a des troubles du sommeil. Ces éléments orientent vers une somatisation de souffrance psychique, mais peuvent aussi contribuer à déclencher une crise douloureuse de colopathie. Pour autant, ce n'est qu'un élément d'orientation, ce diagnostic ne pouvant être qu'un diagnostic d'exclusion.

Comportement alimentaire et habitudes de vie

Une erreur diététique manifeste peut avoir favorisé les douleurs : repas trop rapides ou trop gras, excès de crudités, d'épices, de café, de boissons gazeuses, etc. De même une activité trop sédentaire peut favoriser une constipation.

On doit systématiquement évoquer une IST, en particulier une salpingite à *Chlamydiae trachomatis* sans autre manifestation que la douleur abdominale, chez cette femme jeune, d'autant plus si elle vous confie avoir « pris des risques ».

Qu'apporte l'examen clinique ?

La **palpation abdominale** permet de rassurer la patiente tout en continuant l'interrogatoire. La douceur du geste, main réchauffée, est importante. On vérifie l'absence de masse, on recherche une douleur provoquée, un « gargouillis », des gaz et, bien entendu, une réaction pariétale – douleur à la

décompression voire une défense – pour détecter une irritation péritonéale. Tout le cadre colique doit être examiné, ainsi que les fosses lombaires, l'hypocondre droit et gauche. On s'attardera sur les orifices herniaires, cruraux et inguinaux à la recherche d'une hernie.

Les **touchers pelviens** sont indiqués lorsque l’origine de la douleur n’est pas clairement identifiée par la palpation. On recherche une masse et/ou une douleur latéro-vaginale ou au cul-de-sac de Douglas. Il est fréquent qu’une patiente dise avoir récemment vu sa gynécologue ou préférer que l’examen soit fait par elle, ne comprenant pas l’importance d’évaluer à ce moment une possible origine gynécologique de ses troubles. Il convient alors d’expliquer en quoi cet examen est indispensable pour prendre une décision.

Un examen général complète ces investigations. On prend la température si la patiente ne l’a pas fait auparavant.

Madame M. présente une douleur, plutôt spasmodique, qui siège au niveau de la fosse iliaque droite. Son intensité est qualifiée d’assez forte, mais varie dans la journée sans qu’elle puisse préciser les moments où elle est la plus vive. La douleur ne la réveille pas la nuit, mais la gêne le soir quand elle se couche et est présente dès le réveil. Elle ne se plaint d’aucun autre symptôme anormal – ni nausées, ni amaigrissement, ni asthénie, ni trouble du transit. Elle n’a aucun signe fonctionnel urinaire ou gynécologique. L’examen clinique trouve à la palpation une sensibilité de la fosse iliaque droite sans défense. L’examen pelvien est normal et il n’y a pas de fièvre. Elle convient qu’elle est un peu surmenée par ses enfants en bas âge. Elle signale enfin qu’elle a déjà ressenti plusieurs fois ce type de douleurs.

Des examens complémentaires sont-ils nécessaires ?

L’interrogatoire et l’examen clinique évoquent des douleurs abdominales probablement en rapport avec une colopathie fonctionnelle malgré l’absence de gaz ou de gargouillis à la palpation. La douleur étant localisée à la fosse iliaque droite, des examens complémentaires peuvent conforter notre hypothèse et contribuer à écarter celle d’une appendicite aiguë. Toutefois, en cas de persistance de la douleur, une surveillance clinique est indispensable, permettant de réexaminer la patiente 6 à 12 heures plus tard pour repérer une éventuelle évolution des signes cliniques.

Tester les urines par une **bandelette urinaire** est un geste facile et rapide qui permet, en raison de sa très bonne valeur prédictive négative, d’écarter une infection urinaire. La présence isolée de sang peut faire évoquer une lithiasie. Un test positif justifierait, dans ce contexte, de demander un examen cytotabac-tériologique des urines (ECBU).

La **NFS** et la **CRP** doivent faire partie de l’évaluation clinique d’une douleur aiguë de la fosse iliaque droite sans diagnostic précis. Le résultat est obtenu très rapidement. Une hyperleucocytose inférieure à 10 000 éléments par microlitre est l’un des trois arguments qui, avec l’absence de réaction pariétale et de fièvre, contribuent à écarter le diagnostic d’appendicite (valeur prédictive négative de 100 p. 100 selon Flamant). Des scores plus récents ont été construits à partir des données clinico-biologiques de patients consultant aux urgences (Tableaux I et II). Ils permettent d’éviter des appendicectomies inutiles (évaluées à 25 p. 100 des appendicectomies selon une étude) et de limiter les indications d’imagerie aux cas douteux.

L’échographie abdominale est l’examen de première intention en cas de doute de diagnostic

Tableau I – Score d’Alvarado-Anderson (D’après Andersson M, Andersson RE. World J Surg, 2008, 32 : 1843-1849.)	
Vomissements	0/1
Douleur en fosse iliaque droite	0/1
Défense en fosse iliaque droite (FID)	
Absente	0
Faible	1
Modérée	2
Importante	3
Température ≥ 38,5 °C	0/1
GB ≥10 000/mm ³ et ≤ 14 900/mm ³	1
GB ≥15 000/mm ³	2
Neutrophiles 70-84 p. 100	1
Neutrophiles ≥ 85 p. 100	2
CRP : 10-49	1
CRP ≥ 50	2
Total (somme arithmétique)	
Appendicite probable si score ≥ 8 Pas d’appendicite si score ≤ 5 Doute diagnostique entre 5 et 8	

d’appendicite. Elle recherche un épaississement circonférentiel de la paroi appendiculaire et un diamètre supérieur à 6 mm. Sa sensibilité aux urgences est de 83 p. 100 et sa spécificité de 93 p. 100. Elle contribue également à écarter une anomalie ovarienne ou

Tableau II – Score de François

(D'après François Y, Bonvoisin S, Descos L, Vignal J. Prospective study of a predictive scoring system for the diagnosis of appendicitis in patients with right lower quadrant pain. Long-term outcome. Gastroenterol Clin Biol, 1991, 15 : 794-799.)

Signes en faveur du diagnostic d'appendicite		Signes contre le diagnostic d'appendicite	
Sexe masculin	+2	Sexe féminin	-1
Âge ≥ 50 ans	+3	Âge 20 à 39 ans	-1
Durée des symptômes		Durée des symptômes	
36 h	+2	3 jours ou plus	-3
48 h	+1		
		Masse rectale droite	-3
Existence d'une défense	+3	Absence de défense	-3
Leucocytes > 13 000/mm ³	+2	Leucocytes < 10 000/mm ³	-3
		Signes génito-urinaires	-3
Total (score global : somme arithmétique des signes décrits, sinon nul)			
Appendicite probable si score ≥ 2			
Pas d'appendicite si score ≤ -6			
Doute diagnostique entre -2 et +2			

pelvienne, mais cela implique de pouvoir disposer d'un opérateur entraîné disponible en proximité.

La tomodensitométrie abdominale a une meilleure précision pour le diagnostic d'appendicite que l'échographie. Elle doit être demandée si possible en deuxième intention, après l'échographie. Dans une méta-analyse sa sensibilité et sa spécificité étaient de 94 p. 100. Elle permet de réduire le nombre d'appendicectomies inutiles de 25 p. 100 à 13 p. 100.

Un **test de grossesse**, urinaire ou par dosage plasmatique des β -HCG, est systématiquement demandé dans un contexte d'urgence. Chez notre patiente, l'hypothèse d'une GEU semble peu probable compte tenu de la date précise des dernières règles, de l'absence de métrorragies et de

l'existence d'un diagnostic alternatif plus probable. Toutefois, la prudence doit nous conduire à prescrire volontiers cet examen, en particulier en l'absence d'orientation chez une patiente vue pour la première fois.

La présence de leucorrhées ou la suspicion d'une IST en raison du contexte auraient justifié l'examen bactériologique d'un prélèvement vaginal avec recherche de *Chlamydiae trachomatis* par PCR.

La bandelette urinaire est négative. La NFS prescrite en urgence montre 6 200 GB avec 72 p. 100 de neutrophiles, la CRP est à 7 UI/ml. Il n'a pas été jugé utile de prescrire un test de grossesse ou une échographie.

Quel est votre diagnostic ?

Les scores d'Alvaredo-Anderson ou de François sont respectivement inférieurs à 5 et -6, excluant le diagnostic d'appendicite avec une probabilité très faible de se tromper.

Toutefois, ce tableau clinique (sans signe de gravité), la notion d'épisodes antérieurs sous des formes et avec des intensités différentes, la normalité de la NFS et de la CRP, et le contexte de stress familial et

professionnel que rapporte la patiente conduisent à évoquer, sans utiliser les scores mais avec une forte probabilité, le diagnostic de **colopathie fonctionnelle**.

La colopathie fonctionnelle (ou syndrome de l'intestin irritable) sera confirmée si les douleurs abdominales durent plus de trois jours par mois au cours des trois derniers mois avec un soulagement des douleurs

par la défécation et une modification de la fréquence ou de l'aspect des selles (critères de Rome). Le diagnostic est renforcé s'il est accompagné de deux des quatre symptômes suivants : perturbation du transit,

ballonnement abdominal, aggravation des symptômes selon l'alimentation, présence de mucus. Il est fréquent de retrouver des symptômes associés tels que de la fatigue, des nausées, des lombalgies ou des céphalées.

Quel traitement proposer ?

La prise en charge de Madame M. suppose une relation de confiance, la reconnaissance de la réalité de la douleur tout en évitant des explorations complémentaires inutiles. Ces examens peuvent en effet conduire à des découvertes fortuites – lithias biliaire, kyste biliaire, hernie hiatale, kystes rénaux, etc. – sans lien avec la symptomatologie mais générant des angoisses inutiles, pouvant aggraver la symptomatologie.

Les **régimes alimentaires** n'ont pas grand intérêt. Il n'existe aucun argument formel pour proposer d'exclure tel ou tel aliment de façon à soulager les symptômes. Il convient de rester prudent, d'éviter la tendance spontanée de certains patients à suivre des régimes d'exclusion draconiens et de prévenir d'autres troubles du comportement alimentaire. À l'inverse, l'attention portée au régime montre l'intérêt porté à la plainte et à la patiente et contribue à l'amélioration des symptômes. De plus l'enrichissement de l'alimentation en fibres permet d'améliorer le transit et de faire disparaître une constipation, tout comme une bonne hydratation et de l'exercice physique. Il n'est pas rare de constater chez certains patients qui disent aller à la selle une fois par jour une constipation authentique dont l'unique expression est la production de gaz.

Un **traitement symptomatique** peut être proposé. Il demeure empirique et individualisé. Il s'agit aussi

d'un traitement d'épreuve qui contribue à rassurer le patient. Madame M. n'a a priori pas de troubles du transit associés. On lui proposera essentiellement un traitement pour sa douleur abdominale.

Les antispasmodiques sont en pratique clinique efficaces sur la douleur. Leur effet placebo est important et il y a peu d'essais de bonne qualité montrant leur efficacité.

On peut prescrire un antispasmodique musculotrope :

- chlorhydrate de mébévérine 200 mg, 2 fois par jour ;
- maléate de trimébutine 100 mg, 3 fois par jour ;
- bromure de pinavérium 50 mg, 3 fois par jour.

Ces médicaments sont en général prescrits pour une période de 7 à 10 jours. Ils peuvent aussi être prescrits sur de longues périodes ou par séquences de 10 à 15 jours par mois suivant les symptômes. Le phloroglucinol peut être utilisé lors des épisodes douloureux aigus.

Certains antispasmodiques anticholinergiques associés à une benzodiazépine comme le bromure de clidinium – chlórdiazépoxide, a priori utiles lorsque la composante anxieuse est au premier plan, sont à éviter car susceptibles d'entraîner une dépendance. Ils ne doivent pas être prescrits en cas de conduite automobile.

Que répondre à la patiente qui vous demande s'il ne serait pas préférable de faire une coloscopie ?

La coloscopie à visée diagnostique a pour objectif de rechercher une tumeur colique, une maladie inflammatoire, des polypes ou des diverticules. Rien, dans son tableau clinique, n'évoque l'un de ces diagnostics. La coloscopie serait indiquée en cas de saignement rectal, de modification des selles ou de la fréquence des selles depuis plus de 6 semaines, de la découverte d'une masse à la palpation ou au toucher rectal. Elle pourrait également être envisagée en cas de perte de poids inexpliquée, d'anémie microcytaire ou d'un syndrome inflammatoire persistant. Il faut le lui dire pour lui faire comprendre l'inutilité de cet examen.

Bien sûr, elle pourrait souhaiter une coloscopie à visée de dépistage. Il faut préciser dans ce cas que cet examen n'est pas sans risque et que les dépistages sont assez ciblés.

Une coloscopie de dépistage est recommandée chez tout apparenté au premier degré d'un malade atteint de cancer colorectal avant 60 ans, ou si les deux parents au premier degré sont atteints d'un cancer colorectal quel que soit l'âge du diagnostic. La coloscopie est alors proposée à partir de 45 ans ou 5 ans avant l'âge du diagnostic du cas index.

Que proposer en cas de persistance des symptômes ?

Il faut dire à Madame M. que la persistance de la douleur ou l'apparition d'un nouveau symptôme justifie de reconsulter. On recherchera alors les signes d'alerte cités plus haut. En l'absence de signes d'alerte, l'investigation cherchera à éliminer les diagnostics différentiels du syndrome de l'intestin irritable, en particulier une maladie cœliaque, une maladie de Crohn atypique ou une colite collagène en cas de symptômes avec diarrhée prédominante ou une constipation chronique si ce symptôme est prédominant.

Après échec d'un traitement symptomatique, un traitement de seconde ligne peut être proposé : un antidépresseur tricyclique comme l'amitriptyline dosée à 10 mg initialement et jusqu'à 30 mg et, en cas d'inefficacité, un inhibiteur de la recapture de la sérotonine, d'autant plus qu'une symptomatologie

anxiodépressive s'est installée avec la chronicité des troubles.

Les benzodiazépines sont à ce stade contre-indiquées en raison du risque élevé de dépendance.

Il convient dans tous les cas de fixer des objectifs réalistes au traitement, en travaillant sur le sens de la douleur et la représentation de la maladie. Il n'est pas rare en effet que la simple prise de conscience du lien entre d'éventuelles difficultés rapportées par la patiente et les symptômes digestifs représente une ébauche thérapeutique.

On pourra envisager ensuite, le moment venu, une **psychothérapie** adaptée à ses capacités : thérapie cognitivo-comportementale, relaxation, hypnose. La réflexologie et l'acupuncture n'ont pas fait preuve de leur efficacité dans cette indication.

BIBLIOGRAPHIE

BERROD JL, LEBOURGEOIS P, MARCOS X. Diagnostic des douleurs abdominales aiguës. *Encycl Méd Chir* (Paris, Elsevier), Gastroentérologie, 9-001-B-10 (2000).

BRETAGNOL F, ZAPPA M, PANIS Y. Place de l'imagerie dans le diagnostic d'appendicite aiguë. *J Chir*, 2009, 146S : S8-S11.

BRIGAND C, STEINMETZ JP, ROHR S. De l'intérêt des scores en matière de diagnostic d'appendicite. *J Chir*, 2009, 146S : S2-S7.

DUCROTTE P. Colopathie fonctionnelle, *Rev Prat*, 2003, 53 : 773-779.

CARTWRIGHT SL, KNUDSON MP. Evaluation of acute abdominal pain in adults. *Am Fam Physician*, 2008, 77 : 971-978.

GUTHRIE E, THOMPSON D. ABC of psychological medicine : abdominal pain and functional gastrointestinal disorders. *BMJ*, 2002, 325 : 701-703.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Recommandations pour la pratique clinique. Endoscopie digestive basse : indications

en dehors du dépistage en population. Synthèse des recommandations, 2004.

HUCHON C, STARACI S, FAUCONNIER A. Adnexal torsion : A predictive score for pre-operative diagnosis. *Hum Reprod*, 2010, 25 : 2276-2280.

MAYER EA. Irritable Bowel syndrome. *N Engl J Med*, 2008, 358 : 1692-1699.

SENAND R, SARTHOU L, CANEVET JP, Le MAUFF P. La douleur abdominale, de la plainte à la décision. *Rev Prat Med Gen*, 2001, 15 : 177-181.

SPILLER R, AZIZ Q, CREED F et al. Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management. *Gut*, 2007, 56 : 1770-1798.

THOMPSON E et al. Identifying and managing patients at low risk of bowel cancer in general practice. *BMJ*, 2003, 327 : 263-265.

CAS N° 8

Monsieur D. a des diarrhées

Monsieur D, âgé de 32 ans, vous consulte « en urgence » car, depuis la nuit dernière, « il se vide » littéralement. Les diarrhées, accompagnées de vomissements et de douleurs abdominales, d'apparition brutale, l'ont « mis à plat » au point qu'il n'a pas pu aller travailler. Il pense avoir de la fièvre. Il est assez pâle. Il dit être habituellement en bonne santé et consulte rarement. Il n'a aucun antécédent particulier et ne prend pas de médicaments. Ses dernières vaccinations sont très anciennes. Il n'a pas voyagé récemment.

Il vous dit : « Il y a beaucoup de gastroentérites en ce moment, plusieurs de mes collègues sont en arrêt de travail. »

Que recherchez-vous en premier ?

Ce jeune homme présente un épisode récent de diarrhée aiguë qui le fatigue mais ne l'a pas empêché de se déplacer pour consulter. Toutefois, même chez un patient non alité, on recherche d'emblée les signes de gravité qui imposent des mesures thérapeutiques urgentes :

- l'impossibilité de s'alimenter ou de boire ;
- des selles profuses, des vomissements incoercibles ;

- des signes évidents de déshydratation ;
- des malaises avec une éventuelle hypotension orthostatique ;
- une confusion.

L'état de Monsieur D. est rassurant, puisqu'aucun de ces critères de gravité n'est trouvé.

L'interrogatoire permet-il d'envisager d'emblée une hypothèse diagnostique ? Quelles informations complémentaires peuvent orienter le diagnostic ?

Monsieur D. présente un épisode de diarrhée aiguë (DA) définie par une augmentation de la fréquence des selles (plus de 3 par jour) ou de la quantité des selles (au moins 200 g de selles par jour) pendant moins de 14 jours.

Ce tableau clinique évoque d'emblée une **gastroentérite aiguë virale**, cause la plus fréquente des diarrhées aiguës infectieuses. Il peut également s'agir d'une **gastroentérite bactérienne**, ou encore d'une **toxi-infection alimentaire**. On ne peut exclure à ce stade un syndrome dysentérique, plus rarement en cause (1 à 2 p. 100 des DA), voire une cause de diarrhée aiguë non infectieuse. L'interrogatoire doit donc permettre de préciser :

- le nombre de selles, leur aspect (aqueux, glaireux avec des matières), leur quantité ;
- la nature des vomissements (spontanés, fréquents) ;

- la localisation et le type de la douleur ;
- la température ;
- la présence de signes d'accompagnement extra-digestifs.

Ainsi un syndrome dysentérique se distingue d'une diarrhée hydrique par l'évacuation de selles peu abondantes mais fréquentes, glairo-sanglantes accompagnées de faux besoins, d'épreintes et de ténésmes avant évacuation.

- Certains renseignements permettent de s'orienter :
 - l'existence d'une épidémie renseignée, mais peut aussi induire en erreur et émousser la vigilance du médecin ;
 - un repas en collectivité suivi de symptômes identiques chez d'autres personnes, la consommation d'aliments tels que les œufs, les fruits de mer,

les champignons, les préparations industrielles, évoqueront plutôt une intoxication alimentaire. La nature des aliments incriminés, le tableau clinique et le contexte épidémique peuvent orienter plus précisément vers certaines bactéries ou toxines ;

- un voyage récent doit inciter à la vigilance car une banale *turista*, d'incubation courte, survient en général dans la première semaine du voyage. Il faut rechercher un syndrome dysentérique, penser à une **hépatite** virale A en phase pré-ictérique, à une parasitose intestinale – même plusieurs mois après le retour – et garder à l'esprit qu'une crise de **paludisme** peut être révélée par des diarrhées ;

- un traitement antibiotique récent peut, jusque dans 30 p. 100 des cas, entraîner une diarrhée, en général bénigne, mais aussi, rarement, une infection à *Clostridium difficile*. Le tableau clinique peut aller d'une diarrhée bénigne à une rare colite pseudo-membraneuse. Ces troubles peuvent apparaître jusqu'à 6 semaines après l'arrêt des antibiotiques ;

- d'autres éléments de l'interrogatoire en faveur d'une origine infectieuse de la DA : immunodépression, homosexualité masculine, proximité et contact avec des animaux (*Campylobacter*) ;

- une prise de médicaments pouvant provoquer des diarrhées non signalés spontanément : colchicine, biguanides, veinotoniques, quinidines, antiacides ou tout médicament récemment mis sur le marché dont les effets secondaires ne sont pas toujours connus.

- Enfin, on doit garder à l'esprit la possibilité d'une **pathologie non infectieuse sévère au stade précoce**, en particulier devant :

- des douleurs abdominales intenses localisées pouvant faire suspecter une affection chirurgicale ou une pancréatite aiguë ;

- une rectorragie ou un méléna, une perte récente de poids et une notion d'altération de l'état général pouvant révéler une rectocolite hémorragique, une maladie de Crohn, un cancer.

- Certains tableaux cliniques sont plus évocateurs :

- des myalgies avec céphalées, sensation de malaise et fébricule dans un contexte d'épidémie hivernale orienteront vers une gastroentérite virale, d'autant que l'incubation est de moins de 2 jours ;

- des douleurs abdominales accompagnées de vomissements sans fièvre, d'apparition brutale et précédant une diarrhée profuse et aqueuse, avec peu de matières fécales, sont en faveur d'une diarrhée due à une toxine du staphylocoque doré – incubation de moins de 6 heures – d'un *Escherichia coli* entérotoxigène (ECET) – avec une incubation de 8 à 36 heures ;

- un syndrome dysentérique pencherait du côté d'une infection invasive à salmonelles, shigelles, *Escherichia coli* entéro-invasif ou *Campylobacter*. Toutefois, ces pathogènes peuvent être également responsables de banales gastroentérites.

Monsieur D. n'a pas voyagé et n'a apparemment consommé aucun aliment « douteux » au cours des jours précédents. Il n'a pas pris de repas en collectivité, ni absorbé d'antibiotiques récemment. Il a de 4 à 6 selles par jour, plutôt aqueuses. Les vomissements, qui ont été le premier symptôme, commencent à disparaître. Les douleurs abdominales, diffuses et peu intenses, sont soulagées par l'émission de selles. Il n'a pas constaté de rectorragie. Il signale quelques myalgies.

Quels renseignements l'examen clinique peut-il vous apporter ?

L'examen clinique apprécie d'abord le retentissement de la diarrhée et des vomissements en évaluant la déshydratation et en recherchant une hypotension orthostatique.

L'examen général recherche des adénopathies, une hépatomégalie, une splénomégalie, une anémie suggérant un terrain fragilisé, un subictère pouvant évoquer une hépatite.

L'examen abdominal peut orienter vers d'autres diagnostics que celui d'une diarrhée infectieuse. Une diverticulite avec fausses diarrhées de constipation sera évoquée en cas de douleur à la palpation de la fosse iliaque ou du flanc gauche. Une douleur localisée

dans la fosse iliaque droite peut évoquer une maladie de Crohn débutante tout autant qu'une rare *yersiniose* dont l'évolution est parfois prolongée. L'essentiel est d'écarter une affection chirurgicale d'allure trompeuse, en recherchant une défense ou une contracture.

La prise de température permet aussi de confirmer l'état fébrile.

À l'examen, notre patient a une pression artérielle à 110/70 mmHg sans hypotension orthostatique. Sa température rectale est à 38,5 °C. L'abdomen est ballonné, sensible et gargouillant, mais souple. L'examen général est sans particularité.

Quel est votre diagnostic ?

L'hypothèse d'une simple **gastroentérite fébrile** demeure la plus probable. Elle sera confirmée par l'évolution rapidement favorable des symptômes.

Les virus (Norwalk, Adénovirus, Rotavirus) constituent dans 40 p. 100 des cas la cause de ces diarrhées infectieuses. En France, l'incidence nationale de la diarrhée aiguë ayant conduit à une consultation de médecin généraliste varie de

100 cas/100 000 habitants, à plus de 500 cas/100 000 au moment du pic épidémique hivernal. Les infections bactériennes non invasives sont plus rarement en cause. Ces diarrhées aiguës, le plus souvent bénignes et rapidement résolutes, ne nécessitent pas de traitement antibiotique.

Cependant, la brutalité des symptômes et l'intensité des douleurs doivent inciter à la vigilance.

Demandez-vous des examens complémentaires ? Que dites-vous au patient ?

Il est inutile de prescrire des examens complémentaires et en particulier une coproculture devant ce tableau clinique. Les études montrent un très faible taux de positivité des coprocultures pendant les trois premiers jours d'évolution d'une diarrhée. Cet examen n'a d'intérêt qu'en cas d'épidémie de toxoinfection alimentaire collective, ou au retour d'un voyage en zone d'endémie de typhoïde ou de choléra ou en cas de diarrhée dysentérique.

Aucun examen biologique n'est nécessaire sauf, en cas de doute diagnostique, pour écarter l'hypothèse

de l'hépatite ou de la pancréatite, ou encore si l'on constate un abdomen chirurgical.

Il faut expliquer au patient qu'il a une gastroentérite, probablement d'origine virale, et que ses troubles doivent disparaître sous traitement. Il faut lui conseiller de consulter à nouveau s'il constate la prolongation des symptômes, du sang dans les selles ou tout symptôme nouveau tel qu'une douleur rebelle ou une fièvre élevée. Dans ce cas, il faudra réévaluer le diagnostic.

Quel traitement proposez-vous ?

Il convient de retenir que la majorité des gastroentérites aiguës évoluent favorablement en 24 heures. L'objectif du traitement est d'éviter les complications et d'améliorer le confort du patient.

La **réhydratation est la base du traitement** : il faut conseiller de boire 1 à 2 litres d'eau par jour salés et ou sucrés, éventuellement, pour les cas les plus sévères, à l'aide de préparations additionnées de **sels de réhydratation** de façon régulière et fractionnée. Bien que cela soit discuté, on conseille d'éviter pendant 2 à 3 jours les légumes verts, les fruits frais, les crudités, les laitages et le café. Tous les autres aliments sont autorisés, de préférence en prises fractionnées et en quantité modérée. La préférence devrait aller vers le riz, les pâtes, les carottes cuites, les pommes de terre, les bananes, les pommes, les coings et les gâteaux secs.

On proposera un traitement **symptomatique et de courte durée**. Les modificateurs du transit comme le loperamide ou le racécadotril sont déconseillés dans les diarrhées invasives, car ils peuvent

augmenter le risque de colectasie. Cependant, lorsque l'on présume fortement une gastroentérite non compliquée, ces médicaments sont très utiles car ils permettent au patient de mener une vie normale. Les argiles, comme la smectite ou l'attapul-gite de mormoiron activé améliorent la consistance des selles en cas de diarrhée modérée, sans avoir d'effets sur le transit.

Les anti-émétiques – métoclopramide, métopimazine, dompéridone – réduiront nausées et vomissements, mais ils ont les effets secondaires des neuroleptiques.

Les douleurs abdominales peuvent être soulagées par des antispasmodiques – phloroglucinol, trimébutine – ou par le paracétamol (3-4 g/j), qui est d'un appoint utile en cas de fièvre.

Les antiseptiques intestinaux tels que le nifuroxazide n'ont pas fait la preuve de leur efficacité.

Le patient ressort avec des conseils de réhydratation et la prescription suivante :

- diosmectite : un sachet 2 à 3 fois par jour si persistance de diarrhées ;
- racécadotril : une gélule 3 fois par jour si diarrhées ;
- paracétamol 1 g : un sachet 4 fois par jour pendant 3 jours ;
- métopimazine : un lyoc à laisser fondre sur la langue, en cas de nausées ou de vomissements, jusqu'à 4 par jour.

Il est nécessaire d'associer à cette ordonnance, le cas échéant, un arrêt de travail de courte durée et de proposer une mise à jour du calendrier vaccinal.

Afin d'éviter la transmission du virus à son entourage, il est conseillé à Monsieur D. de se laver régulièrement les mains, notamment après chaque selle et après chaque miction, et avant chaque contact avec des aliments.

Que répondez-vous au patient qui vous demande, en partant, si son amie peut suivre le même traitement au cas où elle présenterait les mêmes troubles que lui ?

Si les mêmes troubles débutent dans une période proche, il y a de fortes chances qu'il s'agisse du même virus. Il est possible de conseiller une automédication dès le début des symptômes à condition que son état à lui se soit amélioré, ce qui aura conforté l'hypothèse

diagnostique. Il faut toutefois préciser que tout signe inquiétant, comme une fièvre élevée, des douleurs importantes, des vomissements rebelles ou une persistance des symptômes pendant plus de 3 jours, justifie de consulter.

BIBLIOGRAPHIE

BRULEY DES VARANNES S, DUCROTTE P, BUENO L et al. Profil symptomatique et modalités de prise en charge des gastro-entérites aiguës de l'adulte en médecine générale : Résultats d'une enquête transversale à grande échelle portant sur 17 273 patients. *Press Med*, 2009, 38 : 177-184.

CARRE D, DEBONNE JM, CHAPALAIN JL, KLOTZ F. Diarrhées aiguës infectieuses. *Traité de médecine AKOS (emc-consulte.com)*, 24-040-10 (2001).

DRAY X, MARTEAU P. Diarrhée aiguë de l'adulte. *Rev Prat*, 2006 ; 56 : 1811-1816.

CARRILLO-SANTISTEVE P, AMBERT-BALAY K, ARENA C et al. Épidémies hivernales de gastroentérites aiguës en France, bilan de trois saisons (2006/2007, 2007/2008 et 2008/2009). *BEH*, 2010, 31-32 : 349-352.

MANATSATHIT S, DUPONT HL, FARTHING M, et al. Guideline for the management of acute diarrhea in adults. *J Gastroenterol Hepatol*, 2002, 17 (Suppl.) : S54-S71.

THIELMAN NM, GUERRANT RL. Acute infectious diarrhea. *N Engl J Med*, 2004, 350 : 38-47.

CAS N° 9

Mademoiselle L. n'arrête pas de vomir

Mademoiselle L., 29 ans, consulte car elle a des nausées et 1 ou 2 vomissements par jour depuis plus de 5 jours. Elle a pris, sans succès, du « Citrate de Bétaine® » et du « Primpéran® » en automédication. Elle se sent très fatiguée et pense avoir attrapé une « grippe intestinale » comme l'un de ses collègues de travail. Elle n'a pas le sentiment d'avoir mangé « quelque chose qui l'aurait rendu malade ». Elle signale avoir eu « un peu de diarrhée ».

Vous connaissez déjà cette patiente, bien qu'elle consulte rarement. Elle est enseignante dans le secondaire. Elle n'a pas d'antécédents familiaux particuliers. Dans ses antécédents personnels, on ne retrouve qu'une appendicectomie à l'adolescence. Elle boit entre 2 et 3 verres d'alcool par jour et fume du cannabis tous les week-ends avec son ami âgé de 30 ans, que vous connaissez et qui, lui, en fume tous les jours. Ils vivent ensemble depuis 3 ans. Elle a une contraception par œstroprogestatifs qu'elle dit ne pas avoir oubliée.

Comment compléter l'interrogatoire ?

Nous disposons déjà d'informations importantes qui peuvent orienter, mais il faut aussi savoir :

- si elle a d'autres symptômes : de la fièvre, des douleurs abdominales, un pyrosis, des céphalées, des vertiges, une modification de la couleur de ses urines ou de ses selles, des myalgies ou un prurit ;
- si elle a voyagé récemment, si elle connaît son statut vaccinal et/ou sérologique pour les hépatites A (VHA), B (VHB) et éventuellement C (VHC) ;
- si elle a eu des comportements à risque, concernant en particulier des rapports sexuels à risque de transmission d'infections sexuellement transmissibles (IST), mais aussi si elle consomme d'autres toxiques que le cannabis ; opiacés, ecstasy, etc. Il

est parfois plus difficile d'aborder ces questions et d'obtenir ces informations ;

- la date de ses dernières règles, pour éliminer, malgré la prise d'un contraceptif, un début de grossesse.

Nous apprenons qu'elle a 38 °C de fièvre, qu'elle n'a ni douleur abdominale, ni pyrosis, ni céphalées et que ses selles sont plus claires que d'habitude. Elle n'a pas regardé la couleur de ses urines. Rentrée il y a 3 semaines d'un voyage en Tunisie, elle se sent anormalement fatiguée depuis lors. Il n'y a pas trace de vaccination dans son dossier médical, mais elle pense avoir été vaccinée contre l'hépatite B vers l'âge de 20 ans. Ni elle ni son compagnon n'ont, a priori, de conduites à risque : pas d'usage de seringues, ni de pratiques sexuelles à risque.

Quelles hypothèses diagnostiques peut-on évoquer ?

Le tableau clinique oriente vers une étiologie digestive. La fièvre doit faire rechercher en premier lieu une cause infectieuse. Il faut écarter une urgence chirurgicale, surtout une cholécystite dans la mesure où la patiente n'a plus d'appendice. L'absence de douleur spontanée et d'arrêt du transit rend ces hypothèses peu probables. Toutefois, l'examen clinique doit rechercher un signe de Murphy, une

défense, une contracture. Le moindre doute justifie des investigations en urgence.

L'absence de douleur épigastrique ou rétrosternale et le fait qu'aucun produit gastrottoxique n'ait été absorbé, ne plaident pas a priori en faveur d'une origine gastroduodénale – ulcère, gastrite et RGO.

Une gastroentérite ou une intoxication alimentaire doivent être évoquées compte tenu de la fréquence

des vomissements inaugurant ces affections à prévalence élevée. Un contexte d'épidémie renforcerait cette hypothèse.

Toutefois, la durée des symptômes – supérieure à 3 jours –, la fièvre, la couleur des selles, l'asthénie, les nausées, les vomissements persistants et le voyage récent dans le Maghreb constituent un faisceau d'arguments en faveur d'une **hépatite virale aiguë**.

À ce stade des investigations, on peut déjà éliminer :

- une **grossesse** : chez une femme jeune, la persistance de nausées doit faire évoquer une possible grossesse. Mademoiselle L. prend la pilule, a priori sans oubli. Il ne faut pas hésiter à en faire la preuve, en demandant un dosage sanguin de β -HCG, en cas de persistance des nausées et en l'absence d'autres causes retrouvées ;

- une **cause neurologique ou ORL** : elle n'a pas de symptomatologie ORL, ni vertiges ni céphalées. Ces derniers symptômes, associés aux vomissements et à la fièvre, auraient pu faire évoquer une méningite ou une encéphalite ;

- une **cause iatrogène** : il n'y a pas de prise de médicament ni de drogue émétisante (opiacés, AINS voire salicylés). Quant au cannabis, il a une action anti-émétique ;

- une **cause psychologique** : les vomissements sont souvent persistants ou répétitifs dans un contexte émotionnel fort, voire psychiatrique – anorexie, boulimie –, toutefois c'est un diagnostic d'élimination. De plus, Mademoiselle L. présente des signes associés qui orientent vers une cause organique ;

- une **cause métabolique** : l'acidocétose diabétique et l'insuffisance surrénalienne aiguë sont des causes très rares, mais graves, de vomissements. Elles doivent systématiquement être évoquées en présence de signes évocateurs d'un diabète, d'antécédents de tuberculose récente, d'un traitement au long cours par corticoïdes mal conduit. Ici, elles sont d'emblée peu envisageables, compte tenu du tableau clinique chez cette femme jeune habituellement en bonne santé ;

- une **origine cardiaque**, essentiellement un infarctus à symptomatologie digestive, est peu plausible, compte tenu de l'âge de la patiente et du contexte, même si la prise d'œstroprogestatifs constitue un risque potentiel. Il en serait autrement si l'on apprenait qu'elle avait pris de la cocaïne.

L'examen clinique ne trouve qu'un léger subictère conjonctival. L'abdomen est souple, sans défense ni sensibilité particulière.

Faut-il demander des examens complémentaires ? Si oui, lesquels ?

Un bilan biologique est justifié pour affirmer le diagnostic. On s'attachera d'emblée à documenter la suspicion d'hépatite et son retentissement.

Il faut prescrire une numération et formule sanguine (NFS), une protéine C-réactive (CRP), un dosage sérique des transaminases, de la bilirubine et des phosphatases alcalines et un taux de prothrombine. Il convient aussi de demander d'emblée les sérologies d'hépatites virales A (en précisant sur l'ordonnance : IgM anti-VHA) et B (Ag HBs, Ac anti-HBc, Ac anti-HBs), dans un but diagnostique mais aussi afin de connaître une éventuelle réponse vaccinale. Il peut être opportun de demander une sérologie VHC, compte tenu du terrain (consommation de cannabis). On pourra aussi prescrire un ionogramme sanguin

pour évaluer les répercussions des vomissements. Une échographie hépato-vésiculaire n'est pas nécessaire à ce stade, elle serait indiquée en cas de douleur associée.

Le bilan montre : ALAT à 600 UI/l soit 10 N (nle 10 à 65 UI/l) et ASAT à 170 UI/l soit 5 N (nle 15 et 35 UI/l). Les phosphatases alcalines sont légèrement élevées à 150 UI/l (nle < 120) ainsi que les gamma GT à 120 UI/l (nl < 50). La bilirubine conjuguée est légèrement élevée à 10 μ mol/l (nle < 4). Le taux de prothrombine est normal à 98 p. 100. Il y a une hyperlymphocytose à 7 000/ml (> 4 000/ml). Le ionogramme sanguin est normal. Surtout, les dosages révèlent la présence d'IGM HAV (méthode ELISA). Ag HBs négatif, Ac anti-HBc négatif, Ac anti-HBs positif. La sérologie VHC est négative.

Quel est votre diagnostic ?

Le profil sérologique concernant le VHB traduit une vaccination ancienne.

La présence d'IGM anti-VHA permet de confirmer le diagnostic d'hépatite A. L'augmentation

des ALAT à 600 UI/l peut signaler le début de la maladie. Les pics vont de 400 à 4 000 UI/l en phase aiguë et l'augmentation est mal corrélée à la sévérité de l'hépatite. L'augmentation des ALAT précède

celle de la bilirubine, dont un taux supérieur à 340 $\mu\text{mol/l}$ annonce en général une hépatopathie sévère. Le taux de prothrombine est normal. Un taux

inférieur à 50 p. 100 serait de mauvais augure et imposerait une hospitalisation.

Que sait-on sur l'hépatite A ?

Depuis 2005, l'hépatite A est une maladie à déclaration obligatoire (à la Ddass). L'incidence annuelle est de 2/100 000 habitants. Les enquêtes de séroprévalence montrent que les personnes nées avant 1945 ont une probabilité élevée d'être immunisées contre l'hépatite A.

Cette maladie est habituellement bénigne. L'évolution spontanée vers la guérison en 6 mois est constante ; il n'existe pas de forme chronique de la maladie. Elle peut cependant être à l'origine de formes graves (exceptionnellement mortelles, principalement parmi les patients affectés par une pathologie hépatique chronique). L'évolution vers une hépatite fulminante, définie par l'apparition d'une encéphalopathie accompagnée d'autres signes d'insuffisance hépatocellulaire, est exceptionnelle – 0,1 à 1 p. 100 des formes symptomatiques.

La contamination est principalement orofécale. Le virus étant très résistant, il peut se transmettre

par voie manuportée et accidentellement au cours de baignades ou en consommant des huîtres, moules et palourdes. Une contamination sexuelle est possible. Une des principales circonstances de contamination mises en évidence par la déclaration obligatoire est la présence de personnes atteintes d'hépatite A dans l'entourage du malade (dans environ 50 p. 100 des cas) et plus particulièrement dans l'entourage familial (environ 75 p. 100 des cas).

Compte tenu du voyage au Maghreb, on aurait pu évoquer une hépatite E dont le mode de transmission orofécale et le tableau clinique sont proches de l'hépatite A. En effet, l'hépatite E domine largement dans les pays où les conditions d'hygiène sont précaires. Les formes fulminantes sont plus fréquentes, en particulier chez la femme enceinte. Le diagnostic biologique des hépatites E est difficile et de pratique non courante.

Que dites-vous à la patiente ? Proposez-vous un traitement, un régime ?

Quoi qu'il en soit, il faut rassurer la patiente sur la bénignité de sa maladie et la prévenir qu'elle peut se sentir fatiguée pendant quelques semaines. Il faut lui demander d'arrêter la pilule jusqu'à la normalisation du taux des transaminases, qui peut prendre plusieurs mois, et, bien sûr, lui conseiller une autre contraception – préservatifs.

Il n'est pas indispensable de réaliser de contrôles sanguins dans le cas d'une amélioration clinique significative. Toutefois, on le fera assez facilement pour s'assurer d'une décroissance et rassurer la patiente. La normalisation des transaminases peut prendre plusieurs mois. Une autosurveillance clinique est nécessaire. Il faut en particulier conseiller à la patiente et à son entourage de contacter rapidement un médecin en cas d'apparition de troubles de la conscience, de troubles de l'humeur ou de tout comportement pouvant annoncer une encéphalopathie.

Aucun traitement n'est disponible, il convient toutefois de soulager les nausées avec un antiémétique,

en proposant des formes galéniques adaptées à la situation :

- dompéridone orodispersible, 2 comprimés 3 fois par jour en cas de nausées ou de vomissements ;

- métopimazine lyocs, 1 comprimé à laisser fondre sur la langue, en cas de nausées ou de vomissements, jusqu'à 4 par jour. Il faut veiller au risque de surdosage en cas d'insuffisance hépatocellulaire.

Aucun régime n'est nécessaire, mais la consommation d'alcool est contre-indiquée. La consommation déclarée – de 2 à 3 verres soit 20 à 30 g/j – est limite pour une femme, et ce sera l'occasion d'en parler avec la patiente.

Il peut être nécessaire de proposer un arrêt de travail.

L'hépatite ayant, a priori, été contractée hors de France – l'incubation est de 15 à 45 jours, avec une moyenne de 30 jours – il est difficile de rechercher la source de contamination.

Que répondez-vous à la patiente qui vous demande si son ami doit prendre des mesures particulières ?

Il faudra effectivement proposer de vacciner l'ami de Mademoiselle L. le plus tôt possible sans examen sérologique préalable et dans un délai maximum de 14 jours s'il n'a jamais été vacciné contre l'hépatite A et s'il n'a pas d'antécédent connu d'ictère.

Cela aurait été différent s'il était né avant 1945 (la séroprévalence étant estimée dans ce cas à plus de 65 p. 100) ou s'il avait séjourné plus d'un an dans

un pays de forte endémicité. Dans l'un de ces cas il aurait fallu réaliser une sérologie préalable, à la recherche d'anticorps totaux.

Il faut aussi rappeler les règles habituelles d'hygiène et en particulier le lavage régulier des mains ou éventuellement l'utilisation régulière de solution hydro-alcoolique avec friction des mains pendant au moins 30 secondes.

BIBLIOGRAPHIE

Guide pour l'investigation, la prévention et l'appui à la gestion des cas d'hépatite aiguë A. InVS. Consultable sur le site www.invs.sante.fr.

HCSP. Avis relatif à la vaccination autour d'un (ou de plusieurs) cas d'hépatite A. 13 février 2009.

METZ A, HEBBARD G. Nausea and vomiting in adults. A diagnostic approach. *Aust Fam Physician*, 2007, 36 : 688-692.

Monographie hépatites virales. *Rev Prat*, 2011, 61 : 25-26.

RYDER S D, BECKINGHAM IJ. ABC of diseases of liver, pancreas, and biliary system : acute hepatitis. *BMJ*, 2001, 322 : 151-153.

CAS N° 10

Madame F., âgée de 30 ans, est fatiguée

Madame F., 30 ans, vous consulte pour la première fois car elle se sent de plus en plus fatiguée depuis 6 semaines. Elle s'inquiète « d'avoir quelque chose » et veut des « remontants ». Elle a du mal à sortir du lit le matin et les journées de travail lui semblent éprouvantes. Le soir, bien qu'épuisée, elle s'endort difficilement et se réveille parfois au milieu de la nuit. Elle se plaint également d'une tension douloureuse dans la nuque, surtout en fin de journée.

Elle est mariée et a deux enfants âgés de 3 et 5 ans. Elle ne signale aucun antécédent familial ou personnel, en particulier psychiatrique. Elle est plutôt mince et paraît en bon état général. Elle boit beaucoup de café pour se réveiller, mais ne fume pas. Elle a une contraception par pilule œstroprogestative.

Lorsqu'on lui demande si elle a des difficultés, elle dit qu'elle s'est toujours beaucoup investie dans son travail d'assistante, mais, depuis quelques semaines, elle marque le pas et « n'en peut plus », coincée entre la contrainte de ses enfants et son patron qui la trouve moins efficace qu'auparavant et lui impose une « forte pression ».

Quelles hypothèses diagnostiques envisager ? Que doit tenter de préciser l'interrogatoire ?

L'expression de la fatigue est très variable d'un patient à l'autre. Il est probable que Madame F. souffre d'une **fatigue liée à un surmenage** familial et professionnel. Il convient toutefois de déterminer si cette fatigue, la baisse des performances professionnelles et les troubles du sommeil sont secondaires à ce surmenage qu'elle évoque ou s'ils sont les symptômes d'une dépression débutante. De plus, il faut s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une asthénie liée à un problème organique.

Il convient d'autant plus de rechercher une cause organique que cette fatigue dure, n'est pas favorisée par les efforts et n'est pas améliorée par le repos. L'interrogatoire vérifie qu'il n'y a ni fièvre, ni modification du poids, ni soif, ni polyurie, ni troubles récents du transit, ni douleurs digestives ou articulaires, ni faiblesse musculaire, ni dyspnée, ni ronflement nocturne, ni toux, ni signes fonctionnels urinaires ou gynécologiques, etc.

Les douleurs cervicales de Madame F. évoquent des myalgies de stress. Mieux vaut en faire préciser le caractère.

Il est important de rechercher des métrorragies et de préciser la durée et l'abondance des règles (que les jeunes femmes ont souvent tendance à minimiser et donc à ne pas signaler spontanément)

afin d'envisager une éventuelle anémie par carence martiale.

Nous savons déjà que Madame F. prend beaucoup de café mais ne fume pas. On recherche, avec tact, une consommation abusive d'alcool en faisant préciser le nombre moyen de verres absorbés chaque jour.

Il faut aussi rechercher une prise de médicaments responsables d'asthénie : ce sont principalement les psychotropes, certains antihypertenseurs, les antihistaminiques, certains antalgiques, les laxatifs et diurétiques qui peuvent favoriser une hypokaliémie.

L'interrogatoire doit également faire préciser les caractéristiques du surmenage.

Sur le plan professionnel, les signes présentés peuvent évoquer les conséquences d'un **harcèlement moral**. Cette notion recouvre « toute conduite abusive, répétée et se manifestant par des comportements pouvant porter atteinte à la personnalité, à la dignité ou à l'intégrité physique ou psychique d'une personne, afin de mettre en péril l'emploi de celle-ci ou dégrader le climat de travail ». Des questions simples recherchant des attitudes d'évitement, d'isolement, un comportement pernicieux, déstabilisant, poussant à la faute, permettront de considérer ou non la patiente comme victime d'un harcèlement professionnel. S'il s'avérait que ce soit le cas, on pourrait lui conseiller

d'essayer d'instaurer un dialogue avec son supérieur hiérarchique, d'en parler à son entourage professionnel et au département des ressources humaines afin de rompre l'isolement. En cas d'échec, il lui serait utile de se construire une défense, en relevant l'ensemble des situations pouvant faire preuve d'un harcèlement, tout en restant factuel et d'avoir recours aux instances et personnes compétentes au sein de l'entreprise ou avec l'aide d'un avocat.

Il convient également de s'intéresser à la vie de famille de Madame F. et notamment à son couple. Son mari la soutient-elle ? Est-il présent ? Y a-t-il un conflit ou un manque de communication entre eux ?

Les **troubles du sommeil**, dominés par des difficultés d'endormissement, évoquent plus volontiers l'angoisse que la dépression mais le réveil au milieu de la nuit avec des difficultés de réendormissement peut être en faveur d'une dépression. L'absence d'antécédents dépressifs ou psychiatriques, et le caractère récent des troubles ne plaident pas en faveur d'un épisode dépressif. Toutefois, la nature essentiellement matinale de l'asthénie avec un long « déverrouillage » est assez spécifique de la fatigue dépressive. L'entretien permet de se faire une opinion :

êtes-vous anxieuse ? Vous trouvez-vous triste, irritable ? Avez-vous encore de l'énergie, du désir pour entreprendre ou n'avez-vous envie de rien ? Vous sentez-vous coupable ? Y a-t-il des choses qui vous font plaisir, ou tout simplement vous trouvez-vous déprimée ? Sachons, toutefois, que les patients confondent tristesse et dépression ; or on peut être déprimé sans se sentir triste.

Madame F. dit que l'ambiance au travail est bonne mais qu'il y a de plus en plus d'activité. Son mari, avec qui elle s'entend bien, voyage beaucoup pour son travail et est peu présent. Elle est inquiète d'être malade et voudrait être plus en forme mais ne pense pas être déprimée. Elle n'a signalé aucun antécédent familial ou personnel de dépression, de diabète, de pathologie endocrinienne, auto-immune ou de cancer. À part ses cervicalgies, dont la nature et l'horaire mécanique confirment des contractures liées au stress, elle ne se plaint d'aucun autre symptôme. Sa pilule est bien tolérée, ses hémorragies de privation sont de faible abondance. Elle ne boit de l'alcool qu'occasionnellement, entre amis, et ne fume pas.

Elle signale prendre des « laxatifs doux », de temps en temps, en cas de constipation.

Qu'apporte l'examen clinique ?

L'examen contribue, par sa négativité même, à conforter l'hypothèse diagnostique, mais il a aussi une fonction thérapeutique car la patiente redoute d'être atteinte d'une maladie organique. La prise de la tension, l'auscultation, la palpation des aires ganglionnaires et de l'abdomen doivent être accompagnées d'un commentaire rassurant.

Dans ce contexte, l'examen recherche en particulier une pâleur conjonctivale, une hypotension, une tachycardie, un subictère, des adénopathies, une hépatomégalie, une splénomégalie, des anomalies neuromusculaires, un goitre. Il faut

s'assurer de l'absence de pathologie mammaire ou gynécologique. S'il n'y a pas eu de suivi gynécologique régulier, c'est l'occasion d'évoquer la nécessité de réaliser un examen complet et un frottis de dépistage dans le cadre d'une autre consultation.

L'examen clinique de Madame F. ne met en évidence aucune anomalie. Sa pression artérielle est à 120/75 mmHg sans hypotension orthostatique, son pouls est régulier à 65/min, son poids est stable. Un frottis est programmé pour la prochaine consultation.

Demandez-vous des examens complémentaires ? Si oui, lesquels ?

Devant cette fatigue d'apparition récente sans élément évocateur d'une étiologie précise et dans un contexte de surmenage, deux attitudes sont possibles.

- Ne pas prescrire de bilan complémentaire et évoquer avec la patiente la possibilité de la revoir

1 semaine plus tard en cas de persistance de l'asthénie ou d'apparition de nouveaux symptômes.

- Si la consultation n'a pas permis d'apaiser l'inquiétude de la patiente et qu'elle exprime le besoin d'être rassurée, il faut lui proposer un bilan biologique orienté qui comportera :

– une numération formule sanguine et une CRP à la recherche d’une anémie, d’une perturbation de la formule sanguine et d’un syndrome inflammatoire ;

– une ferritine sérique qui peut révéler une carence martiale même en l’absence d’anémie microcytaire. En effet seul le dosage de la ferritine a montré un intérêt chez les femmes en âge de procréer se plaignant de fatigue sans élément d’orientation. La supplémentation en fer chez les femmes qui présentent une ferritinémie à la limite inférieure ou basse diminue leur fatigue ;

– un dosage des transaminases sériques et une créatininémie, l’asthénie pouvant être la seule manifestation d’une hépatopathie ou d’une insuffisance rénale non encore détectée ;

– un ionogramme sanguin – on recherchera en particulier une hypokaliémie sous laxatifs ;

– une glycémie à jeun et une TSH car toute fatigue non expliquée doit faire rechercher un diabète et une pathologie thyroïdienne.

La patiente étant très demandeuse, le bilan biologique a été fait. Ses résultats sont normaux.

Quel est votre diagnostic ? Comment prendre en charge cette patiente ?

L’hypothèse d’une **fatigue réactionnelle au surmenage** et aux **pressions familiales et professionnelles** est donc la plus probable. Mais un stade précoce d’une pathologie évolutive ou d’une dépression débutante ne peut être complètement écarté.

Il est important de la rassurer, de lui confirmer que sa symptomatologie évoque bien les conséquences du surmenage, que l’examen clinique et le bilan biologique n’ont mis en évidence aucun élément évocateur de problème organique. Il faut éviter de lui dire qu’elle n’a rien, ce qui aurait pour conséquence de laisser penser que sa plainte est sans objet et qu’elle ne mérite pas l’attention qu’on lui porte. Il faut lui proposer des pistes pour améliorer son état.

Il est primordial d’évaluer si Madame F. a établi un lien entre les événements de sa vie personnelle et professionnelle et cette fatigue. Si ce n’est pas le cas, il faut essayer de lui faire prendre conscience de cette relation afin qu’elle puisse trouver elle-même ses propres solutions pour pouvoir disposer de temps pour elle. Cela prend du temps. En pratique, des questions non directives et une simple écoute permettent souvent la mise en mots des souffrances quotidiennes. Ce soutien dans un climat d’empathie suffit parfois à dénouer des situations difficiles. Il peut être opportun de proposer l’adresse d’un psychothérapeute quand la patiente prend conscience que cela devient nécessaire.

Un certificat d’arrêt maladie doit être proposé. Il fait souvent l’objet d’une discussion : « Je ne peux pas m’arrêter pour le moment », ou : « Je ne peux pas m’arrêter si longtemps », ou : « Si je reste à la maison, je crois que ce sera pire. »

Ces patients surmenés sont sous l’emprise d’une forte obligation morale : ils ne supportent pas de ne plus être à la hauteur de l’attente de leur hiérarchie et partagent avec elle leur déception. Ils s’autodépriment, ce qui est le premier signe patent d’une

dépression. Dans ce cadre, l’arrêt de travail est une prescription douloureuse mais nécessaire : elle amènera le médecin à se placer comme une autorité protectrice face à l’autorité hiérarchique ; l’arrêt de travail prescrit et non demandé a souvent valeur thérapeutique en dehors de toute autre prescription. Dans ces cas, on a toujours intérêt à différer la prescription d’antidépresseurs.

Cette proposition permet d’estimer le rôle du stress professionnel et/ou des conflits familiaux sur la fatigue ainsi que l’efficacité du repos.

Les médicaments « antiasthéniques » sont nombreux, et si la preuve de leur efficacité n’a pu être établie, ils sont parfois utiles en pratique courante du fait de l’effet placebo. Le choix est vaste : complexes vitaminés, oligosols, acides aminés, magnésium, « toniques », etc. La prescription de ces médicaments ne doit pas remplacer les conseils d’hygiène de vie : reprendre progressivement et régulièrement des activités de loisir et les activités physiques à visée relaxante, en évoquant les différentes possibilités. Il faut aussi donner des conseils concernant l’alimentation, en insistant sur l’importance d’une alimentation variée, riche en fruits, légumes et laitages. Il faut évoquer les conditions de travail, la qualité des liens sociaux, la possibilité de réorganiser la vie familiale. Enfin, il faut insister sur l’importance de retrouver le sommeil. La prescription d’hypnotiques pour une très courte période (zolpidem, zopiclone) est parfois nécessaire quand les troubles du sommeil sont au premier plan.

Il faut toutefois préciser en fin de consultation qu’il faudra réévaluer la situation si son état ne s’améliore pas.

Cette prise en charge précoce et active, dont l’efficacité thérapeutique est très dépendante de la bonne relation établie avec la patiente, peut en effet

éviter le passage à la chronicité, soit vers une authentique dépression, soit vers le « syndrome de fatigue chronique ». Le syndrome de fatigue chronique est une entité clinique aux critères diagnostiques précis

comportant une fatigue supérieure à six mois et la normalité des investigations. Son étiologie n'est pas connue mais deux tiers de ces patients ont des troubles anxieux ou dysthymiques.

BIBLIOGRAPHIE

GERBAUD JL, M SARDET M. La fatigue : une maladie ? Rev Prat Med Gen, 2001, 13 : 1947-1952.

HIRIGOYEN MF. Le harcèlement moral dans la vie professionnelle. Démêler le vrai du faux, Paris, La Découverte et Syros, 2001.

MAGNETTE C, GERARD B. Société scientifique de médecine générale (Belgique). Recommandations de bonnes pratiques. « La plainte fatigue en médecine générale », septembre 2005.

REID S, CHALEDER T, CEARE A, et al. Chronic fatigue syndrome. Extracts from clinical evidence. BMJ, 2000, 320 : 292-296.

SHARPE M, WILKES D. Fatigue. ABC of psychological medicine. BMJ, 2002, 325 : 480-483.

VERDON F, BURNAND B. FALLAB STUBI CL et al. Iron supplementation for unexplained fatigue in non anaemic women. Double blind randomised placebo controlled trial. BMJ, 2003, 326 : 1124-1126.

Associations d'aide aux victimes :

Site du ministère de la Justice et de la Liberté : www.justice.gouv.fr.

Fédération nationale d'aide aux victimes (INAVEM) : www.inavem.org.

Association contre le harcèlement professionnel (ACHP) : achp.ifrance.com.

Harcèlement Moral Stop (HMS) : www.hmstop.com.

Code du travail : articles L1152-1 à L1152-6 et articles L1154-1 et L1154-2. Consultables sur le site : www.legifrance.gouv.fr.

Code pénal : articles 222-33-2 à 222-33-2-1. Consultables sur le site : www.legifrance.gouv.fr.

CAS N° 11

Monsieur C. est fatigué depuis 10 jours

Monsieur C, âgé de 26 ans, vous consulte car il se sent de plus en plus fatigué depuis 10 jours. Technicien du son, il devrait partir la semaine prochaine faire un tournage télévisé à l'étranger et redoute de n'être pas suffisamment en forme pour voyager. Ce jeune patient vit avec sa nouvelle amie, rencontrée il y a 3 mois. Il dit n'avoir aucun souci particulier et être habituellement en pleine forme. Il pratique régulièrement le jogging. On ne relève dans son dossier aucun antécédent médical ou chirurgical particulier, ses vaccinations sont à jour et il ne prend pas de médicament.

Que doit préciser l'interrogatoire ?

Il faut tout d'abord s'assurer que le symptôme présenté par le patient est bien une asthénie. Pour y répondre, il faut éliminer une erreur d'appréciation du patient qui aura appelé « fatigue » un symptôme autre, tel que malaise, vertige, dyspnée d'effort ou impuissance, etc. ou éventuellement une plainte cachée et/ou une demande « d'arrêt de travail de convenance ».

Une fois l'asthénie confirmée, Il faut préciser :

- la nature, l'intensité et le retentissement de cette asthénie en particulier sur sa vie familiale et professionnelle ;

- les caractéristiques de la fatigue : son horaire – matinale ou vespérale – sa variabilité d'un jour à l'autre et l'effet des efforts physiques et du repos.

Il faut rechercher :

- des signes associés pouvant orienter : fièvre, pâleur, amaigrissement, douleurs, dyspnée, toux, malaises, signes urinaires etc. ;

- une prise de médicaments ou une absorption de substance toxique ;

- des événements de vie favorisant le « stress » : deuil, conflit au travail, problèmes familiaux, difficultés financières ;

- une symptomatologie psychique débutante : insomnie, anxiété, troubles sexuels, de l'humeur, de la mémoire, de la concentration ;

- d'éventuels comportements à risque, passés – même lointains – ou actuels vis-à-vis du VIH et des hépatites virales ;

- une notion de voyage récent.

L'interrogatoire de Monsieur C. nous apprend que l'asthénie est récente et s'aggrave. Elle prédomine à la mi-journée et est calmée par le repos. Il n'y a pas de notion de surmenage, d'événement de vie particulier ou de symptomatologie psychique associée. En revanche, Monsieur C. décrit un train subfébrile depuis 3 jours. Son état l'empêche d'aller travailler et même de sortir pour ses loisirs car les transports lui semblent éprouvants.

Monsieur C. n'a fait aucun test de dépistage de l'infection par le VIH récemment ni son amie depuis qu'ils se connaissent. Il a été vacciné dans l'enfance contre l'hépatite B.

Que recherche l'examen clinique ?

Il faut prendre la température au cabinet pour objectiver une fièvre éventuelle.

L'examen clinique recherche des signes d'orientation d'une **maladie infectieuse** en particulier des adénopathies, une hépatosplénomégalie, une

éruption cutanée, un ictère, des signes ORL, un foyer pulmonaire, des signes urinaires ou digestifs.

En cas de signes d'appels génito-urinaires, il faut faire un toucher rectal.

L'examen général recherche une pâleur cutanéocjonctivale, une hypotension, une tachycardie, un goitre. On teste les forces musculaires au cours de l'examen neurologique.

Monsieur C. a une fièvre à 38 °C et deux adénopathies cervicales hautes banales sans pharyngite. La pression artérielle est à 110/70 mmHg, le pouls à 66/min et le reste de l'examen clinique est normal. Son poids est de 65 kg pour 1,75 m.

À ce stade, faut-il demander des examens complémentaires ?

Ce patient jeune, habituellement en pleine forme, se plaint d'une fatigue récente avec l'apparition d'une fièvre depuis 3 jours, sans signes d'orientation. Il convient de demander un bilan minimal pour s'orienter :

- NFS à la recherche d'une infection virale ou bactérienne ;
- CRP témoignant d'un syndrome inflammatoire aigu ;
- bandelette urinaire pour éliminer une infection urinaire ;
- transaminases sériques et créatininémie en faveur d'une atteinte d'organe.

On peut éventuellement demander à cette occasion une glycémie de dépistage, surtout s'il existe des antécédents familiaux de diabète et proposer systématiquement une sérologie VIH.

Il n'y a pas d'argument clinique ou anamnésique pour demander, dans un premier temps, un bilan biologique plus complet.

Chez une femme, on aurait pu faire doser d'emblée la ferritine.

La fatigue étant assez récente, on ne propose pas de doser d'emblée la TSH.

La primovaccination contre l'hépatite B ayant été pratiquée avant l'âge de 25 ans, il n'y a pas lieu de faire de revaccination, donc de contrôler sa sérologie.

En l'absence de signe d'orientation, demander un examen d'imagerie n'est pas nécessaire.

La BU réalisée au cabinet était négative. Monsieur C. revient 3 jours plus tard avec les résultats suivants : NFS : hématies 5 200 000/mm³, Hb 14 g/dl, leucocytes 7 900/mm³ (35 p. 100 de neutrophiles, 53 p. 100 de lymphocytes, 8 p. 100 de monocytes, 3 p. 100 d'éosinophiles, 3 p. 100 de basophiles), plaquettes 100 000/mm³ ; CRP à 35 ; ASAT : 55 UI/l (normale de 8 à 30 UI/l) ; ALAT : 122/l (normale de 8 à 35 UI/l) ; glycémie à jeun 0,90 g/l ; créatinémie à 110 µmol/l. Le tableau clinique est à peu près inchangé, mais le patient se sent encore plus fatigué. Il confirme qu'il n'a pas eu de comportements à risque, qu'il ne consomme pas d'alcool et qu'il ne prend aucun médicament.

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? Demandez-vous d'autres examens complémentaires ?

Son bilan montre une lymphocytose à 4134/mm³ (> 4000/mm³), un syndrome inflammatoire modéré (CRP 35) et une élévation modérée des transaminases à 1,5 N (ALAT) et 4 N (ASAT).

On doit discuter en premier lieu une **infection virale hépatotrope**.

Hépatite virale

Une hépatite virale aiguë anictérique sans arthralgie ni signe digestif est peu probable car les transaminases sont dans ce cas habituellement beaucoup plus élevées (ALAT 10 à 20 N). L'hépatite A en serait la cause principale dans ce contexte. Si notre patient était revenu d'un voyage en zone d'endémie (le monde hors l'Europe occidentale, l'Amérique du Nord et l'Australie), il aurait fallu envisager également une hépatite E. En revanche il peut s'agir, chez ce patient protégé dans l'enfance contre le VHB,

d'une hépatite C chronique. Il faut donc demander une sérologie VHC.

Mononucléose infectieuse (MNI)

La primo-infection est souvent inapparente. Sinon, elle débute, comme chez Monsieur C., par une asthénie profonde et une fièvre modérée à 38 °C. Notre patient n'a pas l'angine érythémato-pultacée qui, en général, apparaît dans un second temps. Cette angine s'accompagne d'un œdème de la luette, d'un purpura pétéchial du voile du palais, d'une voix nasonnée, d'un œdème palpébral. L'examen de Monsieur C. retrouve certes des adénopathies cervicales mais elles sont limitées et sans splénomégalie, qu'il n'est, toutefois, pas toujours facile d'identifier à la palpation. De même, nous n'avons pas constaté d'exanthème morbilliforme, habituellement situé au tronc et aux membres et qui peut être soit spontané, soit déclenché

par la prise de pénicilline. En revanche, nous trouvons un syndrome mononucléosique et une légère cytolysé hépatique compatibles avec ce diagnostic. Il faut donc prescrire une sérologie EBV (technique type ELISA à la recherche d'IgM anti-VCA) permettant de faire le diagnostic d'infection récente.

Primo-infection à VIH

Les signes cliniques apparaissent 2 à 6 semaines après la contamination, les signes les plus constants sont : une fièvre dans un contexte de syndrome pseudo-grippal dans plus de 90 p. 100 des cas ; un rash maculopapuleux du tronc dans plus de 60 p. 100 des cas ; des signes buccaux dans plus de 70 p. 100 des cas à type de pharyngite, ulcérations buccales et/ou génitales très évocatrices, candidose ; des adénopathies multiples et une hépatosplénomégalie modérée dans la seconde semaine d'évolution et régressive ensuite. Les manifestations neurologiques, digestives et pulmonaires sont moins constantes.

Les signes biologiques associent une fréquente thrombopénie, un syndrome mononucléosique inconstant, une leuconéutropénie avec diminution transitoire des lymphocytes CD4 et une augmentation modérée des transaminases. Le diagnostic précoce peut être fait avec un test combiné de 4^e génération qui comprend actuellement un seul réactif de type ELISA à lecture objective permettant la détection combinée des anticorps anti-VIH-1 et 2 et de l'Ag p24 du VIH-1 avec un seuil minimal de détection de l'antigène p24 du VIH-1 de 2 UI/ml. Un taux élevé de l'antigénémie p24 peut être retrouvé entre le 15^e jour et 1 mois après le comptage.

Toutefois, notre patient déclare ne pas avoir pris de risque vis-à-vis du VIH récemment.

Infection à cytomégalovirus (CMV)

Le plus souvent sous forme asymptomatique, chez le patient jeune, elle peut prendre l'aspect d'une fièvre isolée en plateau entre 38 et 40 °C, durant 15 jours voire davantage. L'asthénie, les arthralgies, les céphalées, un amaigrissement, une pharyngite sont les signes accompagnateurs les

plus fréquents. L'examen clinique est le plus souvent pauvre avec dans moins de 25 p. 100 des cas une hépatomégalie, une splénomégalie, des adénopathies cervicales. Un syndrome mononucléosique (grands lymphocytes hyperbasophiles supérieurs à 10 p. 100) et une thrombopénie sont fréquents. Les transaminases sont modérément élevées prédominant sur les ALAT comme chez Monsieur C. Une sérologie avec recherche d'IgM spécifiques par technique de type ELISA confirme le diagnostic d'infection récente.

En dehors des infections virales aiguës, d'autres causes doivent être évoquées.

Une **consommation abusive d'alcool**, qui est l'une des causes les plus fréquentes d'élévation modérée des transaminases avec l'hépatite chronique C et la stéatose hépatique. Mais Monsieur C. est jeune, ne consomme pas d'alcool et n'est ni diabétique ni obèse.

Nous savons qu'il ne prend pas de **médicaments**. La fatigue est un effet indésirable de nombreux médicaments (benzodiazépines, anti-histaminiques, bêtabloquants, antalgiques opiacés, etc.). L'interrogatoire vérifiera si le patient en consomme, même occasionnellement. Enfin, nous savons qu'il n'exerce pas une profession à risque de **leptospirose**. Il faut lui demander s'il ne s'est pas récemment baigné en eau douce, car ce diagnostic doit être évoqué devant tout syndrome infectieux aigu avec cytolysé hépatique, même si l'ictère, le syndrome grippal, les céphalées et le syndrome méningé sont absents.

Les investigations de seconde ligne, réalisées le lendemain, confirment la cytolysé hépatique avec des ALAT à 2 N. Le reste du bilan hépatique montre des gamma-glutamyl-transpeptidases à 1,5 fois la normale, des phosphatases alcalines à 1,4 fois la normale et une bilirubinémie normale. Le taux de Quick est à 100 p. 100. La NFS montre un syndrome mononucléosique. Les sérologies des virus hépatotropes (A, C), du virus de l'immunodéficience humaine, du virus Epstein-Barr sont négatives. En revanche, il existe des IgG et des IgM anticytomégalovirus. Le dosage des Ac HBs est supérieur à 10 UI.

Que dites-vous à Monsieur C. ? Que lui proposez-vous ?

Il faut lui expliquer qu'il a une **infection due au cytomégalovirus**, qui explique ses symptômes et les anomalies biologiques constatées. Il faut rassurer le patient sur l'évolution spontanée vers la guérison en quelques semaines et lui préciser que les investigations s'arrêtent là.

Préciser que 50 à 80 p. 100 des adultes de 40 ans ont des Ac anti-CMV, parce qu'ils ont été en contact avec le virus, peut aider à banaliser la situation, le terme de cytomégalovirus, souvent associé aux complications de l'infection à VIH, pouvant éveiller des craintes inutiles.

On doit informer Monsieur C. qu'une contamination de son amie par voie respiratoire – la plus fréquente – ou par voie sexuelle est possible mais pas systématique. Il faut donc lui conseiller de dire à son amie de consulter en cas d'asthénie, de syndrome grippal ou de fièvre isolée. Il faut surtout vérifier que ce jeune couple n'a pas, pour le moment, de désir d'enfant et qu'ils utilisent actuellement une contraception efficace (nécessaire pendant 3 à 6 mois). Si ça n'est pas le cas, il faudra proposer à son amie de faire un test β -HCG. S'il est négatif, il faut insister à nouveau sur la nécessité d'une contraception efficace. S'il est positif, étant donné les risques fœtaux liés à l'infection à CMV, il faut conseiller, sans alarmer, de consulter un obstétricien.

On devra insister sur le caractère bénin de cette pathologie virale, en l'absence de contexte d'immunodépression, et sur le fait qu'aucun traitement spécifique n'est nécessaire pour l'améliorer.

Il faudra toutefois vérifier, à distance de cet épisode, que l'élévation modérée des transaminases a bien disparu. Dans le cas contraire on réévaluera la consommation d'alcool et on fera un bilan métabolique. Une réévaluation clinicobiologique s'imposera avec l'aide d'un hépatologue en cas de persistance des anomalies avant d'envisager l'utilité d'explorations complémentaires à la recherche d'une stéatose hépatique ou d'une cause plus rare, en particulier une hémochromatose, une maladie de Wilson, un exceptionnel déficit en alpha-1-antitrypsine et une hépatite auto-immune.

BIBLIOGRAPHIE

ASLANGUL E, LE JEUNNE C. Asthénie et fatigabilité. *Rev Prat*, 2005, 55 : 1029-1033.

BRAVENDER T. Epstein-Barr virus, cytomegalovirus, and infectious mononucleosis. *Adolesc Med State Art Rev*, 2010, 21 : 251-264.

GÉNÉREAU T, CHARLOTTE F, FILLET AM et al. Une hépatite à cytomégalovirus n'est jamais chronique, et peut en cacher une autre ! *Rev Med Int*, 2001, 22 : 196-197.

GRASLAND A. Asthénie. *Traité de médecine AKOS*, Elsevier (emc-consulte.com), 2008 : 1-0275.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Évaluation de l'intérêt du dépistage de l'infection à cytomégalovirus chez la femme enceinte en France. Paris, HAS, septembre 2004.

HAMILTON W, WATSON J, ROUND A. Investigating fatigue in primary care. *BMJ*, 2010, 341 : 502-504.

CAS N° 12

Madame P., 73 ans, est de plus en plus fatiguée

Madame P., 73 ans, consulte pour le renouvellement trimestriel de son traitement antihypertenseur par Aldactazine®, 1 comprimé par jour et de son hypnotique – zopiclone – qu'elle ne prend qu'épisodiquement, en cas d'insomnie. Elle n'a pas d'autres antécédents, en dehors d'une constipation chronique. Elle vous annonce, inquiète, dès le début de la consultation, que depuis 1 mois elle est de plus en plus fatiguée. Son aspect général ne semble pas modifié.

Les premiers éléments de l'interrogatoire ne mettent en évidence aucun événement récent particulier. Madame P. n'a pas plus d'insomnie qu'auparavant. Ni son poids, ni son appétit, ni son aspect général ne se sont récemment modifiés. Elle n'a ni faiblesse musculaire, ni crampe, ni altération de ses fonctions supérieures. Sa fatigue semble isolée, sans fièvre, ni toux, ni troubles digestifs récents. À l'examen clinique, il existe une surcharge pondérale connue à 74 kg pour 1,55 m, une pression artérielle à 140/80 mmHg. Les bruits du cœur sont peu perceptibles mais réguliers à 60/mn et les pouls périphériques sont normalement perçus. L'auscultation pulmonaire est normale. L'abdomen est souple sans masse, sans hépatomégalie, ni splénomégalie. Les aires ganglionnaires sont libres. La peau est un peu sèche en rapport avec son âge. Les conjonctives semblent normalement colorées. L'examen neurologique est sans particularité.

Madame P. est veuve depuis 10 ans. Elle reçoit rarement la visite de son unique fils qui vit à l'étranger.

Faut-il explorer l'asthénie de cette patiente ?

Le motif de consultation initial est le renouvellement du traitement habituel. Il faut s'interroger pour savoir si la patiente serait venue spontanément consulter uniquement pour son asthénie. Pour autant, une plainte qui ne s'exprimait pas dans les consultations antérieures doit retenir notre attention.

L'asthénie représente 10 p. 100 des motifs de consultation en médecine générale. Dans 70 p. 100 des cas, on retrouve une origine psychologique ou sociale. Les personnes âgées se plaignent souvent d'être « fatiguées ». On évoque volontiers une baisse physiologique des performances, en particulier à l'effort, ou bien une souffrance psychosociale dont la prévalence est plus élevée à cet âge. À l'inverse, certaines personnes âgées s'habituent à leur handicap « fatigue » et restreignent leurs activités courantes au point de rester confinées au fauteuil toute la journée, sans plainte particulière. Le problème est de distinguer une asthénie isolée, relevant d'un trouble

psychique, d'un symptôme révélateur d'une maladie somatique. Il faut parfois plusieurs consultations pour préciser le problème.

L'asthénie physique a classiquement un caractère récent, plutôt vespéral, constant, aggravé par l'effort et accompagné de signes cliniques objectifs, même frustrés. À l'inverse, le caractère matinal, non rythmé par l'effort, non constant et accompagné de plaintes subjectives oriente plutôt vers une cause dite « fonctionnelle », d'autant que l'asthénie dure depuis plusieurs mois. Si l'on repère des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux, une cause psychique peut être envisagée, sans pour autant écarter une cause organique initiale.

Quoi qu'il en soit, l'âge de notre patiente et l'absence d'arguments évoquant une cause psychique évidente incitent à rechercher en premier lieu une cause organique, bien que l'interrogatoire ne retrouve aucun signe d'orientation. Des explorations complémentaires sont donc nécessaires.

Quelles causes envisager, sur quels arguments cliniques ?

L'examen précise que les bruits du cœur sont peu perceptibles et on note que la fréquence cardiaque est relativement lente. Ces signes associés à une constipation ancienne et à une surcharge pondérale doivent faire envisager une **hypothyroïdie**, cause endocrinienne d'asthénie la plus fréquente.

Il convient d'envisager d'autres hypothèses.

Les causes les plus fréquentes d'asthénie physique sont les infections, les causes toxiques et les causes métaboliques :

- nous n'avons pas d'argument clinique pour évoquer une **cause infectieuse**. Chez une femme de cet âge, il faut penser à une infection urinaire qui peut se manifester uniquement par une fatigue isolée. En second lieu, en l'absence d'autres orientations, on pourra évoquer des affections dont la symptomatologie peut être très fruste : tuberculose, suppuration profonde, hépatite. Toutefois, ces affections s'accompagnent volontiers d'une altération de l'état général avec amaigrissement et souvent des perturbations du bilan biologique ;

- la **prise de médicaments** (psychotropes, bêta-bloquants, diurétiques) ou de toxiques (alcool, tabac, café, drogues voire plantes médicinales) peut directement ou indirectement provoquer une asthénie, en particulier en cas d'erreurs dans les prises de psychotropes. Madame P. prend régulièrement un diurétique et un hypnotique. Elle est donc exposée au risque d'hypokaliémie et plus rarement à une hyponatrémie, voire une déshydratation. Il faut également s'assurer qu'elle ne prend pas son hypnotique pendant la journée ;

- d'autres causes peuvent être envisagées :
 - une **anémie** par carence en fer (saignements) ou en folates (par carence d'apports en légumes et fruits frais),

- une **dénutrition protéique** et/ou une **carence en vitamines**, chez cette femme vivant seule même si elle est apparemment en surcharge pondérale,

- une **insuffisance cardiaque**, voire une **ischémie silencieuse** chez une personne âgée hypertendue. La distinction n'est pas toujours aisée entre fatigue et dyspnée d'effort, ces plaintes étant souvent confondues. Même s'il n'existe ni dyspnée, ni tachycardie, ni crépitations, ces hypothèses ne peuvent être écartées et devront être discutées en l'absence d'autres diagnostics,

- une somnolence diurne peut également être vécue comme une fatigue anormale. Associée ou non à un ronflement nocturne (d'identification malaisée quand les patients vivent seuls) et à des céphalées matinales, elle doit faire penser à un possible **syndrome d'apnée du sommeil**,

- parmi les causes plus rares, on peut aussi évoquer une cause inflammatoire ou tumorale, exceptionnellement une insuffisance surrénalienne sans autre signe d'appel que l'asthénie. Au cours de la première consultation pour asthénie, l'examen clinique n'est pas toujours complet. Les examens des seins et du pelvis, cherchant à dépister un **cancer**, ne sont pas toujours acceptés par une personne âgée. Ces examens indispensables seront éventuellement faits dans un second temps.

Madame P. révèle qu'elle fait régulièrement ses courses et qu'elle prépare seule ses repas. Elle fait attention à son alimentation, qu'elle diversifie avec des laitages, des fruits et légumes frais. Elle ne prend aucun médicament en automédication. Elle ne présente pas de signes fonctionnels urinaires et n'a pas de sensation de fièvre, de prurit ou de sueurs nocturnes.

Faut-il proposer des explorations complémentaires, si oui lesquelles et avec quelles hypothèses ?

Il faut prescrire un bilan sanguin : **ionogramme sanguin, créatininémie, calcémie, glycémie et TSH ultrasensible**, à la recherche d'une cause métabolique ou endocrinienne. À ce stade, il n'est pas utile de rechercher d'autres endocrinopathies plus rares, une insuffisance surrénalienne par exemple.

La numération formule sanguine (NFS) et les **transaminases sériques** sont des examens d'orientation.

De même, il convient de demander une protéine C-réactive (CRP), à la recherche d'un syndrome inflammatoire biologique, qui peut révéler une

maladie inflammatoire, certaines maladies auto-immunes, une hémopathie, un lymphome ou un cancer. La vitesse de sédimentation (VS) est un examen trop peu spécifique car elle peut être normale dans 30 à 50 p. 100 des cancers et elle varie dans de nombreuses situations (anémie, œstrogènes, hypercholestérolémie, etc.). Elle a certes l'avantage de son faible coût, mais est peu fiable chez la personne âgée.

On prescrit un examen cytobactériologique des urines (ECBU).

En l'absence de signe d'appel en faveur d'une cause cardio-pulmonaire, une **radiographie du thorax** ne doit être pratiquée que si l'asthénie persiste. Dans le cadre du suivi pour hypertension artérielle, elle a normalement déjà eu un ECG. Il sera éventuellement nécessaire d'en refaire un, à la recherche d'une hypertrophie ventriculaire gauche et de signes d'insuffisance coronaire. Il faudra

prescrire une échographie cardiaque si la cause de l'asthénie n'est pas élucidée et éventuellement pour évaluer le retentissement de l'hypertension artérielle.

La patiente revient consulter avec un bilan biologique normal, en dehors du dosage de la TSH à 8 mUI/l (normale : de 0,5 à 3,5 mUI/l).

Que pensez-vous des résultats des examens biologiques ?

Nous sommes face à une élévation modérée de la TSH suggérant une **hypothyroïdie**. Il convient de contrôler ce dosage un mois plus tard ainsi que la T4 libre et les anticorps antiperoxydase (TPO) pour préciser le diagnostic étiologique si la TSH reste supérieure à 4 mUI/l. Les autres dosages biologiques, en particulier la T3 libre et la thyroglobuline, sont inutiles. De même que les examens d'imagerie de

la glande thyroïdienne (scintigraphie, échographie) qui ne sont nécessaires qu'en présence d'un goitre ou d'un nodule palpé. Ce n'est pas le cas de notre patiente.

Le bilan confirme le taux élevé de TSH à 11 mUI/l et retrouve une T4 libre est à 12 pmol/ml (normale : de 11 à 24 pmol/ml). Les TPO sont au-dessus de la valeur seuil.

Que faites-vous ?

L'hypothyroïdie dite infraclinique est définie par l'association d'une TSH élevée, c'est à dire au-dessus de 4 mUI/l, et d'une T4 libre normale chez un patient paucisymptomatique. C'est le cas de notre patiente. La prévalence en France de l'hypothyroïdie infraclinique, définie avec un seuil de TSH à 4 mUI/l, est retrouvée chez 3,3 p. 100 des femmes âgées de 45 à 70 ans. Cette prévalence augmente avec l'âge.

En dehors des situations particulières comme une chirurgie de la thyroïde, un traitement antithyroïdien ou une irradiation cervicale, les facteurs favorisant une hypothyroïdie infraclinique sont le sexe féminin, le tabagisme, l'âge, un apport iodé élevé et certains polluants. Il est bien sûr nécessaire de vérifier l'absence de traitement favorisant : amiodarone, lithium, interféron et cytokine.

La cause principale d'hypothyroïdie fruste est l'auto-immunité thyroïdienne mise en évidence par un taux élevé des anticorps anti-TPO. Une élévation des TPO indique également un risque élevé de progression de l'hypothyroïdie infraclinique vers une forme patente.

Bien souvent, c'est après coup que l'on retrouve des signes frustrés auxquels on n'avait pas prêté attention au départ : la pâleur de la peau est plutôt jaunâtre, l'infiltration myxœdémateuse peut être limitée au dos des mains, des pieds, aux paupières. La dépilation de la queue des sourcils, des aisselles,

du pubis, les cheveux secs et cassants peuvent être attribués à l'âge. La prise de poids n'est souvent pas remarquée car très progressive, de même une voix un peu rauque à laquelle on s'est habitué. Un syndrome dépressif et des troubles cognitifs sont fréquemment rapportés, mais il n'existe pas de preuve concernant le bénéfice d'un traitement substitutif que sur les troubles frustes de la mémoire.

Une hypercholestérolémie peut signaler l'insuffisance thyroïdienne. Les risques cardiovasculaires d'une hypothyroïdie fruste, en particulier le risque athérogène, ne sont pas complètement étayés par les études, néanmoins le bénéfice cardiovasculaire d'un traitement substitutif est probable lorsque la TSH est supérieure à 10 UI/l.

Selon les dernières recommandations un traitement thyroïdien est recommandé si la TSH est supérieure à 10 UI/l ou en présence d'anticorps anti-TPO ; c'est le cas de Madame P. à qui il faut, sans attendre, proposer ce traitement en espérant des effets bénéfiques sur son asthénie.

La découverte de cette hypothyroïdie fruste d'origine auto-immune peut expliquer à elle seule la plainte. Le reste du bilan étant normal, nous pouvons, a priori, écarter une autre cause, même si l'asthénie est souvent due à plusieurs causes associées, en particulier chez la personne âgée. La normalité du bilan peut aussi contribuer à rassurer la patiente.

Comment menez-vous le traitement substitutif ?

On peut débuter, en ambulatoire, le traitement substitutif par l'évothyroxine, mais avec une certaine prudence. En effet, il faut garder à l'esprit les risques cardiovasculaires, osseux et neuropsychiatriques d'un éventuel surdosage.

Compte tenu de l'âge de cette patiente hypertendue, l'existence possible d'une coronaropathie méconnue et/ou d'une insuffisance cardiaque débutante justifie de débuter par une **dose initiale de 12,5 µg**. Il peut être nécessaire de demander un avis cardiologique. La posologie devra être augmentée très progressivement et très prudemment, car il y a moins de risque à laisser la patiente en hypothyroïdie qu'à provoquer un angor ou une décompensation cardiaque, ou à la faire basculer en hyperthyroïdie. Un premier contrôle de la TSH sera proposé au bout de 4 à 6 semaines.

Il faudra ensuite augmenter les doses progressivement toutes les 2 à 4 semaines. Son hypothyroïdie

étant assez frustrée, il ne sera pas nécessaire d'atteindre la posologie optimale proche des doses physiologiques de 100 à 125 µg/j. Un dosage régulier de la TSH, au moins 4 à 6 semaines après chaque changement de posologie est nécessaire.

Une fois le traitement équilibré, il faudra réévaluer la situation si Madame P. ne se sent pas améliorée.

Ce suivi aura été l'occasion de vérifier la mise à jour dans le dossier de la patiente d'autres éléments de sa prise en charge : suivi biologique et cardiologique de l'HTA ; dépistage des cancers du sein, du colon (elle est encore éligible) ; dépistage de la dépression et des troubles cognitifs ; dépistage de déficits sensoriels liés à l'âge ; statut vaccinal en particulier vis à vis du tétanos et de la grippe ; supplémentation quotidienne en vitamine D et en calcium si les apports sont insuffisants ; bilan des risques de fractures ostéoporotiques.

BIBLIOGRAPHIE

BERTHERAT J. Hypothyroïdie infraclinique. Thérapeutique, 2002, 54 : 27-29.

EBELL MH. What is a reasonable initial approach to the patient with fatigue? J Fam Pract, 2001, 50 : 16-17.

HAMILTON W, WATSON J, ROUND A. Investigating fatigue in primary care. BMJ, 2010, 341 : c4259. Doi : 10.1136/bmj.c4259.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). La dénutrition du sujet âgé : un enjeu de santé publique. Comment la dépister,

la prévenir, la traiter ? Compte rendu de table ronde. Consultable sur le site www.has-sante.fr.

SFE-HAS. Hypothyroïdie fruste chez l'adulte : diagnostic et prise en charge. Recommandations pour la pratique clinique, 2007.

VAIDYA B, PEARCE SHS. Management of hypothyroidism in adults. BMJ, 2008, 337 : a801.

CAS N° 13

Mademoiselle M. fait des malaises et voudrait que ça cesse

Mademoiselle M., 36 ans, vient consulter car elle a eu un malaise au cours d'une réunion, sur son lieu de travail. Elle vous montre une lettre du médecin de garde appelé en urgence, qui précise être arrivé après que le malaise se soit produit et avoir constaté que la pression artérielle était à 120/70 mmHg, les pulsations cardiaques régulières à 68/min et l'examen cardiovasculaire et neurologique normal. Il a rassuré Mademoiselle M. en lui disant que ce n'était probablement pas grave et lui a demandé de faire un bilan avant de consulter son médecin traitant.

Elle est célibataire, bibliothécaire, nouvellement arrivée à Paris, originaire du centre de la France.

Le bilan biologique qu'elle vous montre – NFS, VS, glycémie, TSHus, transaminases, calcémie, ionogramme sanguin – est normal. Elle a apporté d'autres bilans (ECG, examens biologiques...) faits après des malaises identiques à la suite desquels, à deux reprises, elle a été conduite aux urgences de l'hôpital. Elle aimerait bien qu'on finisse par trouver ce qu'elle a...

Comment commencez-vous l'entretien ?

Cette patiente a fait un malaise. Elle a été examinée par un médecin qui a écarté une urgence et l'a rassurée. Il convient toutefois de poser les questions essentielles pour évaluer la situation et rechercher des éléments de gravité qui auraient pu passer inaperçus. On cherche donc à préciser :

- les **conditions de survenue** et la **description** des différents malaises, et en particulier du dernier épisode : prodromes, circonstances favorisant, existence d'une perte de connaissance, signes associés et en particulier notion de morsure de langue, de perte d'urine, symptômes faisant suite au malaise : confusion, amnésie, troubles digestifs. On demande si une tierce personne a observé le malaise. On fait préciser le vécu du malaise et les craintes qu'il provoque ;

- les **antécédents personnels et familiaux**. On s'intéresse en particulier à tout ce qui s'apparente à des malaises ou pertes de connaissance antérieurs. Il faut rechercher des notions de diabète, de comitialité, de malaises vagues, de troubles cardiovasculaires, de troubles anxieux ou de dépression ;

- les **traitements suivis**, les **produits licites** ou **illicites** éventuellement consommés régulièrement et en particulier avant le malaise ;

- l'**environnement professionnel** et l'**histoire personnelle** de la patiente. Il est en effet primordial

de connaître ses conditions de vie, ses habitudes alimentaires, la qualité de son sommeil, ses activités physiques. On a déjà noté une notion de « déracinement » récent qui, associé à une éventuelle solitude, a pu la fragiliser. Les circonstances du premier malaise et les événements de vie le précédant peuvent être riches de renseignements.

Mademoiselle M. ne signale aucun antécédent familial particulier. Elle confirme avoir déjà eu plusieurs malaises identiques. Juste avant celui-ci, elle a éprouvé une sensation de mal-être et a eu une impression d'oppression thoracique avec manque d'air puis une sensation progressive de tête vide, de fourmillements et d'engourdissement des extrémités avec des tremblements avant de s'évanouir. Elle a très bien perçu l'affolement et l'agitation autour d'elle, mais ne pouvait ni réagir ni répondre aux questions. Elle est « revenue à elle » au bout de quelques minutes qui lui ont semblé une éternité et dans un état de fatigue encore plus grand.

Elle ne prend pas de pilule œstroprogestative. Elle a des cycles réguliers. Elle fume beaucoup et reconnaît qu'elle est très « nerveuse », saute souvent des repas, mais dort bien. Elle ne boit pas d'alcool et ne consomme aucun produit illicite. Son travail lui plaît, mais son bureau est très éloigné de son domicile : il lui faut plus d'une heure pour s'y rendre.

Quel diagnostic évoquer ?

Le risque est de méconnaître une cause grave ou, à l'inverse, de s'engager dans un bilan sans rapport avec le problème.

Il faut prendre en compte la description clinique, la prévalence selon l'âge et les facteurs de risque. Chez Mademoiselle M., compte tenu des circonstances du malaise, de son caractère répétitif, de la négativité des bilans pratiqués et du contexte d'isolement psychosocial, une **cause psychologique** est très probable.

Il existe de nombreuses étiquettes selon les médecins, les pays et les « modes » : la « spasmophilie », l'attaque de panique, la crise d'angoisse, la névrose d'angoisse, l'hystérie. En général, le caractère très démonstratif du malaise permet d'évoquer ce diagnostic. C'est le cas pour notre patiente.

Comment poursuivre la consultation ?

Il est utile, dès ce stade, d'avoir une attitude rassurante, tout en continuant la démarche diagnostique. On peut d'emblée signaler que les malaises n'évoquent pas une maladie organique.

Il convient toutefois d'examiner le bilan biologique avec elle en lui signalant tout ce qui est normal : « vous n'avez ni diabète, ni anémie, ni trouble thyroïdien ou hépatique, ni une anomalie évocatrice de maladie grave ». L'examen clinique, souvent vécu avec appréhension, est un temps important. Il doit être méthodique, voire ritualisé. On doit pouvoir repérer les craintes de la patiente. Elle a pu, en effet, être marquée par un événement traumatisant dans son entourage – une maladie particulière, un organe

Après les causes psychologiques, le **malaise vagal** est une cause fréquente, ces deux causes pouvant être intriquées. Cette hypothèse est plausible chez notre patiente, mais les signes neuromusculaires, l'oppression thoracique et la durée du malaise ne plaident pas en faveur.

Les autres causes de malaise chez l'adulte jeune sont, par ordre de prévalence :

- les **causes toxiques** (alcool, médicaments, drogues et différents mélanges) : il faut systématiquement les évoquer, elles sont souvent sous-estimées ;
- les **causes plus rares** (neurologiques, cardiaques, traumatiques et métaboliques), dont les signes d'appels auraient été repérés par l'interrogatoire, l'examen clinique et les bilans réalisés.

malade. Il faut la rassurer au fur et à mesure de l'examen, en lui précisant ce que l'on constate : « Votre tension est normale, vous n'avez pas de souffle au cœur, les battements du cœur sont réguliers, votre glande thyroïdienne est sans anomalie, l'examen neurologique est normal, etc. »

Un ECG récent ayant été fait, vous précisez qu'il était parfaitement normal et qu'il n'est pas utile d'en faire un nouveau.

L'examen clinique de Mademoiselle M. ne montre aucune autre anomalie. Il n'existe en particulier pas de signe d'anémie ni de dénutrition. Son poids est de 52 kg pour une taille de 1,63 m. Le bilan biologique pratiqué est normal.

Quelle prise en charge immédiate pour cette patiente ?

Mademoiselle M. a donc eu plusieurs malaises du même type. Elle recherche absolument une cause organique à ses troubles et peut errer ainsi de médecin en médecin en multipliant les examens complémentaires.

Certains patients dont les troubles persistent ont tendance à penser, souvent sous la pression de leur entourage, que le médecin n'a pas trouvé la cause de leurs maux et qu'il vaut mieux en consulter un autre, pratiquant ainsi le nomadisme médical. De plus, il est plus facile de rattacher ses symptômes à une éventuelle

cause organique plutôt que d'accepter l'idée que le corps puisse exprimer des difficultés d'ordre psychique.

Notre premier objectif est de montrer à cette patiente notre intérêt pour son cas en reconnaissant l'existence de ses troubles. Cette attitude, à elle seule, a une valeur thérapeutique. Il faut répondre à son désarroi en lui disant qu'il n'est effectivement plus possible de continuer ainsi et lui demander ce qu'elle pense et comment elle explique ses malaises. Si elle s'appuie complètement sur nous pour « trouver ce qu'elle a », il nous faut prendre notre fonction

« apostolique » en adoptant le rôle du « professionnel qui sait », en particulier, « ce qui est bon » pour elle. C'est vraisemblablement ce qu'il faut faire avec Mademoiselle M. Toutefois, elle reconnaît qu'elle est « nerveuse » et elle peut suggérer qu'une éventuelle origine psychique à ses malaises est possible. Il convient de l'écouter et de la laisser tenter d'expliquer l'origine de ses troubles. Cette attitude indique qu'un processus d'élaboration est déjà entamé. Dans tous les cas, il faut proposer un prochain rendez-vous assez rapproché, ce qui la rassurera également.

Dans l'immédiat, il convient de soulager son mal être. Une « béquille » chimique est parfois nécessaire lorsque l'anxiété domine le tableau clinique et « paralyse l'entretien ». Suivant l'importance des symptômes et les traitements déjà pris, on utilisera en première intention des thérapeutiques ayant un fort effet placebo : du

magnésium, de la phytothérapie à base de valériane, de mélisse ou de passiflore. On peut également utiliser un anxiolytique non benzodiazépinique (buspirone), un bêtabloquant non cardiosélectif (propranolol), voire une benzodiazépine (bromazépam, alprazolam, prazépam) sur une période la plus courte possible et en informant la patiente sur les risques d'un recours à l'automédication pour ce type de médicaments.

Mademoiselle M. n'a pas conscience du lien entre ses malaises et les événements de sa vie. Elle pense avoir une maladie qui n'a pas été reconnue. Elle refuse de prendre des psychotropes car elle en a très peur, mais accepte de prendre le magnésium que lui avons prescrit – magnésium-pyridoxine : 2 comprimés 3 fois par jour pendant 2 semaines – et de revenir en consultation pour « parler » car elle trouve que cette consultation lui a fait du bien.

Quelle prise en charge au long cours ?

Un suivi régulier est souhaitable.

Notre second objectif sera de faire prendre conscience à Mademoiselle M. de la véritable nature de ses malaises.

Il s'agit de l'aider à sortir de cet espace où le médecin est représenté comme celui qui sait, celui qui va prendre la direction des opérations, celui qui rassure, conseille, reconforte, soutient. Une certaine dépendance peut s'installer entre lui et la patiente qui se sent ainsi protégée des agressions extérieures et intérieures. À ce stade, les entretiens doivent être semi-directifs, voire directifs, avec parfois un effet de suggestion (effet placebo) : « vous allez faire ceci, prendre cela et ça ira beaucoup mieux ». Cet effet de suggestion est à manier avec parcimonie car en l'absence d'efficacité ou lorsque l'effet s'épuise rapidement, la patiente peut perdre confiance. De plus, il n'est pas rare d'observer un déplacement des symptômes anxieux vers d'autres manifestations somatiques. On peut utiliser la « reformulation », technique d'entretien non directive qui permet au patient de faire un travail de « réflexion en miroir » : le médecin répétant ce que le patient dit, celui-ci s'entend dire ses propos avec une distance critique.

C'est à un stade d'autonomie de patient plus avancé, dans un espace « transitionnel », que se situent la plupart des relations médecins-patients en médecine générale. Les patients ont encore besoin d'être soutenus et ne sont pas tout à fait autonomes. Ils échangent, négocient et commencent à participer à la décision. Il est possible, à ce stade, de parler au patient de troubles du fonctionnement psychique. Les entretiens devront être plus ouverts, moins directifs, une autre mise en jeu des mouvements affectifs

s'opère, où le patient cherche à la fois le soutien et l'autonomie dans une contradiction apparente qui peut rappeler celle de l'adolescent avec ses parents. Le médecin doit avoir conscience des processus de transfert et de contre-transfert, ce qui lui permet d'adapter son attitude à ces besoins contradictoires. S'engage ensuite une élaboration abordant les relations affectives du patient, à la lumière de son histoire familiale, qui lui permet d'arriver à une phase d'autonomisation qui devrait être l'objectif de toute relation thérapeutique en médecine générale.

Cette psychothérapie de soutien du médecin généraliste permet une mise en mots de la souffrance psychique jugée inconcevable auparavant. Elle tire sa spécificité d'une approche corporelle et verbale dans un espace thérapeutique proche du milieu de vie du patient. Elle contribue à maintenir l'équilibre psychique du patient et à lui faire prendre conscience de l'origine psychique des symptômes somatiques. Elle peut aboutir à une demande de psychothérapie. Le « passage » au psychothérapeute se fera d'autant plus facilement si la patiente formule elle-même cette demande et si le médecin a vaincu ses propres résistances à l'adresser. De plus, la confiance accordée au correspondant participe d'un « transfert pluriel » profitable à la patiente.

Pour certains patients hermétiquement fermés à tout ce qui est d'ordre psychologique, on peut proposer des thérapies corporelles : relaxation, yoga, massages, etc.

Après quelques entretiens, Mademoiselle M. a fini par prendre conscience de la nature psychique de ses troubles et a renoncé à faire d'autres examens. Elle n'a pas présenté

d'autres malaises et n'a donc pas formulé de demande de psychothérapie.

Elle fait désormais régulièrement du sport et a réussi à aménager ses horaires de travail pour diminuer le temps de transport.

Ces différents contacts ont également été l'occasion de faire le point sur les vaccinations qui n'étaient pas à jour et de programmer un frottis de dépistage qui n'a pas été pratiqué depuis plus de 3 ans.

BIBLIOGRAPHIE

BALINT M. Le médecin, son malade et la maladie. Payot, Paris, 1957.

FREUD S. La technique psychanalytique. Paris, PUF, 1985.

GUELFI JD, BOYER P, CONSOLI S, RENÉ MO. Psychiatrie., 8^e Éd. Paris, PUF, 2002, 932 pages.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Pertes de connaissance brèves de l'adulte : prise en charge diagnostique et

thérapeutique des syncopes. Recommandations pour la pratique clinique de la Haute Autorité de santé. Paris, HAS, mai 2008, 123 pages. Disponible sur www.has-sante.fr.

JAURY P. La psychothérapie spécifique du généraliste. Rev Prat Med Gen, 2003, 17 :1279-1282.

VELLUET L. le médecin, un psy qui s'ignore. Médecine de famille et psychanalyse. Paris, L'Harmattan, 2005, 267 pages.

CAS N° 14

Bertrand, 22 ans, a fait un malaise à son travail

Bertrand B., 22 ans, employé de bureau, vient consulter au cabinet en début d'après-midi car il a « fait un malaise » sur son lieu de travail en fin de matinée. Il vous remet une lettre de l'infirmière de son entreprise qui l'a vu au décours du malaise. Elle a noté qu'il avait une pression artérielle à 110/70 mmHg avec un pouls lent et régulier à 60/min. Elle précise qu'il était moite et pâle, qu'elle lui a donné du sucre et lui a conseillé de consulter rapidement son médecin traitant.

C'est un jeune homme grand et maigre qui a l'air en pleine forme et qui est déjà venu en consultation pour des certificats d'aptitude à la pratique sportive et des vaccinations. Il n'a aucun antécédent notable, ni personnel ni familial.

Qu'évoque la notion de malaise ?

Le malaise est une sensation subjective de mal-être. Il correspond le plus souvent à une baisse transitoire du débit sanguin cérébral, secondaire à une hypotension soit par diminution du débit cardiaque, soit par diminution des résistances vasculaires périphériques, soit plus rarement par un trouble électrique cérébral.

Le ressenti du patient et la plainte exprimée dépendent des représentations qu'il a de son trouble. L'interrogatoire permettra de distinguer :

- la **lipothymie**, qui peut précéder la perte de connaissance ou rester isolée. Elle correspond à un sentiment d'évanouissement imminent. Sa symptomatologie est riche et variée : fatigue, brouillard visuel, étourdissement, sueurs, nausées, bouffées de chaleur, etc. ;

- la **syncope**, qui correspond à une perte de connaissance brève, inférieure à 3 minutes, à l'origine d'un affaissement ou d'une chute brutale. La syncope ne s'accompagne pas de mouvements tonico-cloniques, de morsure de langue ou de perte d'urines. La reprise de conscience est rapide. Elle ne s'accompagne pas de confusion ou d'obnubilation ;

- la **perte de connaissance prolongée**, qui est supérieure à 3 minutes, qui peut s'accompagner de mouvements tonico-cloniques, de morsure de langue ou de perte d'urine. La reprise de conscience est progressive et peut s'accompagner d'une confusion ou d'une obnubilation.

Il a été estimé qu'environ 19 p. 100 des adultes en population générale a déjà fait l'expérience d'une syncope. Le risque augmente avec l'âge.

Quels renseignements complémentaires peuvent guider vos hypothèses diagnostiques ?

Il faut faire préciser :

- l'existence de malaises similaires antérieurs ;
- les circonstances de survenue : avait-il pris un petit déjeuner ? Y a-t-il eu un stress, une émotion ou un effort ?
- l'existence de facteurs favorisants, de prodromes, de perte de connaissance, de morsure de

langue, de perte d'urine, de signes post-critiques, tout comme les symptômes associés au malaise, en particulier d'ordre neurologique ;

- une notion de prise de médicaments et/ou d'absorption d'alcool ou de produits illicites ;
- les antécédents personnels ;
- les antécédents familiaux.

De l'interrogatoire de ce patient, il ressort qu'il n'a aucun antécédent personnel ou familial de diabète, qu'il n'a pris aucun médicament ni produit toxique ; qu'il a absorbé un petit déjeuner satisfaisant ; qu'il travaille debout presque tout le temps. Ce jeune homme explique qu'il s'est senti progressivement de plus en plus fatigué, puis pas bien du tout, qu'il

a ressenti des nausées et a eu des bâillements ; qu'il a eu un voile noir devant les yeux et a dû s'allonger pour ne pas tomber ; qu'il a presque perdu connaissance ; et, élément important, qu'il entendait tout ce qui se passait autour de lui « comme dans un brouillard » sans pouvoir réagir. Il n'y a aucune amnésie post-critique ni de signes de traumatisme.

Peut-on d'emblée avoir une position diagnostique ?

Le suivi de ce patient connu, le contexte, le mot de l'infirmière, l'examen clinique normal et l'âge du patient permettent d'évoquer d'emblée une **syncope réflexe**.

La syncope réflexe (ou malaise vagal) correspond à une activité excessive du système parasympathique (système vagal) en réponse à la stimulation des récepteurs viscéraux (paroi des ventricules, vessie, œsophage, bronches, sinus carotidien). Il en résulte une modification brutale des résistances vasculaires ou de la fréquence cardiaque, entraînant une hypotension artérielle et une bradycardie à l'origine d'une hypoperfusion cérébrale.

Elle peut faire suite à une forte émotion, une angoisse, des douleurs intenses. Elle est favorisée par une atmosphère confinée, de fortes chaleurs, une station debout prolongée ou une consommation excessive d'alcool.

Le tableau clinique est le plus souvent typique. Le diagnostic est posé à l'interrogatoire :

- les circonstances de survenue sont évocatrices (confinement, douleur, émotion, station debout prolongée, réplétion gastrique) ;
- les symptômes débutent par des prodromes associant sensation vertigineuse, sueurs, nausées, asthénie intense et pâleur. Une perte de connaissance survient une fois sur deux ;
- l'examen pendant le malaise montre une grande pâleur, une hypotension, une bradycardie avec un pouls « filant ». Tous ces signes, angoissants pour l'entourage, entraînent souvent des interventions

inoportunes des pompiers ou du SAMU, voire des gestes d'urgence inadaptés ;

– la récupération est souvent progressive avec persistance d'une asthénie. Il n'est pas rare que la lipothymie soit récidivante ou persiste si la récupération est incomplète et que le patient tente de se lever trop rapidement.

La syncope réflexe est parfois de présentation atypique. L'interrogatoire ne retrouve pas les circonstances déclenchantes et les prodromes caractéristiques. Cependant, l'âge jeune, les antécédents de syncope réflexe typiques et l'absence d'arguments pour une cardiopathie conduisent à évoquer un mécanisme vagal.

L'origine vaso-vagale de la syncope peut être confirmée par un test d'inclinaison (Tilt test). L'indication du test d'inclinaison doit être large et prioritaire dans l'exploration des syncopes inexpliquées récidivantes ou à risque chez le sujet jeune et en l'absence d'anomalie cardiaque, clinique ou électrique. Le test pouvant conduire dans les cas extrêmes à une pause cardiaque ou à des mouvements cloniques, il est préférable de le réaliser dans un environnement médical avec un plateau technique adapté. Ce test consiste à maintenir une inclinaison de 60 à 70 degrés pendant 45 minutes, éventuellement sensibilisé par test pharmacodynamique. Le test est positif quand il reproduit une lipothymie ou une syncope, conjointement à une chute tensionnelle et une bradycardie importante.

Quelles sont les autres hypothèses diagnostiques ?

Le risque, comme pour tout malaise, est de méconnaître une cause grave ou, à l'inverse, de s'engager dans un bilan sans rapport avec l'incident.

Dans un premier temps, il faut s'assurer qu'il ne s'agit pas d'un malaise avec perte de connaissance prolongée, pouvant faire évoquer une **crise convulsive**. Lorsque le patient est seul lors du malaise, il est parfois difficile de préciser la durée de la perte de connaissance. L'interrogatoire des témoins est essentiel. Ici, l'absence

de perte d'urine, de morsure de langue et de confusion post-critique plaident contre cette hypothèse.

Dans un second temps, les autres causes de syncopes seront à envisager selon le contexte :

- l'**hypotension orthostatique**, secondaire à :
 - l'usage de toxique : alcool, médicaments, drogues et mélanges. La qualité de l'écoute du patient permet d'éviter de passer à côté de ces hypothèses,

- une dysautonomie : maladie de Parkinson, diabète, etc.,
- une déshydratation,
- une insuffisance veineuse ;
- les **causes cardiovasculaires**, cependant rares chez le sujet jeune : l'arythmie cardiaque, une cardiopathie, une embolie pulmonaire, etc.

Les diagnostics différentiels des syncopes doivent être gardés à l'esprit :

– le **malaise hypoglycémique** est souvent évoqué. Il n'est jamais syncopal. Les symptômes (sensation de faim, sueurs, céphalées, troubles visuels) peuvent régresser spontanément ou évoluer plus rarement vers une confusion mentale, un trouble de la vigilance (sommolence, obnubilation, coma) et des convulsions épileptiques. Il s'agit le plus souvent d'un diabétique connu et traité. Ce n'est pas le cas de notre patient ;

– la **narcolepsie-cataplexie** (maladie de Gélineau) est très rare mais doit être identifiée : elle comporte de brusques accès de sommeil irrésistibles, pluriquotidiens, associés ou non à des chutes par perte brusque du tonus musculaire (cataplexie). Il faut y penser en cas d'épisodes répétitifs.

L'examen clinique contribue à confirmer le diagnostic. Même si un médecin expérimenté peut établir un diagnostic de probabilité dès l'interrogatoire, il est très important, pour des raisons psychologiques, d'examiner attentivement le patient et de commenter l'examen dans un souci de réassurance.

L'examen clinique orienté – cardiovasculaire et neurologique – montre une pression artérielle en position allongée à 120/70 mmHg et debout à 110/70 mmHg, ce qui permet d'éliminer une hypotension orthostatique ; un pouls régulier à 68 ; aucun souffle cardiaque audible ; des pouls périphériques bien frappés et symétriques. L'examen neurologique est normal.

Comment prendre en charge un patient qui ressent des malaises vagues ?

Lors du malaise, le traitement consiste à allonger le patient, les jambes surélevées, et à le rassurer quant à la bénignité de l'incident. Il faut éviter de le relever trop tôt. Une injection d'atropine 0,5 mg sous-cutanée est très rarement nécessaire, car le simple décubitus permet au patient de récupérer en moins de 30 minutes. Il faut l'informer des facteurs qui favorisent l'apparition de tels malaises pour éviter autant que possible les récurrences. L'écoute est, dès ce stade, primordiale, car le patient a souvent eu l'impression qu'il allait mourir. Si les explications ne suffisent pas à le tranquilliser, il est possible de lui proposer un psychotrope léger. En principe, un décontractant à base de plantes suffit, mais il est parfois nécessaire de proposer au patient un benzodiazépine sublinguale, telle que le bromazépam (6 mg, 1/4 de comprimé) ou le diazépam (5 mg) dont le délai d'action est rapide. Cela permet de diminuer l'anxiété associée au malaise, voire de l'écourter. Cette attitude peut avoir une valeur pédagogique, en montrant qu'un anxiolytique peut prévenir le malaise menaçant et éviter le recours à un médecin.

Dans le cas le plus fréquent, celui de la **consultation différée**, il faut :

- rassurer, car ces malaises sont bénins et ne présentent aucun danger ;
- expliquer le plus simplement possible : à cet égard, parler d'une « coupure de courant » est beaucoup plus éloquent que de « l'effondrement des résistances périphériques » ;
- conseiller d'éviter les situations qui favorisent et déclenchent le malaise vagal, souvent identifiées par le patient lui-même.

Aucune investigation n'est nécessaire chez ce jeune homme, dont l'examen cardiologique ne montre aucun signe d'appel de cardiopathie : l'électrocardiogramme ne se justifie qu'en cas de suspicion de cardiopathie. Les examens biologiques ne sont que très exceptionnellement indiqués, en cas d'autre anomalie clinique, de comorbidité ou de traitements à risque.

Bertrand B. sort du cabinet sans ordonnance, car il ne désire pas prendre de psychotrope, même de façon ponctuelle. Après un long entretien, il a convenu qu'il n'avait pas ménagé son sommeil ces derniers temps à cause de nombreuses sorties et qu'il supporte de moins en moins l'étroitesse du bureau dans lequel il travaille et où il faisait très chaud.

BIBLIOGRAPHIE

CHEN LY, BENDITT DG, SHEN WK. Management of Syncope in Adults : An Update. Mayo Clin Proc, 2008, 83 :1280-1293.

HARTEMANN-HEURTIER A. Suspicion d'hypoglycémie chez l'adulte non diabétique. Traité de médecine AKOS, Elsevier (emc-consulter.com), 2008 : 1-1340.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Pertes de connaissance brève de l'adulte : prise en charge diagnostique et thérapeutique des syncopes. Recommandations. Paris, HAS, mai 2008.

LESTAVEL P, MARQUIE C. « Malaise », lipothymie et syncope. *Encycl Méd Chir* (Paris, Elsevier), Médecine d'urgence, 2007 : 25-020-B-55.

PARRY SW, TAN MP. An approach to the evaluation and

management of syncope in adults. *BMJ*, 2010 : 340:c880. doi: 10.1136/bmj.c880.

PRESCRIRE RÉDACTION. Syncopes de l'adulte : orienter le bilan en fonction des priorités diagnostiques. *Rev Prescr*, 1998, 18 : 692-701.

SOTERIADES E, EVANS J, LARSON M. et al. Incidence and Prognosis of Syncope. *N Engl J Med*, 2002, 347 : 878-885.

CAS N° 15

Monsieur L., 78 ans, a eu un malaise au lever

Vous voyez en visite Monsieur L., 78 ans, qui a eu un malaise au lever. Il s'agit d'un patient que vous suivez depuis 12 ans pour une hypertension artérielle, actuellement traitée par un inhibiteur de l'enzyme de conversion associé à un diurétique (un comprimé le matin) et de la L-dopa dosée à 125 mg, 3 comprimés par jour, introduit depuis peu en raison de la découverte d'un syndrome parkinsonien avec troubles de la marche.

Sa femme a été très impressionnée. Elle a préféré faire venir le médecin car elle a peur que son mari ne tombe dans la rue. À l'arrivée au domicile, Monsieur L. est comme d'habitude, très présent, il ne se plaint de rien. Il raconte qu'il est tombé en se levant du lit et qu'il « n'avait plus de jambes ». Sa femme ajoute : « Il a été pris d'un grand vertige, d'une instabilité, et puis il est tombé. Il a presque perdu connaissance l'espace de quelques secondes. »

Quelles sont les points importants de l'interrogatoire qui vont permettre de préciser les hypothèses diagnostiques ?

Nous savons que notre patient a eu ce malaise au lever, sans effort, avec des prodromes (vertiges, baisse du tonus musculaire aux jambes). Il se souvient du déroulement du malaise. Il n'a pas eu de signes associés. Le malaise ne s'est pas accompagné de signes neurologiques (paralysie faciale, aphasie, paresthésies bucco-faciales, parésie d'un membre, etc.). Il faut rechercher des céphalées qui ne seraient pas signalées spontanément et pourraient faire évoquer un processus tumoral.

L'absence de pertes d'urines, ou de confusion post-critique permet d'écarter une crise d'épilepsie.

La première hypothèse qui vient à l'esprit est celle d'une lipothymie, évocatrice d'une **hypotension orthostatique**, favorisée par le traitement associant un antihypertenseur et la L-dopa. Mais l'interrogatoire devra préciser la nature et les circonstances du malaise afin d'écarter d'autres hypothèses.

Il est difficile d'interroger une personne âgée à propos d'un malaise qu'elle vient de vivre, car la description des événements est souvent confuse. Par ailleurs, il faut garder à l'esprit que près d'un tiers des syncopes sont décrites par les personnes âgées comme étant une chute d'origine mécanique. Les informations apportées par l'entourage, dans ce cas par sa femme, sont précieuses. Il faut rechercher :

– les **antécédents** du patient qui peuvent orienter, en particulier l'existence d'épisodes antérieurs identiques, de maladie cardiovasculaire ou neurologique, de diabète, de maladie digestive ou de cancer. Chez ce patient, connu de longue date, la tâche est plus facile. Chez un nouveau patient ou en cas de remplacement d'un collègue, il faut rechercher les informations essentielles (ordonnances récentes, comptes rendus d'éventuelles hospitalisations, examens complémentaires), et essayer de joindre le médecin habituel par téléphone ;

– les **traitements réguliers**, sans oublier les médicaments pris en automédication ou prescrits par un autre médecin.

Il faut vérifier l'observance du traitement et une éventuelle surconsommation en regardant la pharmacie familiale. Les accidents iatrogènes sont en effet plus fréquents chez les personnes âgées, conséquences d'une fonction rénale altérée, d'une dénutrition, de troubles mnésiques et sensoriels. Certains médicaments présentent plus de risques, comme les psychotropes, les antihypertenseurs et tous les médicaments responsables de troubles du rythme : torsades de pointes associées à un QTc long (neuroleptiques, antidépresseurs tricycliques, certains antihistaminiques, amiodarone, sotalol, disopyramide, macrolide, etc.), bloc

auriculo-ventriculaire (bêtabloquants en comprimés ou en collyre), troubles de la conduction et hyperexcitabilité (digitaliques), hypokaliémie (diurétiques, laxatifs).

Il est important de vérifier, avec tact, s'il n'y a pas eu d'**intoxication éthylique** occasionnelle la veille (volontaire ou non), et de chercher à savoir s'il y a

eu des **lésions traumatiques**, à confirmer impérativement à l'examen clinique.

L'interrogatoire confirme que notre patient prend régulièrement son traitement, c'est d'ailleurs sa femme qui le lui donne scrupuleusement. Il n'y a pas d'automédication. Il n'a pas eu de lésion traumatique évidente.

Que doit rechercher l'examen clinique ?

Tout malaise chez une personne âgée avec chute impose un examen immédiat à la recherche de fractures ou autres traumatismes qui ne sont pas toujours signalés spontanément.

Un déficit neurologique peut être identifié par l'aspect du malade, sa façon de marcher, ses mimiques, son élocution et son discours. L'examen neurologique complet sera systématique.

La recherche d'une anomalie cardiovasculaire est un temps important, car les causes cardiovasculaires représentent 15 à 20 p. 100 des causes de malaises chez les personnes âgées. L'auscultation recherche une valvulopathie, un trouble du rythme, des signes d'insuffisance cardiaque, des râles sous-crépitaux uni ou bilatéraux. La palpation et l'auscultation des pouls apprécient l'état vasculaire du patient. Il faut en particulier rechercher un souffle carotidien. On recherche une hypertension artérielle et une hypotension orthostatique.

Au cours de l'examen général, on recherche des signes d'anémie, de déshydratation, de dénutrition

(BMI), des œdèmes des membres inférieurs, des varices.

Par principe, on recherche un fécalome en cas de constipation et un globe vésical.

La présentation de notre patient est habituelle et l'examen neurologique ne met pas en évidence de déficit focalisé. L'auscultation cardiopulmonaire est sans particularité et ne trouve ni souffle ni signe d'insuffisance cardiaque. Les pouls sont tous perçus, symétriques et réguliers à 78/min. La fréquence respiratoire est normale. La recherche d'une hypotension orthostatique est positive avec une PA à 115/70 mmHg en position allongée et 80/50 mmHg debout. À défaut d'une différence d'au moins 20 mmHg de la PAS, nous observons une baisse de plus de 10 mmHg de la PAD en orthostatisme, ce qui suffit au diagnostic. Une accélération du pouls à 88/min est observée en position debout. L'examen général de ce patient grand et maigre (65 kg pour 1,80 m) est sans particularité et ne montre que quelques varices, sans œdème des membres inférieurs.

Allez-vous réaliser des examens complémentaires au lit du malade ? Lesquels ?

Malgré la forte suspicion d'hypotension orthostatique, il faut pratiquer un **électrocardiogramme (ECG)**, si possible au domicile du patient, pour rechercher un trouble du rythme, en particulier un bloc auriculo-ventriculaire, et écarter des signes d'ischémie.

Monsieur L. n'est pas diabétique. Toutefois, il n'est pas inutile de réaliser systématiquement une **glycémie** capillaire (dextrosticks) pouvant révéler un premier épisode d'hypoglycémie, dont l'origine pourrait être toxique (alcool), organique (insuffisance rénale, hépatique, sepsis) ou plus rarement endocrinienne (hypophyse, surrénales, tumeur endocrine).

Si l'on dispose d'un oxymètre par capteur digital, on peut mesurer la **saturation artérielle en oxygène**

par voie transcutanée au niveau de la pulpe du doigt (SaO₂). Une saturation basse (inférieure à 95 p. 100) orienterait, même en l'absence de dyspnée ou d'élévation de la fréquence respiratoire – ce qui est courant à 78 ans – vers une pneumopathie voire une embolie pulmonaire passées inaperçues. Toutefois, il faut tenir compte des conditions altérant la précision de la mesure, en particulier une anémie, une hypoperfusion périphérique ou le port de vernis à ongles.

L'ECG pratiqué au domicile montre un banal bloc incomplet droit et une discrète HVG en rapport avec l'hypertension. La glycémie capillaire est normale et la SaO₂ est à 98 p. 100.

Quelles sont alors les hypothèses diagnostiques à ce stade ?

Devant la confirmation clinique et la normalité de l'ECG, du dextro et de la SaO₂, le diagnostic d'hypotension orthostatique est retenu. L'accélération du pouls à 88/min observée en position debout écarte a priori une éventuelle neuropathie autonome. Le mécanisme iatrogène supposé dès les premiers éléments de l'interrogatoire semble très probable, mais il faudra s'assurer de l'absence d'autres facteurs favorisants fréquents, comme une déshydratation.

L'hypotension orthostatique est l'une des causes les plus fréquentes de malaise chez les personnes âgées, de 4 à 10 p. 100 des cas. Mais bien souvent, il est difficile de déterminer avec exactitude la cause d'un malaise, plusieurs mécanismes étant intriqués. Les occupations habituelles (changement de position, repas, miction, défécation, etc.) sont les facteurs déclenchants retrouvés chez près de 20 p. 100 des sujets âgés de plus de 80 ans. Ces circonstances de malaise sont donc un élément d'orientation important. Un malaise au cours d'un effort de toux, de miction

ou de défécation est en faveur d'une hypotension réflexe. Un malaise au cours d'un effort physique doit orienter vers un rétrécissement aortique, une cardiomyopathie. Une chute après avoir tourné brutalement la tête ou levé le bras doit faire évoquer une atteinte carotidienne ou une insuffisance vertébro-basilaire – une *drop attacks* ; cet événement très rarement constaté est provoqué par une baisse du tonus des membres inférieurs, sans perte de conscience.

Quand la description du malaise avec chute n'est pas possible, il est difficile d'écarter une simple chute mécanique, un trouble de l'équilibre étant constant à 78 ans.

Selon les études, dans 20 à 30 p. 100 des cas, la cause déterminante du malaise n'est pas retrouvée. Seul le suivi au long cours permettra parfois de définir une étiologie.

L'interrogatoire de Monsieur L. et de sa femme a permis de déterminer que le malaise correspond à une lipothymie favorisée par le lever.

Quelle est la conduite à tenir dans l'immédiat ? Faut-il envisager d'autres explorations ?

Ni l'examen clinique, ni l'ECG n'orientent vers une cause cardiovasculaire ou neurologique évidente. Toutefois, il faudra être vigilant, car un trouble du rythme paroxystique, une coronaropathie silencieuse, une sténose carotidienne sans souffle ne peuvent être totalement écartés.

Les explorations cardiaques complémentaires (une échographie cardiaque à la recherche d'un rétrécissement aortique ou une myocardiopathie obstructive puis une holter ECG sur 24 heures à la recherche de troubles du rythme ou de trouble de la conduction) pourront être réalisées par la suite, en cas de nouvel épisode de syncope, malgré la correction de l'hypotension orthostatique.

Une échographie-Doppler des vaisseaux du cou, un scanner cérébral ou un électro-encéphalogramme ne seront prescrits qu'en cas de convulsions ou d'une anomalie neurologique focale à l'examen clinique.

Le bilan biologique (hémogramme, glycémie, ionogramme sanguin, créatininémie avec calcul de la clairance) permet de repérer des perturbations à risques (anémie, déshydratation, insuffisance rénale).

La première mesure doit donc consister à rassurer le patient et sa femme. L'hospitalisation n'est absolument pas nécessaire.

Il faut expliquer le mécanisme du malaise, conseiller de changer lentement de position et de bien s'hydrater.

Compte tenu des chiffres tensionnels et de l'âge du patient, il convient dans l'immédiat de diminuer la posologie du diurétique à un demi-comprimé. Il faudra également réévaluer la dopathérapie selon le handicap du patient – doses minimales, fractionnement des doses, prescription de dompéridone. Les médicaments à base d'ergot de seigle ou les sympathomimétiques, très utilisés, n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. Il faut proposer de revoir le patient dans les 4 jours qui suivent afin de réévaluer la situation.

Quatre jours plus tard, Monsieur L. est revu. Il se sent mieux, sa TA est à 130/85 mmHg sans hypotension orthostatique. Son bilan biologique met en évidence une insuffisance rénale modérée (créatininémie à 105 µmol/l, clairance Cockcroft à 47/min) et une hypokaliémie à 3,3 mEq/l qui devra être corrigée par une supplémentation en potassium pendant 1 mois.

Ce malaise est-il annonciateur d'un début de perte d'autonomie ?

Un malaise avec chute est un événement traumatisant pour une personne âgée, car il est souvent vécu comme un signe précurseur de perte d'autonomie. C'est l'occasion pour le médecin de faire le point avec le patient et son entourage afin de limiter le risque de chutes. En effet, une première chute expose à un risque multiplié par 20 de tomber à nouveau.

Pour cela, il est important de réévaluer l'ordonnance de Monsieur L. et de limiter au maximum le nombre de médicaments, notamment de revoir la pertinence des prescriptions de psychotropes.

Les troubles de la marche et de l'équilibre peuvent être évalués à l'aide de deux tests : le *time up & go test* (qui doit être $\leq$ à 20 secondes) et le test unipodal

(qui doit être maintenu plus de 5 secondes). La force musculaire peut être mesurée en examinant la capacité à se relever d'une chaise sans l'aide des mains et en évaluant l'état nutritionnel à l'aide de l'IMC. Une baisse de l'acuité visuelle ou de l'acuité auditive doit être recherchée pour être corrigée. C'est également l'occasion de dépister un syndrome dépressif ou la présence de troubles cognitifs, qui sont également des facteurs de risque de chute.

Dans une étude ayant suivi 1 285 patients âgés de plus de 65 ans pendant 1 an, cinq facteurs ont été statistiquement associés au risque de chute : un antécédent de chute, un déficit visuel, une incontinence urinaire, un handicap fonctionnel et l'utilisation de benzodiazépine.

Quelles mesures proposer si vous repérez une perte d'autonomie ?

Dès que les premiers handicaps sont repérés, l'aménagement de l'habitat est indispensable : fauteuil adapté, barre murale, tapis antidérapants, rehausse toilette, douche, etc. Des séances de kinésithérapie motrice incluant un travail de l'équilibre postural et dynamique et un renforcement musculaire peuvent être proposés. Une supplémentation quotidienne en calcium et vitamine D peut être envisagée.

La prescription de divers appareillages tels que déambulateur, cannes anglaises ou fauteuil roulant, pris en charge par l'assurance maladie, peuvent être prescrits en cas de troubles importants de la marche. Le port préventif d'une culotte avec protection anatomique (*hip protector*) n'a pas d'efficacité clairement démontrée et semble mal accepté par les patients.

Il est possible de mesurer le niveau de dépendance du patient selon l'une des échelles existantes, dont la plus connue est la grille autonomie gérontologique groupes iso-ressources AGGIR qui permet de déterminer si une personne peut bénéficier d'une attribution de l'aide personnalisée d'autonomie (APA). Les ressources du patient (revenus personnels ou aides des enfants) sont déterminantes pour le maintien à domicile. L'aide sociale doit être sollicitée dès que nécessaire, ainsi que les aides ménagères et les services de soins à domicile dépendant de la commune ou des associations. Il est essentiel également de soutenir la femme de Monsieur L. et de l'inciter à consulter si on repère un épuisement tant physique que moral, lié en particulier au déclin de son mari.

BIBLIOGRAPHIE

BERTHERAT J. Hypoglycémies de l'adulte. *Encycl Méd Chir* (Paris, Elsevier), Endocrinologie-Nutrition, 2006 : [10-364-E-10] Doi : 10.1016/S1155-1941(06)40974-4.

GILLESPIE WJ, GILLESPIE LD, PARKER MJ. Hip protectors for preventing hip fractures in older people. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010, (10) : CD001255.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Recommandations. Paris, HAS, avril 2009.

MAGNIER AM. Maintien à domicile des personnes âgées. *Traité de médecine AKOS*, Elsevier (emc-consulte.com), 2002 : 3-1078.

PUISIEUX F. Syncope du sujet âgé. *Traité de médecine AKOS*, Elsevier (emc-consulte.com), 2006 : 3-1133.

TROMP AM, PLUIJM SM, SMIT JH et al. Fall-risk screening test: a prospective study on predictors for falls in community-dwelling elderly. *J Clin Epidemiol*, 2001 : 837-844.

SOTERIADES E, EVANS J, LARSON M et al. Incidence and Prognosis of Syncope. *N Engl J Med*, 2002, 347 : 878-885.

CAS N° 16

Madame Catherine F., enceinte de 2 mois, a de la fièvre

Madame Catherine F. a pris rendez-vous à votre cabinet en expliquant à la secrétaire que « c'est pressé, qu'elle est enceinte et qu'elle se sent mal ». Vous recevez donc cette patiente le soir, en fin de consultation, en urgence. C'est une jeune femme de 27 ans, primipare, employée de bureau, enceinte de 2 mois – 10 semaines d'aménorrhée (SA). Elle se sent fatiguée depuis 1 semaine et elle a constaté une fièvre à 38,4 °C la veille au soir et le jour même de la consultation. Elle se plaint également d'un mal de gorge qui irradie vers les oreilles. Elle n'a ni pollakiurie ni brûlures mictionnelles. Le début de sa grossesse s'est déroulé normalement jusqu'à ce jour. Elle est très attentive à son alimentation. Elle vous montre les résultats des premiers examens biologiques, pratiqués il y a 3 semaines. Elle est immunisée contre la rubéole, mais pas contre la toxoplasmose. Ses sérologies VIH, TPHA et VDRL sont négatives. Elle est vaccinée contre l'hépatite B.

Quelles hypothèses évoquer ?

La présence de signes ORL francs oriente d'emblée vers une **pharyngite** ou une **angine**, le plus souvent virales mais parfois bactériennes. N'importe quelle infection peut survenir au cours de la grossesse, mais il est important de garder en mémoire celles qui peuvent avoir des conséquences sur la grossesse ou sur le fœtus.

Deux infections bactériennes sont particulièrement graves chez la femme enceinte et doivent être envisagées systématiquement :

- une **pyélonéphrite aiguë** : infection bactérienne la plus fréquente pendant la grossesse (1 à 2 p. 100 des grossesses) ;
- une **listériose** : très rare, il s'agit cependant d'une urgence thérapeutique. L'incidence est 17 fois plus importante pendant la grossesse que dans la population générale (environ 12/100 000 au cours de la grossesse), en raison d'une diminution des défenses immunitaires et d'une susceptibilité du tissu placentaire à cette bactérie.

Par ailleurs, on l'a vu, Madame F. est protégée contre la **rubéole**, mais pas contre la **toxoplasmose**. Cette affection, souvent asymptomatique, peut se manifester par un syndrome pseudo-grippal ou des adénopathies, mais rarement par une fièvre aiguë.

Il faut également penser à :

- une **infection à cytomégalovirus (CMV)**, plus fréquente que la rubéole. Il faudra plus particulièrement l'évoquer chez toutes les jeunes femmes travaillant dans des secteurs exposés au risque de transmission : assistantes maternelles, puéricultrices, infirmières de crèches. Ce n'est pas le cas de Madame F. ;
- une **hépatite**, rare mais à rechercher en cas de fièvre inexpiquée ;
- une infection due au **VIH**, qui doit être également systématiquement évoquée, même si la sérologie était négative il y a 3 semaines.

Quels examens pratiquer d'emblée ?

L'examen clinique évalue le problème ORL. On réalise, si l'on en dispose, un test de diagnostic rapide d'une infection à streptocoque A β -hémolytique (TDR), dont la spécificité est excellente. L'auscultation pulmonaire est systématique à la recherche d'un foyer.

L'examen gynécologique est effectué la vessie vide. On met d'abord le spéculum pour voir le col et rechercher des pertes et d'éventuels saignements ou la présence de lésions herpétiques. Le toucher vaginal précise la taille de l'utérus et recherche une douleur à

la mobilisation. Il faut aussi examiner attentivement l'abdomen à la recherche de signes cliniques faisant évoquer une appendicite ou une cholécystite, la région lombaire à la recherche de douleurs en faveur d'une pyélonéphrite, les aires ganglionnaires à la recherche d'adénopathies, et faire un examen cutané. Toutefois, il existe parfois une certaine réticence à un examen abdominal approfondi des femmes enceintes tant de la part des patientes que des médecins, qui peuvent hésiter à pratiquer une palpation profonde.

Une bandelette urinaire (BU) permet de vérifier l'absence d'infection urinaire avec une bonne fiabilité. En cas de doute diagnostique, un ECBU sera réalisé de manière systématique, même avec une BU négative, à la recherche d'une bactériurie – qu'il faudrait dans ce cas éradiquer pour éviter une menace

d'accouchement prématuré (MAP) ou une pyélonéphrite.

L'examen clinique confirme la fièvre à 38,5 °C, retrouve une pharyngite et quelques adénopathies cervicales antérieures peu sensibles qui n'étaient pas connues. Le TDR pratiqué est négatif. L'ECBU est stérile.

L'utérus est facile à palper. Sa taille, de la grosseur d'un petit pamplemousse, correspond à une grossesse de 10 semaines d'aménorrhée. Le col est long et fermé et la palpation ne provoque pas de douleur dans les culs-de-sac. Les leucorrhées, assez abondantes, comme cela est habituel pendant la grossesse, blanchâtres, sans odeur et qui ne déclenchent aucun prurit, n'ont pas de caractère pathologique.

L'auscultation pulmonaire est normale, ainsi que le reste de l'examen clinique.

Dans quel sens poursuivre les investigations ?

Devant le diagnostic clinique de pharyngite fébrile, aucune investigation n'est nécessaire en dehors d'un contrôle de la sérologie de **toxoplasmose**, qu'il faudra faire au plus tôt.

Toutefois, en cas de doute diagnostique, il sera réalisé systématiquement : une **numération formule sanguine** à la recherche d'hyperleucytose ($> 15\,000/\text{mm}^3$ pendant la grossesse), un dosage de la **protéine C-réactive** (la VS est toujours augmentée pendant la grossesse), un **examen cytobactériologique des urines** avec examen direct, mise en culture et antibiogramme, et la pratique en urgence d'**hémoculture**, en précisant sur l'ordonnance la recherche de *Listeria monocytogenes*.

Ici, l'absence de frissons, de fièvre supérieure à 39 °C, de consommation d'aliments mal conservés et la pharyngite, qui explique à elle seule la symptomatologie, ne plaident pas en faveur d'une listériose. Il faut préciser que l'éventualité d'une listériose à ce stade de la grossesse fait plus craindre un avortement spontané qu'une fœtopathie, rare avant le cinquième mois.

En cas de doute pour une **infection à CMV**, il faut demander une sérologie avec recherche d'IgM. Les résultats ne sont pas obtenus très rapidement et la

sérologie peut être d'interprétation complexe. Ainsi, la conjonction d'IgM et d'IgG n'est pas exceptionnelle, et traduit généralement la réactivation d'une infection antérieure. Cette situation justifie l'avis d'un obstétricien ou d'un infectiologue. En attendant ces résultats, il est prudent d'avoir demandé une numération formule sanguine. L'infection à CMV peut se traduire par une thrombopénie modérée et la présence d'un syndrome mononucléosique avec plus de 10 p. 100 de grands lymphocytes hyperbasophiles. Là s'arrête le rôle du médecin généraliste, la poursuite des investigations avec identification du virus par culture et recherche par PCR sur le liquide amniotique étant l'affaire d'équipes spécialisées. Il faut savoir que l'infection à CMV représente la plus fréquente des infections intra-utérines, affectant 0,5 à 2 p 100 des enfants nés vivants. Il n'est pas proposé de dépistage préventif des femmes séronégatives avec une surveillance sérologique au cours de la grossesse, compte tenu du nombre disproportionné de grossesses normales qui seraient interrompues et du nombre élevé d'infections congénitales sans séquelle neurologique. Toutefois, cette attitude est susceptible d'évoluer.

Chez cette femme enceinte de 2 mois, que vérifiez-vous ?

Il est nécessaire de vérifier, comme à chaque consultation de suivi, le poids, la TA et l'absence de sucre et d'albumine dans les urines. L'examen gynécologique note que la taille de l'utérus correspond bien au terme de la grossesse.

Si le bilan demandé lors de la première consultation de grossesse est complet – incluant en plus du bilan présenté la détermination du groupe ABO, Rhésus complet et Kell et la recherche d'anticorps irréguliers en cas de Rhésus négatif – et satisfaisant,

il faudra s'assurer que l'échographie qui doit être faite à 12-13 SA a été prévue. Une échographie plus précoce devra être demandée devant tout signe évoquant une grossesse pathologique (utérus inférieur au retard de règle, saignements, douleurs).

Nous savons que la sérologie VIH, qui doit être obligatoirement proposée, a été faite. Si une anémie est suspectée, une NFS est demandée dès le début de la grossesse. De même, les sérologies VHB et/ou VHC seront demandées avant le sixième mois si un risque d'infection est suspecté. Ce n'est pas le cas de Madame F. Il faut en revanche, s'assurer qu'elle a eu un frottis de dépistage récent, et dans le contraire lui proposer de le réaliser à brève échéance. Enfin, il faut s'enquérir du statut de Madame F. vis-à-vis de la varicelle. Si elle ne

peut pas rapporter avoir eu l'infection dans l'enfance, un contrôle sérologique pourra être proposé et, en cas de négativité, une vaccination après l'accouchement.

Cette consultation est l'occasion de proposer un **dépistage précoce de la trisomie 21** entre la 11^e et la 13^e semaine d'aménorrhée, en combinant la mesure de la clarté nucale et la longueur cranio-caudale à l'échographie et l'analyse biologique de marqueurs sériques. Ces résultats permettront un calcul de risque précoce. Il est également possible de faire un dépistage au cours du second semestre de grossesse, entre la 14^e et la 17^e semaine d'aménorrhée.

Il faudra informer l'obstétricien de l'épisode fébrile. Il est également possible d'envisager un suivi conjoint de sa grossesse.

Quelle est votre attitude thérapeutique dans l'immédiat ?

Le streptotest étant négatif et la clinique, selon les critères de Mac-Isaac, n'étant pas en faveur d'une angine bactérienne – qui suppose au moins quatre des critères suivants : fièvre supérieure à 38 °C, absence de toux, présence d'adénopathies cervicales antérieures, amygdalite avec ou sans exsudat, âge inférieur à 15 ans – on propose un simple traitement symptomatique à base de paracétamol.

Tout doute concernant une éventuelle listériose aurait justifié la mise en route immédiate d'une

antibiothérapie par amoxicilline (3 g/j) ou érythromycine en cas d'allergie, en attendant les hémocultures.

En attendant la sérologie de toxoplasmose, il est préférable de ne pas prescrire d'emblée de rovamycine (3 MUI 3 fois par jour), même en cas de doute – contact récent avec des chats, consommation de viande mal cuite –, car la prescription peut modifier la séroconversion et rendre son interprétation difficile. L'avis d'un centre spécialisé est indispensable avant toute prescription.

Quels conseils donner à cette femme enceinte ?

Il est important de rappeler aux femmes enceintes qui ne sont pas immunisées contre la toxoplasmose les mesures de prévention à respecter :

- manger de la viande bien cuite ou congelée ;
- se laver les mains après avoir manipulé de la viande crue ;
- laver les ustensiles et les planches qui ont été en contact avec de la viande crue ;
- laver les légumes avant de les éplucher ;
- mettre des gants pour jardiner et lors de toute activité avec contact avec la terre ;
- ne pas s'occuper de la litière des chats ou le faire en se protégeant les mains avec des gants, et nettoyer avec de l'eau bouillante et de l'eau de Javel.

Pour éviter de contracter une listériose pendant la grossesse, les mesures sont un peu plus contraignantes, puisque *Listeria monocytogenes* peut pousser même dans un réfrigérateur et contaminer la chaîne du froid dans l'industrie alimentaire. Aussi faut-il éviter :

- les fromages à pâte molle et au lait cru ;
- les poissons fumés ;
- les produits de charcuterie non préemballés ;
- les viandes et les poissons mal cuits.

Il faut également :

- laver soigneusement tous les légumes crus et les herbes aromatiques ;
- nettoyer souvent le réfrigérateur avec de l'eau javellisée.

Quant à la prévention des infections à CMV, elles relèvent de règles d'hygiène simples :

- se laver fréquemment les mains, en particulier après le change d'un enfant ;
- éviter de mettre à la bouche les couverts ou la tétine du biberon d'un autre enfant (ne pas goûter ni finir le « petit pot ») ;
- éviter d'embrasser son enfant sur la bouche ;
- faire appliquer ces mêmes règles par son conjoint.

De telles mesures permettraient d'éviter une partie des 6000 infections annuelles par le CMV, qui

touchent les femmes enceintes alors que 40 p. 100 d'entre elles ne sont pas immunisées.

Que répondre à la patiente si elle vous demande s'il est opportun de se faire vacciner contre la grippe ?

La vaccination contre la grippe est sans risque à toutes les étapes de la grossesse sauf, comme pour tout le monde, en cas d'allergie connue à l'œuf. Un vaccin sans thiomersal est à privilégier dans la mesure où la toxicité fœtale de ce conservateur n'est pas exclue.

La vaccination est recommandée, pour la grippe saisonnière, pour les femmes à risque de

complications ou en contact avec des personnes à risque de complications de la grippe. Cette recommandation est susceptible d'évoluer en fonction de l'épidémiologie. Cela a été le cas à la suite de la pandémie grippale A(H1N1) 2009. Les femmes enceintes ayant été identifiées comme à risque de grippe grave, la vaccination a été recommandée systématiquement tant que la souche circule.

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTÉ (AFSSAPS). Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires chez l'adulte – infections urinaires de la femme enceinte. Juin 2008, 20 pages.

GIRARD B, DREYFUS M. Fièvre et grossesse. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, 2008, 37 (hors-série 1) : F41-F48.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Surveillance sérologique et prévention de la toxoplasmose et de la rubéole au cours de la grossesse. Paris, HAS, octobre 2009, 180 pages.

MANDELBROT L, CECCALDI PF. Surveillance de la grossesse normale. Encycl Méd Chir (Paris, Elsevier), Gynécologie-Obstétrique, 2006.

PARIZE P, RIBADEAU-DUMAS F et al. Les infections bactériennes au cours de la grossesse. Revue du praticien médecine générale, 2007, 21 : 721-726.

CAS N° 17

Monsieur M. a une fièvre qui ne baisse pas

Monsieur M., 36 ans, cadre dans une banque, consulte pour une fièvre oscillant entre 39 et 40 °C, constatée à plusieurs reprises par thermomètre rectal depuis 4 jours, malgré des prises répétées de paracétamol à 1 gramme. Il se plaint également d'un état de fatigue, de maux de tête et de douleurs musculaires diffuses. Depuis la veille au soir, il a une discrète toux. Il ne signale ni rhinorrhée ni dysphagie. Cet homme jeune, marié et père d'un garçon de 8 mois, est inquiet car habituellement, quand il se sent « grippé », cela dure moins longtemps et il est « moins abattu ».

C'est un homme robuste qui pèse 80 kg pour 1,80 m et n'a habituellement pas de problèmes de santé. Il fume environ 20 cigarettes par semaine. Il n'a pas d'antécédents médicochirurgicaux.

Comment l'interrogatoire peut-il vous orienter ?

Monsieur M., habituellement en bon état général, a une fièvre qui évolue depuis 4 jours. Il ne signale pas spontanément d'éléments d'orientation, mis à part une discrète toux qui vient d'apparaître. Il faut repérer les signes évocateurs d'affections qui justifieraient une prise en charge en urgence : méningite, septicémie, endocardite, paludisme, prostatite, pneumopathie. La précision de l'interrogatoire contribue à resserrer les hypothèses diagnostiques. Il faut donc rechercher des signes d'appels non signalés par le patient :

- **Un contexte particulier :**
 - notion d'épidémie ;
 - séjour en pays tropical, voyage récent, séjour près d'un aéroport ;
 - prise de médicaments ;
 - exercice d'une profession à risque infectieux (égoutier, vétérinaire, personnel de santé, éleveur, etc.).

- **Un terrain à risque infectieux :**
 - possibilité d'infection par le VIH ;
 - toxicomanie ;
 - diabète ;
 - mauvaise couverture vaccinale.
- **Des signes associés évocateurs :**
 - dyspnée, douleur thoracique ;
 - troubles urinaires : pollakiurie, brûlures mictionnelles ;
 - signes digestifs : douleurs abdominales, diarrhées, vomissements ;

– signes ORL, et en particulier critères de sinusite : rhinorrhée purulente, douleur dans les sinus en se penchant en avant, douleur maxillaire unilatérale prédominante, douleur dentaire ou masticatoire, douleur fronto-orbitaire, douleur à la mobilité des globes oculaires ;

- problèmes dentaires ;
- douleurs ostéo-articulaires ;
- signes neurologiques, céphalées intenses, vertiges, troubles visuels, photophobie, confusion, etc.

Chez ce patient bien portant, on peut, a priori, exclure certaines causes favorisant une fièvre inexpiquée : diverticulose colique, corticothérapie ou traitement immunosuppresseur au long cours, intervention chirurgicale ou investigations médicales récentes, port d'une prothèse.

Il faut toutefois garder en mémoire qu'une fièvre peut être révélatrice d'une endocardite sur valvulopathie, d'une maladie immunitaire, d'une hémopathie, d'une hémoglobinopathie, d'un cancer.

Les premiers propos de Monsieur M. n'évoquent pas de risque d'infection sexuellement transmissible, mais il n'a jamais fait de sérologie VIH. Il a été correctement vacciné pour le dTP jusqu'à l'âge de 27 ans. Il a reçu 3 injections du vaccin contre l'hépatite B. Nous savons qu'il n'a pas été hospitalisé ni opéré récemment et qu'il n'a pas subi d'investigations médicales. Hormis la toux, aucun signe associé n'est retrouvé, en particulier pas de douleur thoracique. Il n'y a pas de notion d'épidémie. Monsieur M. n'a pas séjourné récemment en pays tropical.

Quels éléments de l'examen clinique sont particulièrement importants ?

Chez ce patient, chez qui le seul signe d'appel est une toux fébrile récente, on s'attarde sur l'auscultation, la palpation et la percussion du thorax pour rechercher un foyer de condensation, des râles diffus, un syndrome pleural, mais aussi un souffle cardiaque.

Bien qu'il ne se plaigne pas de dysphagie, l'examen de la gorge doit être systématique.

Il faut examiner la peau à la recherche d'une plaie ou d'une piquûre méconnue, d'une éruption (virose éruptive, roséole syphilitique), d'un ictère, de pétéchies ou d'un purpura.

L'examen abdomino-lombaire recherchera une masse, une hépatomégalie, une splénomégalie, une défense.

L'examen général recherche des signes d'anémie, des adénopathies.

Si aucun signe d'orientation n'est trouvé, on peut pratiquer un toucher rectal à la recherche d'une douleur au toucher de la prostate évoquant une prostatite, pouvant se manifester uniquement par une fièvre.

L'examen neurologique recherche des signes méningés : la recherche d'une raideur de la nuque

doit être systématique lors de l'examen d'un patient fébrile. Même lorsque le tableau paraît anodin chez un patient en bon état général, il faut rester vigilant, particulièrement en période d'épidémie de virose ou de grippe.

Parfois, l'aspect du patient – pâleur du visage, sueurs, cernes, aspect cyanose des lèvres – contribue avec une franche asthénie à suspecter une pathologie sévère, en particulier une infection invasive.

On prend acte de principe des constantes vitales du patient – pression artérielle, pouls, fréquence respiratoire – et de la saturation capillaire en oxygène si l'on dispose au cabinet d'un oxymètre de pouls digital.

L'auscultation et la percussion des deux champs pulmonaires sont normales. Il n'y a pas de souffle cardiaque, la peau est indemne d'éruption ou de purpura, l'abdomen est souple. L'examen ORL est normal, à l'exception d'une rhinorrhée séreuse minime et d'une gorge légèrement rouge sans adénopathie satellite. Les sinus ne sont pas sensibles à la palpation. La nuque est souple. Monsieur M. semble effectivement fatigué et abattu, mais il ne présente pas de signes francs de gravité.

Quelles sont vos hypothèses ? Que proposez-vous à ce stade ?

Cette fièvre récente *non spécifique* chez cet homme jeune en bon état général peut révéler une simple virose, mais elle peut aussi être le symptôme d'un problème plus complexe. La persistance de la fièvre autour de 40 °C, mal tolérée, au-delà de 4 jours, avec comme seul signe d'appel l'apparition d'une discrète toux, justifie des explorations complémentaires afin d'en préciser l'origine.

On réalise d'abord une **bandelette urinaire** (BU), dans la mesure où le tableau n'est pas typique. Sa positivité orienterait vers une prostatite, plus rarement une pyélonéphrite.

Le tableau clinique doit faire suspecter une pneumopathie, qui est plus classiquement évoquée lorsque l'auscultation retrouve un foyer unilatéral d'apparition récente, ce qui n'est pas le cas. Une **radiographie pulmonaire** à la recherche d'un foyer se justifie donc, bien que l'auscultation soit normale, d'autant plus que Monsieur M. commence à tousser.

La bandelette urinaire est négative. La proximité du centre de radiographie a permis de faire rapidement la radiographie du thorax, face et profil ; elle est correctement faite, avec apex et culs-de-sac visibles. Elle montre un foyer

de condensation para-hilaire droit homogène correspondant au lobe moyen (Figure 1).

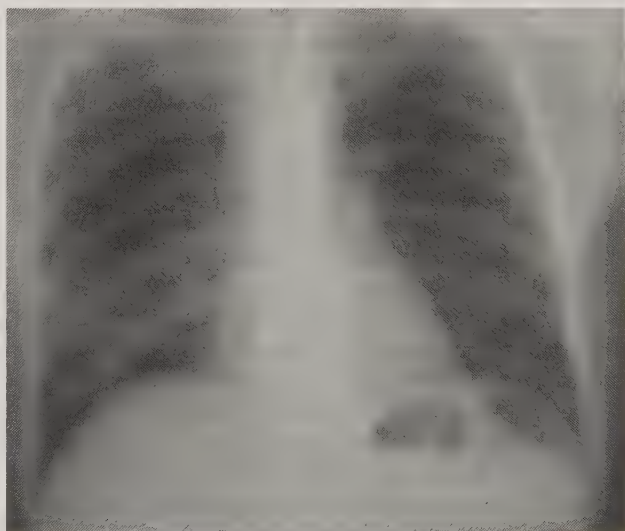


Figure 1 – Radiographie de thorax montrant une opacité paracardiaque droite.

Qu'en déduire ? Que proposez-vous au patient ?

On explique au patient qu'il a une **pneumopathie aiguë communautaire** (PAC), c'est-à-dire une infection du poumon acquise en dehors de l'hôpital. Le terme de « pneumonie » est parfois plus parlant dans le langage profane des patients, mais il ne correspond pas toujours à la réalité microbiologique.

En effet, le terme de « pneumonie » ou de « pneumonie franche lobaire aiguë » (PFLA) correspond à une infection pulmonaire due au pneumocoque. Sa présentation clinique classiquement décrite semble rarement observée en milieu ambulatoire. Dans sa forme classique, la PFLA se présente par un début très brutal, avec un frisson intense, une fièvre à 40 °C, un malaise général, une douleur thoracique latéralisée bloquant la respiration, une toux sèche et une dyspnée progressive. L'examen clinique objective un syndrome de condensation pulmonaire. Ce tableau historique s'oppose à celui des pneumopathies atypiques avec une apparition plus progressive des symptômes, une fièvre moins élevée et des signes auscultatoires moins focalisés. La prévalence des virus et des germes

intracellulaires est plus élevée en milieu ambulatoire qu'à l'hôpital.

Un premier bilan biologique peut permettre de s'orienter sur une origine virale ou bactérienne. Ce bilan comporte : NFS, CRP. Il sera d'autant plus facile à réaliser qu'un laboratoire de biologie est proche du cabinet. Les résultats peuvent être obtenus très rapidement et on conseille au patient de nous recontacter après avoir reçu les résultats de la biologie. La réception dépendra bien sûr de l'heure à laquelle le patient consulte. Selon l'heure, les résultats seront reçus et interprétés en fin de journée ou le lendemain matin.

On prescrit en attendant du paracétamol (3 à 4 g/j) et une antibiothérapie d'emblée, s'il ne nous est pas possible de disposer des résultats de la biologie pour orienter notre choix.

Les résultats de la prise de sang parviennent par Internet (réseau sécurisé) 1 heure plus tard : NFS 14800 globules blancs/ml dont 82 p. 100 de neutrophiles, hémoglobine 13 g/ml, CRP 84.

Pouvez-vous faire un diagnostic plus précis ?

L'aspect radiographique et l'hyperleucocytose à neutrophiles évoquent une pneumonie alvéolaire systématisée entrant dans le cadre des pneumopathies aiguës communautaires (PAC), qui par définition est une infection pulmonaire. Aucun signe clinique, radiologique ou biologique n'a de valeur discriminante suffisante pour préciser le micro-organisme en cause. Il existe toutefois des éléments d'orientation.

Le tableau clinique et radiologique présenté par Monsieur M. est compatible avec une **pneumonie à pneumocoque** (*Streptococcus pneumoniae*), qui est le germe le plus fréquemment responsable des pneumopathies bactériennes. Toutefois, aucun des signes habituels de l'examen clinique du patient (matité, diminution du murmure vésiculaire, crépitations localisées, souffle tubaire) n'est retrouvé.

La **recherche d'une antigénurie du pneumocoque** qui pourrait contribuer au diagnostic n'est pratiquement pas utilisée en ambulatoire, d'autant plus qu'elle n'est pas remboursée. La sensibilité de ce test varie de 77 à 89 p. 100 dans les PAC bactériémiques et de 44 à 64 p. 100 dans les PAC non bactériémiques. Les faux positifs sont rares chez l'adulte, même en

situation d'exacerbation de BPCO. Ce test permet un diagnostic étiologique rapide, non négativé par une antibiothérapie de 7 jours et dont le résultat positif persiste plusieurs semaines. L'inconvénient majeur est que cet examen est indirect et ne permet donc d'établir ni de sérotypage du pneumocoque ni d'antibiogramme.

Les rares études menées en milieu ambulatoire chez l'adulte jeune (moins de 40 ans), montrent une forte prévalence des bactéries atypiques – principalement *Mycoplasma pneumoniae*, mais également *Chlamydia pneumoniae* – et des virus tels que le virus grippal, le virus respiratoire syncytial (VRS) ou le virus *Para-influenzae*. Toutefois, *Streptococcus pneumoniae* demeure l'agent le plus fréquent chez les plus de 40 ans et/ou en cas de comorbidité associée.

Devant la pauvreté de l'examen clinique de notre jeune patient, l'hypothèse d'une pneumopathie atypique est plausible, d'autant que le début a été progressif et qu'il existe des céphalées et des myalgies. Toutefois, la radiographie montre habituellement des opacités réticulaires et micronodulaires bilatérales, ce qui n'est pas le cas chez Monsieur M.

On peut également évoquer une **légiionellose** (*Legionella pneumophila*), responsable en général de pneumonies communautaires graves nécessitant une hospitalisation. Elle peut se traduire par de nombreux tableaux cliniques, dont celui d'une pneumonie lobaire. Il faudra systématiquement l'évoquer en contexte épidémique, ou si le patient présente une « situation à risque » : voyage, thermes, exposition à de l'eau en aérosol contaminée. Il faudra également y penser s'il existe des troubles digestifs (douleurs abdominales, vomissements, diarrhée) et/ou neurologiques (troubles de conscience) associés, et devant l'absence d'évolution favorable sous β -lactamines. L'isolement de la bactérie nécessite des milieux de culture adaptés. Un diagnostic indirect peut être réalisé par la détection d'antigènes dans les urines (test réalisable en moins d'une heure). L'antigénurie de *Legionella*

permet d'affirmer le diagnostic de pneumopathie atypique à *Legionella*. Cet examen est remboursé par les caisses d'assurance maladie.

On ne connaît pas le statut VIH de ce jeune patient. Une pneumocystose est toutefois peu probable, car cette pneumopathie parasitaire est souvent dyspnéique, les images radiologiques sont bilatérales et l'hémogramme montre une leucopénie.

Nous n'avons pas d'argument pour évoquer d'autres causes non infectieuses telles qu'une embolie pulmonaire : il n'y a pas d'antécédents chirurgicaux, pas de signes actuels ni d'antécédents personnels de phlébite ; surtout, il existe un diagnostic alternatif. La radiographie ne montre pas d'atélectasie. Cependant, selon l'évolution, on pourra discuter une **forme pseudo-pneumonique d'une affection pulmonaire** (adénopathies hilaires, voire cancer bronchique).

Demandez-vous d'autres examens complémentaires ?

On se trouve donc face à un tableau clinique évocateur d'une pneumopathie de présentation clinique atypique, avec une radiographie plutôt évocatrice d'une infection à pneumocoque.

Le traitement est habituellement empirique, sans examen microbiologique préalable. À ce stade, ni bilan sérologique ni hémoculture ne sont nécessaires, le traitement étant essentiellement probant.

Il convient de réévaluer avec le patient la nécessité de faire une sérologie VIH. Un scanner thoracique n'est pas indiqué, puisque la radiographie n'a mis en évidence ni syndrome compressif ni adénopathie hilare. Si la pneumopathie persiste sous traitement bien conduit, la réalisation de cet examen devra se discuter.

Il est donc important d'insister sur le suivi, qui permettra d'infirmer ou d'affirmer les hypothèses diagnostiques.

Pouvez-vous continuer à prendre en charge Monsieur M. en milieu ambulatoire ?

Compte tenu de la mortalité et de la morbidité des PAC, il est important d'identifier les patients à risque d'hospitalisation ou de décès et de s'assurer que les conditions d'une prise en charge ambulatoire sont réunies. Une telle prise en charge est déconseillée devant les facteurs de gravité suivants :

- altération de la conscience, PAS inférieure à 90 mmHg, pouls supérieur à 120/mn, fréquence respiratoire supérieure à 30/mn ;
- température supérieure à 40 °C ou inférieure à 35 °C ;
- néoplasie, suspicion d'obstacle ou de pneumopathie d'inhalation ;
- suspicion d'épanchement pleural ou d'abcès ;

– mauvaises conditions de vie, probabilité d'inobservance du traitement, isolement.

Les facteurs de risque de mortalité doivent être connus :

- âge supérieur à 65 ans ;
- insuffisance cardiaque congestive, insuffisance rénale, hépatopathie chronique, BPCO, diabète non équilibré ;
- immunodépression, drépanocytose ;
- antécédent de pneumonie bactérienne, hospitalisation récente ;
- vie en institution.

Monsieur M. n'a aucun de ces facteurs de risque. On peut donc lui proposer un traitement et une surveillance clinique.

Scores pronostiques des pneumopathies aiguës communautaires utiles en médecine générale

Plusieurs scores pronostiques ont été élaborés à partir de l'âge du patient, de ses comorbidités et de certaines constantes cliniques, biologiques et radiologiques, afin de traiter et/ou d'orienter le patient en minimisant ses pertes de chance.

Le score le plus connu est le *Pneumonia Severity Index* décrit par Fine et al., qui permet de classer le patient selon son risque de mortalité à 1 mois variant de 0,1 p. 100 (classe 1) à 27 p. 100 (classe 5). Ses items cliniques sont utiles pour classer le patient en classe 1, permettant une prise en charge ambulatoire. Ils sont facilement recueillis en médecine générale : âge, vie en institution, existence de comorbidités, atteinte des fonctions supérieures (altération de la conscience), fréquence respiratoire supérieure ou égale à 30/min, pression artérielle systolique inférieure (PAS) à 90 mmHg, température inférieure à 35 °C ou supérieure ou égale à 40 °C, fréquence cardiaque supérieure ou égale à 125/min. En revanche, certains critères biologiques (gaz du sang) nécessaires au classement des patients des stades 2 à 5 sont difficilement réalisables en ville.

Un score plus simple a été développé par la British Thoracic Society. Le CRB 65 (confusion, fréquence respiratoire supérieure ou égale à 30/min, PAS inférieure 9 mmHg ou PAD inférieure à 6 mmHg, âge supérieur à 65 ans) permet une prise en charge ambulatoire quand la somme des items est à 0.

Les scores PSI et CRB65 ont tous deux une excellente valeur prédictive (VPN supérieure à 95 p. 100) négative de mortalité à 1 mois d'évolution d'une PAC.

Comment prendre en charge Monsieur M. ?

Choix du traitement

Monsieur M a une pneumopathie probablement bactérienne. En tout état de cause, *Streptococcus pneumoniae* doit systématiquement et prioritairement être pris en compte du fait de la fréquence et de la gravité potentielle de l'infection pneumococcique. Le traitement antibiotique doit être instauré dès le diagnostic porté, idéalement dans les 4 heures.

La voie orale doit être privilégiée quand elle est possible.

Le traitement de première intention des pneumopathies communautaires repose sur :

- l'amoxicilline per os 3 g/j en 3 prises pendant 7 à 14 jours lorsque l'on suspecte une infection par pneumocoque, ce qui est le cas ;
- les macrolides si on a des arguments solides (cliniques, d'imagerie et épidémiologiques) en faveur de bactéries atypiques ;
- l'amoxicilline/acide clavulanique s'il s'agit d'un sujet avec comorbidité(s) ou d'un sujet âgé. On pourra aussi pour ces patients utiliser la lévofloxacine ou la céftriaxone en IM.

En cas d'allergie à la pénicilline, on prescrira de la pristinamycine ou de la télichromycine.

Suivi

Le suivi du patient sous traitement est primordial. L'efficacité du traitement doit être évaluée impérativement après 48-72 heures de traitement. Les

symptômes doivent rapidement régresser, en particulier la fièvre, qui doit disparaître en 2 à 4 jours. Les anomalies radiologiques peuvent persister 1 mois.

En l'absence de critères de gravité qui imposeraient une hospitalisation, en l'absence d'amélioration, on proposera alors un *switch* amoxicilline par macrolide ou lévofloxacine ou pristinamycine ou télichromycine.

Si, au cours d'une nouvelle évaluation au 6^e jour, aucune amélioration n'est constatée, il faudra demander un avis à un pneumologue et/ou un infectiologue pour une prise en charge de deuxième ligne (pathologie non infectieuse, tuberculose, formes compliquées de pneumopathie, etc.).

Contexte

Il faut rechercher si cette infection a pu être favorisée par un contexte particulier.

Il convient d'examiner avec le patient s'il a des raisons particulières d'être fragilisé. Un arrêt de travail doit lui être proposé, surtout si l'on met en évidence un surmenage professionnel ou des soucis familiaux.

Si le patient se préoccupe de la contagiosité de son affection, il faut lui donner des conseils de bon sens : protéger son entourage en évitant la projection de gouttelettes lors d'une quinte de toux, en portant un masque chirurgical, au moins les 2 premiers jours s'il vit dans un lieu confiné. Si l'hypothèse d'un pneumocoque est

la bonne et le traitement correctement pris, les germes situés au niveau de la muqueuses nasopharyngée sont en général rapidement sensibles aux antibiotiques et la maladie n'est rapidement plus contagieuse.

Il est intéressant de savoir si son jeune fils a déjà reçu deux doses de Prevenar®.

La fièvre de Monsieur M. a fait rapidement place à une toux accompagnée d'une expectoration productive qui disparaîtra en 6 jours sous traitement, confirmant ainsi le diagnostic de pneumonie à pneumocoque. Une radiographie de contrôle effectuée 3 semaines plus tard montre une régression totale de l'opacité, ce qui confirme son caractère primaire.

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTÉ (AFSSAPS). Antibiothérapie par voie générale en pratique courante au cours des infections respiratoires basses de l'adulte et de l'enfant. Octobre 2005.

AFSSAPS, SPILF, SPLF. Antibiothérapie par voie générale dans les infections respiratoires basses de l'adulte. Pneumonie aiguë communautaire. Exacerbations de bronchopneumopathie chronique obstructive. Mise au point. Juillet 2010.

FINE MJ, AUBLE TE, YEALY DM et al. A prediction rule to identify lowrisk patients with community-acquired pneumonia. N Engl J Med, 1997, 336 : 243-250.

GOOSSENS H. Community acquired pneumonia in primary care. BMJ, 2006, 332 : 1045-1046.

HALM EA, TEIRSTEIN AS. Clinical practice. Management of community-acquired pneumonia. N Engl J Med, 2002, 347 : 2039-2045.

LIM WS, BAUDOUIN SV, GEORGE RC et al. BTS guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults : update 2009. Thorax, 2009, 64 (Suppl 3) : iii1-iii55.

POTENA A, SIMONI M, CELLINI M et al. Management of community-acquired pneumonia by trained family general practitioners. Int J Tuberc Lung Dis, 2008, 12 : 19-25.

CAS N° 18

Victor, 10 mois, a de la fièvre

Victor a 10 mois. Sa mère est secrétaire dans un cabinet d'avocats. Son père voyage beaucoup. C'est leur premier enfant. Vers 15 heures, la maman est appelée par la directrice de la crèche, où il est gardé, car « il a beaucoup de fièvre depuis midi ». La directrice demande à la maman de venir le chercher et de le montrer à son médecin, car « il a probablement besoin d'antibiotiques ». La maman quitte son bureau, vous appelle et vous acceptez de recevoir Victor en fin de journée.

La maman signale qu'il est grognon depuis qu'elle est allée le chercher. Il n'a pas vomi, n'a pas de diarrhée, ne tousse pas, n'a pas le nez qui coule. La crèche a signalé qu'il n'a pas bien mangé le midi. Sa température est normale au cabinet, mais il a reçu un suppositoire de paracétamol vers 16 heures. Vous demandez à la maman de le déshabiller entièrement. L'examen n'est pas facile car le bébé pleure beaucoup, vous arrivez cependant à le calmer progressivement en lui parlant. À l'examen, il n'y a aucune éruption visible, l'abdomen est souple, la palpation du ventre ne déclenche pas de nouveaux cris, l'auscultation pulmonaire est normale. Le tonus est normal pour l'âge, il n'y a pas de raideur de la nuque. Victor tient assis seul. Vous constatez que la couleur du tympan droit est modifiée : rougeur diffuse, disparition du triangle lumineux et aspect bombant de la membrane, le tympan gauche est normal. L'examen de la gorge effectué en dernier lieu est normal. Il y a de discrètes adénopathies cervicales diffuses. L'auscultation est normale. Victor recommence à pleurer ! La maman semble très inquiète.

Quel diagnostic évoquer d'emblée ?

Le diagnostic d'**otite moyenne aiguë** (OMA) ne fait aucun doute. L'OMA est définie par l'association :

- de signes fonctionnels : otalgie ou pleurs, irritabilité, insomnie ;
- de signes généraux, fièvre principalement ;
- de signes otoscopiques : inflammation du tympan – congestion ou hypervascularisation – associée à un épanchement rétrotympanique non extériorisé – opacité, effacement des reliefs normaux ou bombement – ou extériorisé, avec otorrhée. Il faut différencier ce tableau de l'aspect congestif habituel des tympans au cours des rhinopharyngites (otite congestive).

C'est l'examen des tympans de Victor qui a permis ce diagnostic, certes rendu plausible par la fièvre, les pleurs et son comportement grognon. Souvent, une rhinopharyngite accompagnée d'une toux d'irritation précède l'épisode fébrile. Parfois, les parents, la nourrice ou le personnel de crèche signalent qu'il a tendance « à se toucher une oreille ». Dans certains cas, ce sont les troubles du comportement – pleurs, anorexie – qui font évoquer le diagnostic. Parfois, ce sont des troubles digestifs. Enfin, il faudra toujours tenir compte de l'impression des parents, surtout si l'enfant a déjà présenté des épisodes identiques antérieurs.

Peut-on formuler d'autres hypothèses diagnostiques ? Des examens complémentaires sont-ils nécessaires ?

La symptomatologie évoque bien le **diagnostic d'OMA**. Toutefois, il convient d'écarter une autre cause de fièvre associée à l'otite.

L'examen de la gorge a écarté une angine. Il faut savoir qu'une angine à streptocoque A β -hémolytique est peu probable avant 3 ans.

Les petites adénopathies cervicales diffuses sont banales, surtout chez un enfant gardé en crèche et soumis à de nombreuses sollicitations virales.

Devant ce tableau clinique, il convient toutefois d'évoquer d'emblée :

- une **virose éruptive** : l'examen de l'enfant entièrement déshabillé permettra d'identifier une éruption non encore repérée par les parents ou la crèche ;
- une **infection respiratoire basse** débutante, fréquemment associée à une otite (bronchiolite, pneumopathie), d'autant qu'il existe une petite toux ;
- une **infection urinaire**, qui peut se manifester par une fièvre isolée ;

- une **infection digestive**, en particulier une gastroentérite virale, d'autant qu'il existe une notion d'épidémie. Attribuer trop rapidement aux antibiotiques l'apparition secondaire d'une diarrhée peut entraîner une perte de temps délétère pour l'enfant ;

- une **infection méningée** doit être recherchée, en recherchant systématiquement une raideur de la nuque et en examinant attentivement la peau de l'enfant à la recherche d'un purpura, en particulier aux membres inférieurs, d'autant qu'il existe une fièvre associée à des troubles du comportement.

Comment pratiquer l'examen otoscopique ? Qu'apporte-t-il ?

L'examen otoscopique doit être systématique chez un enfant ou un nourrisson fébrile, puisqu'il ne peut verbaliser sa plainte.

Cet examen se fait, dans la plupart des cas, avec un otoscope traditionnel permettant une vision agrandie du conduit auditif externe (CAE) et du tympan. On peut aussi utiliser un spéculum d'oreille éclairé par un miroir de Clar, qui permet une vision binoculaire et laisse les mains libres. Il est toutefois peu utilisé en médecine générale, car il faut un certain temps pour l'adapter. De plus, l'appareil renforce l'inquiétude des nourrissons, ce qui rend l'examen difficile et risque de perturber la relation de confiance que l'on peut instaurer avec lui, d'autant plus importante que l'on est appelé à le revoir souvent.

L'examen otoscopique répond à certains critères :

- il est indispensable, même en présence de tout-petits, d'expliquer l'acte que l'on va réaliser, ce qui met l'enfant et ses parents en confiance ;
- la qualité de l'éclairage (piles neuves) de l'otoscope doit être contrôlée régulièrement ;
- le médecin utilisera un spéculum de diamètre suffisant permettant d'avoir un champ visuel large, souvent moins traumatisant qu'un dispositif plus fin. Toutefois, un spéculum très fin permet de mieux voir lorsque le conduit est très étroit ou poilu ;

- le pavillon de l'oreille doit être tiré avec douceur vers l'arrière, la préhension se faisant au niveau de la partie moyenne de l'hélix, ce qui permet une bonne ouverture du CAE et un examen non traumatique. S'il y a des débris de cérumen, on les enlèvera à l'aide de petits crochets ou d'une petite anse métallique. L'extraction doit être réalisée prudemment, sous un bon éclairage, avec appui. Il serait possible de réaliser un lavage doux à l'eau tiède, avec une poire à embout, à condition d'être sûr qu'il n'y a pas de perforation, ce qui n'est pas toujours évident. En général, ce geste est différé.

Lorsqu'il n'est pas possible de voir le tympan parce que le conduit est très étroit ou qu'un bouchon de cérumen ne peut être enlevé, il faut avoir recours à l'ORL si l'environnement le permet. Chez les enfants âgés de plus de 2 ans, le recours à un ORL n'est pas indispensable. En effet, passé cet âge, en l'absence de symptomatologie bruyante, une antibiothérapie n'est pas systématiquement recommandée, sous réserve d'une réévaluation à 48-72 heures sous traitement symptomatique.

L'examen otoscopique de Victor a été facile malgré quelques débris de cérumen. Cela a été l'occasion d'expliquer à sa maman comment nettoyer l'oreille sans enfoncer le coton-tige dans le CAE, ce qui peut favoriser la formation d'un bouchon de cérumen.

Faut-il prescrire un antibiotique et lequel ?

L'OMA est le résultat d'une séquence commençant souvent par une congestion de la muqueuse respiratoire haute généralement due à une infection virale. Les virus trouvés dans le liquide de l'oreille moyenne des enfants ayant une OMA

sont principalement le virus respiratoire syncytial, le virus *Para-influenzae*, le virus grippal et le rhinovirus. Dans deux tiers des cas, on constate également la présence de bactéries. Après l'âge de 6 mois sont en cause, par ordre de fréquence,

Streptococcus pneumoniae (pneumocoque), *Haemophilus influenzae* et *Branhamella catarrhalis* (alias *Moraxella catarrhalis*).

On sait peu de choses sur la corrélation entre la clinique et la présence de germes. Classiquement, un *Haemophilus influenzae* est souvent présent en cas de conjonctivite purulente et la probabilité d'une infection due au pneumocoque est importante en cas d'otite fébrile et très douloureuse. Toutefois, ces données reposent sur de faibles niveaux de preuve.

Les complications (mastoiidite, méningite) sont devenues très rares dans les pays industrialisés depuis le début de l'ère des antibiotiques et de l'amélioration de l'accès aux soins. Compte tenu de ces données, l'AFSSAPS recommande une antibiothérapie d'emblée chez **l'enfant de moins de 2 ans** en cas d'otite purulente définie par les signes suivants : otalgie, hypoacousie, fièvre, inflammation tympanique avec épanchement rétrotympanique extériorisé ou non.

Chez **l'enfant de plus de 2 ans**, si la symptomatologie est modeste et si l'état immunitaire de l'enfant, le contexte psychologique et socioprofessionnel le permettent, l'abstention en première intention de l'antibiothérapie est licite. Dans ce cas, une réévaluation de l'état de l'enfant à 48-72 heures sous traitement symptomatique est nécessaire. En revanche, si la symptomatologie est bruyante (fièvre élevée, otalgie intense), une antibiothérapie doit être prescrite.

L'association amoxicilline-acide clavulanique, le céfuroxime-axétil ou le cefpodoxime-proxétil sont les antibiotiques dont le profil est le plus adapté aux bactéries impliquées dans l'OMA purulente. L'association érythromycine-sulfafurazole ou la pristina-mycine chez les plus de 6 ans sont une alternative en cas d'allergie aux bêta-lactamines.

Certains auteurs préconisent le recours à l'amoxicilline seule, à dose élevée (70 à 90 mg/kg), ciblant essentiellement le pneumocoque et mieux tolérée que l'association amoxicilline-acide clavulanique, dans la mesure où les OMA à *Haemophilus influenzae* et *Branhamella catarrhalis* sont des infections non invasives, évoluant plus souvent favorablement vers la guérison sans traitement que le pneumocoque, dont l'évolution est plus lente. De même, le recours à la ceftriaxone en IM doit rester très exceptionnel selon la recommandation AFSSAPS. La durée du traitement est de 8 à 10 jours chez l'enfant de moins de 2 ans et de 5 jours après cet âge.

Devant des tympons simplement congestifs avec reliefs normaux sans bombement (OMA congestive) l'antibiothérapie n'est pas justifiée. Mais si les symptômes persistent au-delà du 3^e jour, il faut réexaminer l'enfant.

Victor a 10 mois. En dessous de 1 an, le risque de récurrence est plus important, d'autant qu'il fréquente une crèche. Il n'a pas de conjonctivite, sa symptomatologie ne permet pas d'avoir une orientation bactériologique particulière. À son âge, le pneumocoque est toutefois plus fréquemment rencontré.

Que dire à la mère du petit Victor ?

Il faut mener la consultation sereinement, en tenant compte de l'angoisse des parents, de l'histoire médicale de la famille et de celle de l'enfant, dont les antécédents sont souvent notés dans le carnet de santé. On recherchera les facteurs favorisant, comme un reflux gastro-œsophagien ou une carence martiale.

Il faut évaluer les éléments pesant dans la décision de prescription d'une antibiothérapie : attentes du parent, contraintes familiales et socioprofessionnelles, possibilité matérielle de réévaluation à 48-72 heures en cas de non-prescription, possibilité de donner en 2 prises par jour en cas de garde en crèche.

Il est utile de fournir ou de répéter les informations sur les mesures à prendre en cas de fièvre chez un nourrisson : découvrir le bébé, abaisser la température de la chambre, baigner l'enfant, l'hydrater. Il faut vérifier régulièrement que ces « réflexes » sont bien acquis par les jeunes parents.

Le traitement symptomatique de référence pour la fièvre et la douleur est le paracétamol. L'ibuprofène, dont l'efficacité antalgique n'est pas meilleure que celle du paracétamol, présente un profil d'effets indésirables plus défavorable. Ni les anti-inflammatoires non stéroïdiens à dose inflammatoire ni les corticoïdes ne sont indiqués dans cette pathologie. Les gouttes auriculaires à visée antalgique ne sont pas suffisamment évaluées.

L'ordonnance doit être explicitée : paracétamol, dosé à 60 mg/kg/j, à répartir en doses fractionnées de 4 ou 6 prises, soit environ 15 mg/kg toutes les 6 heures ou 10 mg/kg toutes les 4 heures. Si la température reste supérieure à 38 °C, on peut rajouter de l'ibuprofène à 20 à 30 mg/kg/j en 3 à 4 prises sans dépasser 30 mg/kg/j. Il est important de signaler qu'une diarrhée sous antibiotique est possible et que, malgré cela, il ne faut pas arrêter prématurément le traitement.

Il faut rassurer la maman en lui expliquant que les complications et les modifications de l'audition à moyen terme sont exceptionnelles.

Les conseils de surveillance sont primordiaux. Les parents doivent consulter à nouveau :

- en cas de persistance de la fièvre, d'une otorrhée ou de douleurs 2 jours après le début du traitement ;
- en cas d'apparition de symptômes nouveaux : cutanés (éruption, purpura), pulmonaires (toux, dyspnée) ou neurologiques (modification du regard, trouble du tonus) ;
- ou simplement en cas d'impression intuitive que l'enfant est encore malade.

La maman de Victor ne paraît pas inquiète, elle est même irritée par l'angoisse de la directrice de la crèche. Elle écoute attentivement vos conseils, car c'est la première otite de son fils. Elle sait déjà parfaitement s'occuper du traitement de la fièvre de son bébé. Le papa étant absent et les alternatives de garde inexistantes, elle préférerait un traitement « d'emblée efficace ».

L'ordonnance est rédigée comme suit :

Victor, 10 mois, 10 kg

- paracétamol suspension buvable : une dose d'une seringue préremplie jusqu'à la graduation de 10 kg, à renouveler si besoin au bout de 6 heures sans dépasser 4 prises par jour, en cas de fièvre ;
- ibuprofène : 1 dose d'une seringue préremplie jusqu'à la graduation de 10 kg, 3 à 4 fois par jour si

la fièvre est supérieure à 38 °C malgré la prise de paracétamol ;

- amoxicilline-acide clavulanique, oral enfant et nourrisson : une dose d'une seringue préremplie jusqu'à la graduation de 10 kg 3 fois par jour pendant 8 jours.

On vérifiera par ailleurs que Victor n'a pas pris de retard dans son programme de vaccinations. Il devrait avoir reçu :

- 3 doses de dTP-Hib-Coq dont 2 doses associées à la valence HBV (hexavalent) ;
- 2 doses du vaccin antipneumococcique conjugué (Prevenar 13®).

Un rappel doit être programmé à 12 mois. On rappellera aux parents que lors du rappel de 12 mois Victor pourra bénéficier en même temps de la vaccination contre la rougeole-oreillon-rubéole. Toutefois, on vérifiera qu'il n'a pas déjà reçu 1 dose, car certaines crèches exigent la vaccination contre la rougeole à partir de 9 mois.

Il faudra également proposer à ses parents qu'il reçoive dès l'âge de 1 an une dose unique de 0,5 ml de vaccin antiméningococcique conjugué de séro-groupe C.

On vérifiera enfin que Victor reçoit bien une supplémentation en vitamine D adaptée à ses besoins (400 à 600 UI/j) et tenant compte de ses apports en laitages éventuellement enrichis.

Quelle stratégie adopter en cas d'échec ?

Un échec est défini par la persistance de la symptomatologie générale ou fonctionnelle avec signes otoscopiques, voire la présence d'une otorrhée, 48 heures après le début du traitement. Un prélèvement bactériologique – en cas d'otorrhée – permet une mise en culture et un antibiogramme avant un changement d'antibiotique. Lorsque le tympan est fermé, l'intérêt de la paracentèse n'est pas établi. En attendant, si une infection à pneumocoque de sensibilité diminuée à la pénicilline est suspectée, on peut proposer

d'augmenter la dose d'amoxicilline à 90 mg/kg voire 150 mg/kg associé à l'acide clavulanique, ou proposer des injections intramusculaires de ceftriaxone aux posologies recommandées.

Il faut savoir qu'habituellement les signes otoscopiques se normalisent en 8 à 15 jours, mais qu'un épanchement rétrotympanique peut persister pendant 1 mois après l'OMA, sans conséquence sur l'audition et sans que l'on puisse parler d'otite séreuse.

BIBLIOGRAPHIE

- AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTÉ (AFSSAPS). Antibiothérapie par voie générale en pratique courante. Otite moyenne aiguë. Octobre 2005. Disponible sur www.afssaps.sante.fr.
- EL MAR C, GLASZIOU P, HAYEM M. Are antibiotics indicated as initial treatment for children with acute otitis media ? A meta-analysis. *BMJ*, 1997, 314 : 1526-1529.

- FROOM J, CULPEPPER L, JACOBS M. Antimicrobials for acute otitis media ? A review from the International primary care network. *BMJ*, 1997, 315 : 98-102.
- HOBERMAN A, PARADISE JL, ROCKETTE HE et al. Treatment of acute otitis media in children under 2 years of age. *N Engl J Med*, 2011, 364 : 105-115.

KLEIN JO. Is Acute Otitis Media a Treatable Disease ? N Engl J Med, 2011, 364 : 168-169.

TÄHTINEN PA, LAINE MK, HUOVINEN P et al. A placebo-controlled trial of antimicrobial treatment for acute otitis media. N Engl J Med, 2011, 364 : 116-126.

PRESCRIRE RÉDACTION. Otite moyenne aiguë chez l'enfant, en bref. Rev Prescr, 2011, 31 : 211. Disponible sur www.prescrire.org.

PRESCRIRE RÉDACTION. Otite moyenne aiguë chez l'enfant : antibiothérapie, ne pas se tromper d'objectif. Rev Prescr, 2003, 23 : 271-286.

PRESCRIRE RÉDACTION. Otite moyenne aiguë chez l'enfant. Faire face à une évolution prolongée. Rev Prescr, 2003, 23 : 282-286.

PRESCRIRE RÉDACTION. Otite moyenne aiguë chez l'enfant. Reconnaître l'otite moyenne aiguë. Rev Prescr, 2003, 23 : 195-208.

CAS N° 19

Monsieur E. a mal au dos

Monsieur E., 44 ans, que vous ne connaissez pas, vient consulter pour une douleur dans le bas du dos, qui dure depuis 4 jours. L'ibuprofène conseillé par le pharmacien ne le soulage pas. Depuis 1 an, il a eu plusieurs épisodes de douleurs identiques traités par du paracétamol en automédication. Il ne va jamais chez le médecin.

Il est enseignant en mathématiques dans un collège de quartier difficile. Il est en instance de divorce depuis 6 mois et cela se passe mal. Son unique fils, âgé de 17 ans, habite chez sa mère.

Monsieur E. jouait auparavant dans un club de football amateur, mais il a tout arrêté depuis l'âge de 36 ans. Il a pris du poids et fume 20 cigarettes par jour depuis plus de 15 ans. Il fait chaque jour un long trajet en voiture pour aller travailler. Depuis l'apparition des douleurs, il est très gêné pour conduire et assure difficilement ses cours.

À quoi peut-on penser et comment s'orienter ?

D'emblée, cette douleur évoque une **lombalgie aiguë non spécifique**, dite « lombalgie commune », chez un homme surmené qui a cessé toute activité sportive et pris du poids. Toutefois, il convient de conforter cette hypothèse, d'évaluer l'origine et la sévérité de cette lombalgie qui pourrait être repérée dès ce stade.

La symptomatologie est souvent d'emblée évocatrice. La douleur est aggravée par la marche et/ou les mouvements, si bien que le patient se présente le plus souvent dans une attitude guindée, antalgique, qui témoigne d'une raideur globale du rachis, lequel est parfois déformé. Certaines positions sont impossibles, parfois même en décubitus. Pour Monsieur E., la position assise et prolongée au volant de son véhicule est la plus pénible. Certains patients montrent parfois une zone douloureuse précise, qu'ils éveillent parfois eux-mêmes par une pression du pouce. Mais ces éléments d'orientation manquent fréquemment.

Le patient précise qu'il souffre du bas du dos. Certains patients parlent de « mal de reins ».

Il faut déterminer les caractéristiques, la nature et si possible l'origine de la douleur en précisant :

- les circonstances ayant déclenché la douleur : efforts physiques, port de poids, mouvements inhabituels ;
- la gêne fonctionnelle : douleurs survenant plutôt à l'effort de type mécanique ou à recrudescence nocturne (évoquant une origine inflammatoire) ;

– l'irradiation de la douleur : l'irradiation vers les membres inférieurs et son exacerbation par certains mouvements d'étirement peuvent évoquer un étirement radiculaire si l'irradiation de la douleur apparaît d'emblée, ou un conflit discoradiculaire si elle apparaît après la lombalgie ou si elle est exacerbée par la toux, la défécation ou l'éternuement ;

– l'existence de signes d'accompagnement évoquant une atteinte neurologique : paresthésies focalisées, anesthésie en selle, troubles moteurs, troubles de la marche, troubles sphinctériens, qui peuvent faire suspecter une hernie discale ou un canal lombaire étroit ;

– la présence de signes d'accompagnement : fièvre, perte de poids, présence de lésions cutanées, de signes fonctionnels urinaires, de colites, etc.

Les antécédents et le terrain du patient peuvent orienter : l'âge, la prise de corticoïdes, d'immunomodulateurs, la notion de toxicomanie, une immunodépression acquise (VIH), etc.

L'interrogatoire doit éliminer une urgence chirurgicale ou une lombalgie révélatrice d'une atteinte spécifique du rachis, même si ces éléments seront confirmés et/ou révélés par l'examen clinique :

- la **sciatique paralysante** est une urgence chirurgicale à évoquer devant un déficit neurologique

rapidement progressif ou un **syndrome de la queue de cheval** associant la présence de troubles urinaires (rétention aigue d'urine ou fuites urinaires), une anesthésie du périnée « en selle » et un déficit sensoriel ou moteur d'un ou des deux membres inférieurs ;

- les lombalgies révélatrices d'une **atteinte spécifique du rachis** sont de type inflammatoire (douleurs nocturnes, déverrouillage matinal) :

- chez un homme jeune de moins de 40 ans présentant une raideur rachidienne essentiellement matinale, des douleurs fessières à bascule et des signes d'accompagnement (oligoarthrite asymétrique, balanite, psoriasis, colites, écoulement urétral, rougeur oculaire), une **spondylarthropathie** doit être envisagée,

- un état fébrile ou une infection urinaire récente, un contexte d'immunodépression ou de corticothérapie au long cours, de toxicomanie intraveineuse pourraient faire évoquer une **spondylodiscite**,

- un **tassement vertébral** est très improbable à cet âge, sauf si le patient présente des facteurs de risque importants d'ostéoporose : corticothérapie au long cours, maladie inflammatoire chronique, alcool-tabagisme, alimentation fortement carencée en calcium (anorexie), hypoandrogénie marquée, etc. Le caractère de la douleur peut être trompeur : douleur pénible permanente calmée par le repos mais exacerbée au moindre effort.

La douleur a-t-elle une origine non rachidienne ?

Il convient de se poser cette question chaque fois qu'on a un doute. Ce n'est, a priori, pas le cas pour Monsieur E. Il faut toutefois garder à l'esprit les autres étiologies possibles des douleurs lombaires :

- une **pathologie des voies urinaires** : la douleur a, dans ce cas, plutôt un caractère spontané avec recrudescence paroxystique. Il existe des signes d'accompagnement (pollakiurie, dysurie, hématurie, brûlures mictionnelles) qui peuvent faire envisager une colique néphrétique à minima ou plus exceptionnellement une pyélonéphrite. La notion de crises douloureuses antérieures peut être en faveur de ces hypothèses ;

- une **colopathie fonctionnelle** : une colite peut se manifester par des douleurs lombaires ; à l'inverse, la douleur peut être responsable de constipation. Il faut également s'enquérir d'éventuels signes fonctionnels digestifs : ballonnements, diarrhée, constipation ou souvent alternance des deux ;

- un **zona** : on demandera au patient s'il a ressenti des sensations de brûlures dans le métamère où est située la douleur accompagnée éventuellement d'une éruption localisée ;

- une **fissure d'un anévrisme aortique abdominal** : c'est un tableau souvent trompeur auquel il faut penser, en particulier chez les patients âgés aux antécédents vasculaires, devant une douleur violente, d'apparition brutale, plutôt abdomino-lombaire que lombaire.

Un problème pas seulement mécanique

C'est le dos qui fait mal, mais le problème n'est pas simplement mécanique.

Nous savons déjà que Monsieur E. se trouve en situation de **stress psychosocial**. Il a déjà dit qu'il était enseignant dans un milieu difficile, qu'il avait un long temps de transport. De plus, il est en instance de divorce. Il convient de rechercher un **syndrome dépressif latent ou patent** dont les lombalgies rebelles sont un symptôme fréquent : tristesse, désintérêt, troubles du comportement alimentaire, troubles du sommeil.

Cette douleur est permanente dans la journée et est calmée par le repos. Elle est plus importante du côté droit et reste limitée à la région lombaire. Monsieur E. a beaucoup de mal à s'asseoir, à se relever, à se pencher en avant. Il se sent mieux quand il est couché. Il a cependant été réveillé plusieurs fois au cours des nuits précédentes, à cause de la douleur. Il est épuisé car il a beaucoup de mal à s'endormir depuis quelques temps. Il n'a pas eu d'infection récente et n'a aucun signe d'accompagnement digestif ou urinaire. Il ne prend aucun traitement, ni substances toxiques. Bien qu'en situation difficile, il ne semble pas déprimé, il a retrouvé une amie avec qui il fait des projets. Il convient toutefois qu'il ne fait pas assez d'exercice et qu'il a trop grossi.

Qu'apporte l'examen clinique ?

Au terme de l'interrogatoire, la nature mécanique de cette douleur semble, au premier abord, évidente. L'examen clinique a pour objectif de confirmer cette hypothèse et d'en rechercher la cause.

L'inspection du rachis est réalisée, l'examineur placé derrière le patient debout puis lors d'un

mouvement lent d'antéflexion. On peut ainsi observer une déformation antalgique du rachis, une gibbosité, et mesurer la mobilité des vertèbres par l'agrandissement de la distance entre deux apophyses épineuses (l'indice de Schöber est pathologique lorsque l'allongement entre deux épineuses

distantes de 10 cm en position debout est inférieure à 3 cm en flexion maximale) ainsi que par la distance mains-sol. On peut mettre en évidence un déséquilibre du bassin, en faveur d'un raccourcissement d'un des membres inférieurs, en posant les mains sur la partie supérieure des ailes iliaques et en comparant leur hauteur.

L'examen doit rechercher dans la région lombaire des points douloureux précis à la palpation des épines, un signe de la sonnette et des contractures musculaires.

En position couchée sur le dos, on recherche une limitation des mouvements des deux hanches et on recherche, s'il existe une irradiation à un membre inférieur, un signe de Lasègue à l'élévation de ce membre inférieur, ou à l'élévation du membre inférieur controlatéral (Lasègue croisé), très évocateur de sciatique. En décubitus ventral, l'hyperextension de la cuisse (Lasègue inversé) évoque une atteinte crurale si elle déclenche une douleur dans le territoire concerné.

Examen neurologique

Le patient ne décrit pas d'atteinte radiculaire, un examen neurologique peut toutefois renseigner.

Il permet d'écarter des diagnostics de gravité : sciatique paralysante avec franche diminution de la l'extension (L5, steppage) ou de la flexion (S1) du pied ; syndrome de la queue de cheval avec anesthésie en selle et troubles sphinctériens. Par ailleurs, il peut donner un diagnostic topographique : au cours d'une sciatique S1, si le réflexe achilléen est aboli et qu'une hypoesthésie est constatée au bord externe du pied et au 5^e orteil, L5 si le réflexe achilléen est normal et qu'une hypoesthésie est constatée au dos du pied et au gros orteil. Une hypoesthésie de la face antéro-externe de la cuisse et une abolition du réflexe

rotulien sont constatées au cours d'une atteinte crurale L4 ou plus rarement L3.

Examen clinique à compléter

Si le début de l'examen clinique ne permet pas d'exclure totalement une douleur irradiée, on doit le compléter.

L'examen abdominolombaire bimanuel permet d'éliminer une douleur lombaire haute d'origine rénale ou plus basse en rapport avec une pathologie des voies urinaires. La sensibilité du cadre colique sera également appréciée. On écarte une urgence abdominale.

La palpation des pouls périphériques est systématique chez les hommes de plus de 60 ans, ainsi que l'auscultation abdominale, qui recherche un anévrysme de l'aorte abdominale.

Il faut examiner la peau à la recherche de lésions vésiculeuses en faveur d'un zona.

La mesure de la température du patient permet d'objectiver un syndrome fébrile.

Examen général

On termine par un examen général chez ce patient qui ne voit jamais de médecin, en particulier prise de la pression artérielle, auscultation, poids et taille (IMC).

L'examen du rachis objective une raideur lombaire avec des contractures musculaires paravertébrales basses, la distance mains-sol étant de 20 cm. Il existe une discrète scoliose à convexité gauche et une douleur lombaire lors de l'antéflexion du tronc. Il existe un point douloureux paravertébral droit. Le passage de la position allongée à la position assise est pénible. Il n'existe pas de signe de Lasègue. L'abdomen est souple et indolore, l'examen neurologique et vasculaire est normal. On constate une PA à 135/85 mmHg.

Pouvez-vous formuler un diagnostic ? Que dites-vous au patient ?

Le tableau clinique présenté évoque un **épisode de lombalgie aiguë, dans le cadre de lombalgies communes**. Il faut expliquer à Monsieur E. qu'il s'agit d'un accident banal, sans gravité.

La notion d'épisodes antérieurs identiques et résolutifs, le contexte favorisant de trajets longs et fréquents en position assise prolongée, la sédentarité et l'absence d'arguments en faveur d'une pathologie urinaire, digestive, neurologique ou vasculaire renforcent cette hypothèse. La grande majorité des lombalgies sont d'évolution rapidement favorable sans complication neurologique ou rachidienne. 40 à

50 p. 100 des lombalgies durent moins de 24 heures, 40 à 70 p. 100 moins de 1 semaine et 30 à 90 p. 100 moins de 2 semaines.

Il convient d'informer le patient que sa douleur est favorisée par sa position assise prolongée en voiture et sa sédentarité. C'est l'occasion de lui expliquer le rôle du stress dans la genèse et la pérennisation des contractures des muscles paravertébraux, et qui le conduit à « en avoir plein le dos ». Il convient de le rassurer sur le caractère bénin de son trouble et de lui conseiller, pour écourter la durée des douleurs ou éviter leur chronicisation, de rester actif malgré tout.

Faut-il faire des examens complémentaires ?

Aucun examen complémentaire n'est indispensable, à ce stade.

Un doute sur une origine urologique aurait pu faire réaliser un test urinaire par bandelette.

Un bilan radiographique standard (face, profil, et éventuellement 3/4) n'est pas nécessaire en première intention, car l'interrogatoire et l'examen clinique de notre patient n'orientent pas vers des situations d'alerte. Un bilan d'imagerie n'est pas justifié avant 7 semaines d'évolution. Toutefois, l'aggravation de la symptomatologie, la nécessité de proposer des manipulations vertébrales ou une infiltration peuvent faire raccourcir ce délai. Il n'est pas utile, dans ce cas, de redemander un examen avant 1 an, sauf si l'on observe une évolution des symptômes. Il est utile de s'appuyer sur les référentiels existants pour résister

à la demande de prescription de ces examens complémentaires sophistiqués, parfois sous la pression de l'entourage.

Lorsque les radiographies révèlent une pathologie, en cas d'atteinte motrice rapidement progressive ou de syndrome de la queue de cheval, la poursuite du bilan reposera sur une IRM idéalement ou un scanner, afin de discuter un recours à la chirurgie.

La prescription d'une numération formule sanguine et d'une CRP seraient indiquées d'emblée en cas de douleur de type inflammatoire, ce qui n'est pas le cas. Mais comme Monsieur E. a 44 ans et a pris du poids, c'est l'occasion de proposer un bilan métabolique : glycémie, bilan lipidique, créatininémie et, en pratique, NFS et CRP.

Qu'allez-vous proposer à ce patient ?

Traitement médicamenteux

Il faut soulager rapidement la douleur par un traitement médicamenteux.

L'importance du handicap ressenti est un facteur favorisant l'évolution chronique. Il est donc souhaitable de prendre en charge précocement les douleurs et de favoriser la reprise rapide des activités.

Le traitement **antalgique** ayant fait la preuve de son efficacité repose sur l'usage de doses efficaces de paracétamol (avec prise toutes les 4 à 6 heures, jusqu'à 4 g/24 h). Les antalgiques sont d'efficacité similaire, dans cette indication, aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). L'anti-inflammatoire ayant la balance bénéfice-risque la plus favorable est l'ibuprofène. Avant de le prescrire, il faut s'assurer que le patient ne présente pas de facteur de risque d'accident gastrique : antécédents d'ulcère gastro-duodénal, prise d'anticoagulants ou de corticoïdes au long cours. Il doit être prescrit pour la période la plus courte possible. Dans les douleurs aiguës, l'association paracétamol et ibuprofène n'a pas fait preuve de sa supériorité par rapport à une monothérapie. Les anti-inflammatoires en gel ont une efficacité modeste, ils exposent aux mêmes effets indésirables que les anti-inflammatoires par voie orale.

En cas de douleurs très intenses, il est possible d'utiliser, sur une courte durée, des antalgiques de **palier 2** associant du paracétamol à de la codéine. Le tramadol est à éviter, puisqu'il n'a pas fait preuve d'une efficacité supérieure à la codéine en association

avec le paracétamol et qu'il expose à de nombreux effets indésirables (nausées, vomissements, malaises, convulsions, hypoglycémies, syndrome sérotoninergique, etc.).

L'efficacité des **myorelaxants** n'est pas bien établie. Il peut cependant être proposé, lors des contractures musculaires importantes, pour une courte durée : thiocolchicoside 4 mg matin, midi et soir, ou plutôt tétrazépam 50 à 100 mg au coucher, dans la mesure où Monsieur E. présente un sommeil de mauvaise qualité. Il expose cependant le patient à une somnolence ou à une baisse de vigilance. Il est indispensable de déconseiller la conduite automobile après la prise de tétrazépam. Les infiltrations épidurales ne sont pas recommandées pour la prise en charge des lombalgies aiguës sans atteinte radiculaire. La chirurgie ne sera envisagée qu'en cas d'atteinte radiculaire ou en cas d'échec des traitements symptomatiques bien conduits pendant 2 ans.

Faut-il proposer un traitement physique ?

L'application de froid ou de chaleur au niveau lombaire peut soulager certains patients.

L'efficacité de la **kinésithérapie** n'est pas bien démontrée dans les lombalgies aiguës. Son objectif doit être la recherche d'une action antalgique à court terme, le développement des capacités d'auto-sédation, le renforcement de la musculature abdomino-lombaire, la restauration de la motilité, l'amélioration de la proprioceptivité lombo-pelvienne et

l'amélioration des conditions physiques générales. Les techniques recommandées par la HAS sont les mobilisations manuelles passives et les étirements musculaires, ainsi que les techniques restaurant la mobilité.

Les **manipulations rachidiennes** peuvent être proposées après avoir éliminé une atteinte neurologique. Elles doivent être pratiquées par des personnes compétentes. Elles ont un intérêt à court terme, mais la supériorité de ce traitement par rapport aux autres thérapeutiques n'est pas prouvée. En l'absence d'amélioration au bout de 1 mois, il vaut mieux les éviter.

Concernant l'**acupuncture**, il n'existe pas de preuve formelle de son efficacité par rapport au placebo.

Les **conseils de bon sens** pour gérer la douleur ont aussi toute leur importance :

- proscrire le port de charge en flexion antérieure du tronc ;
- plier les genoux lors du soulèvement de poids ;
- éviter le travail prolongé en position debout sans soulager le dos ;
- pratiquer régulièrement des exercices d'étirements, de musculation et de relaxation.

Le repos n'est pas conseillé

Le repos en position allongée, n'a pas d'influence sur la disparition de la douleur, certaines études ont

même montré qu'il est probablement inutile, voire néfaste. La poursuite des activités ordinaires compatibles avec la douleur est souhaitable. Toutefois, si la douleur ne permet pas au patient de continuer ses trajets, il convient de prescrire un arrêt de travail, le plus court possible. Cela fera l'objet d'une négociation avec le patient, qui devra pouvoir exprimer son choix en tenant compte de ses impératifs personnels. La reprise du travail le plus rapidement possible est toujours souhaitable, et surtout bénéfique : la reprise précoce des activités professionnelles a un rôle bénéfique physique et psychologique qui a été clairement démontré.

La reprise de l'activité physique doit être conseillée. Il aide à une amélioration physique globale, à un renforcement musculaire de la région lombaire et à une correction des troubles statiques. Il est important de faire prendre conscience à Monsieur E. que son problème est certes mécanique, mais qu'il est accentué par sa mauvaise hygiène de vie et son stress. Il faut donc l'inciter à reprendre une activité physique. Dans son cas, la pratique de la natation, de la marche ou du vélo seraient bienvenues. Cette attitude sera bénéfique pour son poids et réduira ainsi ses risques cardiovasculaires.

Il faut proposer à Monsieur E. d'en reparler à l'occasion d'une prochaine consultation, lorsqu'il apportera ses résultats biologiques et que l'on pourra évaluer l'évolution de ses lombalgies et la qualité de son sommeil.

BIBLIOGRAPHIE

- CHOU R, FU R, CARRINO JA, DEYO RA. Imaging strategies for low-back pain : systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 2009, 373 : 463-472.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombo-sciatiques communes de moins de trois mois d'évolution. Recommandations pour la Pratique Clinique. Paris, HAS, 2000.
- HAYDEN JA, VAN TULDER MW, MALMIVAARA A, KOES BW. Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2005, Issue 3.

- RÉDACTION PRESCRIRE. Lombalgie ou lombosciatique récente, en bref. *Rev Prescrire*, 2011. Disponible sur www.prescrire.org.
- RÉDACTION PRESCRIRE. Lombalgie ou lombosciatique récente : traitement. *Rev Prescrire*, 2011. Disponible sur www.prescrire.org.
- VALAT JP. Évolution des concepts concernant les lombalgies communes. *Revue du Praticien*, 2008, 58 : 261-264.
- VAN TULDER M., KOES B. Low back pain and sciatica : acute. *Clinical Evidence*, 2002, 8 : 1156-1170.

Amélie s'est tordu la cheville

Amélie, 19 ans, consulte en fin d'après-midi, car elle s'est « tordu » la cheville gauche. L'accident est survenu le matin même : elle a fait un « faux pas » en descendant les escaliers de la faculté. Après une douleur immédiate, Amélie a pu rejoindre son amphithéâtre pour assister aux cours. Cependant, en fin de matinée, sa cheville a gonflé et la douleur est devenue plus importante. Ne se sentant pas capable de prendre les transports en commun pour rentrer, elle a dû se faire raccompagner en voiture. Elle se présente au cabinet en boitant, un bandage sur la cheville gauche.

Quelle est votre hypothèse diagnostique ? Comment la confirmer ?

Ce tableau évoque une **entorse de cheville**, en particulier de l'articulation talocrurale, qui est un des traumatismes les plus fréquemment rencontrés en consultation de médecine générale. Elle fait généralement suite à un accident sportif (un quart de tous les accidents sportifs), domestique ou du travail. La plupart des entorses se produisent dans un mouvement de distorsion, avec varus du pied au sol, ou en inversion avec talons de faible hauteur, et sont à l'origine d'une atteinte du ligament latéral externe (LLE).

L'interrogatoire et l'examen clinique rigoureux contribuent fortement au diagnostic d'entorse, tout en recherchant l'éventualité d'une fracture.

L'**interrogatoire** recherche des antécédents de traumatisme même minime de la même cheville susceptibles de fausser l'évaluation de la gravité des lésions.

Ensuite, il précise les conditions de survenue du traumatisme et le mécanisme (inversion forcée, éversion). La douleur initiale évolue classiquement vers une indolence, mais elle réapparaît après quelques heures. On recherche les **signes fonctionnels évocateurs de gravité**, qui sont :

- un craquement entendu lors de l'accident, la sensation perçue de déchirure ;
- un hématome en œuf de poule dans la région pré ou sous-malléolaire qui se constitue en quelques minutes et est le symptôme le plus fidèle de gravité ;
- l'impossibilité de reprendre l'appui immédiatement après le traumatisme ;
- une douleur s'aggravant progressivement ou au contraire une nette indolence faisant suite à une

douleur initiale brutale, sans réapparition secondaire, qui évoque une rupture ligamentaire.

On recherche ensuite des éléments en faveur d'une fracture à l'aide des **critères « d'Ottawa »** :

- âge inférieur à 18 ans ou supérieur à 55 ans ;
- incapacité de prendre appui tout de suite après l'accident ou lors de l'examen clinique de la première consultation ;
- palpation douloureuse du relief osseux (Figure 1) : pointe ou bord postérieur de la malléole latérale ou médiale sur une hauteur de 6 cm, base du cinquième métatarsien, os naviculaire.

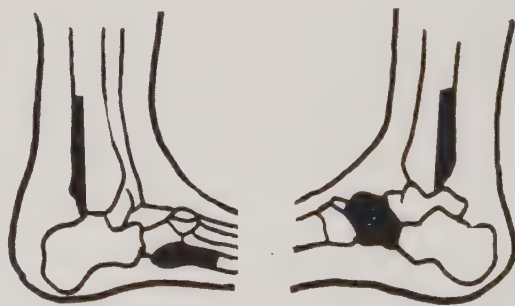


Figure 1 – Repères osseux des critères d'Ottawa.

L'absence de tous ces signes cliniques permet d'éliminer une fracture avec une sensibilité de 100 p. 100 chez l'adulte. Les règles d'Ottawa devraient pouvoir être utilisées chez les enfants et les adolescents, mais les limites d'âge sont variables selon les études.

S'il existe un de ces éléments à l'examen clinique, une radiographie de la cheville (ou de la base du pied en fonction des résultats de l'examen clinique) sera proposée afin d'éliminer une fracture.

La suite de l'examen clinique de la cheville tente d'**évaluer la gravité de l'entorse**, en recherchant des ruptures ou des laxités ligamentaires. Du fait de la douleur lors de la consultation initiale, il est parfois difficile et peu informatif. Un contrôle à distance du traumatisme (72 heures) après un traitement antalgique adapté peut être plus contributif :

- à l'inspection, on recherche une ecchymose qui diffuse au cou de pied et/ou au tiers inférieur de la jambe, un œdème important ou une attitude anormale. L'apparition de ces signes dans les premières heures après le traumatisme est un élément de gravité ;

- la recherche des mouvements anormaux, pour déceler une éventuelle rupture ligamentaire, est capitale. Elle s'effectue systématiquement comparativement avec le côté sain. On recherche :

- un choc talien (Figure 2) : le genou et la cheville fléchis, on recherche un frottement ou une sensation de ressaut du talus contre la malléole lors d'un mouvement forcé en varus équin,

- un tiroir antérieur (Figure 3) : en maintenant la jambe immobile, le pied en flexion plantaire, on recherche en tirant un mouvement antérieur du talon.

La patiente décrit un traumatisme évoquant une torsion de la cheville en varus équin. Elle se plaint d'ailleurs de la face externe du pied. Elle n'a pas eu de traumatisme sur cette cheville auparavant et ne signale aucun signe de gravité, elle peut prendre appui sur son pied. Toutefois, l'examen retrouve une douleur à la palpation du bord externe du pied. Il n'y a pas de tiroir antérieur.

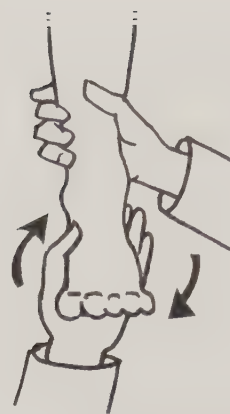


Figure 2 – Recherche du choc talien.

L'examineur immobilise d'une main l'extrémité inférieure de la jambe du patient et, avec l'autre, il empaume la face postérieure du talon. Il recherche un choc talien en subluxant le talus en dehors puis en le ramenant à sa position de départ. La perception d'un choc du talus sur la mortaise tibiofibulaire témoigne de l'instabilité talienne.



Figure 3 – Recherche du tiroir antérieur.

Le pied du patient est en flexion plantaire. L'examineur immobilise le segment jambier et empaume le talon qu'il tire vers l'avant. Un déplacement du pied vers l'avant est perçu.

Un bilan radiologique est-il justifié ?

L'interrogatoire et l'examen clinique sont en faveur d'une entorse de gravité moyenne.

Une éventuelle lésion du ligament talofibulaire antérieur est suspectée.

Devant une entorse latérale de l'articulation talocruale, un bilan radiographique n'est plus systématique. Selon les critères d'Ottawa, l'état de la cheville d'Amélie ne justifie pas la prescription de radiographies.

Le diagnostic étant posé, quelles thérapeutiques envisager ?

Traitement fonctionnel

Le traitement fonctionnel dès la phase initiale de ce type de traumatisme récent de la cheville vise

essentiellement à limiter les douleurs, l'œdème et l'inflammation. Il associe dans la majorité des cas dans les 48 à 72 premières heures et selon la gravité des lésions (protocole GREC) :

- un glaçage par vessie de glace le plus tôt possible après l'accident ;
- du repos par immobilisation relative par *strapping* ou stricte par orthèse avec marche en décharge à l'aide de deux cannes anglaises ;
- une élévation ou surélévation du membre inférieur pendant les phases de repos (pleinement efficace quand la hauteur de la cheville dépasse celle du cœur) ;
- une compression élastique non adhésive (bande, bas).

En cas d'entorses bénignes, le protocole GREC peut être limité dans le temps et l'immobilisation n'a pas d'utilité. L'appui total est repris dès que les douleurs et l'œdème ont cédé. Il convient toutefois de s'assurer de l'absence d'aggravation des symptômes et de la disparition des douleurs, 5 à 7 jours après le traumatisme. L'évolution habituelle est favorable sans séquelle en 2 à 3 semaines.

En cas d'entorses de gravité moyenne (douleur d'intensité variable, gêne fonctionnelle, œdème modéré, ecchymose localisée au bord externe de la cheville, appui possible mais marche difficile, douleur à la palpation d'un faisceau du LCL) ou sévère (douleur intense, appui et marche quasi impossibles, ecchymose et œdème d'apparition rapide et diffus, nombreux points douloureux à la palpation), il est préférable d'associer une semi-décharge à une immobilisation.

L'immobilisation peut être obtenue soit par *strapping*, soit par une orthèse de stabilisation amovible. Selon les études, la récupération fonctionnelle est la même, quelle que soit la méthode proposée :

- la contention par *strapping* à l'inconvénient de se détendre et doit être renouvelée toutes les 48 heures ;
- l'orthèse de stabilisation amovible permet un contrôle des sollicitations en varus par la coque rigide ainsi qu'une reprise rapide de l'appui et de la mobilisation talocrural en flexion dorsale et plantaire. Par ailleurs, les deux coques rigides sont tapissées de cellules pneumatiques dont le volume d'air est réglable. On réalise ainsi un massage de l'œdème post-traumatique aux effets antalgiques. Enfin, la pose et la dépose des orthèses est facile.

Elle permet les soins d'hygiène. Elle autorise le port de chaussettes et de chaussures souples de type tennis.

Il convient de réévaluer le patient au bout de 2 semaines pour décider de la poursuite de l'immobilisation ou non.

Traitement symptomatique

Un traitement symptomatique peut être associé au traitement fonctionnel. Le paracétamol est le traitement de première intention à proposer. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) par voie orale peuvent également être prescrits. Les AINS en utilisation locale n'ont pas fait preuve d'une efficacité supérieure au paracétamol per os. Ils exposent aux mêmes effets indésirables que les AINS par voie générale et à une photosensibilisation.

Rééducation

La rééducation pourra être proposée en fonction de l'évolution de l'examen clinique, notamment si Amélie ressent une sensation d'instabilité après son entorse de cheville. En cas d'entorse grave, chez le sportif en compétition mais aussi chez un patient qui présente des entorses à répétition, elle sera proposée systématiquement, et le plus précocement possible.

Amélie est sortie du cabinet avec un traitement symptomatique comportant du paracétamol (1 g, 4 comprimés par jour pendant 5 jours), des conseils de repos et de mise en décharge du pied pendant 2 jours. Toutefois, son tableau clinique étant celui d'une entorse de gravité moyenne, une immobilisation par une orthèse de stabilisation amovible a été proposée d'emblée.

Amélie, qui a consulté comme prévu au bout de 15 jours, nous a signalé qu'elle pouvait marcher sans attelle, mais qu'elle avait encore mal. Il lui a été proposé de garder son orthèse pendant encore 1 semaine. L'évolution a été favorable, sans séquelles et Amélie a repris le sport au bout de 5 semaines, sans rééducation. Compte tenu des circonstances de l'accident, un certificat médical destiné à l'assurance universitaire a été rédigé.

Si des examens d'imagerie s'étaient avérés nécessaires, lesquels prescrire ?

Le **bilan radiographique** doit être limité à :

- des clichés face et profil classiques. Ils sont toujours comparatifs chez l'enfant pour ne pas méconnaître une atteinte de cartilage de croissance ;
- un cliché de face en rotation interne de 20° (talus de face) ;

- une radiographie du pied de face en précisant le siège de la douleur.

Ce bilan permet :

- de mettre en évidence une fracture sous-ligamentaire de la malléole fibulaire ou un arrachement de l'apophyse du cinquième métatarsien ;

- surtout de ne pas méconnaître une lésion associée, en particulier une lésion ostéocondrale du dôme supérieur du talus ou un arrachement du rétinaculum des tendons des muscles fibulaires ;

- d'apprécier le degré de gravité de l'atteinte ligamentaire. Un arrachement ostéopériosté de la pointe de la malléole latérale ou du bord externe du talus témoigne de la gravité de l'entorse de cheville.

L'échographie n'est pas suffisamment utilisée. Elle permet un bilan global du ligament collatéral latéral et de ses trois faisceaux. Il se justifie en cas de discordance entre l'impression clinique et les clichés radiographiques.

Les lésions ligamentaires peuvent être classées en trois stades :

- stade I, œdème d'insertion : l'entorse est bénigne ;
- stade II, rupture partielle : l'entorse est de gravité moyenne ;
- stade III, rupture complète : l'entorse est grave.

Les autres investigations (clichés dynamiques, scanner, IRM, arthrographie) ne sont pas validées dans un contexte d'urgence en première intention.

Petit lexique anatomique

Articulation talocrurale : articulation tibio-astragalienne

Articulation transverse du tarse : articulation médio-tarsienne (de Chopart)

Articulation sous-talienne : articulation sous-astragalienne

Fibula : péroné

Ligament collatéral latéral : ligament latéral externe

Muscle court fibulaire : muscle court péroné latéral

Os naviculaire : scaphoïde tarsien

Reticulum des muscles fibulaires : gaine des péronés latéraux

Talus : astragale

BIBLIOGRAPHIE

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Rééducation de l'entorse externe de la cheville. Recommandations. Paris, HAS, janvier 2000.

PRESCRIRE RÉDACTION. Reconnaître et traiter les entorses simples de cheville. Rev Prescrire, 2004, 24 : 129-134.

SOCIÉTÉ FRANCOPHONE D'URGENCE MÉDICALE. Actualisation 2004 de la conférence de consensus - L'entorse de

la cheville au service des urgences. 5^e conférence de consensus. Avril 1995.

STIELL I, WELLS G, LAUPACIS A et al. Multicentre trial to introduce the Ottawa ankle rules for use of radiography in acute ankle injuries. BMJ, 1995, 311 : 594-597.

STRUJIS P, KERKHOFFS G. Ankle sprain. Clinical Evidence, 2002, 8 : 1050-1059.

CAS N° 21

Madame D. a mal à l'épaule

Madame D., 47 ans, consulte pour une douleur située à la face antérieure de l'épaule droite, qui apparaît dès qu'elle lève le bras et devient gênante au point de l'empêcher de s'endormir. Elle pense qu'elle s'est fait mal en taillant une haie, pendant un long moment. Elle n'a pas d'antécédents médicochirurgicaux particuliers. Elle n'est pas ménopausée et ne prend aucun traitement hormonal.

Quels sont les premiers éléments de votre interrogatoire ?

Cette patiente localise sa douleur à l'épaule. Il peut s'agir d'une douleur projetée correspondant à une pathologie cardiaque, pleuropulmonaire, digestive. La douleur peut avoir une origine cervicale ou être en rapport avec une pathologie du coude, d'un nerf du bras ou du plexus brachial.

On doit donc s'assurer que :

- la douleur est reproduite à la mobilisation du membre supérieur ; ce qui est son cas ;
- il n'existe pas de signes d'accompagnements qui orienteraient vers d'autres diagnostics : altération de l'état général, asthénie, fièvre, malaise, toux, dyspnée, douleur abdominale, trouble du transit, signes neurologiques, en particulier au bras droit.

On doit se méfier d'une douleur apparue brutalement et spontanément pouvant correspondre à une urgence cardiovasculaire (infarctus, dissection aortique) ou digestive (ulcère perforé, cholécystite, péritonite) ;

- la patiente ne signale pas d'antécédent chirurgical récent pouvant être responsable d'un abcès sous phrénique, d'une atteinte pleurale, d'une lésion du plexus brachial, ou d'une thrombose.

Madame D. n'a pas de fièvre et son état général n'est pas altéré. Elle ne signale aucun signe d'accompagnement à cette douleur qui reste déclenchée par les mouvements d'abduction et d'élévation antérieure du bras.

L'interrogatoire permet-il de vous orienter ?

Les précisions données par la patiente orientent d'emblée vers une pathologie mécanique de l'épaule. On envisage principalement une **lésion de la coiffe des rotateurs**, qui représente la cause la plus fréquente des douleurs d'épaule chez l'adulte. Près de 2 p. 100 de la population présente des douleurs d'épaule entre 42 et 46 ans, ce chiffre passant à 22 p. 100 entre 56 et 60 ans. Par ailleurs, les femmes sont plutôt sujettes aux tendinites calcifiantes, vers 45 ans, et les hommes plutôt sujets aux pathologies dégénératives de la coiffe, vers 55 ans.

L'**interrogatoire** apporte des éléments permettant d'orienter le diagnostic, il doit préciser :

- les **activités professionnelles et de loisirs** : tout effort prolongé, les bras en avant du plan du corps, qu'il

s'agisse de sports, de jardinage comme pour Madame D ou de bricolage peut entraîner des lésions de la coiffe ;

- les **antécédents traumatiques** de fractures et luxations : un antécédent de lésion grave de la coiffe des rotateurs orientera plutôt vers une pathologie complexe de l'épaule, voire vers une très rare omarthrose ;

- les **caractéristiques de la douleur** :

- le **siège et l'irradiation** sont variables. Si la douleur irradie au niveau de l'avant-bras, elle peut faire penser à une névralgie cervicobrachiale,
- le **caractère mécanique** de la douleur, même si elle peut parfois perturber le sommeil, est en faveur d'une tendinopathie. Cependant, si la douleur tend

à présenter un caractère inflammatoire prédominant, il faudra remettre en cause l'hypothèse mécanique et rechercher d'autres causes, telles qu'un ostéome ostéoïde, des lésions osseuses secondaires ou une arthrite inflammatoire ou infectieuse,

– l'intensité de la douleur est directement liée aux efforts effectués. Une recrudescence douloureuse nocturne est parfois observée au cours des bursites sous acromiales,

– le *mode évolutif* renseigne : une douleur aiguë, très intense, plaide en faveur d'une calcification tendineuse en voie de migration et annonçant ainsi la guérison en quelques jours, alors qu'une douleur chronique doit orienter vers une dégénérescence de la coiffe des rotateurs,

– le *facteur déclenchant* : le mouvement responsable de la douleur, caractéristique d'un « accrochage douloureux », survient soit en abduction, soit en antépulsion, et l'angle de survenue est toujours le même pour chaque malade ;

• l'**impotence fonctionnelle** se traduit par une perte de la force musculaire, pouvant aller de la

fatigabilité à l'effort jusqu'à l'épaule pseudo-paralytique en élévation ou en rotation externe. Elle est à différencier de l'**impotence douloureuse**, qui est directement liée à l'intensité de la douleur et masque les réelles conséquences sur la force musculaire ;

• la **raideur** (limitation des attitudes passives) peut compliquer n'importe quelle pathologie de l'épaule. Elle nécessite une prise en charge spécialisée d'emblée, rendant impossible toute prise en charge thérapeutique tant qu'elle n'a pas été réduite.

Madame D. n'a pas d'antécédent traumatique. Elle ne travaille pas, mais jardine et joue au tennis régulièrement. La douleur est telle qu'elle a besoin d'aide pour s'habiller. Elle est gênée pour conduire, pour étendre le linge et pour tous les mouvements où le bras est à 90° du plan du corps. La douleur a débuté, il y a 1 semaine, plutôt brutalement. Elle siège au niveau du moignon de l'épaule avec, parfois une irradiation vers le coude. Le sommeil en appui sur l'épaule souffrante est impossible.

Qu'apporte l'examen clinique ?

L'interrogatoire conforte donc l'existence d'une pathologie mécanique invalidante de l'épaule sans qu'un diagnostic plus précis puisse être fait à ce stade. L'examen clinique permet de préciser le diagnostic.

L'étude du rachis cervical et l'examen neurologique du membre supérieur permettent d'éliminer l'hypothèse d'une névralgie cervicobrachiale. Une radiculalgie C5 qui s'étend sur la face externe de l'épaule et du bras sans dépasser le coude peut faire croire à une pathologie de l'épaule ou peut s'y associer.

Il convient également d'écarter une pathologie vasculaire en examinant les bras et en prenant les pouls radiaux en abduction forcée.

L'examen de l'épaule douloureuse doit être comparatif avec celui de l'épaule saine :

• l'**inspection** recherche une éventuelle atrophie du deltoïde ou des fosses sus et sous-épineuses (évocateur d'une rupture des tendons). La palpation recherche des points douloureux, mais ils n'ont pas une grande valeur d'orientation ;

• l'étude de la **mobilité passive** recherche une **raideur** lors de l'élévation antérieure, la rotation médiale et surtout la rotation latérale. Les valeurs normales sont de 80° en rotation latérale, de 90° en rotation médiale et de 180° en élévation antérieure. L'existence d'une raideur modifie la prise en charge

thérapeutique et nécessite un avis spécialisé d'emblée, faisant craindre une capsulite rétractile. Cette étape de l'examen doit donc être systématique ;

• l'étude de la **mobilité active** est recherchée dans tous les secteurs d'amplitude, mais essentiellement en élévation antérieure et en rotation externe. Elle peut déclencher une douleur généralement comprise entre 60 et 120° d'élévation, qui traduit un accrochage de la coiffe des rotateurs dans le défilé sous-acromial ;

• les **signes de conflit sous-acromial** : le conflit entre les tendons supérieurs de la coiffe des rotateurs et le bord inférieur de l'acromion constitue, de loin, la cause la plus fréquente d'épaule douloureuse chronique. Certaines manœuvres reproduisent le conflit sous-acromial : test de Neer, test de Hawkins et test de Yocum (Figures 1 à 3). Ils sont cependant peu spécifiques, et apportent peu d'indications pour avancer le diagnostic lésionnel. Des **testings tendineux** aident à localiser la douleur sur les différents tendons de la coiffe des rotateurs (Figures 4 à 7). Ces tests évaluent la force musculaire, et peuvent être gênés dans leur interprétation du fait de la douleur :

– la *manœuvre de Jobe* explore le supra-épineux : l'évaluation de la force musculaire se fait avec les bras à 90° d'abduction, 30° de flexion antérieure, les pouces tournés vers le bas,

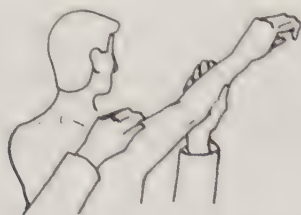


Figure 1 – Test de Néer.

Le patient est assis. L'examineur se place derrière lui, une main stabilisant l'omoplate et l'autre main imprimant une élévation antérieure passive. On recherche une douleur entre 80 et 100° d'élévation, témoignant du conflit sous-acromial.



Figure 2 – Test de Hawkins.

Le patient est assis. Il positionne son membre supérieur en élévation antérieure à 90°, coude fléchi à 90°. L'examineur recherche alors une douleur en résistant à la rotation externe du membre supérieur du patient.



Figure 3 – Test de Yocum.

Le patient est assis. Il positionne la main de son membre supérieur atteint sur son épaule controlatérale. L'examineur recherche alors une douleur en s'opposant à l'élévation du coude du patient.

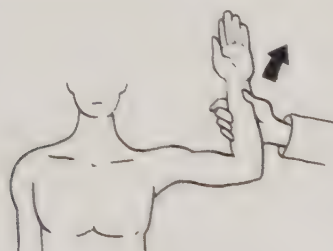


Figure 4 – Test de Patte.

Le test de Patte explore l'infra-épineux. Le patient positionne son membre supérieur en abduction à 90°, coude fléchi à 90°. L'examineur recherche une douleur ou une perte de force en s'opposant à la rotation externe du bras du patient.

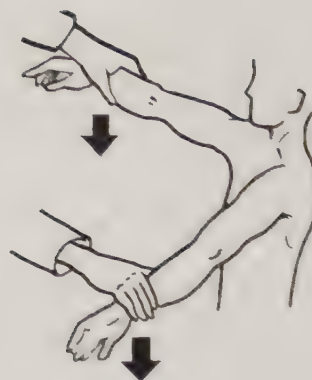


Figure 5 – Test de Jobe.

Le test de Jobe explore le supra-épineux. Le patient place ses deux membres supérieurs en élévation antérieure de 30° et abduction de 30° avec pouce vers le bas. L'examineur recherche une douleur ou une perte de force en s'opposant à ce mouvement.



Figure 6 – Belly press test.

On demande au patient d'exercer une forte pression sur le ventre, la main, le poignet et l'avant-bras étant en rectitude, ce qui suppose de décoller le coude. L'absence de décollement du coude témoigne d'une atteinte du sous-scapulaire. L'examineur peut également, en appuyant sur les coudes, quantifier la force du supra-épineux.

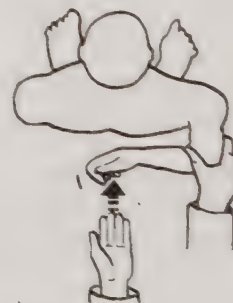


Figure 7 – Lift-Off test.

Si le patient est capable de placer sa main dans son dos et de la décoller du dos, coude fléchi à 90°, le sous-scapulaire n'est pas trop atteint. En décollant la main du dos du patient et la relâchant soudainement tout en demandant au patient d'éviter le contact avec son dos, l'examineur provoque une douleur.

- la *manœuvre de Patte* explore l'infra-épineux : les bras sont en rotation externe à 90° d'abduction,
- le *Belly press test* explore le sous-scapulaire : les coudes fléchis appuient sur l'abdomen.

L'examen de notre patiente ne met en évidence aucune raideur, les tests de Neer, de Yocum et de Jobe sont positifs. Le reste de l'examen, en particulier vasculaire et neurologique, est normal.

Peut-on formuler un diagnostic ? Demandez-vous un bilan radiologique ?

L'examen clinique oriente donc vers un très probable conflit de la coiffe des rotateurs dans le défilé sous-acromial, avec atteinte prépondérante du supra-épineux.

Toutefois, un **bilan radiographique standard** doit être prescrit. On doit s'attendre soit à des clichés normaux, soit à l'existence de signes indirects de conflit : diminution de la hauteur acromio-humérale, calcifications, ostéocondensations et entésophytes de la face inférieure l'acromion dit « barbu », ostéocondensation du trochiter.

Le bilan comprendra systématiquement des clichés de face :

- en rotation neutre : l'espace sous-acromial normal est de 7 à 15 mm ;
- en rotation interne : l'espace sous-acromial est occupé par le tendon infra-épineux ;
- en rotation externe : l'espace sous-acromial est occupé par le supra-épineux ;
- un cliché de profil de coiffe (Lamy), qui montre la morphologie de l'acromion et d'éventuelles calcifications.

Une **échographie**, facilement réalisable, peut être pratiquée d'emblée, mais toujours en complément du bilan standard. Il s'agit d'un examen très utile pour :

- dépister un épanchement (articulaire ou au sein de la bourse) ;
- apprécier la morphologie des tendons ;
- visualiser une rupture de coiffe de petite taille difficile à diagnostiquer cliniquement ;
- réaliser un examen dynamique

Quand un traitement médical est indiqué, le bilan réalisé ainsi est complet. Ce n'est qu'en seconde intention, quand une indication chirurgicale peut être retenue, qu'un arthroscanner ou une IRM seront indiqués. La prescription de ces examens relève du spécialiste (*voir plus loin*).

Le bilan radiographique de Madame M. montre à un espace sous-acromial diminué et une calcification dense et limitée de 2 mm sur le trajet du supra-épineux. L'échographie montre des tendons de morphologie normale et un épanchement de la bourse sous-acromiale.

Quel traitement proposer ?

L'imagerie a donc confirmé le diagnostic clinique de **tendinopathie calcifiante du supra-épineux**.

Traitement médical

Le traitement de première intention est toujours médical.

Dans un premier temps, l'objectif est de soulager la douleur.

Le repos complet de l'articulation doit être recommandé, mais aucune immobilisation n'est en principe souhaitable. Le traitement symptomatique comprend classiquement, en l'absence d'études suffisantes, la prescription :

- d'antalgiques, par exemple paracétamol 1 g, 1 comprimé 4 fois par jour en cas de douleur ;
- d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, par exemple ibuprofène 400 mg, 1 comprimé matin,

midi et soir pendant 7 jours, en l'absence de contre-indications ;

- de myorelaxants, par exemple tétrazépam 50 mg, 1 comprimé le soir pendant 7 jours ;
- et/ou de kinésithérapie : cryothérapie, électrothérapie, ultrasonothérapie.

En cas d'échec thérapeutique, on réalisera 2 ou 3 **infiltrations de corticoïdes retard** (bétaméthasone, cortivasol) par voie externe ou supérieure :

- ces infiltrations sont simples à réaliser dans un cabinet de médecine générale. Une asepsie rigoureuse (lavage et brossage des mains, désinfection, gants stériles) rend les complications septiques rares (1 pour 15 000 infiltrations). La rupture par injection intratendineuse est évitée si les repères anatomiques sont respectés (formation préalable à ce geste technique) ;

– les données de la littérature montrent des résultats bénéfiques principalement sur l'amplitude articulaire et moins sur la douleur.

Traitement fonctionnel

Le traitement médical est associé à un traitement fonctionnel. Il repose sur de la **kinésithérapie**, dont l'objectif est de réadapter l'épaule aux mouvements quotidiens ou sportifs. La rééducation active ne devra débuter que lorsque les phénomènes douloureux aigus auront disparu et il faudra être attentif en permanence, pendant la rééducation, aux éventuels signes de raideur secondaire ou de capsulite rétractile débutante. La rééducation a pour objectif l'auto-apprentissage du recentrage actif de la tête humérale lors de l'abduction. La patiente doit également se retenir de vérifier qu'elle peut encore mobiliser normalement son épaule et provoquer ainsi la douleur. La kinésithérapie sera d'autant plus efficace que le traitement médicamenteux de la douleur aura été bien adapté.

Il n'est pas rare qu'une telle douleur survienne dans un contexte de stress, de situation familiale ou professionnelle difficile. Au traitement symptomatique, à la rééducation et à l'éducation, il faudra associer la **prise en charge globale de la douleur** – écoute bienveillante et attentive de la souffrance de la patiente – qui en pratique est souvent payante, même si l'efficacité son n'a pas encore correctement été évaluée.

Le traitement chirurgical n'est indiqué que dans un deuxième temps, après un traitement médical bien conduit pendant au moins 6 mois.

Madame D. a bénéficié d'un traitement par AINS et myorelaxants, sans succès complet, puis de 2 infiltrations de corticoïdes retard à 1 mois d'intervalle. La sédation de la douleur a ainsi été obtenue. Au terme de 15 séances de kinésithérapie dispensées ensuite pendant 3 mois, elle a retrouvé l'usage normal de son épaule dans tous les mouvements d'élévation.

Quand adresser la patiente et à qui ?

Si la mobilité passive montre des signes de capsulite rétractile, il convient d'arrêter l'examen programmé et de prescrire des radiographies standard qui seront souvent normales, contrastant avec l'intensité des signes cliniques. Un avis rhumatologique est, dans ce cas, nécessaire. Une arthrodistension de l'articulation et une infiltration intra-articulaire de corticoïdes peuvent être proposées. Toutefois, la priorité est donnée en général au traitement de la douleur et à la récupération patiente des amplitudes.

En cas d'échec du traitement symptomatique bien conduit ou devant des douleurs rebelles, une

ponction-lavage-aspiration peut être indiquée, en particulier s'il existe une calcification de taille suffisante (10 mm au moins).

Les indications chirurgicales relèvent de la troisième ligne, car elles sont souvent posées par les rhumatologues. L'IRM ou l'arthroscanner peuvent alors être proposés à ce stade par le spécialiste, dans le cadre de l'évaluation préchirurgicale. Il n'existe pas d'essai contrôlé et randomisé sur le traitement chirurgical de l'épaule douloureuse.

BIBLIOGRAPHIE

- CHANUSSOT J-C, DANOWSKI R-G. Rééducation en traumatologie du sport, membres supérieur et tendons. Paris, Masson, 1999 : 11-36.
 GODEFROY D, SARAZIN L, ROUSSELIN B, et al. Impingement lésions. Clin Orthop, 1983 : 70-77.
 HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Modalités de prise en charge d'une épaule douloureuse chronique non instable

- chez l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique. Paris, HAS, avril 2005.
 NOEL E. Comment s'orienter devant une épaule douloureuse ? Monographie. Rev Prat, 2006, 56 : 1525-1538.
 SPEED C, HAZELMAN B. Shoulder Pain. Clinical Evidence, 2001, 6 : 945-960.

CAS N° 22

Madame C. a mal au cou

Madame C., 48 ans, est biologiste. Elle vous consulte car elle souffre de douleurs cervicales apparues 4 jours auparavant, alors qu'elle rangeait des livres dans sa bibliothèque. Les traits de son visage sont tirés. Elle semble tendue. La douleur est quasi permanente et exacerbée par les mouvements de rotation de la tête. Elle est située à la jonction cervicodorsale et diffuse légèrement dans le dos et l'épaule droite. Madame C. ne signale ni fièvre, ni céphalée, ni parésie ou paresthésie des bras. Elle a pu dormir correctement la nuit dernière et les nuits précédentes, mais elle ne s'est pas sentie capable d'aller travailler.

Vous suivez habituellement cette patiente pour une hypercholestérolémie et vous lisez dans son dossier qu'elle a consulté il y a quelques mois pour un épisode de lombalgies qui a régressé. Elle n'a pas d'autres antécédents.

Devant ce tableau clinique, quelles hypothèses envisager ? Qu'apporte l'interrogatoire ?

Ce tableau clinique évoque une **cervicalgie subaiguë posturale** dans le cadre des cervicalgies communes. Le rangement des livres semble être le principal facteur déclenchant. Il faut toutefois en rechercher d'autres, en particulier une mauvaise posture prolongée (ordinateur, téléphone), l'utilisation d'un traversin, le port d'un sac en bandoulière, une exposition au froid, etc. Il convient de rechercher un **contexte de stress** ou de tension, qui peut favoriser les contractures musculaires.

On ne peut retenir l'hypothèse d'un « torticollis », qui est également une cervicalgie aiguë posturale ou mécanique mais qui s'observe chez des patients plus jeunes et est rarement déclenché par un mouvement. En général, la douleur de survenue brusque, classiquement le matin au réveil, est intense et s'accompagne d'une attitude vicieuse du cou en rotation et flexion latérale. Ce blocage aigu douloureux du cou est habituellement rapidement résolutif en quelques jours.

L'absence de signes associés, qui auraient pu orienter vers une **cervicalgie symptomatique** d'une affection grave (pathologie infectieuse, inflammatoire, vasculaire, tumorale ou post-traumatique) conforte le caractère commun de la cervicalgie. De plus, cette patiente a déjà consulté pour des lombalgies, évoquant probablement une souffrance musculo-squelettique. Si ces lombalgies n'avaient pas régressé, il est évident que les hypothèses diagnostiques auraient été

différentes. Il faut toutefois s'assurer que Madame C. n'a pas subi récemment un **traumatisme** qui pourrait faire envisager une entorse ou une fracture cervicale.

L'âge de notre patiente peut nous faire envisager une **cervicalgie d'origine dégénérative** (cervicarthrose), deuxième cause fréquente de cervicalgies communes, rencontrée davantage au-delà de 40 ans. Mais dans ce cas, les douleurs cervicales sont intermittentes, aggravées par la fatigue ou par certaines activités physiques et calmées par le repos.

Il convient également de rechercher si cette cervicalgie commune ne se complique pas d'une **névralgie cervicobrachiale**, qui peut apparaître d'emblée ou succéder aux cervicalgies. Les anomalies neurologiques sont souvent frustes et limitées à une hypoesthésie dans le territoire concerné (fréquemment C7 et C8) et/ou à une diminution ou à une abolition d'un réflexe ostéo-tendineux. L'absence de paresthésies et de douleurs métamériques fait écarter a priori ce diagnostic pour Madame C. D'autres complications sont plus rares : la myélopathie cervico-arthrosique (signes pyramidaux avec atteinte de la sensibilité profonde) ou une compression de l'artère vertébrale (à l'origine d'une insuffisance vertébrobasilaire : céphalées, vertiges, troubles cochléaires, troubles visuels).

Une névralgie d'Arnold ou une lésion de la charnière occipitale sont responsables de douleurs plus haut situées, cervicales postérieures, irradiant vers l'occiput. Ce n'est pas le cas de Madame C.

L'interrogatoire nous apporte peu de renseignements nouveaux, si ce n'est que la douleur à type de contracture est permanente le jour et cède la nuit. Madame C. ne pratique

aucun sport et n'a eu ni traumatisme ni infection récente. En revanche, l'entretien met au jour une symptomatologie anxiodépressive liée à un conflit relationnel professionnel.

Sur quels éléments l'examen clinique doit-il porter plus particulièrement ?

On recherche une anomalie de la statique rachidienne globale.

Le temps fort est l'examen du rachis cervical, dont on étudie la motilité active et passive :

- l'inspection retrouve souvent une attitude antalgique en flexion latérale et rotation du côté douloureux ;

- la palpation des muscles et de leurs insertions et des apophyses épineuses recherche une douleur élective ou une contracture.

On examine aussi les articulations de proximité, en particulier les épaules.

L'examen neurologique recherche un déficit sensitivomoteur d'un membre, un signe de Claude

Bernard-Horner, des signes sensitifs et moteurs sous lésionnels (troubles de la marche) de compression médullaire, une atteinte des paires crâniennes, un syndrome cérébelleux ou vestibulaire.

La palpation des aires ganglionnaires, l'auscultation des trajets vasculaires, l'examen ORL, dentaire et thyroïdien contribuent à écarter une affection de proximité.

L'examen clinique de Madame C. retrouve, au niveau du rachis, une limitation modérée de l'amplitude des mouvements, des points douloureux paravertébraux et vertébraux à la palpation, une contracture musculaire cervico-trapézienne. L'examen neurologique et l'examen cervical sont sans particularité.

Quel diagnostic retenez-vous à ce stade ? Que dites-vous à la patiente ?

Après l'interrogatoire et l'examen clinique, l'absence de signes d'orientation vers une cervicalgie symptomatique conforte notre hypothèse de **simple cervicalgie commune**. Classiquement, on distingue les cervicalgies posturales de l'adulte jeune avec mobilité du rachis conservée, contractures et douleurs musculaires dominant le tableau clinique, des cervicalgies des sujets plus âgés, d'origine arthrosique, avec les douleurs situées à la jonction cervico-dorsale, subaiguës ou chroniques, parfois très prolongées et une mobilité rachidienne diminuée.

Un syndrome anxiodépressif est parfois retrouvé, mais principalement chez les patients souffrant de cervicalgies chroniques. Son imputabilité est difficile à évaluer. De plus, il n'est pas opportun d'orienter l'entretien vers la recherche de troubles anxieux et

thymiques au moment où le patient vous réclame un soulagement immédiat pour sa douleur cervicale. Mais, parfois, la prise de conscience d'un éventuel lien entre les contractures et l'état de stress suffit au patient pour « dénouer » cette passe difficile.

À cette patiente dont l'anxiété peut amplifier la symptomatologie, il faut expliquer que les symptômes présentés traduisent une affection bénigne et d'évolution favorable, que l'origine de la douleur est principalement musculo-ligamentaire et éventuellement arthrosique.

Il faut donner des conseils pour éviter ces contractures : en cas de travail avec un ordinateur, se placer face à l'écran ; dormir sur le dos et utiliser un oreiller mou ; en cas d'utilisation fréquente du téléphone, ne pas le coincer avec la tête, etc.

Doit-on envisager des examens complémentaires chez cette patiente ?

Devant ce tableau clinique de cervicalgie commune, **aucun examen complémentaire n'est a priori justifié**, car il ne modifierait pas l'attitude thérapeutique. En revanche, un bilan complémentaire s'impose d'emblée en cas de :

- notion de traumatisme, récent ou ancien ;
- syndrome infectieux précédant les douleurs ;
- présence d'une raideur cervicale d'emblée ;
- suspicion d'une autre hypothèse que celle de cervicalgie commune.

Quel traitement proposer ?

L'objectif du traitement est, dans un premier temps, de **soulager la douleur** afin d'obtenir une récupération de la mobilité rachidienne, car en favorisant la contraction musculaire la douleur entretient la cervicalgie. On prescrit dans un premier temps, du paracétamol (1 g 3 à 4 fois par jour en cas de douleur), éventuellement associé à un anti-inflammatoire non stéroïdien, par exemple ibuprofène (400 mg, 1 comprimé 3 fois par jour pendant 7 jours maximum). On y associe, pendant 3 à 7 jours, un décontractant musculaire – thio-colchicoside (4 mg matin, midi et soir) ou tétrazépam (50 à 100 mg) –, uniquement au coucher, s'il y a une composante anxieuse et des troubles du sommeil.

Le **repos** est la base du traitement, associé éventuellement à une immobilisation du rachis cervical par le port d'un **collier cervical** léger (en mousse) ou d'un collier cervical moyen (mousse renforcée par une bande de polyuréthane externe). La durée de cette immobilisation doit être la plus courte possible, de 1 à 5 jours, le jour et la nuit si la malade en ressent le besoin. Si la douleur persiste lors de certains mouvements, le collier cervical sera porté à la demande, en sachant toutefois qu'un port prolongé du collier peut être responsable de chronicisation des troubles.

La **rééducation par masso-kinésithérapie** de la colonne cervicale et de la ceinture scapulaire n'a pas d'indication en phase aiguë. Dans les douleurs des cervicalgies chroniques (plus de 6 mois), elle peut avoir une action antalgique et décontractante et vise à renforcer la musculature. Le kinésithérapeute pourra, selon le résultat de son bilan, associer des techniques antalgiques, articulaires, musculaires, de reprogrammation neuromusculaire et de réadaptation à la vie normale et professionnelle.

Les manipulations vertébrales, à cet étage du rachis, doivent être déconseillées. Si la patiente, insuffisamment soulagée par le traitement classique, envisage de recourir

à ce type de traitement, il convient de l'informer des risques encourus, peu fréquents mais potentiellement graves. Certes, les manipulations vertébrales cervicales peuvent être efficaces à court terme, le plus souvent dans le cadre d'associations de traitements, mais elles doivent alors être réalisées par un professionnel spécialement formé, autorisé à exercer cette technique.

Selon une synthèse Cochrane, l'**acupuncture** permet de diminuer l'intensité de la douleur à court terme, par rapport au placebo, avec une relative sécurité d'emploi. Concernant son efficacité dans la prise en charge des cervicalgies chroniques, les niveaux de preuve restent modestes.

La **composante anxiodépressive** de la douleur doit être prise en charge, car elle peut être un facteur aggravant. L'écoute, la prise en compte d'un éventuel conflit familial ou professionnel, l'adaptation du poste de travail sont souvent bénéfiques. La prise en charge psychothérapique de la patiente a pour objectif de favoriser son autonomie physique et psychologique ainsi que ses capacités à vivre au sein d'un équilibre familial et social stable. Ainsi, au fil des consultations, on adaptera la technique d'entretien aux capacités de la patiente à élaborer et à travailler sur le sens de sa douleur.

La prescription temporaire d'un anxiolytique peut se révéler nécessaire. Chez Madame C., qui évoque régulièrement des douleurs de l'appareil locomoteur, cette composante est probablement importante. Il faudra lui faire prendre conscience du lien entre ses difficultés professionnelles et l'apparition de ses douleurs.

Il faut enfin donner des conseils de surveillance sous traitement, en expliquant qu'en principe les douleurs doivent régresser lentement en quelques jours. L'évolution défavorable de l'intensité de la douleur, son caractère insomniant, la présence de signes associés tels que fièvre ou signes neurologiques doivent amener la patiente à consulter à nouveau.

Quels diagnostics évoquer en cas de persistance de la douleur ?

Si le tableau clinique persiste mais reste inchangé, il faut évoquer d'autres hypothèses avant d'envisager le diagnostic de douleur chronique.

L'absence de signes neurologiques, de douleur sur un trajet radiculaire exclut a priori une névralgie cervicobrachiale mais aussi des causes plus rares : canal cervical étroit, tumeur de la fosse postérieure, myélopathie cervico-arthrosique, dissection de l'artère vertébrale.

Il convient de vérifier qu'il n'existe pas de syndrome vertébral (douleur élective d'une vertèbre),

faisant évoquer une **lésion vertébrale tumorale ou infectieuse**.

Les douleurs présentées n'ont a priori pas de caractère inflammatoire. Mais il est parfois difficile, chez certains patients, de faire préciser le caractère de la douleur ou la présence d'un dérouillage matinal. Si un doute persiste, il faut envisager également :

– une crise de **chondrocalcinose aiguë**. La douleur est, dans ce cas, plutôt insomnante ;

- une **spondylarthrite ankylosante**, qui débute rarement par des cervicalgies isolées. L'examen du rachis dans sa totalité contribue au diagnostic ;
- une **pseudo-polyarthrite rhizomélisque**, qui peut débiter par des cervicalgies postérieures avec

enraidissement douloureux des épaules d'horaire inflammatoire. L'âge de notre patiente et la présentation clinique ne sont pas en faveur de ce diagnostic, qu'il faudra cependant retenir en cas de syndrome inflammatoire biologique.

Faut-il demander des examens complémentaires ?

La persistance ou l'aggravation des douleurs mais aussi l'apparition de signes associés imposent un bilan complémentaire.

Les examens clés, en première intention, sont la recherche d'un syndrome inflammatoire biologique (CRP) et les radiographies du rachis cervical face et profil. Un syndrome inflammatoire biologique récuse le diagnostic de cervicalgie commune.

Les radiographies (rachis cervical face et profil) vérifient l'absence de pathologie infectieuse, tumorale ou inflammatoire. Elles doivent être réalisées avant d'effectuer tout geste sur le rachis cervical. La recherche d'une arthropathie C1-C2 sur un cliché de face odontoïde bouche ouverte n'est pas indiquée dans ce contexte de cervicalgies bas situées.

Un scanner, de préférence avec injection de produit de contraste, ou une IRM sont nécessaires en cas de névralgie cervicobrachiale quand un geste

chirurgical est décidé. Le bilan lésionnel d'une myélopathie cervicarthrosique fait appel à l'IRM.

En l'absence de diagnostic précis de cervicalgie symptomatique d'une affection grave au terme de ce bilan, il conviendra d'envisager la prise en charge de cette cervicalgie chronique selon une approche globale et pluridisciplinaire. Cette approche aura pour objectif une meilleure gestion de la douleur par une reprise de confiance du patient, une amélioration de l'état fonctionnel de son cou et une amélioration de sa santé globale. Sur le plan fonctionnel, on privilégiera les auto-exercices à visée d'éveil sensoriel et d'entretien de la musculature. On travaillera sur le sens de la douleur en visant l'autonomisation de la patiente. Au besoin, on prendra l'avis d'un rhumatologue et/ou d'un spécialiste de la douleur et/ou du médecin du travail.

BIBLIOGRAPHIE

BINDER A. Uncomplicated neck pain. *Clinical Evidence*, 2002, 8 : 1188-1202.

FOUQUET B, BORIE M.J. Approche pluridisciplinaire des cervicalgies communes. *Revue du Rhumatisme*, 2004, 71 : 665-669.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Recommandations pour la pratique clinique. Masso-kinésithérapie dans les cervicalgies communes et dans le cadre du « coup du lapin » ou *whiplash*. Synthèse des recommandations. Paris, HAS, mai 2003.

TRINH KV, GRAHAM N, GROSS AR et al. Cervical Overview Group. Acupuncture for neck disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006 : CD004870.

VITAL JM, LAVIGNOLLE B, POINTILLART V, DE SEZE M. Cervicalgie commune et névralgies cervicobrachiales. Appareil locomoteur. *Traité de médecine AKOS*, Elsevier (emc-consulte.com), 2004 : 15-831-A-10.

CAS N° 23

Monsieur S. a mal au genou

Monsieur S., 35 ans, vient consulter pour des douleurs du genou gauche apparues il y a 2 mois après un match de football. Les douleurs situées à la face interne du genou sont brèves mais parfois intenses. Elles sont accompagnées d'une boiterie avec impossibilité d'étendre complètement la jambe. Cette gêne fonctionnelle ne l'empêche pas de mener une vie quasi normale hormis la pratique sportive. Elle est systématiquement suivie de périodes pendant lesquelles le genou gonfle et devient difficilement mobile.

Quels diagnostics envisager ?

Devant ce tableau clinique chez un jeune patient, probablement dans les suites d'un traumatisme, on envisage principalement :

- une **lésion méniscale** ;
- une lésion ligamentaire, en particulier une **lésion du ligament croisé antérieur (LCA)** ;
- un **épanchement post-traumatique** ;
- une **tendinopathie**, fréquente chez le sportif.

La douleur n'entraîne pas d'impotence fonctionnelle et n'est pas permanente : une entorse, une luxation de la rotule ou une fracture sont très peu probables.

Le jeune âge du patient n'est pas en faveur de lésions de chondropathie rotulienne ou fémorotibiale décompensées.

Comme la douleur n'est pas apparue spontanément et n'est pas permanente, on n'envisage pas d'emblée une arthropathie inflammatoire, microcristalline ou infectieuse, une pathologie tumorale, voire une ostéonécrose.

La douleur est associée à un gonflement du genou. Une douleur irradiée du rachis (cruralgie) ou de la hanche (coxarthrose) est donc très peu probable.

Quels éléments permettent de s'orienter ?

Plusieurs éléments permettent de s'orienter.

Terrain

Les pathologies méniscales, comme les tendinopathies par microtraumatismes répétés, sont plus fréquemment observées entre 15 et 40 ans, principalement chez les hommes et chez les sportifs.

Caractéristiques de la douleur

L'apparition d'une douleur brutale lors d'un mécanisme en flexion et/ou rotation oriente vers une pathologie méniscale ou du LCA, alors qu'un début progressif, insidieux, évoque plutôt une tendinite. Toutefois, la distinction n'est pas toujours aisée, notamment en cas de tendinite de stade 1 où

la douleur est perçue uniquement après un effort physique.

La localisation de la douleur, si elle est précise, est une bonne indication de la localisation du tissu lésé. Au cours de lésions méniscales, elle est située à la face interne du genou dans 70 p. 100 des cas (correspondant à une atteinte du ménisque interne) et le plus souvent de trajet parallèle à l'interligne.

Notion de blocage ou de gonflement

Les **blocages** sont retrouvés dans 50 p. 100 des lésions méniscales et sont spontanément résolutifs. Ils correspondent à l'impossibilité d'extension complète du genou qui reste en flessum à cause d'une languette méniscale luxée. Le patient peut décrire une sensation de corps étranger dans le genou. Leur

durée, variable, peut être de quelques minutes ou de quelques heures, et ils sont toujours suivis par une hydarthrose réactionnelle. Une subluxation de la rotule peut provoquer également un très fugace blocage du genou.

Les **épanchements** à répétition sont souvent le seul signe de lésion méniscale.

Lorsque que le patient décrit une sensation de **dérobements**, de craquement, on doit craindre une rupture du LCA, qui est un signe de gravité.

Nature et importance des activités sportives

La pratique de **sports en rupture** tels que le football, le rugby, le tennis ou encore le ski, ainsi que l'ancienneté de la pratique, rendent les ménisques plus vulnérables.

Qu'apporte l'examen clinique ?

L'interrogatoire nous oriente vers une lésion méniscale. L'examen clinique doit permettre d'écartier certains pièges diagnostiques : essentiellement les chondropathies rotuliennes, les pathologies ligamentaires ou tendineuses récentes ou anciennes (entorse ou instabilité), les corps étrangers intra-articulaires et la gonarthrose. Il doit obéir à une chronologie précise et comporter des tests simples, fiables et reproductibles. Idéalement, ces tests permettent de conforter l'hypothèse d'une lésion méniscale. Mais potentiellement douloureux, ils doivent être pratiqués en fin d'examen, car la douleur entraîne une crispation qui rend l'examen ultérieur du genou difficile.

L'**inspection** du sujet en charge note une éventuelle déviation d'axe (*genu valgum* ou *varum*), qui fait soupçonner une pathologie dégénérative, surtout après 40 ans. Un *flessum* permanent peut également être noté (flexion normale : 140°, extension normale : 5°).

La mise en évidence d'une **fluctuation du cul de sac quadricipital** doit être préférée au classique choc rotulien pour mettre en évidence un épanchement, surtout s'il est de faible abondance. La découverte d'un épanchement peut être également révélée par l'existence d'un kyste poplité. Toutefois, elle témoigne simplement d'une lésion intra-articulaire mais ne contribue pas à orienter le diagnostic étiologique.

L'examen de la **rotule** recherche une hypermobilité, une douleur à la palpation des **facettes postérolatérales**, un signe du rabot peu spécifique, et un **signe de Smillie** (test d'appréhension) (Figure 1). Ces signes orientent vers une chondropathie rotulienne.

L'examen de l'**appareil ligamentaire latéral et du pivot central** ne doit pas être négligé, même si les circonstances de l'accident et les premiers signes de

Antécédents traumatiques du genou

Les traumatismes avec blocage fugace sont évocateurs de lésion méniscale, mais leur absence ne permet pas d'écartier ce diagnostic. Un antécédent d'entorse du ligament latéral interne consolidée, avec intervalle libre suivi de crises articulaires (dérobements, douleurs, épanchement) peut orienter également vers une pathologie méniscale.

Au terme de l'interrogatoire, aucun antécédent traumatique du genou n'est retrouvé chez Monsieur S. Il pratique le football depuis 20 ans. Il n'a pas de fièvre. La douleur siège au niveau de l'interligne interne du genou. Elle est apparue à la réception d'un saut lors d'un match de football. S'y est associé, deux fois depuis l'accident, une sensation de genou bloqué qui a cédé spontanément après 15 minutes.

L'examen orientent plutôt vers une lésion méniscale. On doit rechercher :

- une *douleur sur un trajet ligamentaire* ;
- un signe de *Lachman*, ou recherche d'un tiroir antérieur à 20° de flexion orientant vers une atteinte du LCA (Figure 2) : le patient est en décubitus dorsal, le genou légèrement fléchi, le talon posé, la jambe en légère rotation externe. En maintenant fermement la cuisse du patient d'une main, on exerce une traction sur la jambe avec le pouce posé sur la tubérosité tibiale antérieure. Une atteinte du LCA est évoquée lorsque la traction ne provoque pas une butée franche, mais plutôt une sensation de freinage progressif ou que la translation est importante par rapport au genou controlatéral ;
- la *manœuvre du pivot* (ressaut rotatoire) : le patient est en décubitus dorsal. Le pied de la jambe atteinte est saisi en relevant le membre inférieur de la table d'examen, maintenu en extension. En pratiquant une rotation interne du pied, on applique dans un premier temps un mouvement de valgus à la jambe examinée puis on fléchit le genou (Figure 3). Une lésion du LCA est évoquée lorsqu'on constate une translation antérieure du tibia par rapport au fémur ;
- une *laxité latérale en flexion* – une laxité latérale avec genou en extension signant une entorse grave.

Il convient également de rechercher une douleur à la palpation des insertions tendineuses (tendinite de la patte d'oie, tendinite rotulienne).

Les **tests méniscaux** sont nombreux et de valeur très variable. Un examen attentif doit comporter l'association de tests à forte sensibilité comme la douleur sur l'interligne et de tests à forte spécificité comme la manœuvre de Mac Murray et le *grinding test* d'Apley, voire la recherche d'un blocage en extension (Figures 4 à 6) :

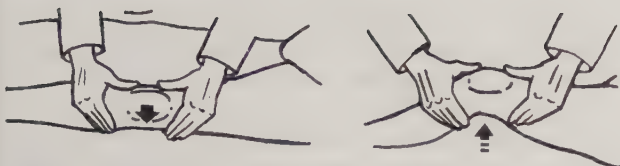


Figure 1 – Signe de Smillie.

Le patient est allongé le genou en extension, l'examineur chasse la rotule en dehors en même temps qu'il fléchit passivement le genou du patient. Ce mouvement recherche une appréhension plutôt qu'une vraie douleur.



Figure 2 – Test de Lachman.

Le patient est allongé. L'examineur empaume fermement la cuisse du patient d'une main et de l'autre la jambe. Il imprime alors des mouvements de cisaillement antéro-postérieur, le genou du patient étant en extension puis en flexion à 20°. La sensation d'un « arrêt mou » traduit une lésion du ligament croisé antérieur.

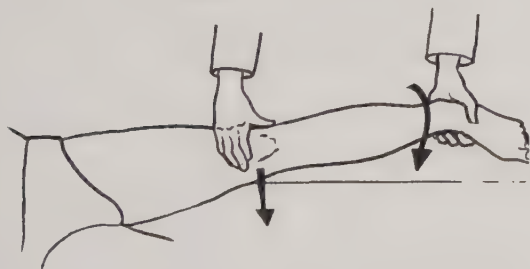


Figure 3 – Manœuvre du Pivot.

Le patient est allongé le genou en extension. L'examineur maintient d'une main la jambe du patient en rotation interne et de l'autre imprime une force valgisante au niveau du genou. Le test est positif quand il se produit, proche de l'extension, une réduction de la subluxation antérieure du plateau tibial externe sous la forme d'un ressaut brutal parfois audible. Il traduit une rupture du ligament croisé antérieur.

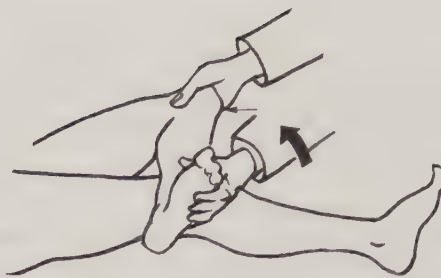


Figure 4 – Douleur sur l'interligne (signe de Cabot).

L'examineur positionne le genou du patient allongé en flexion et rotation interne, le talon reposant sur la crête tibiale controlatérale. Le genou est progressivement fléchi tandis que le talon suit la crête tibiale. Il recherche alors une douleur sur l'interligne externe.

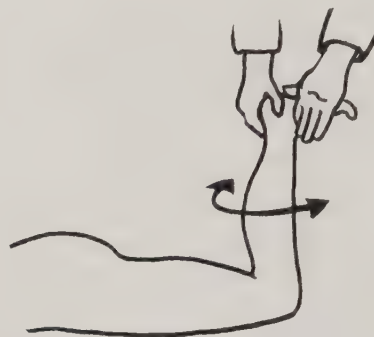


Figure 5 – Grinding test d'Apley.

Le patient est allongé sur le ventre genou fléchi à 90°. L'examineur imprime des mouvements d'écrasement en rotation interne et externe et recherche ainsi la douleur du ménisque atteint.



Figure 6 – Manœuvre de Mac Murray.

Le patient est allongé sur le dos, genou fléchi. L'examineur positionne le pouce au niveau de l'interligne suspecté et, de l'autre main, imprime des mouvements de flexion-extension et de rotation de la jambe. La flexion forcée en rotation externe avec compression de l'interligne interne réveille la douleur du ménisque interne. Un claquement peut être perçu par la main qui palpe l'interligne. La manœuvre inverse permet de tester le ménisque externe.

– la *manœuvre de Mac Murray* consiste à appliquer un varus ou un valgus forcé en maintenant d'une main le talon du patient et de l'autre le cou-de-pied, la jambe légèrement fléchie au niveau de la hanche et du genou. Une sensation de craquement évoque une lésion méniscale ;

– la *manœuvre d'Apley (Grinding test)* consiste à appliquer une pression dans l'axe du tibia avec un mouvement de rotation externe du pied, alors que

le patient est en décubitus ventral, le genou fléchit à 90°. En cas de lésion méniscale, cette manœuvre déclenche des douleurs.

Chez notre patient, l'examen clinique montre un épanchement peu abondant, une douleur sur l'interligne interne, un test de Mac Murray positif. Le genou est stable, l'examen ligamentaire et tendineux est normal, il n'existe pas de signes rotuliens.

Des examens complémentaires sont-ils utiles ? Si oui, lesquels ?

Ce tableau clinique évoque donc fortement une lésion méniscale interne.

Une **radiographie standard de face et de profil**, en charge, un profil à 30° de flexion et une vue axiale de rotule à 30°, est prescrite en première intention. Les lésions méniscales simples n'ont souvent aucune traduction radiologique sur un bilan standard. Cependant, la radiographie permet d'éliminer une lésion osseuse, une fracture, une ostéochondrite, une dysplasie fémoro-patellaire, etc. Elle permet également de révéler une arthrose fémoro-tibiale sous-jacente se traduisant par un pincement fémoro-tibial en appui monopodal. Des lésions des épines tibiales, des lésions à l'insertion fémorale du ligament latéral interne ou à l'insertion du ligament ménisco-tibial externe orientent vers une pathologie ligamentaire. La radiographie peut être complétée par une **échographie**, qui se développe dans l'exploration du genou et peut être considérée comme un prolongement de l'examen clinique. Elle permet d'objectiver un épanchement articulaire, un épaississement synovial ou la présence de corps étranger. Elle ne permet cependant pas d'explorer les ligaments croisés et l'exploration du cartilage et des ménisques reste limitée.

La résection méniscale en cas de lésion n'étant envisagée que jusqu'à 40 ans, il y a peu d'intérêt à pousser les explorations après cet âge. Monsieur S. ayant 35 ans, il est donc indiqué de lui proposer une **imagerie par résonance magnétique (IRM)**. L'IRM permet une analyse quasi exhaustive du genou. La lésion méniscale apparaît sous forme d'un hyposignal homogène. Les lésions les plus fréquemment retrouvées se situent sur la corne postérieure du ménisque interne et sur la corne antérieure du ménisque externe. Cependant, son intérêt pour l'étude du cartilage est discutable. Sa trop grande sensibilité entraîne parfois des gestes invasifs inutiles, en particulier devant des fissures horizontales. Elle ne permet pas de différencier les atteintes méniscales post-traumatiques des atteintes méniscales dégénératives.

L'examen de choix pour explorer le cartilage est actuellement l'**arthroscanner**. Sa prescription relève d'un bilan préthérapeutique chirurgical et sa prescription est à l'initiative de spécialiste.

Le bilan radiologique standard pratiqué chez notre patient est normal. En revanche, l'arthrographie réalisée, le délai d'obtention de l'IRM étant trop long, montre une lésion franche, verticale, de la corne postérieure du ménisque interne, qui est luxée dans l'articulation.

Que dites-vous au patient ? Que lui proposez-vous ?

La certitude d'une **lésion méniscale** est acquise et son lien avec le tableau clinique ne fait aucun doute. Il convient avant tout de prescrire des antalgiques si le patient se plaint de douleurs persistantes et invalidantes et de l'adresser au chirurgien.

Il faut expliquer au patient, s'il le demande, et schéma simplifié à l'appui, à quoi servent les ménisques, où se trouve la lésion méniscale, pourquoi elle provoque les symptômes (blocage et douleur) et son caractère irréversible.

Il convient d'informer le patient sur les bénéfices et risques d'une **arthroscopie thérapeutique** (avec résection de la languette luxée). Dans le cas présent, le patient étant jeune et la lésion méniscale franche et typique, l'indication opératoire ne pose pas de problème. Une courte hospitalisation est nécessaire (24 à 36 heures). On explique, avant de le confier au chirurgien, quelles seront les suites opératoires : la marche sera autorisée immédiatement et il n'y aura pas lieu de prendre des anticoagulants oraux, sauf cas particulier

(marche impossible dans les premiers jours ou antécédents thrombo-emboliques). Les premières semaines qui suivent l'intervention sont, la plupart du temps, marquées par des douleurs et des épanchements, de degré variable selon les patients. Cet inconfort ne remet pas en cause l'excellent pronostic fonctionnel.

La **rééducation** post-ménisectomie est utile, car elle a un effet favorable sur l'évolution des douleurs et de l'épanchement articulaire. Les amplitudes et les forces musculaires sont récupérées plus tôt. En pratique, on propose pendant les 7 premiers jours

une mobilisation immédiate avec marche à l'aide de deux cannes anglaises, associée à de la cryothérapie. Dès le 7^e jour, le travail de rééducation consistera en une musculation isométrique, un travail proprioceptif en décharge puis en charge. À partir du 30^e jour, en règle générale, la reprise des activités normales est complète, le sport y compris.

Monsieur S. a subi sans crainte une arthroscopie. 2 semaines après, il a repris le travail. Au bout de 5 semaines, il était à nouveau dans un stade.

BIBLIOGRAPHIE

ALBERT JD, LAMBOTTE JC, BRUNET JF, CHALES G. Quelle imagerie devant un genou douloureux. Monographie. Rev Prat, 2009, 59 :1233-1239.

CHANUSSOT J-C, DANOWSKI R-G. Rééducation en traumatologie du sport 2. Membres inférieurs, Paris, Masson, 1999.

DANOWSKI R-G, CHANUSSOT J-C. Traumatologie du sport, 6^e éd., Paris, Masson, 2001.

DUPONT J-Y, BOBICHON M. Anatomo-pathologie des lésions méniscales internes. Journal de traumatologie du sport, 1984, 1 : 149-163.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS) – ANAES. Examens complémentaires dans le genou traumatique récent de l'adulte. Paris, ANAES, septembre 1997.

PRESCRIRE RÉDACTION. Traumatisme récent du genou chez l'adulte. Rev Prescrire, 2005, 25 : 201-208.

Monsieur A. a des problèmes avec l'alcool

Monsieur A., 40 ans, vient vous voir à la suite d'un bilan de santé de la Sécurité sociale qui a mis en évidence des anomalies biologiques. Ce bilan révèle des triglycérides à 3 g/l, des gamma GT à 124 UI/l, des transaminases légèrement augmentées et un VGM à 103 μ^3 . Le reste est normal. Aucun diagnostic n'est évoqué dans le compte rendu du bilan.

C'est un patient qui ne consulte jamais et vous dit n'être jamais malade. Représentant de commerce, il conduit beaucoup. Il dit « manger et boire tous les jours dans les restaurants lors de ses déplacements ».

Vous suivez régulièrement sa femme et ses deux enfants. Avant la consultation, vous recevez un appel de sa femme vous informant qu'elle a obligé son mari à faire ce bilan. Elle vous explique qu'il boit trop, qu'il est parfois violent et vous demande de lui « faire peur ».

Comment réagir à cet appel téléphonique ?

Les informations données par sa femme vont modifier notre première approche et avoir un impact sur la relation « empathique » qui s'établit lors d'une première consultation. Il est difficile d'avoir une relation saine et détendue lorsque nous connaissons des choses désagréables sur le patient sans qu'il le sache. Faut-il aller dans le sens de la demande de sa femme et lui faire peur ? Comment seraient reçues les leçons de morale, les paroles « paternalistes » du médecin ? Faut-il ne pas répondre à la patiente et refuser l'entretien téléphonique ?

Il n'y a pas de réponse stéréotypée. Il est toutefois préférable d'écouter la femme du patient,

puis de préciser que l'on tiendra compte des informations transmises mais que les règles déontologiques concernant le secret professionnel seront respectées. Il faut surtout lui préciser qu'elle peut venir l'accompagner en consultation, et que le cas échéant, on peut envisager de les voir ensemble. C'est elle qui est « demandeuse ». Elle doit pouvoir formuler ses craintes devant le médecin et son mari et éviter qu'un secret entre le médecin et elle ne vienne parasiter la relation médecin-malade. Dans un premier temps, il s'agira d'écouter, d'entendre la souffrance d'un sujet, de sa famille, d'expliquer et de dialoguer.

Comment aborder ce patient ?

En allant chercher le patient, qui attend finalement seul en salle d'attente, on peut déjà repérer au premier contact les traits de personnalité et d'éventuels **signes cliniques d'alcoolisation** :

- une allure particulière avec un équilibre précaire, d'éventuels tremblements des mains, des lèvres, un visage bouffi ou blafard avec des téléangiectasies voire une rosacée ou encore une maladie de Dupuytren sont évocateurs ;

- une haleine « chargée », sachant que souvent des chewing-gums servent à la masquer ;

- une poignée de main qui peut être ferme, toute molle, sèche ou moite renseigne sur le caractère et l'humeur du patient ;

- un regard franc, accrocheur, persuasif, destiné à donner le change, pour ne pas aborder la question et masquer l'alcoolisation chronique, ou un regard fuyant signifiant l'inhibition, la honte, la culpabilité.

Dans ce cas, c'est un patient, qu'il faudra ne pas brusquer, mais plutôt déculpabiliser et « renarcisiser ».

Le patient vous apporte les résultats de son bilan biologique. Il est préférable de les commenter à haute voix en relevant les anomalies liées à une consommation excessive d'alcool, et de demander au patient ce qu'il en pense. S'il dit, « qu'en effet, il s'en doutait », la suite de la consultation en est facilitée. Un déni rend la consultation plus compliquée. L'essentiel est d'aborder la question. On constate en effet que trop souvent, en France, les médecins ont du mal à parler de la consommation d'alcool.

La femme de Monsieur A. ayant abordé des épisodes de comportements violents, on peut demander au patient, s'il reconnaît consommer de l'alcool, s'il a « l'alcool triste ou violent ».

Un examen clinique doit être réalisé. Il recherche les signes évocateurs de pathologies favorisées par la prise d'alcool. Il a aussi pour objectif de matérialiser auprès du patient les conséquences de son intoxication chronique.

L'examen cardiovasculaire recherche une hypertension artérielle, fréquemment retrouvée, des signes d'insuffisance cardiaque qui pourraient évoquer une cardiomyopathie.

L'examen neurologique recherche des signes de neuropathie périphérique, un tremblement, des troubles cognitifs.

L'examen général est orienté vers la recherche d'une atteinte hépatique plus ou moins sévère : hépatomégalie, signes d'hypertension portale – splénomégalie, ascite, circulation veineuse collatérale,

signes témoignant d'une insuffisance hépatocellulaire – subictère, angiomes stellaires, hippocratisme digital, hématomes.

La constatation de signes d'anémie doit faire envisager un possible saignement digestif occulté ou méconnu du patient, en lui demandant: « Avez-vous déjà craché ou vomi du sang ? Vos selles sont-elles noires ? »

On recherche une hypertrophie parotidienne bilatérale et une gynécomastie, fréquemment observées.

Certains médecins s'appuient sur les anomalies constatées pour « faire peur » à leur patient. Cette attitude moralisatrice peut être un obstacle à la cessation de l'intoxication chronique, car la notion de « capital santé » n'est pas forcément partagée, par les patients ayant un problème d'addiction. En revanche, il convient d'expliquer objectivement et avec pédagogie le lien entre les anomalies constatées et l'intoxication, leur possible réversibilité à l'arrêt de toute consommation d'alcool et la nécessité d'une aide pour y parvenir.

Monsieur A. est dans le déni : « Je bois comme tout le monde », dit-il, précisant : « Il ne faut pas exagérer : je ne suis jamais saoul. »

À l'examen, la PA est à 160-80 mmHg, le pouls à 82/min. Les réflexes sont un peu vifs. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité. Le volume du foie est augmenté et son bord inférieur tranchant. Il existe déjà une circulation veineuse collatérale. Le patient n'a pas de signe d'anémie. Il n'a pas remarqué de selles noires.

Comment préciser la relation de Monsieur A. avec l'alcool ?

Il faut déterminer quelle est sa consommation afin de définir des objectifs thérapeutiques. L'examen clinique et les marqueurs biologiques nous ont indiqué une consommation d'alcool dommageable. D'autres informations permettent d'être plus précis.

Le questionnaire de consommation (CDA ou consommation déclarée d'alcool) permet de le situer dans une catégorie de buveur.

On considère :

- le **non-usage** (non consommateur) : ceux qui ne boivent pas du tout, les abstinents volontaires ou à la suite d'un traitement ;

- l'**usage normal** (consommateur modéré) : toute conduite d'alcoolisation ne posant pas de problème au consommateur, à son entourage ou à la société.

L'OMS a défini des seuils en dehors de toute situation à risque (comme pour les conducteurs, les patients ayant une hépatite ou les femmes enceintes). Ces seuils sont :

- jamais plus de 4 verres « standard » par occasion pour l'usage ponctuel,
- pas plus de 21 verres « standard » par semaine pour l'usage régulier chez l'homme (3 verres par jour en moyenne),
- pas plus de 14 verres « standards » par semaine pour l'usage régulier chez la femme (2 verres par jour en moyenne) ;

- le **mésusage** : il y a gêne pour la santé du consommateur et l'exercice de sa profession pour son entourage, pour la société. Il est classique de différencier dans le mésusage :

– *l'usage à risque* (consommateur à risque, soit 5 à 10 p. 100 des plus de 15 ans) : toute consommation supérieure aux seuils de l'OMS sans signes cliniques, biologiques ou sociaux de souffrance liés à l'alcool. Cette catégorie inclut les consommations égales voire inférieures aux seuils quand elles sont associées à une situation à risque et/ou un risque individuel particulier ;

– *l'usage nocif* (consommateur à problèmes, soit 4 à 7 p. 100 des plus de 15 ans) : il existe des signes patents d'atteinte organique et des troubles psychiques (troubles de l'humeur, agressivité, violence, repli social).

Et puis il y a la **dépendance** (consommateur alcoolo-dépendant, soit 2 à 4 p. 100 des plus de 15 ans) : c'est la perte de la maîtrise de la consommation sans rapport avec les notions de seuil ou de dommage induit. On peut, pour mieux repérer la dépendance, utiliser des questionnaires spécifiques tels que la grille **CAGE** (*cut, annoyed, guilty, eyes-opener*) ou la grille **DETA** (*diminuer, entourage, trop, alcool*) :

– Avez-vous déjà ressenti le besoin de diminuer votre consommation d'alcool ?

– Votre entourage vous a-t-il fait des remarques au sujet de votre consommation ?

– Avez-vous déjà eu l'impression que vous buviez trop ?

– Avez-vous déjà eu besoin d'alcool dès le matin pour vous sentir en forme ?

Dans une région où la prévalence de l'alcoolisme est de 20 p. 100, la probabilité qu'un patient soit dépendant est de 96 p. 100 si trois réponses sont positives.

Monsieur A. est donc dépendant, il faut le lui dire sans le culpabiliser, en expliquant que rien n'est inéluctable. Il faudra aussi repérer si l'alcool constitue pour lui une automédication : l'utilise-t-il comme un anxiolytique, un désinhibiteur, un anesthésiant physique et/ou psychique, un antidépresseur ?

C'est l'occasion d'aborder les éléments déterminant sa problématique par rapport à l'alcool : histoire personnelle, rôle de sa famille, environnement socioprofessionnel, parcours médical, antécédents d'autres addictions, chimiques ou non.

Quelle attitude adopter face au déni du patient ?

L'objectif est qu'il sorte de son déni et accepte de se faire aider.

Le fait que la question ait été abordée par le biais d'examen biologiques puis par l'examen clinique incite à rester sur le plan biomédical strict. Il faut lui expliquer que, certes, il « boit comme tout le monde », mais que cette consommation est dommageable pour sa santé, que nous ne sommes pas égaux devant l'alcool et que chacun a un seuil de tolérance différent. Cette dernière information est bien acceptée ; elle lui permet souvent d'admettre le diagnostic tout en ménageant une « sortie d'honneur » : l'abus est personnalisé.

Il faut lui indiquer les normes de l'OMS, sans le harceler pour lui faire préciser sa consommation, en ajoutant : « Il m'est égal de savoir combien vous buvez car, de toute façon, les résultats de vos examens montrent que, pour vous, c'est trop, votre pression artérielle est un peu élevée, peut-être aussi en

rapport avec cette consommation. Il faudra d'ailleurs la contrôler. »

À ce stade, deux attitudes sont possibles :

– lui demander de réfléchir à ce qui a été dit et lui proposer de revenir en parler tranquillement et volontairement (première étape de l'entretien motivationnel) ;

– être plus directif, en lui donnant un rendez-vous, en lui proposant un nouveau bilan, plus complet.

On prescrit alors une échographie hépatique et un bilan sanguin : NFS, CRP, bilan hépatique avec TP, CDT (décarboxy-transferrine) albumine, facteur V, natrémie, créatininémie, sérologie des virus hépatotropes, α -fœtoprotéine.

À ce stade, le patient est informé des conséquences de sa consommation. Nous avons montré notre disponibilité pour l'aider et le prendre en charge. C'est à lui maintenant de prendre des décisions sur la suite à donner.

Quelle prise en charge proposer à ce patient s'il accepte d'être suivi ?

Chez les patients non dépendants, une intervention brève, fondée sur l'évaluation, avec le patient, de sa consommation d'alcool et sur l'explication de la notion d'unité de 10 g d'alcool assortie de conseils visant à maintenir sa consommation

en dessous des limites, est efficace. Au cours du suivi, la prise de conscience du lien entre les troubles somatiques, les problèmes psychosociaux et la consommation abusive aide au processus de maturation.

Mais Monsieur A. est **dépendant**. Il faut donc lui proposer un sevrage. Il est inutile d'insister sur le fait que plus jamais il ne pourra boire une goutte d'alcool, car c'est pour lui psychologiquement inenvisageable. Pour l'aider, on peut lui donner la fameuse recette des **Alcooliques anonymes** : gagner jour après jour la bataille contre cet ami (l'alcool) qui vous veut du mal. Il faut lui conseiller de dire chaque jour : « aujourd'hui je ne bois pas ».

Le sevrage peut très bien se faire en ambulatoire, car ce patient est entouré. Il faut lui prescrire un anxiolytique pour éviter un *delirium tremens* : en général du diazépam (10 mg, 3 fois par jour), en insistant sur la nécessité d'une hydratation sucrée correcte et d'une vitaminothérapie B₁-B₆ (500 mg/j) associée à la vitamine PP.

À ce stade, on évite la prescription d'un médicament du maintien de l'abstinence. Ce patient a une dépendance chronique ancienne sans risque immédiat. Il n'a jamais consulté, reste hésitant et une prescription probablement attendue par son épouse risque d'être vécue comme une sanction et peut conduire à la rupture de ce premier lien fragile. On retarde la prescription jusqu'au jour où elle est authentiquement demandée par le patient.

L'acamprosate (Aotal[®], 1 à 2 comprimés 3 fois par jour pour un poids supérieur à 60 kg) est un médicament qui diminue l'appétence pour l'alcool. Il a fait preuve de son efficacité par rapport au placebo après 1 an d'abstinence. Les effets indésirables sont dose-dépendants : nausées, vomissements, douleurs abdominales, prurit. Des cas de dépression ont été attribués à la prise de ce médicament.

La naltrexone (Revia[®], 1 comprimé par jour) est un antagoniste des récepteurs morphiniques. Ce médicament a un effet préventif sur le risque de réalcoolisation après 12 semaines de traitement. Les effets indésirables sont essentiellement des nausées, des vomissements, des diarrhées, des somnolences et des céphalées. Il peut provoquer un syndrome de sevrage chez les patients dépendants aux opiacés.

Le disulfirame est proposé pour son effet antibuse : la consommation d'alcool provoque des effets désagréables, à type de nausées, palpitations, malaises. Il diminue le nombre de jours d'alcoolisation, sans diminuer la proportion de patients abstinent.

Le baclofène est un myorelaxant essentiellement utilisé pour diminuer les contractures musculaires spastiques au cours d'affections médullaires ou d'origine cérébrale. Utilisé chez les patients alcoolodépendants, le baclofène diminuerait le nombre de rechutes d'alcoolisation et l'envie impérieuse d'alcool sans effet rebond à l'arrêt du traitement. Cependant, on manque encore de preuves, ce médicament n'ayant pas été suffisamment évalué dans cette indication.

Le patient doit être revu après 1 semaine de traitement et doit pouvoir nous joindre très facilement en cas de problème. De même, un traitement par inhibiteur de la recapture de la sérotonine ne sera prescrit en cas de dépression ou de troubles compulsifs associés que dans un deuxième temps. Il peut être utile de proposer assez tôt un arrêt de travail. L'inquiétude de sa femme n'est probablement pas isolée. Il a peut-être aussi des troubles du comportement au travail qui risquent de le mettre bientôt en difficulté.

En cas d'échecs répétés ou de demande du patient (parfois compulsive), il faudra programmer une hospitalisation, qui permet un sevrage surveillé et une mise à l'écart de l'environnement habituel. Cette hospitalisation est souvent longue à obtenir, ce qui décourage parfois certains patients.

Il faut expliquer au patient et surtout à son entourage qu'un sevrage n'est que le début de la prise en charge d'une maladie chronique, et qu'elle nécessite le recours à une équipe pluridisciplinaire adaptée à son profil : alcoologue, psychiatre, psychologue, groupe d'anciens buveurs, assistante sociale, médecin du travail, etc.

L'aide de la famille est primordiale, car les réalcoolisations sont fréquentes et font partie du parcours habituel.

De plus, il va falloir repérer les dysfonctionnements familiaux, car souvent la « guérison » d'un alcoolique modifie considérablement l'équilibre précaire d'une famille et peut entraîner une décompensation d'un autre membre, sa femme par exemple. La personne qui a accompagné, soigné ou supporté un alcoolique peut souffrir de se retrouver dépourvu de son statut. Il ne faut pas oublier qu'il existe parfois un bénéfice secondaire à ce que l'autre soit « malade ».

Dans tous les cas, il faut insister sur le risque que comporte la conduite automobile après ingestion d'alcool.

BIBLIOGRAPHIE

HUAS D, RUEFF B. Alcool et médecine générale. GMS Santé/CNGE, 2011.
JAURY P, PEYREBRUNE C. Les rôles et les pratiques des médecins généralistes. Traité d'Addictologie. Paris, éditions Flammarion, 2006.

MICHAUD P, GACHE P, BATEL P, ARWIDSON P. Interventions brèves auprès des buveurs excessifs. Rev Prat Med Gen, 2003, 604 : 281-289.
PRESCRIRE RÉDACTION. Alcoolodépendance : après le sevrage. Troisième partie. Certains médicaments sont

- utiles comme adjuvants au soutien médical. *Rev Prescrire*, 2009, 29 : 361-368.
- RUEFF B. Maladies liées à la consommation d'alcool. *In* : P GODEAU, S HERSON, J-C PIETTE. *Traité de Médecine*, 3^e édition. Paris, Flammarion 1996, Chap 670 : 2414-2428.
- SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ALCOOLOGIE. Les conduites d'alcoolisation, lecture critique des classifications et définitions. Quel objectif thérapeutique ? Pour quel patient ? Sur quel critère ? *Alcoologie et Addictologie*, 2001, 23 (4 *Suppl.*) : 65-75.
- WHO. Problems related to alcohol consumption. Report of the Expert Committee, Genève, WHO, 1980.

CAS N° 25

Madame S. a des palpitations

Madame S., 48 ans, qui vient d'aménager dans votre quartier, vous consulte pour des palpitations qui la gênent depuis quelques semaines. Elle décrit une sensation persistante de battements rapides apparus progressivement. Elle n'a ni douleur ni dyspnée. Elle n'a pas d'antécédents particuliers. Elle n'est pas ménopausée, ne fume pas et ne prend aucun traitement hormonal. Elle signale qu'actuellement son activité professionnelle est stressante en raison de pressions multiples.

À l'auscultation, vous constatez une tachycardie à 130 par minute. Le rythme est régulier, sans irrégularités. La pression artérielle est à 140/80 mmHg. La patiente est bien colorée, son poids est stable à 55 kg pour 1,65 m. Le reste de l'examen clinique semble normal.

Comment abordez-vous cette plainte ? Que proposez-vous ?

Les palpitations sont des sensations désagréables ou pénibles causées par les battements cardiaques habituellement non ressentis. Cette patiente a moins de 50 ans. Elle n'a pas de pathologie cardiaque connue. Ses facteurs de risque cardiovasculaire doivent être précisés (on sait déjà qu'elle ne fume pas et n'est pas hypertendue). L'interrogatoire ne met en évidence ni douleur thoracique ni dyspnée, qui pourraient évoquer une pathologie cardiovasculaire. Les palpitations semblent en rapport avec la tachycardie, mais souvent ce sont des extrasystoles, décrites comme des battements isolés, qui en sont responsables. L'auscultation n'en retrouve

pas. Ces palpitations sont souvent favorisées par le stress, la fatigue ou le surmenage, ce qui est le cas de Madame S.

Il n'est pas possible de préciser la nature du trouble de Madame S. sans pratiquer un **électrocardiogramme** (ECG).

L'ECG montre une tachycardie sinusale à 130/min, sans anomalie du tracé.

Madame S. n'a pas d'antécédents familiaux de décès précoce de cause cardiovasculaire. À l'occasion d'un bilan biologique récent, prescrit à titre systématique, il n'y avait ni diabète ni dyslipidémie.

Quelles hypothèses diagnostiques envisagez-vous, et sur quels arguments ?

Cette tachycardie sinusale semble être la cause des palpitations ressenties par cette femme de 48 ans. En l'absence de facteurs de risque cardiovasculaire particulier, dans le contexte décrit, il convient d'évoquer d'emblée les causes les plus fréquentes, à savoir :

- une tachycardie sinusale idiopathique ;
- une hyperthyroïdie ;
- une anémie.

Certaines informations peuvent orienter :

– l'excès d'excitants (café, thé, alcool, amphétamines, cocaïne), la prise ou le sevrage de certains

médicaments (théophylline, antihistaminiques, antidépresseurs, neuroleptiques, anti-arythmiques), plaident pour une tachycardie sinusale d'origine toxique ;

– des règles abondantes et ou prolongées peut être à l'origine d'une anémie ferriprive ;

– un amaigrissement, une asthénie, une diarrhée ou la disparition d'une constipation ancienne, des signes de nervosité et/ou instabilité de l'humeur, des crampes, des tremblements, des sueurs, une thermophobie parfois avec hypersudation évoquent une hyperthyroïdie. Dans ce cas, l'examen clinique

recherche spécifiquement un goitre ou un nodule thyroïdien, des réflexes vifs, une exophtalmie, un regard brillant, une rétraction des paupières avec asynergie oculopalpebrale ;

- un terrain anxieux, des troubles du sommeil, une dépression, des attaques de panique s'accompagnent fréquemment de « palpitations ».

Madame S. évoque certes un stress professionnel. Mais quelles que soient les informations recueillies, elles ne permettront pas, à elles seules, de conclure. Elles contribueront à affiner l'hypothèse diagnostique

et, parfois, à orienter la prescription d'examen complémentaires.

On ne peut, sur les seules données de l'examen clinique et de l'ECG, écarter l'existence de salves d'extrasystoles ou de passages en arythmie.

L'interrogatoire de Madame S. ne permet de mettre l'accent sur aucun élément particulier, hormis une certaine irritabilité. Un complément d'examen clinique effectué après l'ECG n'indique aucun signe d'orientation particulier, si ce n'est une thyroïde palpable.

Quelles explorations proposer ?

Un bilan biologique avec NFS, CRP et TSHus (*thyroid stimulating hormone*) permet de s'orienter rapidement.

Si l'interrogatoire avait retenu un possible saignement, il aurait été logique de demander d'emblée une ferritinémie.

Si aucune étiologie n'est retrouvée et si ces palpitations persistent, il faudra prescrire un holter

de rythme, afin de mettre en évidence un éventuel trouble du rythme paroxystique associé. On peut soit prescrire cet examen auprès d'un centre spécialisé, soit avoir recours à un avis cardiologique, notamment en cas d'anomalies d'interprétation difficile.

Les résultats du bilan biologique montrent une TSHus à 0,01 mUI/l, le reste étant normal.

Qu'est-ce que cela évoque ? Que demandez-vous ? Que faites-vous ?

L'abaissement de la TSHus évoque en premier lieu une **hyperthyroïdie** et justifie de contrôler ce résultat au cours d'un second prélèvement sanguin, qui permet de doser en même temps la forme libre de la T4. Dans de rares situations, on sera amené à demander un dosage de la T3L dans un second temps, en raison d'un taux normal de T4L, en dépit d'une forte suspicion d'hyperthyroïdie.

Si la T4L et/ou la T3L sont élevées, l'hyperthyroïdie franche est confirmée. Si elles sont normales ou limites, il s'agit d'une hyperthyroïdie infraclinique. Il faut néanmoins savoir que la TSHus peut être isolément abaissée, sans que cela signale une dysfonction thyroïdienne. Une TSHus basse peut être observée indépendamment de toute maladie thyroïdienne :

- chez les patients en mauvais état général soumis aux corticoïdes ou aux dopaminergiques ;

- au cours des premier et deuxième trimestres de la grossesse (activité thyrostimulante de l'hormone chorionique placentaire) ;

- chez les patients ayant une TSHus normale-basse, soit 2,5 p. 100 de la population, pour lesquels les hyperthyroïdies se distinguent par une TSHus en dessous de 0,03 mUI/l.

Exceptionnellement, le dosage de la TSHus méconnaît les hyperthyroïdies centrales (adénome thyroïdienne, résistance aux hormones thyroïdiennes), qui se caractérisent par un taux de TSHus normal ou légèrement augmenté, inapproprié à l'hyperhormonémie thyroïdienne.

Sans attendre les résultats du contrôle, il est déjà possible de proposer à Madame S. un traitement symptomatique de sa tachycardie pour améliorer son confort et réduire l'incidence de l'excès probable d'hormone thyroïdienne. En l'absence de contre-indications, on prescrit un bêtabloquant non cardio-sélectif, comme le propranolol (40 mg, 1/4 à 1 comprimé 3 fois par jour). En cas de contre-indication des bêtabloquants, on peut utiliser un calcium-bloqueur.

Compte tenu de son stress, il peut être nécessaire de prescrire aussi sur une courte période un anxiolytique, une benzodiazépine de préférence (alprazolam, bromazépam).

Madame S. se sent mieux sous propranolol 40 mg, 1/4 de comprimé, mais elle n'en prend que 2 fois par jour car cela la fatigue. Elle vous apporte ensuite les résultats suivants : TSHus 0,01 mUI/l, T4 : 28 pmol/l (11,8 – 24 pmol/l).

Que concluez-vous ? Qu'allez-vous lui expliquer ?

Ces résultats confirment l'hyperthyroïdie. Les causes principales en sont :

- une maladie de Basedow ;
- un adénome toxique isolé ou au sein d'un goitre multinodulaire ;
- une surcharge iodée. En médecine générale, il s'agit essentiellement de patients sous amiodarone ;
- une hyperthyroïdie iatrogène par l'interféron α utilisé chez un patient infecté par le virus de l'hépatite C ;
- une thyroïdite (plus rare) :
 - subaiguë de Quervain, réactionnelle à une infection virale survenant quelques semaines après

un épisode infectieux ORL, s'accompagnant d'une douleur et des signes généraux,

- silencieuse et indolores de mécanisme auto-immun.

On explique donc à la patiente qu'elle a une hyperthyroïdie, qu'il faut compléter les explorations pour en préciser le type afin d'envisager un traitement curatif.

Lorsque c'est possible, il vaut mieux continuer à n'utiliser qu'un traitement symptomatique avant d'autres explorations, car les antithyroïdiens de synthèse (ATS) modifient le taux de captation du traceur isotopique et l'image scintigraphique.

On la met toutefois à l'aise, si elle désire prendre l'avis d'un endocrinologue. Il faudrait alors rédiger un courrier afin de favoriser la coordination des soins.

Quelles explorations complémentaires faut-il envisager pour préciser l'étiologie d'une hyperthyroïdie ?

La **scintigraphie** est l'examen le plus utile pour déterminer la cause de l'hyperthyroïdie, en particulier dans les formes les moins typiques. Elle est aussi indispensable avant un éventuel traitement radio-isotopique. Sa seule contre-indication est la grossesse. Elle peut être réalisée même en cas d'allergie supposée à l'iode. Elle peut mettre en évidence une hyperfixation diffuse évocatrice d'un Basedow, un nodule hyperfixant avec extinction du reste de la glande correspondant à un adénome toxique ou un défaut de fixation (scintigraphie blanche) dû à une intoxication à l'iode ou à la prise d'antithyroïdiens de synthèse.

L'**échographie** n'est pas indispensable. Toutefois, elle peut être contributive pour préciser l'étiologie. Dans la maladie de Basedow, le parenchyme est globalement hétérogène. Le nodule toxique est une formation unique hypoéchogène, hypervasculaire,

parfois associée à d'autres formations nodulaires au sein d'une thyroïde dystrophique.

Les **anticorps antirécepteurs de la TSH** (anticorps anti-RTSH) sont présents dans 98 p. 100 des maladies de Basedow. Leur recherche est indispensable chez les femmes enceintes et leur présence à des titres élevés en début et surtout en fin de traitement par ATS constitue un facteur prédictif de rechute.

Le dosage des anticorps antiperoxydase (ATPO) et antithyroglobuline (ATG) n'a pas d'intérêt dans l'hyperthyroïdie. La thyroglobuline circulante est accrue dans toutes les variétés d'hyperfonctionnement thyroïdien.

Chez Madame S., la scintigraphie montre que l'ensemble du corps thyroïdien est de volume légèrement augmenté et apparaît hyperfixant de façon homogène et diffuse.

Comment envisagez-vous la prise en charge thérapeutique ?

Les données cliniques, la biologie et la scintigraphie confirment le diagnostic de **maladie de Basedow**.

Cette patiente va déjà mieux grâce au traitement symptomatique. On a le temps de discuter des options thérapeutiques et, éventuellement, de prendre un avis.

Il faut demander systématiquement un **examen ophtalmologique**, car une exophtalmie accompagne

souvent la maladie de Basedow. Son évolution est indépendante de celle de l'hyperthyroïdie.

Pour traiter l'hyperthyroïdie, on a le choix entre trois approches thérapeutiques :

- les antithyroïdiens de synthèse ;
- le traitement par l'iode radioactif ;
- le traitement chirurgical.

Antithyroïdiens de synthèse

Les antithyroïdiens de synthèse (ATS) doivent être proposés en première intention. On utilisera de préférence le carbimazole (Néomercazole®, comprimés à 5 ou 20 mg) en une prise quotidienne. Le thiamazole, connu aux États-Unis depuis plusieurs décennies, a été commercialisé en France en 2009. Il s'agit du métabolite actif du carbimazole et il n'apporte donc pas d'avantage par rapport au carbimazole. Le benzylthiouracil (Basdène®) s'administre en 3 prises et le propylthiouracil (PTU), seul ATS utilisable chez la femme enceinte, n'est disponible qu'à la pharmacie centrale des hôpitaux.

Le traitement comporte :

- une phase d'attaque de 4 à 6 semaines. On prescrit 20 et 60 mg de carbimazole, selon l'intensité des signes d'hyperthyroïdie ;

- puis une phase d'entretien, qui peut être envisagée de deux manières : on peut diminuer progressivement la posologie de l'ATS adaptée à l'état hormonal ou le maintenir à la dose d'attaque en y associant la prescription de lévothyroxine (Lévothyrox®) pour compenser une éventuelle hypothyroïdie iatrogène.

Le traitement est prolongé pendant une durée totale d'au moins 18 mois.

Traitement par l'iode radioactif

Le traitement radical par l'iode radioactif est utilisé en cas d'échec du traitement de première intention et, parfois, en première intention chez les sujets âgés de plus de 40 ans n'ayant pas de goitre volumineux.

La grossesse et une exophtalmie évolutive contre-indiquent ce choix. Une hypothyroïdie secondaire et définitive, plus ou moins tardive, est souvent constatée. Une brève préparation par ATS, de quelques semaines, doit être proposée lorsque les taux initiaux d'hormones libres sont franchement élevés.

Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical est indiqué dans des situations particulières :

- en cas d'échec du traitement médical chez les sujets de moins de 40 ans ;
- d'emblée, en cas de goitre très volumineux ou de nodule froid associé ;
- chez les femmes jeunes désireuses d'une grossesse à court terme.

Une brève préparation par les ATS est également nécessaire afin d'éviter la survenue d'une crise thyrotoxique post-opératoire. On réalise une thyroïdectomie subtotale. Les techniques chirurgicales actuelles rendent les complications opératoires (hypoparathyroïdie et paralysie récurrentielle) exceptionnelles.

L'examen ophtalmologique de Madame S. est normal.

Nous avons choisi avec elle la première solution.

Son ordonnance comporte :

- carbimazole 60 mg/lj ;
- propranolol 40 mg, 1/2 comprimé, matin et soir.

Quelle est la surveillance du traitement ?

Le dosage de T4 et T3 libres sont contrôlés vers la quatrième semaine et jusqu'à la fin de la phase d'attaque. L'euthyroïdie est confirmée par la normalisation des dosages de T4L ou T3L. La normalisation de la TSHus est retardée et n'a aucune utilité à cette phase du traitement.

La prescription doit être accompagnée d'une surveillance hématologique, car ces médicaments peuvent être responsables d'une très rare agranulocytose (dans 0,2 à 0,6 p. 100 des cas) survenant en général dans les deux premiers mois, mais non prévisible. Un premier contrôle systématique de la NFS est réalisé tous les 10 jours pendant les 2 premiers mois, puis systématiquement lors de tout contrôle biologique de la fonction thyroïdienne. Il devra également être proposé en cas d'infection, notamment ORL. Une leuconeutropénie préexistante ne

contre-indique pas la mise en route prudente du traitement.

On adaptera ensuite les doses du carbimazole en adjonction éventuelle de lévothyroxine (50 à 75 µg). Le propranolol pourra alors éventuellement être progressivement arrêté.

Une fois l'euthyroïdie obtenue, la TSHus peut être contrôlée tous les 3 ou 4 mois.

Le traitement devra, en principe, être interrompu au bout de 18 mois. Un contrôle biologique normalisé et une euthyroïdie constatée après l'arrêt du traitement permettront d'affirmer alors la guérison.

Les rechutes sont possibles dans 50 p. 100 des cas. Dans ce cas, l'avis d'un endocrinologue est nécessaire pour décider de prolonger le traitement par ATS ou envisager une autre stratégie thérapeutique.

BIBLIOGRAPHIE

- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS) – ANAES. Diagnostic et surveillance biologiques de l'hyperthyroïdie de l'adulte. Paris, ANAES, février 2000.
- HOEFMAN E, VAN WEERT HC, REITSMA JB et al. Diagnostic yield of patient-activated loop recorders for detecting heart rhythm abnormalities in general practice : a randomised clinical trial. *Fam Pract*, 2005, 22 : 478-484. Epub 2005.
- PRESCRIRE RÉDACTION. Tiamazole, simple métabolite actif du carbimazole. *Rev Prescrire*, 2010, 317 : 172.
- PROUST-LEMOINE E, WEMEAU J-L. Hyperthyroïdie. *Traité de médecine AKOS*, Elsevier (emc-consulte.com), 2009 : 3-0470.
- SUMMERTON N, MANN S, RIGBY A et al. New-onset palpitations in general practice : assessing the discriminant value of items within the clinical history. *Fam Pract*, 2001, 18 : 383-392.
- WEMEAU J-L, CARNAILLE B, MARCHANDISE X. Traitement des hyperthyroïdies. *Encycl Méd Chir (Paris, Elsevier), Endocrinologie – Nutrition*, 2007 : 10-003-A-40.

Monsieur T. trouve que les battements de son cœur sont irréguliers

Monsieur T., âgé de 71 ans, ingénieur à la retraite, que vous suivez depuis 15 ans pour une hypertension artérielle bien contrôlée par énalapril 20 mg, vient vous voir avant l'échéance trimestrielle de renouvellement de son traitement car il ressent, depuis 2 jours, que son cœur bat vite et « s'emballe ».

Il n'a pas d'autre antécédent personnel ou familial notable. Il est marié et vit une vie tranquille avec sa femme âgée de 70 ans. Il est sans projet particulier et a tendance à se laisser aller, mais n'est pas, a priori, dépressif. Il aime bien boire son whisky quotidien en plus de sa bouteille de « Bordeaux » qui lui fait 2 repas et fume 4 cigares par jour. Il conserve un bon état général et n'a pas maigri ces derniers temps.

Qu'évoque cette plainte ?

Monsieur T. parle de son cœur qui bat vite et « s'emballe ». Il peut certes avoir de simples palpitations sans signification pathologique, mais compte tenu de son âge et du terrain, il faut évoquer d'emblée un **trouble du rythme cardiaque** qui doit être identifié et évalué :

- une fibrillation ou un flutter auriculaire qui correspondent bien à la description de ses palpitations irrégulières ;

- des extrasystoles multiples, souvent décrites comme un bondissement isolé, suivi d'une pause.

Bien que la symptomatologie décrite par le patient soit moins en faveur, il peut s'agir également :

- d'un épisode de tachycardie sinusale ou jonctionnelle (Bouveret), souvent ressenti comme une attaque de battements réguliers et très rapides à début et fin brutaux, souvent mal supportés ;

- d'une tachycardie au cours d'une poussée d'insuffisance cardiaque, qui s'accompagne d'une dyspnée pouvant être sous-estimée par le patient ;

- d'une tachycardie en rapport avec une cause générale, en particulier un état fébrile, une prise de médicaments ou de toxiques, une hyperthyroïdie, un état d'angoisse (fréquent).

Que recherche l'interrogatoire ?

Nous avons noté que Monsieur T. a une consommation abusive d'alcool. Son âge, son sexe, son tabagisme et son hypertension en font un patient à haut risque cardiovasculaire. Il a probablement eu un dépistage du diabète au cours du suivi de son hypertension. Nous ignorons s'il a une hypertrophie ventriculaire gauche (HVG). Nous savons qu'il n'a pas d'antécédents familiaux de cardiopathie ou de décès cardiovasculaire précoce.

L'interrogatoire vise à préciser le caractère du trouble.

On cherche à savoir s'il est permanent ou paroxystique. Dans le second cas, il faut faire expliquer :

- les circonstances de survenue des palpitations (effort, repos, stress, repas, infection récente, intoxication alcoolique aiguë) et leur mode d'arrêt ;

- si elles sont bien ou mal tolérées (dyspnée, malaise ou asthénie intense, douleurs thoraciques), de tels symptômes évoquant une situation d'urgence.

On interroge le patient sur ses activités récentes – efforts physiques inhabituels – et l'on cherche à

savoir s'il vit des événements inhabituels et/ou stressants.

On recherche des prises médicamenteuses délé-tères, en particulier en automédication, ainsi qu'une consommation excessive de café et/ou de thé.

Il convient de rechercher d'autres signes fonc-tionnels, évocateurs d'hyperthyroïdie, d'anémie ou d'insuffisance cardiaque.

Monsieur T. dit avoir l'impression que son cœur s'emballe brutalement pendant quelques minutes, puis qu'il ne se passe plus rien, et cela plusieurs fois par jour. Il ne signale aucun autre trouble, ni douleur, ni malaise, ni essoufflement au repos ou à l'effort. Il signale qu'il n'a pas modifié son mode de vie récemment et qu'en dehors de ses palpitations qui l'inquiètent, tout va bien. Il n'a pas fait d'efforts physiques importants et ne prend pas d'autres médicaments que son antihypertenseur.

Que doit rechercher particulièrement l'examen clinique ?

Si le patient ressent les palpitations au moment de la consultation, l'examen peut préciser la nature des battements du cœur : régularité, fréquence, présence de pauses.

L'auscultation cardiopulmonaire recherche un bruit, un souffle en faveur d'une valvulopathie ou d'une cardiopathie sous-jacente. On recherche un souffle sur les trajets vasculaires et des signes d'insuffisance cardiaque, en particulier des œdèmes des membres inférieurs, parfois discrets, ou des crépita-tants des bases, non connus auparavant à l'auscul-tation pulmonaire.

L'examen général complète ce bilan clinique en recherchant des signes d'anémie, de dysthyroïdie, un

nodule thyroïdien, un goitre. On prend la tempéra-ture du patient si on suspecte un état fébrile.

L'examen de Monsieur T. ne montre pas de signe d'ané-mie et il n'a pas de fièvre. Son poids est inchangé à 82 kg pour 1,68 m. À l'auscultation cardiaque, il existe un rythme qui semble irrégulier et rapide, supérieur à 100 pulsations par minute. Il n'y a pas de dédoublement des bruits du cœur, ni de souffle audible. La PA prise dans de bonnes conditions est de 150/95 mmHg couché et debout. L'auscul-tation pulmonaire ne retrouve ni râle ni frottement. Les pouls sont symétriques, mais irréguliers ; il n'existe pas de souffle vasculaire. La thyroïde est de taille normale sans nodule palpable. Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

Quels examens complémentaires réaliser ?

Il est indispensable de faire un électrocardio-gramme (ECG). Si le patient continue de percevoir le trouble pendant l'examen, le tracé en objective la cause en général.

Si le patient ne perçoit plus le trouble au moment de l'examen et que le tracé est normal, il sera néces-saire de faire un enregistrement holter ECG sur 24 heures. Il est aussi possible de lui proposer de consulter en urgence pour bénéficier d'un tracé au cas où il ressentirait à nouveau ce trouble.

L'ECG fait au cabinet (Figure 1) montre une arythmie complète par fibrillation auriculaire avec complexes ventri-culaires fins de cadence moyenne à 130/min. Il n'y a pas d'onde Q de nécrose ni de trouble de la repolarisation. Il ne semble pas exister de bloc de branche. Il n'y a pas de signe d'HVG électrique.

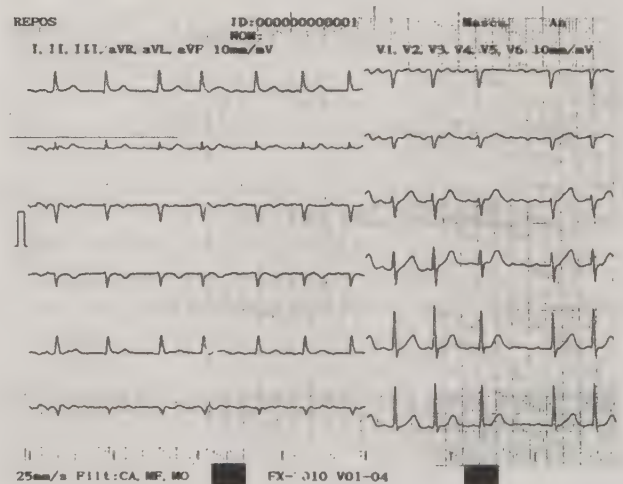


Figure 1 – Tracé de fibrillation auriculaire. Les ondes P ne peuvent être distinguées. Elles sont remplacées par une fibrillation continue et irrégulière de la ligne de base (onde F) à l'origine d'une contraction ventriculaire irrégulière (complexe QRS avec espaces RR irréguliers).

Quelle est votre conclusion ?

L'ECG 12 dérivations confirme le diagnostic d'**arythmie complète par fibrillation auriculaire** (FA) d'installation récente (moins de 7 jours).

La prévalence de la FA augmente de façon considérable avec l'âge, passant de 0,5 p. 100 entre 50 et 59 ans à 10 p. 100 chez les plus de 85 ans. La découverte de la FA par des palpitations est le mode de révélation le plus fréquent (42 p. 100) avec la dyspnée (64 p. 100), une fatigue (52 p. 100) ou une douleur thoracique (23 p. 100). La fibrillation auriculaire peut également, mais plus rarement, être à l'origine d'une insuffisance cardiaque aiguë ou d'une syncope. Toutefois, 15 p. 100 des FA sont asymptomatiques. Enfin, tout déficit neurologique permanent ou transitoire doit faire rechercher une FA.

Il existe différentes formes cliniques de FA :

- la FA isolée : premier épisode diagnostiqué de FA ;
- la FA récurrente : deux épisodes de FA ou plus ;
- la FA paroxystique : épisode de moins de 7 jours de résolution spontanée ;
- la FA persistante : FA durant plus de 7 jours ;

- la FA permanente : FA chronique pour laquelle la cardioversion n'a pas été tentée ou a échoué.

Chacune de ces formes cliniques implique une thérapeutique différente.

Monsieur T. a donc a priori une **FA isolée** sous réserve de l'évolution ultérieure. La découverte de cette FA complique la prise en charge de ce patient. À son hypertension artérielle, actuellement mal contrôlée, s'ajoute une nouvelle maladie chronique qui nécessite un suivi particulier et probablement la surveillance d'un traitement anticoagulant. Cela nécessite un renforcement de la prise en charge du patient tant au niveau de l'information et de l'éducation qu'au niveau des propositions thérapeutiques médicamenteuses ou hygiéno-diététiques.

Après l'annonce du diagnostic, le patient est souvent inquiet. Il prend acte que le rythme de son cœur est désorganisé et découvre ce nouveau terme - fibrillation auriculaire. Il se pose invariablement des questions concernant l'origine et les conséquences de son trouble, auxquelles il faudra tenter de répondre.

Quelles peuvent-être les causes de cette fibrillation auriculaire ?

La cause principale des FA est représentée par les cardiopathies (80 p. 100 des cas). Chez notre patient qui a d'importants risques cardiovasculaires, on envisage principalement une cardiopathie ischémique passée inaperçue, que l'ECG n'évoque pas.

Il peut s'agir également :

- d'une valvulopathie avec, au premier rang, une atteinte mitrale que l'examen clinique n'évoque pas non plus ;
- d'une cardiomyopathie dilatée, qui est plus fréquente chez le sujet âgé ;
- d'une maladie auriculaire, maladie rythmique ou un exceptionnel myxome.

Environ 10 p. 100 des fibrillations paroxystiques dites « idiopathiques » ne s'accompagnent d'aucune

modification structurelle du cœur. Elles imposent toutefois une surveillance, car une cardiopathie, en particulier ischémique, peut se révéler ultérieurement.

Les principales conditions favorisant la survenue d'une FA sont :

- une consommation abusive d'alcool, qui peut être responsable d'un passage en FA soit au décours d'un épisode d'alcoolisation aiguë, soit par cardiomyopathie ;
- une hyperthyroïdie, qui représente également une cause extracardiaque fréquente ;
- une pathologie pulmonaire : bronchite chronique obstructive, embolie pulmonaire ;
- tout épisode infectieux, en particulier thoracique.

Quels risques cette fibrillation auriculaire fait-elle courir au patient ?

La perte de la contraction atriale favorise un ralentissement du débit sanguin et donc la formation de thrombus pouvant migrer. Cette situation expose le patient à un risque élevé d'**accident vasculaire thrombo-embolique**, principalement cérébral

- incidence de 5 p. 100 par an chez les patients non traités, multipliée par cinq en présence de valvulopathie.

Les critères de haut risque de complications thrombo-emboliques sont : un âge supérieur à 75 ans, une HTA,

des antécédents d'accident thrombo-embolique, un épisode d'insuffisance cardiaque récent ou une dysfonction du ventricule gauche à l'échographie, un angor ou un antécédent d'IDM, une valvulopathie, un diabète.

La présence d'une FA multiplie par deux le risque de **décès à 20 ans**. Seuls les essais cliniques avec des traitements antithrombotiques ont montré une réduction de ce risque.

La FA peut également favoriser l'apparition de troubles cognitifs, essentiellement du fait d'une **démence vasculaire**.

Le risque d'évolution vers une **insuffisance cardiaque** est possible, sans que l'on puisse toujours dire s'il s'agit d'une cause ou d'une conséquence de la FA.

Enfin, la **qualité de vie** et la **tolérance aux efforts** sont réduites chez les patients en FA.

Que dites-vous au patient ? Comment continuer la prise en charge ?

Il faut l'informer, dès ce stade, qu'un bilan complémentaire est nécessaire pour identifier un éventuel facteur favorisant et évaluer correctement le risque thrombo-embolique, et qu'un traitement anticoagulant doit être prescrit.

Une première possibilité est de le faire hospitaliser. Cela dépend de plusieurs facteurs : tolérance de la FA, nécessité d'une cardioversion non médicamenteuse, possibilité d'obtenir l'échographie transthoracique ;

mais aussi capacité de compréhension du patient pour réaliser les différents examens en ambulatoire. Toutefois, cela dépend également de la possibilité de lui faire bénéficier rapidement d'un lit de cardiologie ou à l'inverse de bénéficier d'un plateau technique de proximité accessible rapidement.

Lorsque la situation le permet et/ou le choix d'une prise en charge ambulatoire prime, il faut alors mettre en œuvre le bilan et le traitement.

Que lui proposez-vous ? D'autres examens complémentaires sont-ils nécessaires ?

On complètera le **bilan biologique** de suivi de l'hypertension, par les examens suivants :

- NFS, CRP, à la recherche d'une anémie ;
- TP et INR initial dans le cadre du suivi du traitement par antivitamine K (AVK) ;
- TSHus avant éventuel traitement par amiodarone ;
- ionogramme sanguin ;
- glycémie ;
- créatinémie ;
- gamma GT et transaminases sériques, compte tenu de sa consommation d'alcool ;
- bandelette urinaire recherchant une protéinurie, une hématurie.

Une **échographie cardiaque transthoracique (ETT)** est indispensable, pour rechercher en particulier une cardiopathie sous-jacente, une dilatation de l'oreillette gauche et un caillot intracavitaire. Le choix du traitement dépend de son résultat.

Une **radiographie des poumons** fait classiquement partie du bilan. Elle peut révéler une pneumopathie méconnue, qui a pu être le facteur déclenchant. Elle peut montrer un gros cœur et des signes de surcharge.

Le cardiologue proposera peut-être d'autres explorations à Monsieur T. Il faut pouvoir lui expliquer ce que l'on en attend :

- l'**échographie transœsophagienne (ETO)**, examen semi-invasif, est plus performante que l'ETT pour vérifier l'absence de thrombus intra-auriculaire, notamment si l'on veut réaliser une cardioversion en urgence ;

- un **holter ECG** pour apprécier le caractère de la FA sur les 24 heures, l'horaire de déclenchement de l'arythmie et, par déduction, son mode de déclenchement (vagal ou cathécholergique) ; l'existence d'autres troubles du rythme (maladie de l'oreillette).

Avant d'envoyer le patient chez le cardiologue, on peut débiter un traitement par AVK sous couvert d'HBPM (héparine de bas poids moléculaire) (hors AMM) en attendant que l'anticoagulation soit effective - par exemple fluindione (1 comprimé le soir) et nadroparine calcique (0,8 ml, 1 injection sous-cutanée le matin).

Monsieur T. a pu rapidement voir le cardiologue. Son échographie transthoracique montre une cardiopathie hypertensive modérée avec hypertrophie septale sans véritable HVG (paroi ventriculaire < 11 mm). La fonction ventriculaire gauche est normale. Un doute sur l'existence d'un thrombus intra-auriculaire a fait pratiquer une échographie transœsophagienne (ETO) qui s'est révélée normale. Le bilan biologique n'a mis en évidence ni diabète, ni dyslipidémie, ni hyperthyroïdie. Une tentative de réduction pharmacologique de la FA par l'amiodarone a permis un retour au rythme sinusal.

Quel traitement proposer dans un premier temps à Monsieur T. ?

Le cardiologue a porté l'indication d'une cardioversion pharmacologique avec de l'amiodarone. Cet anti-arythmique de demi-vie longue (3 semaines) est souvent utilisé en première intention par voie orale à la dose de « charge » de 30 mg/kg répartie en 1 semaine (6 comprimés à 200 mg, puis 5, puis 4, puis 2, puis 1). La cardioversion peut être envisagée uniquement après avoir éliminé la présence d'un thrombus intra-atrial à l'échographie cardiaque transœsophagienne, en cas de FA évoluant depuis moins de 48 heures, ce qui fut le cas de Monsieur T., ou après 3 semaines d'anticoagulation efficace.

D'autres anti-arythmiques que l'amiodarone peuvent être proposés (flécaïnide ou propafénone), mais ils sont moins utilisés à cause de leur index thérapeutique étroit (risques d'effets secondaires élevés). La cardioversion peut également être électrique (sous anticoagulants). En seconde intention, l'ablation des fibrillations auriculaires par cathétérisme transcutané peut être proposée.

Après un premier épisode de FA facilement réduit, on choisit parfois de ne pas donner de traitement anti-arythmique.

Les anti-arythmiques au long cours sont indiqués lorsque la FA est persistante et sa symptomatologie gênante ou pour éviter les récurrences de FA paroxysmique, comme dans le cas de Monsieur T. L'efficacité

des anti-arythmiques est cependant modeste. Les bêtabloquants, la flécaïnide, le propafénone, la cibenzoline, le sotalol ou l'amiodarone peuvent être envisagés. Ces deux derniers traitements sont les seuls appropriés en cas d'insuffisance cardiaque ou coronaire. L'amiodarone donne les meilleurs résultats (60 p. 100 de non-rechute à 1 an) mais entraîne des effets secondaires nécessitant une surveillance attentive : photosensibilisation cutanée et érythème pigmenté, potentialisation des AVK, dépôts cornéens et surtout dysthyroïdie. La dose d'entretien de 5 comprimés par semaine semble avoir le meilleur rapport bénéfices/risques. Il convient de doser la TSH avant traitement puis deux fois par an ou en cas de suspicion de dysthyroïdie. La dronédarone est un nouvel anti-arythmique qui n'a pas montré sa supériorité par rapport à l'amiodarone et qui a été à l'origine d'atteintes hépatiques, d'insuffisances rénales et de troubles du rythme cardiaque.

La fréquence des rechutes implique une **surveillance régulière** les premiers mois qui suivent la cardioversion, avec poursuite d'un traitement anticoagulant au moins 3 mois et contrôles électrocardiographiques réguliers pendant les 6 premiers mois, puis à 1 an, permettant de dépister les rechutes asymptomatiques ou un effet secondaire arythmogène des médicaments.

Monsieur T. doit-il par la suite prendre des anticoagulants ou de l'aspirine ?

Le choix du traitement antithrombotique dépend de la présence (ou de l'absence) de facteurs de risque thrombo-embolique. Pour évaluer ce risque chez Monsieur T., on peut utiliser le score CHADS₂ (Tableau I). Lorsque le score est d'au moins 2, un traitement par AVK au long court doit être proposé avec un objectif d'INR compris entre 2 et 3. La warfarine est la molécule qui a été le mieux étudiée. Elle permet de réduire le risque thrombo-embolique de 67 p. 100. Lorsque le score est de 1, un traitement par AVK ou par aspirine seule (75 à 325 mg) peut être proposé. Lorsque le score est de 0, un traitement par aspirine seule est possible. L'aspirine permet de réduire le risque thrombo-embolique de 22 p. 100.

Monsieur T., du fait de son âge et de son hypertension artérielle (score CHADS₂ à 2), relève d'un traitement par anticoagulants. Ce traitement est justifié tant que le rythme est irrégulier. En cas de cardioversion efficace, il est souhaitable de le continuer au moins 4 semaines après le retour en rythme sinusal.

Tableau I – Score CHADS₂

Les points attribués à la présence des facteurs de risque sont additionnés pour déterminer le score et évaluer le risque global (score à 0 : faible risque ; score à 1 : risque modéré ; score ≥ 2 : risque élevé).

(D'après ESC. Guidelines for the management of atrial fibrillation. European Heart Journal, 2010, 31 : 2369-2429.)

Facteurs de risque	Score
C Insuffisance cardiaque	1
H Hypertension artérielle	1
A Âge > 75 ans	1
D Diabète	1
S ₂ Accident vasculaire cérébral	2

Comment aider le patient dans la gestion des anticoagulants ?

Si Monsieur T. relève d'un traitement par AVK au long cours, sa prise en charge éducative pour la **gestion de l'anticoagulation** serait primordiale. Elle nécessite, après avoir fait le point sur les représentations et connaissances de Monsieur T, de délivrer une information complète sur la maladie et l'intérêt de la surveillance du traitement.

Les principes d'utilisation des AVK doivent lui être expliqués : prises à horaires réguliers, associations médicamenteuses contre-indiquées, injections IM interdites, nécessité d'une surveillance de l'INR tous les 3-4 jours jusqu'à stabilisation entre 2 et 3 puis tous les mois, conduites à tenir en cas de surdosage ou d'accident éventuel. Le mieux est de lui remettre un document-patient préalablement rédigé, en le commentant.

La gestion des problèmes de dosage se fait souvent par fax et téléphone. Certains patients arrivent ainsi progressivement à modifier seuls leur posologie d'AVK. L'autosurveillance de l'INR à l'aide d'appareils au domicile des patients pourrait être une option facilitant l'adaptation des dosages. Ces appareils ne

sont pas encore remboursés en France. Dans tous les cas, il faudra rester vigilant, les AVK étant la première cause d'hospitalisation pour accident iatrogène.

Pour Monsieur T, cet événement doit être l'occasion de remettre en cause sa consommation actuelle d'alcool. Il faudra prévoir une consultation spécifique pour en parler. En attendant un sevrage effectif, son traitement antihypertenseur doit être renforcé. On peut également lui proposer un traitement par statine compte tenu de ses facteurs de risque coronariens.

Un mois plus tard, Monsieur T. a un nouveau traitement : fluindione (20 mg 1 comprimé par jour), énalapril (1 comprimé par jour), amiodarone (200 mg, 5 jours par semaine), pravastatine (40 mg, 1 comprimé le soir). Son INR a rapidement été stabilisé à 2,5. Son ionogramme sanguin, demandé après l'introduction d'un diurétique, est normal. Sa PA est à 135/80 mmHg. À son contrôle mensuel de l'INR, on a rajouté un dosage de TSHus au 3^e mois de traitement par amiodarone. Son ECG montre qu'il reste sinusal, son prochain rendez-vous pour un ECG est programmé dans 3 mois.

Que proposer en cas d'échec de ce traitement ?

L'amiodarone a été prescrit à Monsieur T. dans l'objectif de prévenir une rechute. S'il avait été plus jeune, on aurait plutôt commencé par un autre anti-arythmique compte tenu des risques d'une prise d'amiodarone au long cours.

En cas d'échec avéré de ce traitement médicamenteux, une cardioversion électrique, le plus souvent externe, peut être proposée après 3 semaines d'anticoagulation efficace par AVK. Elle doit être réalisée sous anesthésie générale au cours d'une courte hospitalisation.

Toutefois, chez les patients à haut risque de rechute, le rétablissement et le maintien du rythme sinusal ne sont désormais plus un objectif thérapeutique absolu. En effet, dans une étude menée chez des patients de plus de 65 ans ayant au moins un facteur de risque d'AVC, il est montré qu'il est également bénéfique de ralentir la fréquence ventriculaire entre 60 et 80/min, tout en maintenant l'anticoagulation, que de réduire

l'arythmie. Les médicaments habituellement utilisés pour ralentir la fréquence cardiaque (FC) sont les digitaux, les bêtabloquants ou certains inhibiteurs calciques (vérapamil, diltiazem), l'objectif étant d'obtenir une FC inférieure à 80/min au repos et une FC inférieure à 110/min à l'effort.

Si Monsieur T. rechute, il sera donc illusoire de s'acharner à maintenir un rythme sinusal, compte tenu de ses facteurs de risques. On pourra, par exemple, lui proposer le traitement suivant : digoxine (0,125 mg, 1 comprimé par jour) fluindione (20 mg, 1 comprimé par jour à adapter en fonction de l'INR), arrêt de l'amiodarone. Il faudra alors, compte tenu de l'âge de Monsieur T., respecter les précautions d'emploi de la digoxine et réaliser un dosage de la digoxine plasmatique pour adapter la posologie, notamment vers la fin de la première semaine de traitement, et en présence de signes évoquant un surdosage (anorexie, nausées, vomissements, diarrhée).

BIBLIOGRAPHIE

AFFIRM INVESTIGATORS. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med, 2002, 347 : 1825-1833.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Guide Affections de Longue Durée. Fibrillation auriculaire. Paris, HAS, juillet 2007.

LARDOUX H, SCHAISSON F, JACQ L et al. Fibrillation auriculaire. *Encycl Méd Chir* (Paris, Elsevier), 2000 : 2-0230.

LIP GY, HART RG, CONWAY DS. ABC of antithrombotic therapy : Antithrombotic therapy for atrial fibrillation. *BMJ*, 2002, 325 : 1022-1025.

MASSOURE PL, SACHER F, DERVAL N et al. Fibrillation Auriculaire du sujet âgé. Monographie. *Rev Prat*, 2009, 59 : 1365-1369.

REYNOLDS MR, LAVELLE T, ESSEBAG V et al. Influence of age, sex and atrial fibrillation recurrence on quality of life outcomes in a population of patients with new-onset

atrial fibrillation : the Fibrillation Registry Assessing Costs, Therapies, Adverse events and Lifestyle (FRAC-TAL) study. *Am Heart J*, 2006, 152 : 1097-103.

STEWART S, HART CL, HOLE DJ, McMURRAY JJ. A population-based study of the long term risks associated with atrial fibrillation : 20-year follow-up of the Renfrew/Paisley study. *Am J Med*, 2002, 113 : 359-364.

THE TASK FORCE FOR THE MANAGEMENT OF ATRIAL FIBRILLATION OF THE EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY (ESC). Guidelines for the management of atrial fibrillation. *European Heart J*, 2010, 31 : 2369-2429.

Madame M. a une jambe rouge et enflée

Madame M., que vous suivez régulièrement, vous demande de passer chez elle parce que sa jambe gauche est enflée et sensible depuis 48 heures. Cette femme, veuve, de 72 ans et vivant seule au troisième étage sans ascenseur, est assez autonome ; elle a recours à une aide-ménagère une fois par semaine. Elle n'a qu'un fils, qui habite dans une autre ville.

Elle pèse 85 kg pour 1,58 m, est suivie pour une hypertension artérielle et prend régulièrement 5 mg d'amlodipine par jour. Elle n'a pas d'autres antécédents, en particulier pas de diabète. Elle n'a pas eu de traumatisme récent. Elle a eu une phlébite du post-partum et dit avoir toujours eu « une mauvaise circulation ». À l'examen, vous constatez que ses jambes présentent une dermite ocre. La gauche est légèrement œdématisée, érythémateuse, sensible et chaude, la peau est fine, sèche et présente quelques microlésions de grattage. On ne constate ni fièvre ni altération de l'état général. La PA est à 135/85 mmHg, le pouls est à 80 pulsations/min et l'auscultation cardiopulmonaire ne révèle rien d'anormal.

Quels diagnostics évoquer en premier ? Quels arguments permettent de s'orienter ?

Devant un tel tableau, deux hypothèses principales doivent être discutées d'emblée : un **problème infectieux** ou une **phlébite du membre inférieur**.

Madame M. n'a pas de fièvre ni de traînée lymphangitique évidente, mais son terrain (obèse, hypertendue avec insuffisance veineuse chronique) et l'existence de lésions de grattage témoignant de la rupture de la barrière cutanée pouvant s'infecter sont en faveur d'un **problème infectieux**.

Il faut rechercher des facteurs favorisants, en particulier la présence d'animaux domestiques au domicile. L'examen minutieux des espaces interdigitoplantaires s'impose, à la recherche d'éventuelles lésions d'intertrigo, autre porte d'entrée fréquente. Enfin, une palpation attentive est nécessaire pour dépister d'éventuelles adénopathies inguinales satellites. Un antécédent d'érysipèle renforce aussi cette hypothèse.

Le diagnostic de **phlébite du membre inférieur** est également possible compte tenu de la douleur, des antécédents de phlébite et de la sédentarité certaine de cette patiente, même s'il n'y a pas eu « alitement » à proprement parler.

Une forte présomption justifie une décision thérapeutique urgente. Un doute doit conduire à des explorations. Le classique signe de Homans n'est plus



Figure 1 – Jambe rouge et enflée au domicile de la patiente.

considéré comme un élément probant du diagnostic. Face à une telle éventualité, la démarche diagnostique est bien codifiée : elle s'appuie tout d'abord sur des arguments cliniques – douleur et œdème isolé du mollet, les résultats du score de Wells (Tableau I) – puis sur les résultats des D-dimères et de l'échographie-Doppler veineuse.

Tableau I – Thrombose veineuse profonde : score clinique de Wells

Un score ≥ 3 indique qu'une TVP est hautement probable, à 2 voire 1 la probabilité est modérée tandis qu'à 0 une TVP est peu probable.

(D'après Wells PS, Anderson DR, Bormanis J et al. Value of assessment of pretest probability of deep-vein thrombosis in clinical management. Lancet, 1997, 350 : 1795-1798.)

	Points
Cancer actif (en cours de traitement ou traité dans les 6 derniers mois ou traitement palliatif)	1
Paralysie, parésie ou immobilisation plâtrée du membre inférieur	1
Alitement récent ≥ 3 jours ou chirurgie majeure < 12 semaines	1
Douleur localisée sur un trajet veineux profond (spontanée ou provoquée)	1
Tuméfaction de la cuisse ou du mollet	1
Tuméfaction unilatérale du mollet (circonférence de plus de 3 cm par rapport à l'autre mollet, mesurée à 10 cm en dessous de la tubérosité tibiale)	1
Œdème prenant le godet sur la jambe symptomatique	1
Veines superficielles (non variqueuses) collatérales	1
Antécédent de phlébite	1
Présence d'un diagnostic alternatif au moins aussi probable que celui de TVP	-2
Score total	

Le score clinique de Wells permet d'évaluer avec une bonne fiabilité la probabilité d'une thrombose veineuse profonde. Il faut rechercher systématiquement la présence des critères du tableau I et noter leur

valeur pondérée. Si le score total est égal ou supérieur à 3, le niveau de probabilité est « élevé », « intermédiaire » entre 1 et 2 et « faible » s'il est inférieur à 1.

Quels autres diagnostics peuvent être discutés ?

Devant ce tableau clinique, a priori, on n'envisage pas :

- des **œdèmes** d'insuffisance cardiaque, hépatique ou d'origine rénale, car l'œdème est unilatéral et il existe des signes inflammatoires locaux ;

- un **érysipèle franc** en l'absence de fièvre et d'altération de l'état général. Ce diagnostic aurait conduit à une hospitalisation.

On peut, en revanche, envisager également :

- une **thrombose veineuse superficielle**. Dans ce cas, on peut palper un cordon veineux superficiel induré inflammatoire et douloureux. Il s'agit d'une complication des varices habituellement considérée bénigne, mais qui peut se compliquer de thrombose veineuse profonde et/ou d'embolie pulmonaire. C'est également un signe de l'apparition imminente de complications de l'insuffisance veineuse : thrombose veineuse profonde, hypodermite, ulcère ;

- un **eczéma de contact**. L'aspect clinique de placard érythémateux prurigineux avec des microvésicules

évoluant vers le suintement ne fait en général pas de doute. L'allergène peut provenir d'un pansement ou d'une pommade, en particulier le baume du Pérou. Une dermite d'irritation, due à des irritants physiques ou chimiques, donne un tableau plus franc avec parfois des bulles et une sensation de brûlure ;

- une **déchirure musculaire**, une **rupture tendineuse** ou un **kyste poplité** doivent être évoqués si on a la notion de traumatisme récent ou de pathologie du genou. Parfois la rupture tendineuse est spontanée. C'est le cas en particulier pour la rupture du tendon du plantaire grêle dont la symptomatologie peut mimer une phlébite. Il faudra dans tous les cas rechercher une prise récente de fluoroquinolones, qui est un facteur de risque de rupture tendineuse ;

- une simple **hypodermite**. C'est un diagnostic d'élimination. Elle est caractérisée par une peau amincie et hyperpigmentée, des troubles trophiques et parfois un œdème ne disparaissant pas en décubitus, ce qui fait craindre une évolution vers un ulcère.

En général, l'hypodermite, d'apparition progressive, n'est pas un motif de consultation. Notre patiente, elle, se plaint d'une jambe rouge, enflée et sensible.

Madame M. n'a pas eu de traumatisme récent.

Elle n'a jamais eu d'érysipèle dans le passé. La recherche d'un intertrigo est négative. Sur sa jambe, on ne palpe pas de cordon veineux induré. Il n'existe aucun argument clinique pour un eczéma. L'aspect brillant et très tendu de la

peau au-dessus de la malléole interne fait craindre l'apparition d'un ulcère. Quelques adénopathies inguinales sont finalement retrouvées.

Le score de Wells est à 1. Le seul critère pertinent est l'augmentation de près de 3 cm du périmètre du mollet gauche par rapport au mollet droit. On ne retient pas la douleur, car elle est limitée à la peau et n'est pas située sur le trajet veineux profond.

Le reste de l'examen clinique est sans particularité.

Faut-il prescrire des examens complémentaires ? Qu'apportent-ils ?

Si l'hypothèse infectieuse est la plus probable, une **thrombose veineuse profonde** ne peut être complètement écartée. Il convient de prescrire :

- une **NFS** et une **CRP**, qui permettent de documenter un syndrome infectieux et/ou inflammatoire ;
- le **dosage des D-dimères**, facile à obtenir à domicile en ville. Il est justifié lorsque la probabilité clinique de phlébite est faible. Lorsque le résultat est négatif (dosage < 500 g/l), ce test permet d'éliminer une phlébite car il a une grande sensibilité (proche de 90 p. 100). Cependant, les D-dimères ont peu d'intérêt si le résultat est élevé. De nombreuses situations sont à l'origine de faux positifs : l'âge essentiellement, avec des taux constamment supérieurs à 500 g/l après 80 ans, l'insuffisance rénale, un cancer

évolutif, un traumatisme récent, dans les suites d'une intervention chirurgicale lourde, en cas de grossesse, au cours d'une infection ;

– il est utile dans ce contexte de disposer d'un état récent de la fonction rénale de Madame M. On adjointra donc à son bilan une **créatininémie** ;

– un **écho-Doppler veineux** permet d'affirmer ou d'exclure l'existence d'une thrombose veineuse récente. Cet examen a une sensibilité et une spécificité supérieures à 95 p. 100, toutes localisations confondues. Toutefois, la réalisation de cet examen suppose que Madame M. puisse se déplacer. En cas de négativité des D-dimères et compte tenu du score de Wells à 1 chez Madame M., on pourra affirmer l'absence de phlébite sans avoir recours au Doppler veineux.

Quelle attitude adopter à la fin de la visite ?

Si, au terme de cette première consultation, on suspecte une phlébite, il faut instaurer d'emblée une anticoagulation par **héparine de bas poids moléculaire** (HBPM) en injection sous-cutanée à **dose curative** adaptée à son poids, de préférence 1 fois par jour (nadroparine calcique 0,8 ml, tinzaparine sodique 0,7 ml) et prescrire une numération des plaquettes, en attendant les résultats du Doppler. On voit couramment utilisé dans cette situation un inhibiteur sélectif du Facteur X activé comme le fondaparinux sodique en injection sous-cutanée (hors AMM). Il aurait l'avantage de ne nécessiter aucune surveillance des plaquettes. Or, selon les données des essais cliniques, il a les mêmes effets indésirables que ceux des HBPM. Il faut donc l'utiliser avec prudence et sous surveillance biologique, en particulier en cas de fonction rénale altérée.

En cas de doute en faveur d'un érysipèle débutant, il faut prescrire une **antibiothérapie active sur le streptocoque** sans hésiter à « jouer la prudence ».

Il convient de lui prescrire une pénicilline M : cloxacilline ou oxacilline (2 g/j pendant 7 jours), ou une synergistine : pristinamycine (3 g/j pendant 7 à 10 jours), en cas de contre-indication aux pénicillines. On prescrira ces antibiotiques d'autant plus qu'une plaie ou un ulcère font craindre une association à un staphylocoque doré. La prescription associée d'une HBPM ou d'un antithrombotique comme le fondaparinux et d'antibiotiques est courante, car l'association des deux pathologies est possible.

Dans tous les cas, il faut soulager la douleur, conseiller le repos et prescrire une contention. La déambulation immédiate n'est pas contre-indiquée.

La poursuite de la prise en charge ambulatoire dépendra :

- des conditions d'accès aux soins : proximité du doppleriste si nécessaire, réponse rapide du biologiste, etc. ;
- du degré de compréhension des consignes par la patiente ;

- de la gravité du tableau clinique ;
- des conditions de maintien à domicile : présence d'un entourage aidant, faibles risques de chutes, absence de troubles sensoriels et/ou cognitifs majeurs.

Chez Madame M., en raison du risque de thrombose et de l'aspect de la jambe qui fait craindre un érysipèle débutant, une première injection d'HBPM a été faite au domicile et 2 gélules de cloxacilline à 500 mg matin et soir

ont été prescrites en attendant les résultats des examens complémentaires. Madame M. comprend bien les consignes qu'on lui a données et malgré la difficulté qu'elle éprouve à se déplacer, elle a pu se rendre, avec son aide-ménagère, chez l'échodoppleriste. Les examens biologiques prescrits, NFS, CRP, D-dimères, créatinimétrie ont été prélevés au domicile. Quelques heures plus tard, l'échodoppleriste vous appelle directement à votre cabinet pour vous confirmer l'absence de thrombose veineuse profonde avant le résultat des D-dimères.

Quel diagnostic retenir et quels traitements proposer ?

Il s'agit donc d'un épisode de **surinfection d'une hypodermite** au cours d'une accentuation des troubles circulatoires périphériques. Il faut poursuivre le traitement antibiotique pendant 8 jours.

La **contention veineuse quotidienne**, indispensable, doit être bien expliquée et surveillée à chaque nouvelle visite. On peut laisser le choix entre les bas, les chaussettes ou les collants de force 2, assez difficiles à enfiler au niveau de la cheville, et les bandes extensibles dans les deux sens de type Biflex® délicates à bien adapter. Il existe des modèles « étalonnés » dont les motifs servent de repères. On peut prévoir le passage matinal d'une infirmière qui se chargera de la pose.

Le **traitement par amlodipine** a pu contribuer à majorer l'insuffisance veineuse et accentuer les œdèmes déclives. On peut légitimement proposer de remplacer l'amlodipine par de la lercanidipine, qui en pratique entraîne un peu moins d'œdèmes des membres inférieurs (sans que cela ne soit clairement prouvé) que l'amlodipine. On peut également

remplacer le traitement par inhibiteurs calciques par un diurétique thiazidique à faible dose (hydrochlorothiazide 25 mg, 1/2 comprimé le matin).

L'efficacité du traitement sera jugée sur la régression de l'œdème, la résorption de l'inflammation de la peau et la disparition des douleurs et du prurit. Plusieurs visites à intervalles réguliers sont donc nécessaires. En cas de persistance des symptômes, il faudra remettre en cause l'absence de thrombose veineuse profonde et revoir l'efficacité du traitement antibiotique.

La prise en charge de l'insuffisance veineuse de notre patiente a pour objectif la prévention des complications aiguës (phlébite et érysipèle) et des complications chroniques (ulcères variqueux) par l'apprentissage de la contention. Il faut aussi prévenir les épisodes infectieux potentiels en veillant à une bonne hygiène, ce qui justifie de conseiller des soins réguliers de pédicurie. Il faudra également prévoir rapidement la mise à jour de la vaccination antitétanique.

BIBLIOGRAPHIE

- BOCCALON H. Thrombose veineuse des membres inférieurs et de la veine cave inférieure. *Encycl Méd Chir* (Paris, Elsevier), Cardio-Angéologie, 1996 : 11-730-A-10.
- BÜLLER HR, AGNELLI G, HULL RD et al. Antithrombotic Therapy for Venous Thromboembolic Disease. The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest*, 2004, 126 : 401S-428S.
- CHOSIDOW O. Management of erysipela: an update. *Med Mal Infect*, 2005, 35 (Suppl 2) : S61-62.

- FOUCHARD N, SALAG P. Grosse jambe rouge ? *Encycl Méd Chir* (Paris, Elsevier), 1998 : 1-0630.
- HAS – ANAES. Insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs. Paris, ANAES, 1996.
- SEGAL JB, ENG J, TAMARIZ LJ, BASS EB. Review of the evidence on diagnosis of deep venous thrombosis and pulmonary embolism. *Ann Fam Med*, 2007, 5 : 63-73.
- WELLS PS. Advances in the diagnosis of venous thromboembolism. *J Thromb Thrombolysis*, 2006, 21 : 31-40.

CAS N° 28

Madame S. se gratte

La fille de Madame S., 82 ans, vous appelle en visite car elle a remarqué que sa mère se gratte à longueur de journée depuis près de 2 mois. Vous vous rendez donc chez Madame S., qui semble en bon état général. Elle se plaint effectivement d'un prurit permanent et peu intense. Elle dort bien sans aucun médicament.

Madame S. vous dit qu'elle est veuve et que lorsque son mari était vivant elle voyageait beaucoup « au soleil ». Elle prend régulièrement du paracétamol et parfois du diclofénac en automédication pour ses douleurs aux genoux. Elle sort peu de son domicile et appelle rarement le médecin. Elle n'a aucun antécédent notable, en particulier psychiatrique. L'inspection rapide montre que sa peau est pâle, fine, sèche, parsemée de fines excoriations linéaires et de petites papules érythémateuses prédominant aux bras et aux jambes. De nombreuses squames couvrent ses vêtements. Ses cheveux sont clairsemés, secs et cassants. Sur les zones de grattage, la peau est un peu plus épaisse avec un reflet brillant. Le dos des mains et le visage sont couverts de nombreuses taches solaires.

Quels éléments de l'interrogatoire et de l'examen clinique contribuent à envisager des orientations diagnostiques ?

L'âge de la patiente et l'aspect de sa peau laissent envisager un **prurit de la sénescence** lié à une ichtyose excessive. Toutefois, cette hypothèse précise ne peut être formulée a priori devant ce tableau clinique sans avoir au préalable examiné la patiente tout en lui posant quelques questions clés permettant de s'orienter.

Le prurit est-il localisé ou généralisé ?

Un prurit localisé, par exemple à l'anus ou à la vulve, oriente souvent vers l'une des causes fréquemment rencontrées : mycose, eczéma, oxyurose, crise hémorroïdaire.

Un prurit généralisé peut correspondre soit à une dermatose généralisée prurigineuse plus ou moins facile à identifier, soit à un problème plus général (affection systémique, médicaments, troubles psychiques). Aucune cause n'est retrouvée dans la moitié des cas.

Son entourage proche se gratte-t-il ?

Si la fille de Madame S. ou son aide-ménagère se grattaient également, il faudrait penser à la **gale**, surtout si le prurit est nocturne. La recherche de

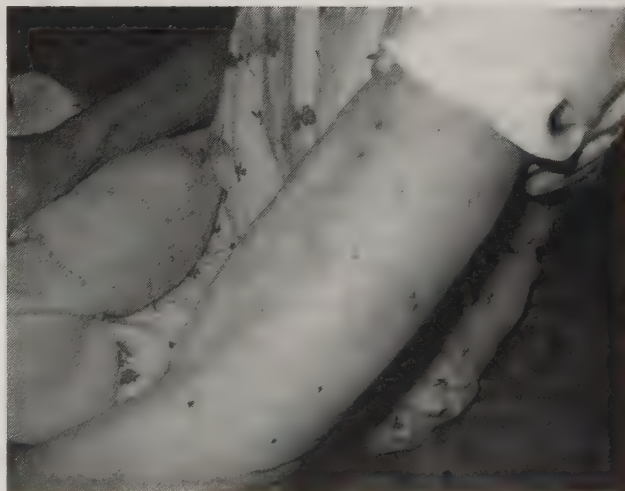


Figure 1 – Lésions de prurigo du bras.

sillons scabieux est parfois difficile au sein des lésions de grattage. D'autres ectoparasitoses sont également possibles, dues à des poux ou à des puces, si le patient a des animaux de compagnie. En cas de doute, un traitement antiparasitaire d'épreuve

peut être nécessaire. L'hygiène de la patiente peut renforcer cette suspicion. L'état de l'appartement, et en particulier celui des sanitaires, renseigne également.

Existe-t-il des lésions spécifiques d'une dermatose ?

De nombreuses dermatoses sont prurigineuses (urticaire, lichen plan, eczéma, psoriasis, etc.). L'identification des lésions élémentaires spécifiques permet de faire le diagnostic. Toutefois, les lésions non spécifiques dues au grattage sont un piège, il faut savoir les reconnaître : lésions érythémateuses en bande, turgescence des follicules pileux, excoriations en coups d'ongle, lichénification (peau épaissie recouverte de fines squames dessinant un quadrillage), prurigo (papulovésicules excoriées ou croûteuses), pigmentation, ongles lisses.

La patiente prend-elle des médicaments responsables de prurit ?

Certains médicaments, prescrits ou pris en automédication, peuvent provoquer un prurit. Les plus couramment constatés en médecine générale sont les anti-inflammatoires non stéroïdiens, l'aspirine, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion en angiotensine, les diurétiques, certains antibiotiques et antifongiques, les opiacés, les antidépresseurs imipraminiques, les phénothiazines (sirops antitussifs) et les quinidiniques. Il faudra insister dans l'interrogatoire, car parfois les patients banalisent leur automédication.

L'imputabilité du médicament n'est pas toujours certaine en l'absence de lésions caractéristiques comme la toxidermie ou l'érythème pigmenté fixe, par exemple.

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

Les lésions cutanées évoquent un simple prurigo de grattage. Le tableau clinique est en faveur d'un **prurit de la sénescence**, mais d'autres causes doivent être envisagées.

On peut discuter un **eczéma de contact** ou une dermite avec lichénification (peau épaisse, reflet brillant), car ces lésions prédominent sur les zones découvertes. Il faudra, dans ce cas, faire arrêter l'usage des savons et des parfums habituels.

L'isolement relatif de Madame S. et sa biographie peuvent être compatibles avec une « somatisation ». Elle n'a toutefois a priori pas les troubles de l'humeur ou du sommeil qui pourraient évoquer une

Existe-il une exposition à une substance irritante ?

On doit penser aux irritants aéroportés (plantes, laine de verre, solvants, etc.), notamment si le prurit prédomine sur les zones découvertes ou si son apparition correspond à une modification récente de l'environnement ou des habitudes. Les cosmétiques et leurs excipients, les lotions, les pommades, les parfums, les savons, les lessives et adoucissants sont incriminés, mais l'enquête est souvent très difficile.

Madame S. présente-t-elle des signes associés évoquant une cause systémique ?

L'interrogatoire doit rechercher d'autres symptômes et prendre en compte les antécédents médicaux et chirurgicaux. L'examen clinique et des examens complémentaires auront pour objectif principal d'identifier ou d'exclure une cause générale.

Le prurit peut-il être d'origine psychique ?

Un prurit psychogène peut révéler une dépression ou d'autres troubles psychiatriques comme des troubles obsessionnels sévères et des délires d'infestation cutanée. Il peut simplement correspondre à la somatisation d'une souffrance psychique. Cette hypothèse est plausible chez Madame S., qui vit isolée, mais elle ne doit être retenue qu'après avoir écarté les causes organiques.

Madame S. nous dit que le prurit est généralisé et nous constatons des lésions de grattage sur tout le corps. Personne ne se gratte dans son entourage. Elle n'a pas d'antécédent médicochirurgical notable, en particulier digestif, et ne se plaint d'aucun signe associé. Elle n'a pas d'animaux de compagnie. Elle précise qu'elle se parfume régulièrement. L'examen clinique ne révèle aucune anomalie particulière sauf une maigreur : elle pèse 42 kg pour 1,55 m.

dépression. Il convient de lui faire passer un mini-GDS (*Geriatric Depression Scale*).

Si aucune dermatose prurigineuse n'est formellement identifiée et si le prurit persiste, il faudra rechercher systématiquement une cause générale chez cette femme âgée de 82 ans, qu'il s'agisse :

- d'une maladie hématologique : anémie ferriprive, syndrome lympho- ou myéloprolifératif avec adénopathies et splénomégalie, maladie de Vaquez ;
- d'une hypothyroïdie, plus souvent que d'une hyperthyroïdie ;
- d'une insuffisance rénale chronique ;

– d’une cholestase devant faire rechercher un éventuel cancer pancréatique ou digestif.

En l’absence de signe d’orientation, il faut être persévérant, même si le bilan initial est négatif, surtout si le prurit est nocturne. Madame S. peut faire une réaction allergique au diclofénac. Il est assez simple d’envisager un arrêt des prises à titre de test. Il faut savoir également qu’un prurit peut

précéder de plusieurs mois une maladie bulleuse de la peau.

L’examen clinique de Madame S. ne montre pas de signes cliniques d’orientation. Il n’y a pas de pâleur des conjonctives. Sa dénutrition est légère et s’accompagne de troubles trophiques de la peau et des phanères, habituels à cet âge. Le mini-GDS n’évoque pas de dépression (score = 0).

Demandez-vous des examens complémentaires ?

Bien que Madame S. ne présente ni asthénie ni altération de l’état général, le prurit dure depuis plus de 1 mois et son étiologie n’est pas évidente. Il est donc nécessaire d’emblée d’essayer d’en préciser l’étiologie.

Il est aussi possible d’attendre les résultats d’un traitement d’épreuve. Mais il faut souvent un certain temps pour que le prurit régresse, chez les personnes âgées, surtout lorsqu’il y a de nombreuses lésions de grattage. De plus, il faudra prendre en compte l’angoisse de Madame S. et de sa fille sur l’origine de ce prurit.

Dans ce cas, le bilan biologique prescrit à domicile comportera :

- une numération formule sanguine (NFS) recherchant une anémie hypochrome, une hémopathie, une hyperéosinophilie (allergie, parasites) ;
- une créatininémie, avec calcul du débit de filtration par la méthode MDRD (*Modification of the diet in renal disease* ; insuffisance rénale) ;
- une TSHus (dysthyroïdies) ;
- une calcémie corrigée par le dosage de l’albuminémie (hyperparathyroïdie) ;
- un dosage plasmatique des transaminases et des phosphatases alcalines (cholestase, hépatite, cirrhose biliaire primitive) ;
- une CRP avec albuminémie (inflammation, dénutrition, cancer profond).

Que dites-vous à la patiente ? Que lui proposez-vous pour la soulager ?

Madame S. tolère bien son prurit, mais son « grattage permanent » gêne sa fille, qui « souffre pour elle ». Il faut lui dire que l’hypothèse d’un **prurit de la sénescence** est la plus probable. Il faut lui expliquer que les modifications de la peau liées au vieillissement (réduction de l’épaisseur de l’épiderme, réduction des sécrétions sudorales et sébacées avec sécheresse de la peau) favorisent le prurit. De plus, les lésions de grattage peuvent se fissurer et se surinfecter.

On donne des **conseils pour apaiser le prurit ou éviter son aggravation** :

- supprimer les topiques sensibilisants irritants ou asséchants (savons, gel douche ou antiseptiques), les parfums, aérosols et autres produits cosmétiques ;
- hydrater la chambre et conseiller le port de vêtements amples, de préférence en coton ;
- proposer un traitement symptomatique immédiat : pains surgras sans savon, émollients (Dexeryl®, Xeroderm®, Coldcream®, etc.), produits de bain non moussants à l’avoine, à l’amidon ou avec des huiles adoucissantes ;

- couper les ongles courts pour éviter les lésions de grattage ;
- essayer d’agir sur le comportement de grattage, qui peut devenir obsessionnel. Un traitement symptomatique par antihistaminique H1 ou hydroxyzine peut être essayé avec prudence chez cette femme âgée ;
- traiter de façon empirique les lésions les plus prurigineuses, surtout si elles sont suintantes et surinfectées, par des antiseptiques incolores et peu sensibilisants comme la chlorhexidine et le nitrate d’argent à 0,5 p. 100 dans l’eau, voire par des antibiotiques locaux puis des corticoïdes de classe 2 comme la bétaméthasone hydrocortisone 17-butyrate, en crème et en cures courtes.

Toutes ces mesures symptomatiques n’auront de résultat durable que si la cause du prurit est formellement identifiée. L’enquête doit être tenace, la démarche diagnostique rigoureuse. Elle doit s’accompagner d’une écoute attentive, d’entretiens non directifs qui peuvent aider à verbaliser une éventuelle souffrance, à mettre au jour un éventuel conflit familial.

Un bilan biologique est finalement prescrit à Madame S. Le résultat est normal, hors une créatininémie à 85 $\mu\text{mol/l}$ (clairance calculée à 34 ml/min) sans hypercalcémie. Un essai d'arrêt des médicaments antalgiques et anti-inflammatoires n'a pas été concluant. Toutefois, nous ne sommes pas certains que Madame S. n'utilise plus ses parfums. Les

premiers conseils ont permis une bonne hydratation de la peau, la disparition des squames, mais Madame S. continue de se gratter. Une cure de bétaméthasone crème n'a eu qu'un effet provisoire. Après deux visites, la patiente n'est pas complètement soulagée, malgré la prise quotidienne d'hydroxyzine 25 mg.

Adressez-vous votre patiente au dermatologue ?

L'avis du **dermatologue** est utile à ce stade, car le diagnostic de dermatose prurigineuse, en particulier un eczéma ou une dermite des parfums, n'est pas levé. En effet, Madame S. présente des lésions de grattage principalement situées aux bras et aux jambes et les irritants potentiels n'ont peut-être pas été supprimés. De plus, le recours à un autre interlocuteur a son utilité pour conforter la démarche et prendre un peu le relais dans la prise en charge de cette patiente. La proximité et la disponibilité du dermatologue sont également un élément de la décision.

Quand l'enquête traîne, une **biopsie sur peau saine pour immunofluorescence directe** recherche une maladie bulleuse infraclinique.

Le dermatologue consulté a effectué une biopsie qui s'est révélée négative. Aucun autre signe clinique justifiant d'autres investigations n'est apparu. Au cours des visites, nous nous sommes finalement aperçu que Madame S. ne se grattait qu'en présence de sa fille, son comportement traduisant ainsi un conflit. Le diagnostic de prurit psychogène auto-induit sur peau sèche a finalement été retenu.

Quel traitement proposez-vous ?

La prise en charge de ce prurit sera d'autant plus difficile que Madame S. n'exprime sa souffrance que par son comportement de grattage. Après l'échec de l'hydroxyzine ou d'autres antihistaminiques H1, on peut proposer un antidépresseur fortement antihistaminique, par exemple la doxépine à la dose 25 à 50 mg/j en évaluant régulièrement le rapport

bénéfice sur risque de ce traitement non dénué d'effet indésirables à cet âge.

Mais il faut aussi considérer que le prurit de Madame S. comporte des bénéfices secondaires : les visites et l'inquiétude de sa fille qu'elle tient peut-être à entretenir.

Si elle n'allait pas mieux, faudrait-il demander un bilan complémentaire ?

Il conviendrait d'étendre les investigations tout en réexaminant régulièrement la patiente, car de nouveaux signes d'orientation, cutanés ou généraux, peuvent apparaître. Dans ce cas, d'autres examens de seconde intention peuvent compléter l'enquête à la recherche d'un lymphome, d'une tumeur profonde (le prurit peut être exceptionnellement d'origine paranéoplasique), d'une infection parasitaire ou d'une infection VIH.

- Une **radiographie pulmonaire** recherche des adénopathies médiastinales. Il faudra en ce cas organiser le déplacement de la patiente chez le

radiologue et rédiger éventuellement un « bon de transport ».

- Les **examens biologiques** utiles en seconde intention sont :

- un examen parasitologique des selles,
- un bilan inflammatoire (profil protéique inflammatoire), une sérologie VIH à titre systématique.

Finalement, ce bilan n'a pas été nécessaire car au bout de 3 semaines l'état de Madame S. s'est amélioré.

On vérifiera le statut vaccinal contre le tétanos de Madame S. Il est possible de faire un vaccin monovalent

Tetavax®, ou associé aux valences diphtérie et polyomyélite – Revaxis® ou de profiter d'une vaccination grippale et lui faisant un vaccin combiné Tetagrip®.

Il conviendra chez cette patiente d'évaluer ses fonctions cognitives (MMS, test de l'horloge et test des cinq

mots) ainsi que ses capacités à vivre seule en dépit d'entretiens rassurants où la patiente donne le change. N'oublions pas que c'est sa fille qui a été à l'origine de la consultation, ce qui peut témoigner d'un déni de troubles chez sa mère.

BIBLIOGRAPHIE

CONSOLI SG. Peau et psychisme. In : GODEAU P, HERSON S, PIETTE J-C. Traité de Médecine, 3^e édition. Paris, Flammarion, 1996, chapitre 156 : 710-711.

CORDOLIANI F. Prurit. Orientation diagnostique et thérapeutique. Traité de médecine AKOS, Elsevier (emc-consulte.com), 2008 : 1-0940.

Eczémas. Rev Prat, Monographie, 1998, 48.

FRANCES C. Prurit. In : Godeau P, Herson S, Piette. J-C. Traité de Médecine, 3^e édition. Paris, Flammarion, 1996, Chapitre 156 : 708-710.

Réaction cutanée aux médicaments. Rev Prat, Monographie, 2000, 50.

ROUSSEL A, LAPEYRE H, JOLY P. Prurit : Orientation diagnostique et traitement. Rev Prat, 2010, 60.

VAILLANT L, BERBIS P, CHEVRANT-BRETON J, BONNETBLANC JM. Pruritus. Ann Dermatol Venereol, 2002, 129 (10 Suppl.) : S213-218.

CAS N° 29

Monsieur Robert C. urine de plus en plus souvent

Monsieur Robert C., âgé de 67 ans, suivi au cabinet pour une hypertension artérielle, consulte pour le renouvellement de son traitement antihypertenseur (IEC et diurétique). Il profite de la consultation pour signaler qu'il se lève de plus en plus souvent la nuit pour uriner. Il aimerait faire le point et être sûr qu'il n'a pas un cancer de la prostate.

Il a fumé 15 cigarettes par jour entre 25 et 58 ans. Il n'a aucun autre antécédent ou facteur de risque connu. Il est marié, a deux enfants et des petits-enfants. Ingénieur, il a pris sa retraite récemment.

Ce patient a l'air en bon état général, il pèse 74 kg pour 1,74 m et son HTA est bien contrôlée, à 140/80 mmHg.

Quelles sont les hypothèses diagnostiques ?

Cet homme de 67 ans présente une pollakiurie nocturne qui fait évoquer un **problème prostatique**. À partir de 60 ans, dès que se pose un problème urinaire chez un homme, les premières démarches sont orientées vers la recherche d'une pathologie prostatique, en particulier tumorale, mais également infectieuse (prostatite).

Pour autant, il ne faut pas négliger une autre **cause urologique** : une tumeur vésicale, notamment du fait de ses antécédents tabagiques, une **compression extrinsèque de la vessie** (constipation ou tumeur de voisinage) ou une pathologie rénale.

Il faudra également envisager d'autres hypothèses :

- une pollakiurie induite par le **stress** ;
- d'éventuels effets indésirables liés à sa **prise de diurétique** ;
- une éventuelle consommation excessive de café ;
- une **affection neurologique**, bien que Monsieur C. n'a ni antécédents d'accident vasculaire

cérébral, ni de sclérose en plaque, ni de maladie de Parkinson connue ;

- une possible décompensation de **diabète**. Toutefois, ce patient étant connu et suivi régulièrement pour HTA, sa glycémie a normalement déjà été dosée, ce qui permet d'écarter cet hypothèse dans un premier temps ;

- des **apnées du sommeil** fréquemment responsables de nycturie. Le sommeil du ronfleur pathologique est presque toujours fragmenté par le besoin d'uriner. Cette diurèse excessive (pollakiurie) nocturne résulte de la baisse de l'hormone antidiurétique (ADH). Quand le sommeil est de bonne qualité, l'ADH est sécrétée toute la nuit (en fin de chaque cycle de sommeil). Dans le cas contraire, la personne est obligée de se réveiller pour aller uriner. Au début, le sujet encore jeune trouve normal de se lever pour uriner (et parfois pour boire) plusieurs fois dans la nuit. En revanche, quand l'âge avance, la part d'un SAS dans une « pollakiurie nocturne » n'est pas assez prise en compte, négligée devant la possible origine prostatique du trouble.

Comment compléter l'interrogatoire afin de préciser le diagnostic ?

On va d'abord tenter de définir si les troubles mictionnels du patient évoquent une affection prostatique, vésicale ou rénale. Il faut faire préciser quand a débuté la pollakiurie, si elle s'accompagne

de brûlures urinaires, d'écoulement urétral, de sang dans les urines ou encore d'une dysurie : le patient a-t-il du mal à se retenir et/ou du mal à évacuer ?

– La pollakiurie nocturne de ce patient évoque un **symptôme irritatif dit de stockage**. Bien qu'il ne le signale pas, il faut préciser s'il a également une pollakiurie diurne. On recherche aussi des impériosités avec sensation d'urgence mictionnelle. On essaie de savoir si c'est l'envie d'uriner qui le réveille ou s'il a envie parce qu'il est réveillé. On précise la qualité du sommeil en recherchant des troubles de l'endormissement ou des réveils fréquents et/ou précoces qui peuvent être favorisés par une anxiété, en particulier par son départ à la retraite. Il faut également rechercher des mictions impérieuses avec ou sans fuite et/ou gouttes retardataires ;

– il convient de rechercher des **troubles obstructifs** dits de vidange que le patient ne signale pas toujours spontanément : diminution de la puissance du jet, miction en deux temps avec retard de démarrage nécessitant parfois une poussée abdominale, sensation de vidange incomplète avec gouttes retardataire ;

– on évoquera également de possibles **troubles de la continence**.

Ce patient suivi pour hypertension artérielle n'a ni diabète connu ni surcharge pondérale. Il faut toutefois s'informer de l'apparition d'une polydipsie et d'une perte de poids qui pourraient faire évoquer une entrée dans la maladie diabétique.

On recherche l'existence de ronflements importants et/ou de pauses signalées par sa femme. Cette

notion est souvent difficile à retrouver chez les patients célibataires. On peut s'aider alors d'autres signes évocateurs d'apnée du sommeil (céphalées matinales, somnolence diurne).

Par ailleurs, Monsieur C. est sous diurétique, qu'il tolérerait bien jusqu'alors. Il faut rechercher une prise vespérale ou une erreur d'observance. Il faut aussi s'assurer qu'il ne prend pas d'autres médicaments, soit en automédication tels des alphastimulants (préparation pour le traitement des rhinopharyngites), soit prescrits par un autre médecin sans coordination des prescriptions (anticholinergiques, préparations ophtalmologiques ou gastro-intestinales, neuroleptiques à action anticholinergique).

On recherche d'éventuels signes évocateurs d'une affection neurologique : tremblements, fasciculations, troubles de la marche, troubles moteurs ou sensitifs focalisés, vertiges.

Au cours de cette consultation, il est important de repérer les inquiétudes du patient concernant le risque de cancer de la prostate qu'il évoque.

Monsieur C. est inquiet car « il a plusieurs copains qui ont eu des problèmes de prostate dont un vient de se faire opérer d'un cancer ». L'interrogatoire ne retrouve rien d'autre que cette pollakiurie nocturne (il se réveille deux fois pour uriner), sans signes évocateurs d'apnée du sommeil.

Faites-vous un toucher rectal et qu'en attendez-vous ?

Monsieur C. se plaint d'un trouble qui peut être en rapport avec sa prostate en évoquant un possible cancer. Il faut donc lui faire un toucher rectal (TR) à visée diagnostique. Il ne s'agit donc pas d'un geste de dépistage, qui s'adresse à des patients asymptomatiques.

Le TR recherche une hypertrophie et/ou la présence d'un nodule, une induration et une sensibilité, voire une douleur de la prostate. Une augmentation de volume, lisse, régulière, homogène, évoque un adénome. Des contours et une consistance irrégulière et ferme peuvent faire évoquer un processus tumoral malin. Il arrive que le TR ne mette évidence aucune anomalie, ou que l'examen soit difficile compte tenu de la difficulté de mobilité ou de la surcharge pondérale du patient. Ce test est opérateur-dépendant et l'absence d'induration au TR ne permet pas d'éliminer le diagnostic de cancer.

Le problème se poserait encore différemment si Monsieur C. n'avait aucune symptomatologie et

n'était pas demandeur d'un dépistage du cancer, car l'utilité de cet examen clinique dans le cadre du dépistage est controversée.

Les études montrent que le TR utilisé seul n'est pas un outil de dépistage approprié. Lorsque le diagnostic de cancer est établi grâce au TR seul (dans 3 à 6 p. 100 des cas), il y a déjà un franchissement de la capsule dans 50 p. 100 des cas. La valeur prédictive de cet examen varie avec l'âge, les antécédents familiaux et le taux de PSA du patient (*voir plus loin*).

Compte tenu de ces éléments, il est plus pertinent, dans une démarche préventive et en l'absence de demande du patient formulée ou ressentie par le médecin, de ne pratiquer le TR que secondairement à la découverte d'un PSA au-dessus de la normale.

Le toucher rectal montre une hypertrophie régulière de la prostate qui est souple. Il n'y a pas de nodule ni de douleur évocatrice de prostatite.

Quels examens complémentaires demander ? Dans quel but ?

On peut vérifier en premier la stérilité des urines et l'absence de sang par une bandelette urinaire réalisée au cabinet, qui a une bonne valeur prédictive négative. Toutefois, en cas de signe évocateur ou d'antécédents d'infection urinaire, il est recommandé chez l'homme de pratiquer un ECBU. Dans le cadre du suivi de son hypertension, Monsieur C. a déjà eu un dosage de créatininémie avec calcul du débit de filtration rénale selon la formule MDRD (*Modification of the diet in renal disease*).

Le dosage des **PSA (antigène spécifique prostatique)** n'est pas utile pour le diagnostic d'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP). Toutefois, Monsieur C. dit « qu'il veut être sûr qu'il n'a pas un cancer de la prostate ». Il faudra donc lui expliquer les avantages et les inconvénients de réaliser ce test, d'autant plus que son interprétation peut être faussée par la présence probable d'une hypertrophie bénigne de la prostate ou d'une prostatite. Il faut donc préciser au patient, en prescrivant un dosage des PSA, que ce test peut orienter vers un possible cancer de la prostate, mais en évaluant mal le risque. Il faudra aussi l'informer des conséquences du résultat, qui peut conduire à une biopsie, voire à un geste chirurgical présentant des risques d'impuissance et d'incontinence.

L'antigène prostatique spécifique est une protéine produite par le tissu prostatique qui passe dans le sang. Il ne s'agit pas à proprement parler d'un marqueur tumoral, car sa concentration sérique augmente dans d'autres pathologies que le cancer (notamment les infections de la prostate et l'hypertrophie bénigne de la prostate). Le taux normal dans le sang est inférieur à 1 ng/ml.

Toutes les affections de la prostate (adénome, cancer, prostatites aiguës) peuvent élever le taux du PSA circulant. Le toucher rectal, l'exercice physique et l'activité sexuelle intense n'augmentent que modestement, et très transitoirement, le taux du PSA sérique. À l'opposé, les manipulations de la prostate (endoscopies, biopsies, etc.) peuvent provoquer une élévation spectaculaire du taux sérique du marqueur tissulaire.

Le seuil du taux sérique de PSA présentant le meilleur rapport bénéfice/risque pour le dépistage du cancer en évitant des explorations inutiles a été estimé à 4 ng/ml, selon la plupart des recommandations. L'abaissement de ce seuil reste discuté, car il permettrait d'augmenter le nombre de cancers diagnostiqués mais aussi le nombre de biopsies négatives.

Pour une valeur seuil à 4 ng/ml, la sensibilité de ce test est de 75 p. 100 et la spécificité de 90 p. 100. En

situation de dépistage individuel, la valeur prédictive négative des PSA est de 90 p. 100 (90 p. 100 des hommes qui ont un taux de PSA inférieur à 4 ng/ml n'ont pas de cancer). Cette valeur est de 99 p. 100 en cas de PSA inférieur 1 ng/ml.

L'inconvénient majeur du dosage du PSA sérique total, dans le cadre du dépistage du cancer de la prostate, est sa faible spécificité : 45 à 70 p. 100 des biopsies réalisées pour un taux de PSA compris entre 4 et 10 ng/ml reviennent négatives.

En pratique pour Monsieur S., si son dosage est inférieur à 4 ng/ml, on peut a priori écarter un cancer prostatique. Si son PSA est situé entre 4 et 10 ng/ml, la valeur prédictive positive est de 30 p. 100. Si son PSA était anormalement élevé, au-delà de 10 ng/ml, le risque que cette élévation traduise la présence d'un cancer de la prostate est de l'ordre de 50 p. 100.

Une élévation relative, notée une première fois, justifie un contrôle rapproché (2 à 3 mois) pour vérifier si l'on assiste à une ascension rapide. Il faudra aussi évoquer un possible épisode de prostatite. On peut dans ce cas faire un traitement d'épreuve (par ofloxacine) et reconstruire ultérieurement le taux de PSA.

Une autre limite du dosage du PSA est le diagnostic de cancers non évolutifs. Cela représente un surdiagnostic à l'origine d'un surtraitement entraînant un grand nombre d'effets indésirables évitables.

La supériorité des mesures de vélocité ou de densité du PSA, de PSA libre ou du taux de PSA en fonction de l'âge n'est pas prouvée. D'autres biomarqueurs sont actuellement en cours d'évaluation.

L'**échographie** réno-vesicoprostatique par voie sus-pubienne peut être utile pour le diagnostic de vessie de lutte, de calcul vésical, de dilatation du haut appareil, de diverticules vésicaux. Elle permet aussi de mesurer le résidu post-mictionnel et le volume prostatique. Toutefois, l'évaluation du volume du volume de l'adénome est meilleure par échographie transrectale.

La **débitmétrie urinaire** n'est pas proposée en première intention dans le bilan initial d'une éventuelle hypertrophie bénigne de la prostate symptomatique. Cet examen optionnel est pratiqué en milieu spécialisé.

De même, un **bilan urodynamique** n'est pas recommandé systématiquement dans le bilan initial de l'HBP symptomatique. Cet examen invasif peut être utile en cas de comorbidité, notamment neurologique, et pour préciser les indications thérapeutiques en milieu spécialisé.

Enfin, les autres examens (urographie intraveineuse, scanner) ne sont pas indiqués dans le bilan de première intention d'une HBP. La cystoscopie n'est pas non plus recommandée, en l'absence d'hématurie.

L'ECBU est stérile. Pas d'hématurie. Le PSA est à 1,20 ng/ml. L'échographie endorectale montre une prostate augmentée de volume « pesant 60 g » ainsi qu'un discret résidu post-mictionnel.

Quelles conclusions tirez-vous de ces résultats ? Quelles explications donnez-vous au patient ? Allez-vous lui proposer un traitement ?

La symptomatologie et les résultats des explorations confirment une **hypertrophie bénigne** (ou adénome) **de la prostate**, qui est la tumeur bénigne la plus fréquente de l'homme vieillissant.

Il faut lui préciser que les symptômes fluctuent et peuvent s'amender pendant de longues périodes. Il peut être utile de lui montrer et lui expliquer à l'aide d'une planche d'anatomie ou d'un kit le problème de l'adénome et « son stade ». Cela permet aux patients de mieux accepter et de comprendre quand ils devront relever d'un geste chirurgical.

La surveillance d'une hypertrophie bénigne de la prostate symptomatique repose sur la surveillance de l'évolution des symptômes et de leur retentissement sur la qualité de vie. La fréquence souhaitable des consultations pour un patient avec une hypertrophie bénigne de la prostate symptomatique non compliquée sans aggravation des symptômes n'a été déterminée par aucune étude de stratégie. Cependant, une consultation annuelle semble être une proposition conforme à l'état des pratiques.

Concernant Monsieur C. le tableau est rassurant et aucune investigation complémentaire n'est nécessaire pour le moment. Il faut envisager un contrôle de PSA dans 1 an, à l'occasion d'un prélèvement dans le cadre du suivi de son HTA.

Il n'existe pas, dans la littérature, de données permettant de standardiser le traitement de l'HBP symptomatique non compliquée. Il est donc recommandé d'informer le patient des modalités existantes afin d'aboutir à une décision partagée par le médecin et le patient. L'abstention thérapeutique peut être proposée si la gêne symptomatique est considérée comme acceptable.

Il existe trois classes thérapeutiques pour le traitement médical de l'hypertrophie bénigne de la prostate symptomatique. Aucune des trois classes thérapeutiques (alphabloquants, inhibiteurs de la 5-alpha-réductase, phytothérapie) n'a montré sa supériorité. Leur efficacité est qualifiée de « modérée » par l'AFSSAPS.

La mise en route d'un traitement médical dépend essentiellement de la gêne causée par les symptômes et de leur impact sur la qualité de vie du patient. Le volume prostatique, aussi important soit-il, ne constitue pas à lui seul un critère de prescription d'un traitement.

• Les alphabloquants peuvent être proposés : alfuzosine (Xatral LP®, Urion®), 1 comprimé le soir ; ou tamsulosine (Josir LP®, Omix®, Omixel®, Mecir®), 1 comprimé par jour, à heure fixe, après un repas ou doxazosine (Xoxan LP 4 mg®) 1 comprimé le soir ; ou encore térazosine (Hytrine®).

Ils sont significativement plus efficaces que le placebo. La supériorité de l'un ou l'autre des alphabloquants n'a pas été démontrée. Ils ont une action myorelaxante sur les fibres musculaires lisses et agissent sur la composante dynamique de l'obstruction sans influencer sur le volume prostatique. Leurs potentiels effets indésirables (céphalées, vertiges, troubles de l'éjaculation, tachycardie, hypotension artérielle) sont retrouvés dans 4 à 10 p. 100 des cas mais entraînent rarement un arrêt du traitement.

• Les inhibiteurs de la 5-alpha-réductase peuvent également être recommandés. Leur supériorité sur le placebo n'a été démontrée que lorsque le volume prostatique était supérieur à 30 grammes. Ils induisent une baisse iatrogène du PSA. Il faut en tenir compte en cas de suivi du PSA.

• Les traitements phytothérapeutiques (*Serenoa Repens*, *Pygeum Africanum*) n'ont pas fait l'objet d'études de méthodologie satisfaisante les comparant au placebo. Ils peuvent cependant être recommandés à titre symptomatique.

Il est assez fréquent de constater qu'après avoir pris le traitement pendant quelques mois, les patients se plaignent moins et l'arrêtent de leur propre initiative.

On prescrit, par exemple, à Monsieur Robert C. un traitement par alphabloquant pendant 3 mois.

Il faudra se méfier du potentiel hypotenseur du traitement chez Monsieur C., déjà traité par une bithérapie pour son hypertension artérielle.

On propose aussi à Monsieur C. des règles hygiéno-diététiques, qui n'évitent pas l'évolution de l'adénome mais peuvent favoriser son confort et éviter des aggravations transitoires : une hydratation suffisante, une activité physique régulière et une prévention de la constipation. A l'inverse, on lui précise qu'il peut ressentir une plus grande gêne avec la prise d'alcool, les plats épicés et les situations assises prolongées.

On lui précise qu'il faudra le revoir après 3 mois de traitement pour en évaluer l'efficacité.

Faut-il adresser le patient à un urologue ?

Le cas de Monsieur C. ne justifie ni un avis diagnostique, ni une éventuelle biopsie qui nécessiterait le recours à un urologue. Toutefois, il faut en parler très ouvertement avec lui. Il peut arriver que le patient souhaite conforter notre avis et notre décision ou que son entourage l'y incite. Dans ce cas, il ne faut

pas hésiter à l'adresser à un correspondant avec un courrier.

Nous proposerons ultérieurement une consultation d'urologie si la symptomatologie s'aggrave et que les traitements non invasifs s'avèrent insuffisants.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRIOLE GL, CRAWFORD ED, GRUBB RL et al. Mortality Results from a Randomized Prostate-Cancer Screening Trial. *N Engl J Med*, 2009, 360 : 1310-1319.
- GIGNON M, BRAILLON A., CHAINE FX, DUBOIS G. Le dépistage du cancer de la prostate : hétérogénéités des recommandations, une exception française ? *Can J of Public Health*, 2007, 98 : 212-215.
- HAS – ANAES. Recommandations. Prise en charge diagnostique et thérapeutique de l'hypertrophie bénigne de la prostate. Paris, ANAES, mars 2003.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Recommandations pour la pratique clinique : éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage

- individuel du cancer de la prostate. Paris, HAS, septembre 2004.
- HOLMSTRÖM B, JOHANSSON M., BERGH A. Prostate specific antigen for early detection of prostate cancer: longitudinal study. *BMJ*, 2009, 339 : b3537.
- SCHRÖDER FH, HUGOSSON J, ROOBOL MJ et al. Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study. *N Engl J Med*, 2009, 360 : 1320-1328.
- UMLAUF MG, CHASENS ER, GREEVY RA et al. Obstructive Sleep Apnea, Nocturia and Polyuria in Older Adults. *Sleep*, 2004, 27 : 139-144.
- WILT TJ, THOMPSON IM. Clinically localised prostate cancer. *BMJ*, 2006, 333 : 1102-1106.

CAS N° 30

Monsieur P. a de la fièvre et une gêne en urinant

Monsieur P., âgé de 41 ans, vous consulte pour la première fois car il a une fièvre à 39 °C avec des frissons et des courbatures apparues depuis 2 jours. Il signale qu'il a le sentiment que « ça le brûle lorsqu'il urine ». Il est marié, père de deux enfants et exerce la profession de maçon. Il n'a pas d'antécédent particulier.

Comment mener le premier temps de cette consultation ?

Ce patient présente un syndrome infectieux aigu associé à des signes d'appels urinaires.

L'**interrogatoire** doit rechercher d'autres signes d'orientation qui pourraient expliquer cette fièvre : douleur pharyngée, écoulement nasal, toux, dyspnée, diarrhée, vomissements, douleurs abdominales, céphalées.

Il doit préciser le caractère et l'intensité des brûlures mictionnelles, en sachant qu'un épisode fébrile suscite souvent une impression de brûlures à la miction. On recherche une pollakiurie, des impériosités mictionnelles, une dysurie, une pesanteur pelvienne, périnéale ou urétrale, une hématurie et un écoulement urétral, qui peut être jaune ou translucide. Souvent, les patients n'évoquent pas spontanément un écoulement urétral ou n'ont pas conscience de son caractère pathologique, surtout lorsqu'il est translucide. Il faudra parfois poser la question en demandant par exemple au patient s'il arrive que son slip soit taché. On recherche une douleur lombaire, unilatérale.

On évoque la possibilité de rapports à risque. Il est fréquent qu'à l'occasion d'un problème génito-urinaire un patient ne consulte pas son médecin habituel.

On recherche des antécédents, en particulier du même type, ainsi que des antécédents d'infections sexuellement transmissibles.

L'**examen clinique** est centré sur l'appareil urogénital, tout en écartant rapidement d'autres foyers infectieux par l'auscultation, l'examen de la gorge, de l'abdomen et de la nuque.

Il convient de palper les fosses lombaires à la recherche d'une douleur provoquée, d'une masse évoquant une éventuelle pyélonéphrite.

L'inspection des organes génitaux externes et de la verge recherche une éruption, un chancre, un écoulement urétral, une augmentation de volume des bourses. On palpe les bourses, les testicules et les cordons spermatiques à la recherche d'un hydrocèle, d'une masse testiculaire ou d'une orchio-épididymite. La recherche d'adénopathies complète cet examen.

L'examen clinique éliminera également des signes de gravité ou de complication : des signes de sepsis (hypotension, oligurie, tachycardie, tachypnée) ou des signes de rétention aiguë d'urine en recherchant un globe vésical à la palpation abdominale.

En cas de doute diagnostique, un toucher rectal pourra être réalisé, en expliquant au patient qu'on recherche une douleur provoquée et/ou une augmentation du volume prostatique.

On termine l'examen par la réalisation d'une bandelette urinaire.

Le patient confirme que ses symptômes sont apparus depuis 48 heures, ajoutant qu'il a commencé à ressentir une pesanteur périnéale le matin de la consultation. Il n'a pas d'antécédents du même type, ne s'est jamais plaint de difficultés à uriner ou de jet faible et n'a pas eu de rapport à risque d'IST. Il n'a pas d'autres antécédents pathologiques connus, en particulier pas de diabète. Il n'est pas obèse. L'inspection et la palpation des organes génitaux sont sans particularité. On ne retrouve pas d'écoulement urétral. Le toucher rectal de Monsieur P. trouve une grosse prostate, tendue et extrêmement douloureuse. La bandelette urinaire montre la présence de leucocytes.

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

L'origine de la fièvre de Monsieur P. est certainement en rapport avec une infection urinaire, souvent révélatrice chez les hommes d'une **prostatite aiguë** ou, plus exceptionnellement, d'une **pyélonéphrite aiguë**.

Le diagnostic le plus probable est celui de **prostatite aiguë**, compte tenu de la fièvre avec brûlures

mictionnelles, de la douleur périnéale et prostatique et d'une leucocyturie à la bandelette.

L'absence de douleur lombaire provoquée à l'examen n'est pas en faveur d'une pyélonéphrite.

Une orchio-épididymite est aussi écartée en l'absence de douleur, d'écoulement urétral et compte tenu de la normalité de l'examen des testicules.

Quel(s) bilan(s) demandez-vous ? Dans quel but ?

On prescrit un **examen cytobactériologique des urines (ECBU)** avec antibiogramme. Le diagnostic de prostatite aiguë se fonde sur l'association des signes cliniques décrits plus haut et d'une leucocyturie (leucocytes $\geq 10^4$ /ml), d'une pyurie (polynucléaires altérés en amas) et d'une bactériurie (colonies $\geq 10^5$ /ml). L'examen bactériologique des sécrétions prostatiques après massage prostatique est déconseillé au cours d'une prostatite aiguë, car ce geste est douloureux et susceptible de provoquer une dissémination bactérienne. Cet examen doit être réservé à l'investigation des prostatites chroniques.

Les micro-organismes responsables des prostatites bactériennes aiguës et chroniques sont les mêmes : *Escherichia coli* est le principal pathogène observé. Il est retrouvé dans 80 p. 100 des prostatites aiguës. Certaines souches ont une virulence qui les rend très pathogènes. D'autres bactéries à Gram négatifs sont observées plus rarement : *Proteus* et *Pseudomonas*, lequel doit faire suspecter une infection nosocomiale. Parmi les bactéries à Gram positifs, l'entérocoque (streptocoque D) est plus fréquemment rencontré que le staphylocoque ou le gonocoque. Le rôle du *Chlamydia trachomatis* est controversé.

Le **dosage des PSA** est inutile. La prostatite s'accompagne inconstamment d'une élévation modérée et transitoire du taux de PSA. Les résultats ne modifient en rien la prise en charge et à l'inverse contribuent à angoisser le patient.

Une **NFS** et une **CRP** ne sont pas utiles ici, car le tableau est très évocateur.

Si le patient avait évoqué des rapports non protégés à risque, il aurait fallu rechercher une infection gonococcique et à *Trichomonas vaginalis* par prélèvement d'un éventuel écoulement urétral et une infection à *Chlamydia trachomatis* sur un écoulement urétral ou à défaut sur les urines de premier jet. Il conviendrait, dans ce cas, de demander également un TPHA-VDRL, une sérologie VHB et VIH, qu'il faut interpréter en fonction de la date de contamination suspectée.

Une **échographie** n'est pas utile en période aiguë, sauf si l'on suspecte une complication (abcès prostatique ou rétention aiguë d'urine). En revanche, une échographie différée de quelques semaines permettra de vérifier l'intégrité de la prostate périphérique, écartant toute suspicion de cancer prostatique associé. On en profite pour vérifier l'aspect de la vessie et des reins.

Quels traitements proposez-vous ?

En l'absence de complications, le traitement des prostatites aiguës est ambulatoire dans la majorité des cas. Il doit débuter après les prélèvements.

Au cours des prostatites aiguës, une intense réaction inflammatoire siège dans la prostate, qui permet une diffusion plus aisée de la plupart des antibiotiques qu'au cours des prostatites chroniques. Toutefois, la bonne diffusion tissulaire de l'antibiotique est un élément important du choix, qui reste probabiliste dans les formes non sévères. On choisira une

fluoroquinolone (ofloxacin 200 mg, 2 comprimés par jour ou lévofloxacin 500 mg, 1 comprimé par jour), qu'il faudra adapter en fonction de l'antibiogramme. La norfloxacin est à éviter en raison de sa moins bonne diffusion tissulaire. La ciprofloxacine est plutôt à réserver au cas où un *Pseudomonas* est isolé. En cas d'allergie aux fluoroquinolones, une céphalosporine de troisième génération injectable est à proposer pendant 48 heures, avec un relais per os guidé par les résultats de l'antibiogramme. La durée

de l'antibiothérapie reste discutée, elle oscille entre 10 jours et 6 semaines. La durée de 21 jours de traitement reste consensuelle en France.

En cas de forme clinique sévère et si l'état du patient n'impose pas une hospitalisation, il convient d'associer une céphalosporine de troisième génération (ceftriaxone 1 g/j) ou une fluoroquinolone à un

aminoside pendant les 3 à 5 premiers jours, jusqu'à ce que la fièvre tombe.

Un traitement symptomatique antalgique et antipyrétique doit être prescrit : paracétamol 1 g, 4 fois par jour. Il n'y a pas d'étude recommandant l'utilisation d'anti-inflammatoire non stéroïdien en cas de prostatite aiguë.

Que dites-vous au patient ?

On explique donc au patient qu'il a très certainement une **infection de la prostate**. Il convient de faire des examens complémentaires pour en connaître la cause et vérifier l'absence de complications. Il est probable que l'origine de l'affection soit une infection urétrale ascendante ou un reflux d'urines infectées dans les voies prostatiques.

On insiste sur l'importance de la prise régulière du traitement et du respect de sa durée prolongée (3 semaines) pour éviter une rechute. Il convient de mettre en garde le patient contre les risques de tendinites et de photosensibilisation dus aux fluoroquinolones.

Les signes d'aggravation de son état (persistance de la fièvre, augmentation des douleurs, rétention

d'urine) doivent lui être signalés afin qu'il consulte rapidement dans ce cas.

Enfin, il faut expliquer qu'un examen cytobactériologique des urines, en fin de traitement, permettra d'affirmer la guérison.

Monsieur P. sort du cabinet avec une ordonnance de bilan à réaliser immédiatement : ECBU de deuxième jet (après un premier jet d'environ 20 ml) sur les premières urines du matin après toilette du méat et écartement du prépuce. Son traitement est le suivant : ofloxacine 200 mg matin et soir pendant 3 semaines. Il est convenu qu'il sera contacté, dès réception des résultats de la culture et de l'antibiogramme (en général dans les 48 h), s'il est nécessaire d'adapter le traitement.

Quelles sont les complications possibles ?

Les complications de la prostatite aiguë sont devenues rares. Elles sont le plus souvent dues à un retard diagnostique et thérapeutique, ou du fait d'un terrain immunodéprimé ou diabétique :

- une **orchi-épididymite** aiguë peut accompagner d'emblée la prostatite ou être décalée de quelques jours. Le traitement repose sur une antibiothérapie identique à celle de la prostatite ;

- il faut suspecter un **abcès prostatique** en cas de persistance ou d'aggravation de la symptomatologie et ce, malgré un traitement adapté bien conduit. L'abcès survient en général lorsque le terrain est particulier (diabétiques, immunodéprimés, présence d'un corps étranger et/ou obstruction des voies urinaires basses), ou encore chez des malades traités de façon inappropriée. Les signes généraux sont plus marqués. L'échographie prostatique par voie rectale met en évidence une zone liquidienne ;

- une **rétention aiguë d'urine** est possible, elle se voit surtout dans les formes associées à une cystite. Elle nécessite un cathétérisme sus-pubien ;

- la principale complication à redouter est la rechute et le **passage à la chronicité**.

Le passage d'une prostatite aiguë à une prostatite chronique n'est toutefois pas complètement prouvé. Les **prostatites chroniques bactériennes** ont une symptomatologie variée. Les douleurs de la région périnéale sont le plus souvent centrales (61 p. 100). Les troubles mictionnels (16 p. 100) sont également assez fréquents (dysurie, pollakiurie, impériosités, brûlures mictionnelles). Il existe parfois un écoulement urétral clair (9 p. 100). Les troubles de l'érection ou l'hémospémie sont nettement plus rares. Les prostatites chroniques bactériennes (moins de 10 p. 100 des cas) sont à différencier des syndromes douloureux pelviens, inflammatoires ou non (prostatodysies). Dans ce cas, l'examen central est l'ECBU, qui confirme le diagnostic du fait de la présence de leucocyturie et d'une bactériurie et permet l'adaptation du traitement à l'antibiogramme qui sera prolongé (4 à 6 semaines). En cas de négativité, un ECBU peut être réalisé après massage prostatique. L'imagerie n'a pas grand intérêt diagnostique. Une urographie intraveineuse (UIV) ou une cystoscopie pourront en revanche être utiles pour rechercher un facteur favorisant (résidu post-mictionnel, sténose urétrale).

BIBLIOGRAPHIE

- AFSSAPS. Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires de l'adulte. Recommandations. Paris, AFSSAPS, juin 2008.
- BOTTO H. Prostatites. *Rev Prat*, 2003, 53 : 1785-1789.
- BRUYÈRE F. Prostatite aiguë bactérienne chez l'homme adulte. *Prog Urol*, 2010, 20 : 815-817.
- DOMINIQUE S, DELMAS V, HORPITEAN V, BOCCIN-GIBAUD L. Infections génitales masculines. *Encycl Méd Chir* (Paris, Elsevier), Maladies infectieuses, 2004, 1 : 55-65.
- DRACON M, LEMAITRE L. Infections urinaires de l'adulte. *Rev Prat*, 2003, 53 : 1137-1142.
- SAVATOVSKY I. Prostatites et épididymites, *Traité de médecine AKOS*, Elsevier (emc-consulte.com), 2003 : 5-0670.
- SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN). Management of suspected bacterial urinary tract infection in adults. A national clinical guideline. July 2006.

CAS N° 31

Stéphane, 15 ans, consulte avec sa mère car il a mal au ventre

Stéphane, un garçon de 15 ans que vous connaissez bien, vient en consultation avec sa mère. Il se plaint de douleurs abdominales évoluant depuis quelques jours et dont l'intensité s'est accentuée le matin même, l'empêchant de se rendre au lycée. Sa mère est d'autant plus inquiète qu'il est toujours fatigué depuis la rentrée.

Les caractéristiques de la douleur sont assez difficiles à faire préciser par Stéphane, que cette consultation semble exaspérer. Affalé dans le fauteuil, il hausse les paupières à chaque phrase prononcée par sa mère et répond difficilement à vos questions. Siégeant initialement dans la fosse iliaque droite, la douleur a maintenant diffusé à tout l'abdomen et évolue de façon continue, sans spasme. Il n'y a pas de troubles du transit, ni nausées, ni vomissements, ni fièvre, ni troubles urinaires. Ce n'est pas le premier épisode de ce type.

L'asthénie est permanente depuis 1 mois et demi. Elle est pratiquement constante tout au long de la journée. D'après sa mère, Stéphane n'a goût à rien, n'est motivé pour rien, sauf pour sortir avec ses amis, et là, il semble plus en forme. Elle précise qu'il se couche tard et qu'il a manqué ses cours à plusieurs reprises. Il sait pourtant que la troisième est une classe décisive pour la suite de sa scolarité. Elle ajoute : « Il faut lui donner des vitamines. Je me demande si ce n'est pas une mononucléose. Son meilleur copain en a eu une l'an dernier. Qu'en pensez-vous ? »

Comment mener la consultation, quel en est l'enjeu ?

La consultation, dans un premier temps, va essayer d'évaluer l'importance, l'origine et le retentissement des douleurs abdominales et de l'asthénie. Il est préférable de lui proposer de le voir seul. On suggère alors à sa mère de retourner dans la salle d'attente pendant que l'on va examiner son fils. Une demande à formuler avec tact, pour ne pas blesser l'adulte, mais avec détermination pour envoyer un signe fort à l'adolescent : il n'est pas considéré par le médecin comme l'objet de sa mère, mais doit pouvoir désormais être porteur d'une demande propre.

L'examen clinique est un temps indispensable, pour conforter les hypothèses diagnostiques, mais aussi parce qu'il permet parfois de s'adresser plus directement à l'adolescent, d'autant plus si ses parents assistent à la consultation.

La palpation de l'abdomen est effectuée, l'adolescent étant déshabillé, en slip, avec le souci du respect de la pudeur, particulièrement à cet âge. À chaque phase de l'examen, le médecin explique ce qu'il fait, ce qu'il cherche et ce qu'il en déduit. Cette démarche méthodique et rassurante contribue à créer un climat de confiance.

Bien que les douleurs abdominales soient souvent, chez l'adolescent et l'enfant, la traduction « somatique » de difficultés psychologiques ou de troubles affectifs, il ne faut pas passer à côté d'une étiologie organique. La consultation peut être également l'occasion d'un dépistage, dans une période où les jeunes consultent peu (les adolescents consultent leur médecin généraliste en moyenne 2,5 fois par an pour les filles et 2,1 fois par an pour les garçons) : vérification des vaccins (DT-Polio, ROR, hépatite B, méningocoque C), antécédents de varicelle, prévention et dépistage de maladies sexuellement transmissibles, examen de la peau à la recherche de naevi atypiques, habitudes alimentaires et activité sportive, consommation d'alcool, de tabac, de cannabis.

La fosse iliaque gauche paraît un peu sensible, le reste de l'examen clinique est normal. En particulier, Stéphane ne présente ni pâleur des conjonctives ni polyadénopathies. Aucun autre signe associé aux douleurs abdominales et à la fatigue n'est signalé et vous apprenez que Stéphane n'est pas allé à la selle depuis 48 heures.

Quels diagnostics évoquez-vous ?

L'absence de signes d'appel (ni défense, ni contracture, ni sensibilité de la fosse iliaque droite) permet d'**écarter une appendicite**, diagnostic redouté avec angoisse par les parents. Ce tableau permet aussi de écarter une infection urinaire, une gastro-entérite ou une pneumopathie.

On évoque d'emblée des **douleurs liées à une constipation**, sans écarter la possibilité de douleurs purement fonctionnelles traduisant des difficultés psychologiques ou affectives.

L'asthénie isolée, sans adénopathie ni subictère ni fièvre, constante et surtout matinale, disparaissant lorsqu'un projet ou une activité vient rompre la monotonie ressentie de la vie, ne semble a priori pas évocatrice d'une pathologie virale ou d'une hémopathie. Elle paraît sans fondement organique.

La nature psychogène de cette asthénie nous était proposée d'emblée par l'adolescent exaspéré par l'incompréhension de sa mère. L'examen clinique, rapide et précis, devra laisser toute sa place à l'entretien confidentiel qui suivra.

Il peut s'agir soit d'une **tendance dépressive** avec désintérêt marqué – mais les autres composantes de la dépression manquent ici –, soit d'une mauvaise hygiène de vie, avec des couchers trop tardifs induisant un manque réel de sommeil. La fatigue provoque alors des « coups de barre », des endormissements irrépressibles en pleine journée ou un manque de dynamisme.

Afin d'étayer cette éventualité, il est possible d'effectuer un test rapide d'exploration du mal-être par le « **TSTS** », validé en consultations de médecine générale. Il permet d'approcher le risque suicidaire. Ce test « d'ouverture » consiste à aborder les quatre thèmes suivants :

- Traumatologie : « As-tu déjà eu des blessures ou un accident (même très anodin) cette année ? »
- Sommeil : « As-tu des difficultés à t'endormir le soir ? »
- Tabac : « As-tu déjà fumé ? (même si tu as arrêté) »
- Stress : « Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire ou par la vie de famille, ou les deux ? »

Chaque question du test TSTS peut être complétée par une seconde, dans le cadre d'un « test de gravité » dont d'acronyme est **CAFARD** :

- Difficultés de sommeil : **Cauchemars** : « Fais-tu souvent des cauchemars ? »
 - Antécédents traumatiques : **Agression** : « As-tu été victime d'une agression physique ? »
 - A déjà fumé du tabac : **Fumeur** : « Fumes-tu tous les jours au moins 5 cigarettes ? »
 - Travail scolaire avec stress : **Absentéisme** : « Es-tu souvent absent, ou en retard à l'école ? »
 - Vie de famille tendue : **Ressenti Désagréable familial** : « Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable ? »
- Deux réponses positives au TSTS ou au CAFARD ont été obtenues chez la moitié des adolescentes et plus 30 p. 100 des garçons ayant eu des idées ou des actes suicidaires.

Il faut également envisager une **intoxication chronique par le cannabis**, responsable, si elle est régulière et importante, d'un « syndrome amotivationnel » et d'éventuels troubles cognitifs expliquant les difficultés scolaires. Si l'on repère une forte consommation, il faudra chercher à savoir si l'adolescent ne se trouve pas en grande difficulté, nécessitant rapidement un avis psychiatrique (idées suicidaires, idées délirantes, hallucinations, dépersonnalisation, repli sur soi, indifférence affective). Le « syndrome amotivationnel » est autant une conséquence qu'une cause de consommation de cannabis, tant l'apraxie de l'adolescent est un symptôme courant.

La reprise de l'entretien en l'absence de la mère rend possible certaines confidences. Stéphane vous explique « qu'il en a marre de tout », aussi bien des profs, de ses parents « qui sont toujours derrière lui », que de son petit frère qui « ne le lâche pas ». Il vous rappelle que son père est professeur de français et vous précise que le seul moment de la journée où il se sent libre, c'est le soir, lorsque ses parents le croient couché et que son frère dort. Il « traîne » alors en écoutant de la musique, qui est « la seule chose qui l'intéresse ». Enfin, il vous avoue, lorsque vous le lui demandez, qu'il fume de temps en temps un joint ou deux « avec les copains » et qu'il ne faut surtout pas que ses parents l'apprennent. En ce qui concerne ses habitudes alimentaires, vous apprenez qu'il ne mange « jamais de fruits à part des bananes », qu'il boit du Coca-Cola en rentrant du collège et qu'il adore les yaourts.

Comment se comporter au cours de la consultation ?

L'examen clinique vous a permis d'écarter l'hypothèse d'une affection organique et l'interrogatoire, seul à seul, de comprendre les frustrations ressenties

par l'adolescent et les difficultés relationnelles avec son entourage, tout en établissant un climat de confiance avec ce jeune patient. Cette séquence de la

consultation doit aussi être mise à profit pour lui faire comprendre certaines erreurs diététiques – le Coca-Cola le soir perturbe l'endormissement, le manque de fruits et de légumes cuits entrave le transit – tout en le mettant en garde contre ses comportements à risque – le manque de sommeil, l'utilisation de produits pouvant entraîner une dépendance et diminuer les performances intellectuelles.

Quel que soit le type de consultation et le problème abordé, il est indispensable de gagner la confiance de l'adolescent, mais il est difficile de fixer des règles de conduite précises pour y parvenir. L'essentiel est de conserver la « bonne distance », celle qui va permettre, en présence de la mère quelques minutes plus tard, de garder le même discours, la même place et la même attitude. Il ne s'agit ni de se rapprocher trop, en jouant la carte du « bon copain », ni de rester trop lointain, ce qui mettrait le médecin dans le « camp des parents ». Il ne doit y avoir ni tabou ni questions interdites. Aussi faut-il toujours s'enquérir, hors la présence des parents, de pratiques ou de comportements illicites, car même si l'adolescent n'est pas concerné, il entend qu'il sera possible d'aborder ces questions le cas échéant. Le médecin ne fait pas la

morale : il informe des risques et souhaite connaître la vérité.

Face à un adolescent, non majeur, la règle de confidentialité et celle du respect du secret médical qui s'imposent au médecin (article 4 du code de déontologie) entrent en contradiction avec la situation juridique des mineurs. Selon l'article 42 du code de déontologie, en effet, « un médecin appelé à donner des soins à un mineur (...) doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement ». Dans certaines circonstances – prescription d'une contraception par exemple, ou procédure d'IVG par aspiration nécessitant une anesthésie générale –, la nécessité de prévenir les parents peut poser un cas de conscience au médecin. Les lois de juillet 2001 (n° 2001-588) et mars 2002 (n° 2002-303) rendent possible la dérogation au principe de l'autorité parentale. Toutefois, dans le cas du jeune Stéphane, le respect du secret médical, qui couvre « tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris », peut s'appliquer.

Stéphane vous a confié consommer du cannabis. Que faites-vous de cette information ?

Les effets indésirables du cannabis les plus fréquents sont un ralentissement psychique, des difficultés de concentration, la difficulté à anticiper et à planifier ou une accentuation des symptômes d'anxiété. L'utilisation au long court s'accompagne fréquemment de troubles de la mémoire, de troubles du sommeil (insomnie, difficultés au réveil), d'une perte d'assurance en soi, d'irritabilité voire d'agressivité.

La consommation de cannabis chez les adolescents prend sens, dans chaque trajectoire individuelle, à

une période de la vie où chacun se débat dans des problématiques touchant à une recherche identitaire. Il faut l'interroger sur le sens qu'il donne à cette consommation, ce qu'il pense de la dangerosité de son usage. On peut aussi réévaluer son niveau de consommation et son circuit d'approvisionnement. En fonction de ses réponses, on l'informerait sur les risques et sur la participation de sa consommation à son état.

On rappellerait la notion de secret professionnel et notre disponibilité pour en reparler s'il le souhaite.

Faut-il demander des examens complémentaires ?

Il est indispensable d'expliquer les conclusions de la consultation aux deux protagonistes, la mère et son fils. La pratique d'examens complémentaires dépend du degré de probabilité des hypothèses diagnostiques. Dans le cas présent, éliminer avec certitude l'appendicite aiguë, l'infection urinaire ou la gastro-entérite aiguë n'exige pas d'examens complémentaires, tant la description des phénomènes algiques ressentis par le jeune homme sont peu caractéristiques.

La prescription d'une NFS-CRP peut contribuer à rassurer la mère et donner l'occasion de revoir Stéphane. Cette nouvelle consultation, que l'on proposerait sans la mère, permettrait à l'adolescent d'aborder ses problèmes et de réévaluer la composante dépressive – il faut le questionner sur d'éventuelles idées suicidaires ou des antécédents de tentative de suicide.

Comment conclure la consultation ?

Le diagnostic le plus probable est celui de douleurs liées à une constipation. L'asthénie semble être liée à une mauvaise hygiène de vie, mais accompagnée d'un désinvestissement scolaire. Elle peut masquer d'autres difficultés.

Le motif réel de la consultation est sans doute différent pour la mère et pour son fils. La première souhaite être rassurée sur l'état de son enfant. Elle pense que les troubles ressentis sont d'ordre organique et que fatigue et douleurs correspondent à une « vraie » maladie. Stéphane, lui, veut faire entendre qu'il n'est pas heureux, « qu'il va mal ».

Dans un premier temps, il faut rassurer la mère de Stéphane sur ses craintes de maladie organique. Il faut donc lui expliquer que la fatigue de son fils n'est pas celle que l'on rencontre dans une affection virale comme la mononucléose infectieuse, car Stéphane ne la ressent plus lorsqu'il est autorisé à sortir avec ses amis le soir, mais qu'elle traduit un certain mal de vivre dans la famille, une difficulté à être entendu.

Il faut d'autre part expliquer à Stéphane l'importance d'une meilleure hygiène de vie : diversifier son alimentation en mangeant des légumes verts et des fruits, éviter les excitants le soir et les sodas en général et se coucher plus tôt qu'il ne le fait. L'impact

de simples recommandations par un médecin qui a acquis la confiance de l'adolescent est parfois spectaculaire.

Enfin, il faut se servir de cette consultation pour tenter de faciliter la reprise d'un dialogue entre mère et fils.

Quant au traitement médicamenteux, il peut être réduit au minimum : un antispasmodique, pendant 1 semaine à 10 jours, du type triméthylphloroglucinol (2 comprimés 3 fois par jour) ou de la trimébutine (2 ou 3 comprimés à 10 mg par jour) si les douleurs persistent et si l'adolescent est d'accord pour les prendre. En ce qui concerne la fatigue, il faudra expliquer que les vitamines ne sont pas efficaces, mais que la pratique d'un sport peut être bénéfique, de même que des horaires de sommeil réguliers.

Enfin, il est important que le jeune homme ait entendu, en présence de sa mère, qu'il lui est toujours possible de venir en consultation s'il le souhaite. Afin de consolider le lien, il est possible de fixer un prochain rendez-vous, même en l'absence de demande de la part de Sébastien. Cette proposition est presque toujours acceptée sans problème. Elle rassure l'adolescent et introduit une durée dans la relation tout en permettant de limiter le temps de la consultation.

BIBLIOGRAPHIE

ALVIN P, BELLATON E. Adolescent : comment amorcer le dialogue ? *Rev Prat Med Gen*, 2003, 17 : 1174-1177.

ALVIN P, MARCELLI D. Médecine de l'adolescent. Paris, Masson, 2000.

BINDER P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? *Rev Prat*, 2005, 55 : 1073-1077.

BINDER P, CHABAUD F. Dépister les conduites suicidaires des adolescents. *Rev Prat Med Gen*, 2004, 18 : 576-580.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans,

destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. Recommandations pour la pratique clinique. Paris, HAS, septembre 2005.

INPES. Repérage précoce de l'usage nocif de cannabis. Repères pour votre pratique. INPES, novembre 2007.

PRESCRIRE RÉDACTION. Effets indésirables du cannabis. Avertir les personnes psychiquement vulnérables du risque de trouble grave, dose-dépendants. *Rev Prescire*, 2010, 321 : 515-522.

CAS N° 32

Marion a mal au ventre

Marion, 5 ans et demi, 18 kg pour 1,09 mètre, est amenée en consultation par sa mère parce qu'elle a mal au ventre.

C'est la troisième fois cette année que l'école appelle pour demander que l'on vienne la chercher. Les précédents épisodes douloureux étaient spontanément résolutifs, mais cette fois les symptômes semblent plus importants et, surtout, les parents commencent à s'inquiéter.

Marion est une petite fille sans antécédents médicaux particuliers. Ses parents sont d'origine caucasienne. Elle a été gardée par une nourrice jusqu'à l'âge de 3 ans puis a intégré l'école maternelle, où elle reste toute la journée et déjeune à la cantine. Au cours de l'entretien, vous constatez qu'elle communique bien et que son vocabulaire est excellent. Elle vous explique qu'elle se plaît beaucoup à l'école, que sa maîtresse est « très gentille » et qu'elle a beaucoup d'amis.

Quels éléments permettent de vous orienter ?

La douleur ayant débuté à l'école, il faut s'assurer, malgré le caractère récidivant du symptôme, qu'il n'y a pas eu de **traumatisme abdominal**.

Une fois cette hypothèse écartée, il faut rechercher la ou les causes des douleurs abdominales répétitives de Marion. Il faut savoir que, neuf fois sur dix, les douleurs abdominales spontanément résolutive de l'enfant sont d'**origine psychologique**. Toutefois, ce diagnostic ne peut être porté qu'après avoir écarté une pathologie grave, en particulier chirurgicale : la hantise, pour les parents et le médecin, est l'**appendicite aiguë**.

Il faut préciser les caractéristiques de la douleur

Intensité de la douleur

Marion souffre-t-elle au moment de la consultation ? Quelle est son expression ? Se tient-elle le ventre ? La douleur a-t-elle entraîné l'arrêt de l'activité, a-t-elle empêché le sommeil ? Des réponses positives à ces questions et un aspect préoccupant de l'enfant évoquent une éventuelle cause organique qu'il faudra rechercher. Il convient d'utiliser l'échelle visuelle analogique (EVA), qui peut évaluer l'intensité de la douleur dès l'âge de 5 ans chez certains enfants. Il s'agit d'une règlette étalonnée qui permet à l'enfant de matérialiser l'intensité de sa douleur.

Siège de la douleur

Localisée au niveau de l'épigastre, la douleur pourrait faire évoquer :

- un **reflux gastro-œsophagien**, d'autant plus évoqué lorsqu'il existe une notion de régurgitations post-prandiales dans la petite enfance ou si sa plainte évoque un pyrosis ;

- une **dyspepsie non ulcéreuse**, parfois associée au reflux gastro-œsophagien, rarement rencontrée chez un enfant si jeune. Dans ce cas, les douleurs sont volontiers post-prandiales, accompagnées de nausées, d'éruptions, de sensation de satiété précoce ;

- un **ulcère gastro-duodénal**, exceptionnel à cet âge. Dans sa forme typique, il provoque une douleur localisée à l'épigastre, rythmée par les repas, associée à un réveil nocturne, accompagnée de nausées ou de vomissements. Il se révèle en fait très souvent sous une forme d'emblée compliquée (altération de l'état général, hémorragie digestive, perforation gastrique ou duodénale). Une endoscopie digestive avec une recherche d'*Helicobacter pylori* s'impose si ce diagnostic est suspecté.

Localisée à l'hypochondre droit, la douleur oriente vers une **lithiase vésiculaire**, surtout s'il existe des antécédents familiaux ou une affection favorisante, comme une anémie hémolytique congénitale.

Au niveau de la *fosse iliaque droite*, c'est, bien entendu, l'appendicite qu'il faut éliminer. Marion a

5 ans et demi, l'appendicite est très rare avant 5 ans. La maladie de Crohn (*voir plus loin*) peut parfois mimer une appendicite aigüe.

Une douleur iliaque ou hypogastrique, à début brutal, intense, parfois syncopale, qui plus est accompagnée de nausées et vomissements, doit faire évoquer une torsion d'annexe saine ou pathologique. Marion n'a que 5 ans et demi, l'âge moyen de survenue est de 10 ans, mais la torsion d'annexe peut se voir à tout âge et est l'une des rares vraies urgences gynécologiques de l'enfant.

Existence de signes associés

- Une **constipation**, définie par la diminution de la fréquence des selles spontanées à moins de trois par semaine pour le nourrisson et moins de deux selles par semaine chez le grand enfant. Elle est source de douleurs abdominales et d'inconfort et s'explique souvent par une mauvaise hygiène alimentaire avec un régime pauvre en fibres. Bien sûr, des antécédents chirurgicaux pourraient faire évoquer une occlusion sur bride ;

- un ballonnement, une modification de la consistance des selles, l'évacuation de glaires évoquant un **syndrome de l'intestin irritable**, dont les critères diagnostics sont les mêmes que chez l'adulte :

- douleurs abdominales permanentes ou récidivantes calmées par la défécation,
- anomalies de la défécation définies par au moins deux des symptômes suivants : modification de la fréquence ou de la consistance des selles, évacuation de glaires, sensation d'évacuation incomplète,
- ballonnement ou distension abdominale ;

- des **symptômes urinaires** avec dysurie, polakiurie, poussées fébriles, qui font rechercher une infection urinaire basse récidivante, voire une uropathie malformative qui peut être révélée également par le caractère récidivant, bas situé, parfois déclenché par la miction ;

- une **diarrhée**, qui évoque une gastro-entérite, une intolérance alimentaire, une parasitose (Giardiose). La présence de **diarrhées sanglantes**, associées ou non à des signes généraux cutanés, oculaires ou articulaires fait évoquer une maladie inflammatoire chronique de l'intestin (maladie de Crohn ou RCH). Les maladies inflammatoires du tube digestif inexistantes chez le nourrisson touchent des enfants de tous les âges ;

- une **fièvre** et/ou une **toux**, qui devraient faire évoquer une pneumopathie d'une base.

Histoire des symptômes

Une douleur permanente ou récidivante, évoque un très fréquent syndrome de l'intestin irritable,

d'autant plus qu'elle s'accompagne des troubles du transit décrits plus haut et qu'un arrière-plan psychologique est retrouvé.

Une **intolérance au lactose** peut également provoquer des douleurs chroniques associées à des troubles du transit. Les douleurs sont post-prandiales, une meilleure tolérance des yaourts que du lait oriente vers cette hypothèse. Parfois très tôt, dès 3 à 5 ans, les enfants, surtout d'origine africaine ou asiatique, perdent la capacité à digérer le lactose présent dans le lait par diminution progressive de l'activité de la lactase intestinale, ce qui entraîne habituellement une diarrhée osmotique. Le diagnostic est confirmé par le test respiratoire de l'hydrogène expiré.

L'aspect répétitif des douleurs peut faire évoquer une **maladie périodique**, très vite écartée car l'origine ethnique de Marion et l'absence d'arthralgies ne sont pas en faveur d'un tel diagnostic.

Devant des douleurs abdominales chroniques, il faut aussi évoquer une **intoxication chronique par le plomb** utilisé dans certaines très vieilles peintures murales des logements vétustes, qui peut provoquer par ailleurs des troubles du système nerveux, et interroger la famille sur le type d'appartement qu'elle occupe. En cas de doute, un dosage de la plombémie doit être demandé.

Des causes plus exceptionnelles peuvent être évoquées :

- une épilepsie abdominale, surtout s'il existe des antécédents personnels ou familiaux, s'exprimant par une crise douloureuse très aiguë, à début brutal, souvent suivie d'une phase de somnolence ;
- des migraines de l'enfant ayant pour expression principale des douleurs abdominales inaugurées par une pâleur, que l'on pourra évoquer dans un contexte familial évocateur.

Il faut analyser le comportement alimentaire et la courbe staturopondérale

Il convient de regarder attentivement la croissance staturopondérale et de s'assurer qu'il n'y a pas de cassure de la courbe, qui peut signaler, par exemple, le début d'une maladie chronique du tube digestif ou d'une malabsorption.

Il faut, bien sûr, évoquer les habitudes alimentaires de Marion, rechercher une consommation excessive de boissons gazeuses et savoir si elle mange des fruits et des légumes, ce qui n'est pas souvent le cas à son âge. On recherche une anorexie ou une boulimie.

Marion vit dans un immeuble neuf. Elle indique avec sa main que la douleur est localisée autour de l'ombilic. Elle n'a ni fièvre ni nausées. Il n'y a pas vraiment de constipation : les selles sont abondantes, dures au début puis deviennent rapidement plutôt molles, avec parfois l'évacuation de glaires. Les douleurs ne sont pas rythmées par les repas. En outre, l'EVA indique une douleur modérée.

Que recherche l'examen clinique ?

La localisation de la douleur à l'ombilic est plutôt rassurante. Toutefois, la palpation de l'abdomen de l'enfant déshabillée et allongée permettra d'éliminer une douleur localisée à la fosse iliaque droite, une masse abdominale, une hépato-splénomégalie, un gros rein, une hernie.

L'inspection de l'anus permet de rechercher des fissures, provoquées parfois par l'application abusive de suppositoires laxatifs et qui peuvent entretenir une éventuelle constipation.

Le reste de l'examen clinique permet de s'assurer qu'il n'existe ni éruption, ni purpura, ni ictère, ni pâleur évocatrice d'une anémie. Il permet parfois de découvrir des lésions évocatrices de maltraitance.

L'abdomen est bien souple, il n'y a ni défense ni contracture. Marion semble en bon état général. Son développement statur pondéral est normal, sans altération de l'état général ni cassure de la courbe de croissance. En reprenant l'interrogatoire, vous apprenez que Marion est une bonne élève, qu'elle est assez anxieuse et qu'elle a un peu peur d'être réprimandée par son institutrice. Elle déclare apprécier les repas de la cantine, mais sa mère dit qu'elle ne mange pas beaucoup à midi. En rentrant à la maison, Marion est affamée et se jette sur les gâteaux secs et le chocolat. Quand vous lui parlez des toilettes de l'école, elle se rembrunit et déclare qu'elle ne veut pas y aller parce que les garçons ouvrent les portes et se moquent des filles. La maman de Marion confirme que son enfant va à la selle le soir, à son retour de classe ; elle insiste pour que des examens biologiques soient faits, car elle s'inquiète et désire en avoir le cœur net.

Demandez-vous des examens complémentaires ? Que dites-vous à Marion et sa mère ?

Vous êtes donc en présence d'une douleur abdominale récidivante chez une enfant par ailleurs en bonne santé et qui ne présente aucun signe inquiétant. Vous avez évoqué avec les parents toutes les hypothèses diagnostiques. Toute arrière-pensée chirurgicale a été éliminée et vous êtes persuadé que la douleur n'est pas d'origine organique. Marion a probablement un **intestin irritable** qui réagit trop vite et trop fort aux tracas causés par l'école.

Sa mère vous pousse à réaliser des explorations. On lui explique qu'elles ne sont pas utiles au diagnostic, en précisant qu'il pourra être nécessaire d'en pratiquer si la symptomatologie ne s'améliore pas ou se répète dans les semaines suivantes.

Les douleurs abdominales chroniques génèrent l'inquiétude des parents et parfois des médecins. On envisagerait alors un bilan pour éliminer un syndrome inflammatoire ou tumoral, des anomalies anatomiques et des désordres métaboliques. On prescrirait :

- ECBU ;
- NFS, CRP, transaminases, ionogramme sanguin.

L'échographie abdomino-pelvienne n'est pas indiquée. Elle le serait en cas de suspicion de cause chirurgicale, de découverte d'une masse à la palpation, et/ou de pathologie gynécologique.

En règle générale, un entretien bien mené, un examen clinique soigneux en expliquant ce que l'on cherche et une discussion simple avec l'enfant en présence des parents permettent de dédramatiser la situation. Il peut être utile de voir ensuite l'enfant seule, avec son accord et celui des parents.

Il convient de prendre du temps pour écouter l'enfant et lui poser des questions ouvertes. « J'ai mal au ventre » traduit souvent l'incapacité de l'enfant d'exprimer par d'autres mots sa souffrance psychique. Il faut rechercher des dysfonctionnements familiaux (séparation, divorce, maladie, décès) et des tensions scolaires. L'entretien permet parfois de mettre en évidence des troubles de la relation parents-enfant ou de révéler une personnalité particulière de l'enfant (conversion hystérique). La difficulté réside ensuite dans la recherche du juste ton et des mots pour faire prendre conscience du lien entre les problèmes psychologiques et la symptomatologie digestive qui est au premier plan.

Il est dans tous les cas utile de donner des conseils diététiques, par exemple boire suffisamment, manger moins de chocolat, de sucreries et plus de fibres (légumes, fruits, céréales).

S'il existe une réelle constipation, il faut prescrire pendant 5 à 15 jours, selon le résultat :

- un laxatif doux osmotique, par exemple du lactulose en sirop 10 g/15 ml, une graduation de 5 ml le matin ;
- ou un lubrifiant à base de d'huile de paraffine, 1/2 à 2 cuillères à café de gelée par jour en évitant un alitement dans les 2 heures qui suivent la prise.

Il convient de soulager la douleur avec un antispasmodique. Pour Marion, qui pèse 18 kg, on peut prescrire par exemple pendant 3 à 6 jours :

- trimébutine suspension buvable, une graduation 18 matin, midi, soir ;

– ou phloroglucinol, un lyophilisat oral 2 fois par 24 heures à dissoudre dans un verre d'eau.

On peut également temporiser – le temps passé à simplement écouter ayant souvent un effet thérapeutique – et demander à revoir Marion. Si l'entretien ne repère rien d'autre que des soucis scolaires et que les parents de Marion adhèrent à vos hypothèses, les

symptômes de l'enfant iront probablement en s'améliorant.

Bien entendu, on vérifiera son statut vaccinal. À 5 ans, Marion doit avoir eu 4 doses de DTCaHibP, 3 doses de vaccins antipneumococciques, 2 doses de RRO et 3 doses de vaccins contre l'hépatite B.

BIBLIOGRAPHIE

CHERON G. Douleurs abdominales aiguës de l'enfant. *Revue Prat*, 2011, 61 : 615-649.

NAVARRO J, SCHMITZ J. Gastro-entérologie pédiatrique, 2^e éd., Paris, Flammarion, 2000.

RASQUIN A, DI LORENZO C, FORBES D et al. Childhood functional gastrointestinal disorders : child/adolescent. *Gastroenterology*, 2006, 130 : 1257-1237.

CAS N° 33

Madame F. trouve que Géraldine est « fatiguée »

Géraldine F. vient consulter avec sa mère, qui précise d'emblée qu'elle a 16 ans et qu'elle vient d'entrer en terminale, section littéraire. Elle est « en avance » par rapport à sa classe d'âge et va passer le baccalauréat cette année. Mais sa mère la trouve fatiguée et souhaite qu'elle prenne des vitamines parce qu'elle n'a pas beaucoup d'appétit. Ce qui la préoccupe surtout, c'est que Géraldine n'a pas de règles depuis 4 mois. Elle pèse 44 kg pour une taille de 1,65 m. Mais cette maigreur ne semble pas inquiéter Géraldine, qui pense même « qu'elle a du ventre ».

Cette adolescente « fatiguée » paraît cependant très active. Elle pratique la danse deux fois par semaine, ne prend jamais les transports en commun, expliquant qu'elle n'aime pas la foule, et marche au moins 1 heure par jour pour aller au lycée et en revenir. Elle a par ailleurs entrepris d'apprendre le chinois toute seule, car elle forme le projet de partir en Chine cet été. Pourtant, les résultats scolaires de cette jeune fille brillante et sans histoire jusqu'ici marquent un fléchissement. Géraldine est moins intéressée par ce qu'on lui enseigne. Elle semble avoir développé une passion nouvelle pour tout ce qui est asiatique, et en particulier pour la cuisine au soja et à la vapeur. Elle décrit ses amies comme étant trop « scolaires » et « ne pensant qu'à séduire ». En fait, ajoute-t-elle, « c'est ma mère qui croit que je suis fatiguée et que j'en fais trop ».

Elle précise qu'elle n'a jamais eu de rapports sexuels, et la façon dont elle vous le dit — avec une certaine moue de dégoût — ne laisse guère planer de doute.

Quel diagnostic peut-on envisager ?

Cette jeune fille consulte, à la demande de sa mère, pour deux motifs distincts : l'asthénie et l'aménorrhée. Or, d'après les premiers éléments de l'entretien, Géraldine ne semble pas réellement fatiguée. Elle paraît surtout moins motivée par l'école, moins à l'aise avec ses camarades de classe. Il faut toutefois évaluer précisément le degré d'asthénie en interrogeant la jeune patiente sur la qualité de son sommeil, son rôle réparateur, ses capacités subjectives d'attention, de travail scolaire et d'exercice physique.

Il faut ensuite rechercher l'étiologie de son aménorrhée secondaire, définie par une interruption de

3 mois de règles précédemment régulières ou de 6 mois de règles précédemment irrégulières. Malgré le jeune âge de Géraldine et bien qu'elle dise ne jamais avoir eu de rapports sexuels, on ne peut complètement exclure qu'elle soit enceinte. Toutefois, l'aménorrhée de cette adolescente fait suspecter d'emblée une **anorexie mentale**.

En l'absence d'antécédents gynéco-obstétricaux et de prise antérieure de pilule, on pourrait envisager, une hyperprolactinémie tumorale ou iatrogène (prises de neuroleptiques cachés), un déséquilibre thyroïdien, voire un syndrome des ovaires polykystiques.

Comment mener l'entretien et l'examen clinique ?

Il est préférable, quelles que soient les circonstances, de recevoir dans un premier temps Géraldine

seule et de lui parler en tête-à-tête. Ce premier contact est en effet capital. Il vaut mieux demander avec tact

à sa mère de patienter quelques minutes en salle d'attente, en la rassurant et en lui précisant que nous la rappellerons en fin de consultation pour discuter à nouveau.

Le diagnostic d'anorexie mentale étant envisagé, la difficulté de la prise en charge porte sur l'équilibre de l'approche, au cours de la consultation, dans un registre somatique (interrogatoire, examen clinique) et dans un registre psychique (qualité de l'entretien et climat de confiance). Il convient en premier lieu de demander à Géraldine s'il existe un éventuel facteur déclenchant à son changement de comportement : première relation sentimentale, remarques concernant son physique en classe, deuil ou séparation, etc.

Afin de renforcer l'hypothèse diagnostique, la triade classique des trois « A » de l'anorexie mentale – amaigrissement, anorexie et aménorrhée – doit être recherchée.

- **L'amaigrissement** est à évaluer par le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC = poids/taille²). Géraldine pèse seulement 44 kg pour 1,65 m. Son indice de masse corporelle est donc seulement de 16 kg/m². L'amaigrissement doit être noté et le poids constaté à chaque consultation. L'amaigrissement des patients anorexiques est parfois spectaculaire, alors qu'il est activement méconnu par la patiente, qui poursuit un idéal de minceur estompant progressivement ses formes féminines. Des signes cliniques de dénutrition peuvent être associés, même s'ils sont souvent plus tardifs : fonte musculaire, peau sèche, ongles et cheveux cassants, extrémités froides et cyanosées, œdèmes de carence aux membres inférieurs. Une hypotension orthostatique doit être recherchée par la mesure de la pression artérielle en position couchée, puis debout.

- **L'anorexie** correspond, dans ce contexte, moins à une perte d'appétit qu'à une lutte acharnée contre la faim. Géraldine nous a déjà appris son intérêt nouveau pour la diététique asiatique. Or, le caractère quasi obsessionnel de rites nouveaux pour les repas, le tri de certains aliments, le goût pour la confection de recettes contrastant avec les multiples ruses utilisées pour ne pas les consommer sont des signes précoces de la maladie. Ils sont difficiles à mettre en évidence, car ils sont souvent dissimulés. Cela peut s'associer à des manœuvres visant à favoriser l'élimination. L'existence de vomissements provoqués, la prise éventuelle de laxatifs ou de diurétiques, ou encore un mérycisme (régurgitations et remastication des aliments) sont à rechercher. Physiquement, une hypertrophie des glandes salivaires ou des caries associées à des ulcérations buccopharyngées

peuvent témoigner de vomissements répétés. On peut également rechercher des épisodes de boulimie associés, consistant en l'ingurgitation rapide et massive d'une grande quantité de nourriture suivie de vomissements provoqués. La classification des maladies mentales DSM-IV distingue en effet deux types d'anorexie : l'anorexie de type restrictif (sans crise de boulimie ou recours à des vomissements ou des prises de purgatifs) et l'anorexie avec crises de boulimie/vomissements ou prise de purgatifs.

- **L'aménorrhée** précède l'amaigrissement (dans un tiers des cas) ou apparaît secondairement à la restriction alimentaire. Afin d'éliminer d'autres hypothèses, il convient de faire préciser à Géraldine la date de ses premières règles, la durée et la régularité ou non de ses précédents cycles. On recherche également une prise de médicaments à action neuroleptique ou d'une pilule contraceptive. L'aménorrhée de l'anorexie est due à la dénutrition et/ou à l'hyperactivité physique par un blocage de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Elle a aussi possiblement une origine psychique, attestée par le fait que l'aménorrhée peut précéder l'amaigrissement ou perdurer malgré la reprise de poids.

Cette triade des trois « A » s'inscrit dans un ensemble particulier d'attitudes et de représentations que l'on retrouve chez Géraldine. Tous les prétextes sont bons pour « ne pas arrêter une minute ». Son **hyperactivité intellectuelle** (apprentissage du chinois) et **physique** (2 h de danse par semaine, 1 h de marche par jour) est un trait caractéristique de l'anorexie.

Il faut enfin s'intéresser à l'image qu'elle a de son corps. On retrouve constamment une **distorsion de l'image corporelle** (Géraldine trouve son « ventre trop gros », malgré sa maigreur). Ce déni de la maigreur, ce refus de la réalité, qui s'associe à un refus de la féminité, complique, alourdit et envenime toute discussion. L'anorexie permet à Géraldine de garder son corps de petite fille, de retarder le plus longtemps possible son accès à une sexualité féminine adulte.

Au cours de l'entretien avec Géraldine, on recherchera également des troubles psychiques associés comme des troubles obsessionnels, un syndrome anxiodépressif et des idées suicidaires, qui peuvent apparaître au cours de l'évolution de la maladie.

Enfin, on recherchera de principe des signes cliniques en faveur d'une hyperprolactinémie (galactorrhée), d'une hypothyroïdie (frilosité, crampes, diminution de la pilosité, myxoedème, constipation), d'une hyperthyroïdie (thermophobie, polydipsie, diarrhée, palpitations) et d'une hyperandrogénie (hirsutisme, acné, alopecie).

Faut-il demander des examens complémentaires ? Dans quel but ?

Il est utile de demander des **examens complémentaires** qui peuvent contribuer à faire prendre conscience des conséquences physiologiques de ce trouble du comportement alimentaire et serviront de base à la surveillance :

- numération formule sanguine (NFS) pour déceler une éventuelle anémie, en général microcytaire, avec discrète thrombocytopénie et leucopénie avec lymphocytose ;
- ferritine pour préciser la carence en fer ;

- ionogramme, à la recherche d'une hypokaliémie et d'une hypoprotidémie ;
- glycémie à jeun ;
- calcémie avec une albuminémie, phosphatémie ;
- créatininémie ;
- *thyroid stimulating hormone* (TSHus) ;
- dosage de la prolactine et éventuellement des β -HCG plasmatiques pour éliminer les diagnostics d'aménorrhée secondaire.

Comment prendre en charge Géraldine ?

Il est indispensable d'**instaurer une relation de confiance** avec Géraldine, même si elle refuse le projet thérapeutique proposé, et de lui offrir ainsi un recours possible en cas de détresse physique ou morale. Le premier contact est déterminant pour la suite de la prise en charge. Il convient, sans formuler de jugement, de faire entendre à Géraldine qu'on comprend sa souffrance et sa peur de grossir.

Toutefois, il convient de faire preuve de fermeté dans l'exposé du **diagnostic** et de la **gravité de la maladie**. Il faudra demander à Géraldine si elle souhaite que sa mère revienne en consultation et décider avec elle de ce qu'on lui dit. Si l'on ne perçoit pas que Géraldine court un « risque immédiat », il est préférable de s'en tenir au minimum, mais d'insister sur la nécessité d'un suivi régulier et de consultations rapprochés. Toutefois, les parents sont souvent très demandeurs et il est légitime et souhaitable de les recevoir en l'absence de leur fille.

Il est souhaitable d'**impliquer la famille** et de lui faire comprendre qu'il ne s'agit pas d'une banale crise de l'adolescence ou d'un problème diététique qui passera lorsque leur fille se décidera à manger à nouveau. La prise en charge de l'anorexique et de sa famille doit être globale et repose sur la compréhension par la malade et en tout cas par sa famille de l'aspect psychopathologique du trouble. Il est donc nécessaire de demander à voir les parents au plus vite, mais les explications sont souvent mal acceptées, car la réticence à tout changement de la structure familiale est fréquente. L'interrogatoire de la famille frappe par une très fréquente sous-estimation de la gravité de la maladie. Il faut envisager de recevoir ultérieurement le père, trop souvent relégué au deuxième plan par la mère.

Le taux de mortalité souvent lié à la cachexie ou à l'hypokaliémie est évalué à environ 10 p. 100 après

15 ans d'évolution. Malgré tout, le taux de guérison, variable en fonction des études, est plutôt encourageant (de 50 à 80 p. 100, si on tient compte de la triade symptomatique). Les rechutes surviennent dans 10 à 50 p. 100 des cas.

Les **principales complications** à redouter sont les désordres hydro-électriques (hypokaliémie, hyperkaliémie), les troubles cardiaques principalement rythmiques, les infections (cutanées en particulier), l'insuffisance rénale, la rupture gastrique lors d'une réalimentation brutale et des troubles neurologiques avec atteinte cognitive portant sur la concentration. Les convulsions sont très rares. Il est possible d'observer une constipation, aggravée par la prise de laxatifs. Les jeunes filles qui présentent une aménorrhée supérieure à 6 mois peuvent développer une ostéopénie difficile à corriger. Sur le plan psychiatrique, le risque de suicide est élevé. L'anorexie mentale peut s'accompagner d'épisodes dépressifs, de manifestations névrotiques ou hypochondriaques, ou de conduites toxicomaniaques. Près de 50 p. 100 des patientes anorexiques garderont des séquelles psychologiques gênantes.

Les principaux facteurs de mauvais pronostic sont :

- le déclenchement de l'anorexie en phase prépubertaire ou en fin d'adolescence ;
- une maladie de longue durée ou une prise en charge tardive ;
- le déni total des troubles avec perturbation du schéma corporel ;
- un amaigrissement important ou une perte de poids rapide ;
- une boulimie et la prise fréquente de laxatifs ;
- l'existence d'autres troubles psychiatriques associés ;
- des antécédents d'hospitalisation pour anorexie.

Il faut parfois envisager des suppléments en fer, en potassium ou en calcium, en fonction des résultats des bilans biologiques, surtout si la patiente refuse d'être orientée vers une structure spécialisée. C'est un bon moyen pour le généraliste de garder un lien avec ces patientes, qui viennent épisodiquement consulter pour demander un bilan « pour voir si je manque de fer ou de potassium ». Une façon de faire le point sur les carences identifiées et « d'adapter les limites ».

Aucun traitement médicamenteux n'a montré une quelconque efficacité à long terme chez l'anorexique. Les anxiolytiques peuvent aider à passer un cap d'anxiété avant les repas et favoriser ainsi le gain

de poids à court terme en diminuant l'hyperactivité. La prescription d'antidépresseurs ne doit être proposée qu'aux sujets anorexiques présentant un épisode dépressif majeur associé à des conduites restrictives ; les neuroleptiques ne sont indiqués que lorsqu'il existe une symptomatologie psychotique associée.

La prescription d'œstroprogestatifs a l'intérêt, en instaurant des cycles artificiels, de prévenir l'ostéoporose.

Il faudra s'assurer de son statut vaccinal dTP, RRO, hépatite B et méningocoque C. Si elle n'est pas vaccinée contre le papillomavirus, les 3 injections présentent autant d'opportunités de la revoir et de la « surveiller ».

Faut-il orienter Géraldine vers une structure spécialisée ?

Le médecin généraliste ne peut pas prendre en charge seul l'anorexique et sa famille. Il faut donc proposer de consulter une équipe spécialisée avec prise en charge **multidisciplinaire** sans donner l'impression de se défausser. L'objectif de cette prise en charge est double : somatique et psychique. Les différents intervenants se coordonnent pour favoriser l'alliance thérapeutique de la patiente et de sa famille.

Il est préférable de l'adresser à une équipe habituée à ce type de problème, composée de psychiatres, de psychothérapeutes et de nutritionnistes. Le médecin traitant agit alors comme un intermédiaire, en facilitant les relations entre les différents intervenants et la famille. Il est donc important de choisir des équipes qui collaborent facilement, sont aisément joignables et informent en retour sans longs délais.

Le suivi somatique et centré sur des objectifs de poids à atteindre, en commençant par un arrêt de la perte de poids avec, à terme, l'objectif de restaurer les menstruations.

Le suivi psychiatrique repose essentiellement sur un travail psychothérapique. Il nécessite un véritable engagement, un **contrat de soins**, entre la patiente et son thérapeute. L'objectif n'est pas uniquement la reprise de poids, mais aussi la reconnaissance du problème que constitue le trouble du comportement alimentaire. Il s'agit d'un suivi au long cours et qu'il est souhaitable de continuer au moins 1 an après

l'amélioration clinique. Le soutien psychothérapeutique de la famille est également indispensable. Il vise à favoriser l'alliance thérapeutique des parents et à travailler sur le sentiment d'échec vis-à-vis de leur fille. La prescription d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs peut éventuellement être proposée, ponctuellement, selon l'évolution de la maladie.

L'**hospitalisation** s'impose lorsque les soins ambulatoires deviennent impossibles ; c'est-à-dire lorsque l'amaigrissement est supérieur à 40 p. 100 du poids initial, en cas d'apparition de troubles somatiques graves (alcalose hypokaliémique provoquée par les vomissements, cachexie importante avec malaises, complications cardiovasculaires), ou bien en raison de la sévérité des troubles psychiatriques associés. Il est également important de signaler aux parents le recours possible à l'hospitalisation, en cas de tensions persistantes au sein de la famille. L'hospitalisation doit être évitée dans la mesure du possible en première intention et nécessite idéalement un temps de préparation.

Il faut s'attendre à ce que la prise en charge de Géraldine soit longue et ponctuée de réticences tant de la jeune fille, qui tire un certain avantage du pouvoir qu'elle vient d'acquérir sur sa faim, sur son corps, que de son entourage, qui a parfois du mal à accepter une éventuelle modification des relations au sein de la structure familiale.

BIBLIOGRAPHIE

ALVIN P et al. Anorexies à l'adolescence. Paris, Éditions Doin, 1996, 180 pages.

CORCOS M, BOCHEREAU D, DE TOURNEMIRE R et al. Déviations du comportement alimentaire à l'adolescence. Encycl

Méd Chir (Paris Elsevier), Endocrinologie-Nutrition, 2001 : 10-308-D-10.

CORCOS M, BOCHEREAU D, DE TOURNEMIRE R et al. Déviations du comportement alimentaire à l'adolescence.

Encycl Méd Chir (Paris Elsevier), Psychiatrie, 2001 : 37-215-B-60.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Anorexie Mentale : prise en charge. Recommandations pour la bonne pratique. Argumentaire. Paris, HAS, juin 2010.

XAVIER J. Anorexie mentale à l'adolescence. Traité de médecine AKOS, Elsevier (emc-consulte.com), 2008 : 7-0353.

Sites Internet à l'intention des patients et de leurs familles

AFDAS-TCA (Association française pour le développement des approches spécialisées des troubles des comportements alimentaires) : www.anorexiéboulimie-afdas.fr

FNA-TCA (Fédération nationale d'associations des troubles du comportement alimentaire) : www.fna-tca.com

CAS N° 34

Sébastien A., 15 ans, a de l'acné

Sébastien A., 15 ans, est un adolescent plutôt timide que vous connaissez depuis sa naissance. Il consulte pour son acné, accompagné de sa mère. Elle vous dit : « Sébastien a de plus en plus de boutons, ça le complexe, il les manipule, je crains de vilaines cicatrices. On m'a parlé d'un traitement efficace, je souhaite qu'il en bénéficie. »

Sébastien A. a des lésions depuis plusieurs mois. Sa mère a d'abord demandé conseil au pharmacien, qui a proposé un savon et une lotion. L'examen clinique montre une hyperséborrhée, particulièrement au niveau du nez, du front et du menton. La peau est grasse au toucher et recouverte de nombreux comédons et microkystes. Il existe au visage quelques lésions kystiques inflammatoires formant des papules et pustules dont certaines sont excoriées (Figure 1). L'examen du reste du corps montre quelques papulopustules s'étendant au niveau de la partie antérieure du thorax et supérieure du dos.

Quel diagnostic retenir chez ce jeune garçon ?

Devant ce tableau clinique, il est aisé de reconnaître une **acné juvénile**. Nous trouvons réunies l'ensemble des lésions élémentaires : l'hyperséborrhée, des comédons ouverts et oxydés (« points noirs »), des microkystes sébacés fermés (« points blancs »), des papules inflammatoires et folliculaires, le tout limité au visage, au thorax et à la partie supérieure du dos.

Si le diagnostic d'acné est facile, il est important de savoir reconnaître sa forme clinique, qui détermine la conduite à tenir. Ici, il s'agit d'une **acné plutôt réten-tionnelle**, car la majorité des lésions sont microkystiques. On observe peu de papules inflammatoires et de papulopustules, qui dominent dans les acnés à composante inflammatoire. Il faut rechercher des nodules et comédons volumineux débordant la topographie habituelle et la présence de cicatrices témoignant d'une *acné conglobata*, forme sévère de l'acné heureusement assez rare et relevant d'une prise en charge spécialisée.

L'acné juvénile concerne 80 à 90 p. 100 des adolescents, principalement les garçons (deux garçons pour une fille) qui sont dix fois plus fréquemment atteints de formes sévères. Cependant, les filles consultent trois fois plus que les garçons.

Il faut rechercher des **facteurs favorisants** :

- une histoire familiale d'acné ;
- utilisation de cosmétiques très gras ;
- chez une fille, il faut rechercher des signes d'hyperandrogénie éventuellement secondaires à la

prise d'une pilule œstroprogestative à climat androgénique.

Les données de la littérature sur le rôle du stress, de l'alimentation riche en produits laitiers et du tabac ne permettent pas de conclure avec certitude. L'exposition au soleil améliore l'acné transitoirement, pour réapparaître à l'automne sous forme de lésions rétentionnelles par épaississement de la couche cornée.



Figure 1 – Kystes et comédons : acné du visage chez un adolescent.

Il faut rechercher des causes d'**acnés induites**, qui ne sont pas véritablement des acnés :

- prise de médicaments, en particulier des corticoïdes locaux et généraux, des anti-épileptiques, des antituberculeux, du lithium ;

- exposition à des toxiques en particuliers aux huiles industrielles (ce qui pourrait être le cas dans certains lycées professionnels).

Il faut évaluer le **retentissement psychique** de l'acné sur Sébastien. Ce n'est pas simple. Les lésions du visage retentissent systématiquement sur l'image corporelle et par conséquent sur la relation aux proches. Le déni

affiché devant les lésions du visage traduit souvent un découragement après des essais de traitements antérieurs infructueux, alors que le jeune va passer des heures face à son miroir. Le retentissement sur l'image de soi, sur les sorties et les liaisons amoureuses, doit faire partie des interrogations du médecin consulté, afin d'apprécier au mieux le degré d'acceptation de soins prolongés et réguliers. À 15 ans, les garçons appréhendent les rencontres et l'acné ne fera que renforcer cette difficulté. Il est donc important de connaître les échecs éventuels de traitements antérieurs et leurs raisons.

Que dites-vous à ce jeune patient ?

Il faut, dans un premier temps, expliquer à Sébastien, schéma simplifié à l'appui et en termes compréhensibles, que l'acné est une affection du follicule pilosébacée due à quatre facteurs : une hyperséborrhée androgéno-dépendante, une obstruction des orifices folliculaires par kératinisation excessive (après exposition solaire par exemple), une prolifération de bactéries (*Propionibacterium acné*s principalement) et une inflammation périfolliculaire.

Il est indispensable d'insister sur le fait que l'évolution est presque toujours favorable, sans séquelle cutanée si l'on ne manipule pas les kystes, et de donner quelques conseils simples visant à abandonner certaines habitudes nocives :

- ne pas presser soi-même les boutons ni extraire les comédons, ce qui aggrave l'inflammation et favorise l'apparition de cicatrices ;

- ne pas appliquer directement un produit désinfectant, un savon détergent, qui irrite la peau et n'améliore pas l'acné ;

- pour les garçons, le rasage doit être effectué avec un rasoir électrique et non manuel ;

- l'exposition au soleil n'est pas recommandée, car si elle améliore transitoirement l'acné, elle l'aggrave inexorablement ensuite. De plus, les différents traitements de l'acné imposent une photoprotection ;

- enfin, il faut insister sur l'inutilité d'un régime alimentaire particulier.

Il faudra également garder tout au long de la consultation une approche positive en expliquant qu'il existe toujours un traitement efficace, quelle que soit la forme d'acné.

Demandez-vous des examens complémentaires ? Quel traitement proposer ?

Aucun bilan n'est utile. Chez une jeune fille qui présenterait des signes d'hyperandrogénie, il faudrait réaliser un bilan endocrinien.

En cas d'acné nodulaire, *conglobata* ou de forme d'emblée sévère (*acné fulminans*), il conviendrait d'adresser d'emblée le jeune patient au dermatologue.

La stratégie thérapeutique dépend de la nature des lésions et de leur étendue. Dans tous les cas, le traitement d'attaque devra être poursuivi 3 mois avant de juger de son efficacité et il devra être suivi d'un traitement d'entretien.

Si les lésions sont peu nombreuses et l'acné peu étendue, des **soins locaux** suffisent en première

intention. La nature du traitement local va dépendre du type d'acné, rétentionnelle ou inflammatoire.

L'acné de notre patient est principalement rétentionnelle. On lui propose donc un **rétnoïde en topique** sous forme de crème ou de gel ou solution : adapalène à 0,1 % (Differine® crème et gel à 0,1 %) ou trétinoïne de 0,025 % à 0,1 % (Retacnyl® crème à 0,025 % et 0,05 %, Effederm® crème et solution à 0,05 %, Kétrel® crème à 0,05 %, Retin A® crème à 0,05 %, Locacid® crème à 0,05 % et solution à 0,1%). L'application est quotidienne sur peau sèche le soir, après nettoyage avec de l'eau et du savon, le moins détergent possible (pain surgras A-Derma®, Dove®). L'irritation de la peau est un effet secondaire normal.

Les solutions alcoolisées ou les antiseptiques locaux sont déconseillés, car ils sont inefficaces et irritants, voire sensibilisants. En cas de persistance des lésions après quelques semaines de traitement, il est possible d'avoir recours à un dermatologue entraîné pour une extraction des microkystes par microchirurgie, afin d'accélérer l'effet du traitement par topique local.

Si l'acné de Sébastien avait été principalement inflammatoire ou mixte, il aurait fallu prescrire en premier du **peroxyde de benzoyle** à 5 % sous forme de crème, gel (Cutacnyl® gel à 2,5 %, 5 % et 10 %, Panogel gel à 5 % et 10 %, Panoxyl® gel à 5 % et 10 %, Eclaran® gel à 5 % et 10 %, Effacné® gel à 2,5 % et 5 %, Curaspot® gel à 5 %, Brevoxyl® crème à 4 %) en une seule application par jour. Cet agent kératolytique est aussi antibactérien et anti-inflammatoire et il est moins irritant que les rétinoïdes topiques. Il est photosensibilisant dans 2 p. 100 des cas. Il faut informer le patient qu'il décolore les vêtements.

En cas d'intolérance au peroxyde de benzoyle, l'alternative est soit l'**adapalène** à 0,1 %, soit l'**association d'un antibiotique local** tel que l'érythromycine à 4 % (Eryfluid® lotion, Érythrogel® à 4 %, Eryacne® à 4 %, Stimycine® sol à 2,09 %) ou la clindamycine à 1 %

(Dalacine T Topic®, Zindacline® gel à 1 %) à un **rétinoïde topique**, en alternance ou en association fixe. Les antibiotiques locaux possèdent une action anti-inflammatoire propre. Ils ont un effet irritant et asséchant, car ils contiennent de l'alcool. Ils ne doivent plus être utilisés en monothérapie et leur durée d'utilisation ne doit pas dépasser 4 mois, pour ne pas induire de résistance bactérienne. L'acide azélaïque (Skinoren® crème à 20 %, Finacea® gel à 15 %), peut également être utilisé sur les formes mixtes, mais il semble moins efficace en pratique.

En cas de persistance de lésions rétentionnelles et inflammatoires, on peut **associer des rétinoïdes topiques au peroxyde de benzoyle**, à condition de respecter un intervalle de 12 heures entre chaque application : par exemple, peroxyde de benzoyle le matin, rétinoïde topique le soir. Il existe une forme galénique associant de l'adapalène à 0,1 % et du peroxyde de benzoyle à 2,5 % (Epiduo® gel).

Ces soins locaux peuvent être suffisants, mais il faut bien en expliquer les différentes séquences, les effets secondaires (irritation minime, sécheresse de la peau) et rappeler l'exigence d'une photoprotection, qui doit conduire à appliquer un écran total, surtout en période estivale ou l'hiver à la montagne.

Quand faudra-t-il proposer un traitement par voie générale à Sébastien ?

Un traitement par voie générale est indiqué dans trois situations :

- acné sévère (mais sa prise en charge relève alors du dermatologue) ;
- acné inflammatoire modérée ou si les lésions sont étendues d'emblée (acné siégeant au niveau du visage et du thorax) ;
- en cas d'échec de traitements locaux antérieurs.

Devant la persistance d'une inflammation étendue malgré un traitement local bien suivi, on pourra prescrire à Sébastien un **antibiotique** par voie générale qui possède également une activité anti-inflammatoire. La prescription ne doit jamais être inférieure à 3 mois ni supérieure à 6 mois, pour éviter une photosensibilisation, une mycose des muqueuses et l'induction de résistances bactériennes. Il faut de préférence choisir une cycline de première intention, par exemple de la doxycycline (100 mg/j) ou la lymécycline 150 mg (2 gélules par jour). La minocycline ne doit pas être utilisée en raison du risque d'effets indésirables graves (syndrome d'hypersensibilité, hépatite, auto-immunité). Les macrolides, essentiellement l'érythromycine (1 g/j), peuvent être utilisés en cas de contre-indication aux cyclines : grossesse, allaitement, allergie. L'association d'une cycline à

l'isotrétinoïne est formellement contre-indiquée en raison du risque d'hypertension intracrânienne.

L'**isotrétinoïne** (Isotrétinoïne TÉVA®), capsules molles à 5, 10, 20 et 40 mg, ne doit être prescrit qu'en deuxième intention, en cas d'échec de l'antibiothérapie par voie générale prescrite pendant au moins 3 mois. Il peut être également prescrit en première intention dans toutes les formes d'acné sévère. C'est le traitement de l'acné le plus efficace, mais sa tératogénicité, qui concerne également les hommes, et ses effets secondaires imposent des règles de prescription et de surveillance strictes. Il est nécessaire, avant tout traitement, de bien informer le patient des risques encourus et de lui remettre une notice explicative à cet effet. L'évaluation du niveau de compréhension et la signature de l'accord de soins sont recommandés.

Avant toute prescription d'isotrétinoïne, il faut effectuer un bilan biologique comprenant les transaminases, le cholestérol et les triglycérides. Il sera renouvelé après 1 mois de traitement, une fois la posologie maximale atteinte, et tous les 2 mois s'il existe des facteurs de risque tels que diabète, alcoolisme, obésité ou troubles du métabolisme lipidique.

La posologie est de 0,5 à 1 mg/kg/j, soit pour 60 kg : 2 à 3 capsules à 20 mg, en une prise quotidienne au cours d'un repas ou fractionnées à chaque repas. Pour éviter les récives, il est recommandé d'atteindre une dose de 100 à 150 mg/kg pendant une cure continue, soit environ 4 mois. L'aggravation des lésions en début de traitement peut être due à une trop forte dose de charge.

Il faut revoir le patient tous les 2 mois, afin de s'assurer de l'efficacité du traitement et de sa bonne tolérance. Les effets secondaires prévisibles (chéilite, xérose, conjonctivite, sécheresse buccale et nasale) peuvent être contrôlés par des émoullients (Dexeryl®, Cold Cream®), sticks surgras pour lèvres

(stick lèvres au Cold Cream®) et larmes artificielles (Lacrygel®).

L'absence de rémission complète à l'issue de cette dose cumulée est de 15 p. 100 au maximum. Le traitement peut être arrêté brutalement. Les capsules non utilisées devront être remises au pharmacien par les patients.

Après un relatif échec initial sous traitement local par adapalène, les lésions de Sébastien se sont considérablement améliorées après 2 mois de prises de lymécycline 300 mg par jour associées au traitement local. Sébastien a parfaitement compris les conseils d'hygiène de peau et semble plus sûr de lui. Il décide de consulter seul pour son suivi.

Quel traitement d'entretien proposer à Sébastien ?

Il n'est bien sûr pas question de continuer le traitement par lymécycline au-delà de 3 mois. L'efficacité du traitement pourra être maintenue par un traitement local (peroxyde de benzoyle, acide azélaïque, rétinoïde). Toutefois, seul l'adapalène à 0,1 % a démontré son efficacité dans ce cadre, en l'associant

éventuellement au gluconate de zinc oral (Rubozinc® 15 mg, Effizinc® 15 mg). Ce dernier traitement peut également être utilisé chez un patient ayant une acné inflammatoire minime à modérée, en cas de contre-indication, d'efficacité insuffisante ou de mauvaise tolérance des autres traitements généraux.

Particularités de la prise en charge de l'acné chez les femmes

Traitement hormonal

Avant d'envisager un traitement par isotrétinoïne chez une femme, il convient de s'assurer qu'elle ne prend pas de contraceptif hormonal comportant un progestatif androgénique.

Il est possible de prescrire l'association 35 µg d'éthinyl-estradiol à 2 mg d'acétate de cyprotérone (Diane 35®, Minerva®, Holgyème®). Il faut toutefois savoir que ces pilules n'ayant pas l'autorisation de mise sur le marché (AMM) comme contraceptif, elles ne peuvent pas être utilisées sous isotrétinoïne.

Les pilules contraceptives que l'on peut proposer en cas d'acné doivent contenir un progestatif faiblement androgénique ou non androgénique (gestodène, désogestrel, norgestimate, acétate de chlormadinone, drospérinone). Cependant, la seule association contraceptive ayant en France l'AMM « contraception de la femme acnéique » est l'association triphasique éthinyl-estradiol (35 µg) et norgestimate (180, 215, 250 mg) (Tricilest® ou Triafémi®).

Prescription d'isotrétinoïne

Chez les femmes, la prescription d'isotrétinoïne est plus complexe. Les règles de prescription, très précises, doivent être respectées à la lettre en raison du risque tératogène. L'isotrétinoïne est formellement contre-indiqué chez la femme enceinte et la femme en âge de procréer qui n'a pas de contraception efficace. Il est donc impératif d'informer les jeunes femmes de la nécessité d'une contraception efficace et bien suivie : pilule œstroprogestative ou stérilet, ou pilule microprogestative associée à une contraception locale en cas de contre-indication aux méthodes précitées. La contraception devra être commencée 1 mois avant le début du traitement et poursuivie 1 mois après l'arrêt. Aucune ordonnance ne pourra être prescrite, ni délivrée par le pharmacien, sans :

- avoir fait signer un « accord de soin et de contraception », même en l'absence d'activité sexuelle ;
- avoir réalisé un test de grossesse qualitatif (β -HCG plasmatiques), qui doit être négatif ;
- avoir informé la patiente qu'elle devra réaliser un dosage des β -HCG plasmatiques tous les mois et jusqu'à 5 semaines après l'arrêt du traitement.

BIBLIOGRAPHIE

AFSSAPS. Acné. Traitement de l'acné par voie générale. Actualisation concernant l'isotrétinoïne (Roaccutane® et génériques). Paris, AFSSAPS, novembre 2007.

DRENO B. Acné. Encycl Méd Chir (Paris, Elsevier), Dermatologie, 2001 : 98-820-A-10.

GROSSHANS E, REVUZ J, FAURE M. et al. Acné. Annales Dermatolo Vénérol, 2002, 129 : 2S182-2S187.

HAMILTON F, CAR J, LAYTON A. Acne vulgaris. BMJ, 2009, 338 : a2738. doi: 10.1136/bmj.a2738.

TOURAIN R, REVUZ J. Dermatologie clinique et vénérologie, 4^e édition. Paris, Masson, 1997, 416 pages.

CAS N° 35

Mademoiselle Catherine M., toxicomane, veut du Subutex®

Mademoiselle Catherine M., 25 ans, vient consulter pour la première fois. Elle vous est adressée par le réseau de prise en charge de toxicomanes avec lequel vous travaillez. Elle a insisté pour être reçue le jour même de son appel. En salle d'attente, elle ne tient pas en place. Lorsque vous la recevez, elle vous dit « qu'elle veut arrêter l'héroïne, qu'elle n'en peut plus des galères, qu'elle a fait le tour du problème, qu'elle voudrait prendre du Subutex® pour s'en sortir... »

Estimez-vous que vous pouvez prendre cette patiente en charge ?

Avant l'institutionnalisation de la substitution, lorsqu'un toxicomane venait voir un médecin généraliste, c'était le plus souvent dans le but de se procurer une ordonnance au hasard de son chemin. C'est encore parfois le cas. Il y a dès lors un malentendu de base qui, dès le début, bloque la relation. La plupart du temps, la demande de morphiniques ou de psychotropes est justifiée par une volonté affichée de sevrage. Mais, souvent, la démarche est motivée par un « état de manque » lié à un problème d'argent ou à la défaillance du « dealer ». L'absence de franchise et de transparence et l'exercice d'une manipulation souvent habile donnent au médecin le sentiment d'être « utilisé » comme un « dealer ». De plus, le fonctionnement habituel du cabinet est perturbé par des rendez-vous non respectés, une agitation en salle d'attente et parfois des menaces physiques. Ces problèmes, associés au fait que les produits réclamés sont apparentés aux toxiques, avec des règles de prescription contraignantes et la plupart du temps hors AMM, ont rebuté de nombreux médecins, qui n'ont pas souhaité s'investir dans le suivi de patients toxicomanes.

La mise à disposition des traitements dits « de substitution » ayant une AMM (dès février 1996) sous la pression de l'épidémie de VIH a en grande partie modifié cette situation. De nombreux médecins se sont formés et investis, éventuellement dans le cadre de réseaux de soins pluridisciplinaires favorisant la prise en charge de cette nouvelle clientèle de patients dépendants, dont l'accès aux soins a enfin été amélioré et protocolisé. Il est donc désormais plus facile de prendre en charge ces patients. S'il s'avère que le cas de Mademoiselle M. est plus « lourd » et incompatible avec un suivi dans le cadre d'un cabinet de médecine générale, il sera alors possible de la diriger vers un Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Vous pensez donc pouvoir prendre en charge Mademoiselle Catherine M., car vous vous êtes formé et êtes en lien avec un réseau de prise en charge des patients dépendants.

Quels sont vos objectifs thérapeutiques à court et à long termes ? Qu'allez-vous lui proposer ?

La prise en charge de toxicomanes par un médecin généraliste facilite l'accès aux soins de patients dépendants, marginalisés et vulnérables. L'objectif de cette prise en charge est la réduction des risques de comorbidité associés à la toxicomanie. Elle vise donc à :

- diminuer, voire arrêter, la consommation de drogues illicites ;
- éviter les overdoses d'héroïne ;
- prévenir les risques infectieux (VIH, VHC, septicémie et abcès) ;

- réduire la désinsertion sociale (prostitution, vol, prison) ;
- œuvrer pour améliorer les conditions de vie ;
- accompagner le patient dans une période difficile de sa vie où il peut déposer sa « souffrance » chez un professionnel de santé en qui il a confiance.

Le suivi est à organiser de manière progressive, en répartissant les objectifs sur plusieurs consultations.

Si l'état de certains patients nécessite d'emblée un suivi psychiatrique (des troubles sévères peuvent avoir été masqués par une automédication à l'héroïne), d'autres pourront élaborer progressivement une demande d'aide psychothérapique. Dans tous les cas, le recours aux services sociaux et aux autres professionnels du réseau est une étape importante du processus de démarginalisation.

Comment allez-vous mener cette première consultation ?

Le premier contact est important, car l'essentiel de la future relation se joue à ce moment. Il faut, dans la mesure du possible, se dégager de la pression induite par Mademoiselle Catherine M., qui veut surtout un « produit » pour la soulager. Dès les premiers instants, il faut la rassurer en lui disant que nous allons effectivement la soulager en lui prescrivant un traitement adéquat après avoir recueilli les informations essentielles au suivi. Il est nécessaire de :

- préciser la nature et l'importance de la toxicomanie et faire le point sur le désir, souvent ambivalent, de mettre fin à cette « galère ». En milieu libéral, il est très difficile d'évaluer la dépendance aux opiacés de nouveaux patients. Les antécédents, la consommation avouée de drogues (difficile à estimer réellement), l'histoire personnelle, la marginalisation, les dettes financières et les incarcérations éventuelles permettent d'avoir une idée plus précise de l'histoire de la toxicomanie. Il faut demander à la patiente si elle a déjà eu des prescriptions, si elle a déjà pris des médicaments au marché noir, comment elle les a utilisés, (voie buccale, injection, sniff) et quels ont été les résultats. Quelles seringues

utilise-t-elle (à usage unique, partagées ?) A-t-elle déjà fait une overdose ? ;

- lui demander comment elle finance sa consommation, en particulier s'il lui arrive de « revendre » ;
- faire un bilan somatique sommaire en précisant le statut vis-à-vis du VIH et des hépatites. L'examen clinique permet de montrer que le médecin généraliste prend aussi en charge les problèmes somatiques ;
- repérer rapidement une problématique psychiatrique associée. Si tel est le cas, il faut proposer une consultation avec un psychiatre ;
- prendre acte des difficultés psycho-sociales associées à la toxicomanie (famille et amis, travail, ressources, logement, etc.). Connaître la nature de la couverture sociale.

Notre patiente dit avoir commencé la prise d'héroïne vers l'âge de 17 ans. Depuis environ 2 ans, elle en prend tous les jours par voie nasale et en cas de manque, elle prend de la buprénorphine trouvée au marché noir par voie buccale. Elle vit chez un ami, n'a pas d'enfant et se débrouille avec des petits boulots. Elle a gardé le contact avec ses parents qui lui donnent un peu d'argent.

Qu'allez-vous lui proposer ?

Si elle souhaite se faire suivre au cabinet, il faut d'emblée exprimer l'idée d'un **contrat** qui comporte des obligations et des recommandations tant pour la patiente que pour le médecin. Afin de formaliser ce contrat, il est possible d'établir un protocole de soin à adresser au médecin conseil de l'assurance maladie (ALD non exonérante).

La **patiente** doit s'engager :

- à être suivie par le même médecin et le même pharmacien ;
- à respecter les autres patients (par exemple pas de tabac dans la salle d'attente) ;

- à respecter le médecin : se présenter à l'heure aux rendez-vous, ne pas le prendre pour un « dealer » (« c'est juste pour une ordonnance, il y en a pour 3 minutes... »).

Le **médecin** doit considérer cette patiente à égale de tout autre sur tous les plans :

- administratif : il la reçoit sur rendez-vous, à son tour. Elle paye (bien entendu à l'aide de la CMU si besoin) et a droit à une consultation normale, jamais « entre deux » ;
- prise en charge globale : le médecin généraliste doit rester dans son rôle et s'enquérir des problèmes

physiques, psychiques et, le cas échéant, s'en occuper tout en considérant également les problèmes sociaux et culturels ;

– suivi : le généraliste s'engage à assurer la continuité des soins, même lorsqu'il est absent, car ce traitement ne doit pas être interrompu brutalement.

Si la patiente avait été cliniquement en état de « manque » (pouvant s'exprimer par des douleurs intolérables, une agitation, des sueurs, des diarrhées, des vomissements voire une mydriase), il aurait fallu l'orienter vers une structure spécialisée ou aux urgences.

Buprénorphine

Lors de cette première consultation, nous allons lui prescrire de la buprénorphine. La buprénorphine haut dosage (Subutex®) est commercialisée en comprimés sublinguaux à 1, 4 et 6 mg. Elle est inscrite sur la liste 1 des médicaments prescrits et délivrés sur ordonnance, mais elle est soumise aux règles de prescriptions des stupéfiants.

C'est un antagoniste et agoniste des récepteurs μ des opiacés, absorbé rapidement et de durée d'action longue (25 heures environ). Si la patiente prend la buprénorphine après avoir consommé d'autres opiacés, elle risque d'observer un état de manque du fait d'une compétition au niveau des récepteurs. De même, si elle consomme des opiacés après avoir pris de la buprénorphine, elle en sentira moins les effets. L'augmentation des prises de buprénorphine ne permet pas toujours de majorer les effets ou de retrouver les effets obtenus avec l'héroïne : il existe un seuil au-delà duquel les effets sont bloqués (effet plateau).

Par ailleurs, la buprénorphine a également des propriétés anxiolytiques, antidépressives et antipsychotiques qui peuvent expliquer la réapparition des troubles psychiatriques sous-jacents lors des tentatives de sevrage.

Prescription

La buprénorphine peut être prescrite par tout médecin sur une ordonnance sécurisée, pour une durée maximale de 28 jours. **Le nom, le prénom, l'âge du patient, la posologie, le nombre d'unités par prise, le nombre de prises, la durée du traitement, le rythme de la délivrance et le nom du pharmacien choisi doivent figurer sur l'ordonnance.** Sauf mention expresse du médecin, l'ordonnance est délivrée pour 7 jours. Il faut informer la patiente que

si l'ordonnance est présentée plus de 48 heures après sa date d'établissement, elle ne peut être exécutée que pour la durée du traitement restant à courir. Le « chevauchement » – par exemple une ordonnance pour 2 semaines renouvelée au bout de 10 jours – est interdit, sauf mention spécifique du médecin.

En pratique, pour cette première consultation, la prescription de buprénorphine sera faite pour **2 à 5 jours maximum**. La délivrance sera rapprochée (voire quotidienne). On insistera dès le début sur l'importance de la prise unique et sublinguale. Mademoiselle Catherine M. commencera par 1 comprimé de 2 mg. Dès les premiers symptômes de manque, elle augmentera progressivement chaque jour jusqu'à une dose d'équilibre (elle se situe en général entre 8 et 16 mg/j). Il faut choisir avec elle un pharmacien et prendre contact directement avec lui afin de se mettre d'accord sur les modalités de délivrance de la buprénorphine.

Contre-indications

Les contre-indications de la buprénorphine sont l'insuffisance respiratoire et l'insuffisance hépatique sévère. L'association avec les benzodiazépines et l'alcool majore le risque de surdosage et la survenue de dépression respiratoire. La buprénorphine est déconseillée pendant la grossesse (surtout le troisième trimestre, pour des problèmes de sevrage du nouveau-né). Actuellement, il est plutôt conseillé de mettre les femmes enceintes sous méthadone mais de ne surtout pas de les sevrer.

Effets indésirables

Les effets indésirables les plus fréquents sont : nausées, vomissements, constipations, céphalées, insomnies, asthénie, somnolence, sueurs. Des atteintes hépatiques de type cytolytique, d'évolution le plus souvent favorable, ont été observées dans les conditions normales d'utilisation. D'autres effets indésirables sont liés aux mésusages de la buprénorphine : certains patients s'injectent par voie veineuse la buprénorphine, la consomment par voie nasale ou plus rarement en fumant. Dans ce cas, l'injection de comprimés de buprénorphine peut entraîner une hépatite médicamenteuse.

Mademoiselle Catherine M. repart avec son ordonnance et un rendez-vous pour dans 3 jours. Il faut en même temps lui rappeler que nous avons accepté de la recevoir en urgence, mais que c'était à titre exceptionnel.

Comment mener la seconde consultation ?

Il faut s'assurer que la patiente prend une posologie adaptée par voie sublinguale et évaluer si elle respecte

la monoprise. Les prises multiples dans la journée peuvent faire suspecter une reprise des injections.

Le **surdosage** entraîne une fatigue, une somnolence, une constipation, des nausées et des céphalées, et le **sous-dosage** un état de manque avec envie d'héroïne, une nervosité, une transpiration, des douleurs diverses, des crampes et des malaises. Dans ce cas, les doses quotidiennes de buprénorphine doivent être adaptées.

En cas d'angoisses, il ne faut pas donner d'autres psychotropes : il est préférable d'augmenter la dose de buprénorphine (la dose moyenne se situe entre 8 et 16 mg par jour).

Il faut compléter le dossier médical de la première consultation ; parfois, poser les mêmes questions avec du recul et sans urgence apporte des réponses différentes. Il faut préciser :

- l'histoire de la toxicomanie : ancienneté, produits, mode d'administration, sevrages, traitements, autres drogues, alcool, tabac, cannabis, addictions comportementales (anorexie, boulimie, sports, jeux, etc.) ;

- le mode de vie passé et actuel : logement, revenus, conditions de vie, relations avec la famille et les amis, diplômes, carrière, travail, chômage, couverture maladie, mutuelle (CMU), ressources, allocations diverses, Cotorep, etc. ;

- les problèmes de santé et le suivi médical :
 - antécédents médicaux,
 - dépistages, en particulier VIH, hépatite B et C,
 - suivi gynécologique : contraception, frottis,
 - vaccins dTP voire coqueluche, hépatite B si sérologie négative, 2 vaccins RRO,
 - problèmes dentaires,
 - autres ;

- les problèmes psychologiques : troubles du comportement dans l'enfance, retard scolaire, violences familiales, sexuelles, maltraitance (en sachant qu'il est parfois très délicat et très difficile d'aborder ces sujets), états dépressifs, tentatives de suicide, troubles du sommeil.

Comment envisager la prise en charge au long cours ?

Cette prise en charge est longue et difficile, et les résultats sont incertains. Comme souvent dans le cas d'une maladie chronique, entre 5 et 18 p. 100 des patients restent abstinents 1 an après l'arrêt de la substitution.

Pour autant, il ne faut pas se contenter de renouveler systématiquement les prescriptions sans se préoccuper des possibilités de diminuer les doses, de faire émerger une demande de psychothérapie et d'avoir pour objectif le sevrage. Cet objectif doit rester un « horizon thérapeutique » nécessaire, même s'il est parfois lointain.

La psychothérapie de longue durée avec un thérapeute extérieur à toute prescription de psychotrope peut contribuer à mieux préparer un sevrage ultérieur.

L'éventualité d'une rechute fait partie du suivi et il est très important de faire prendre conscience à la patiente que la prise en charge est centrée sur elle et

non sur les produits et qu'elle est la seule bénéficiaire de ses efforts.

En cas d'échec de la buprénorphine (effets indésirables, revente, injection, prise nasale), on peut envisager la prescription de méthadone, qui impose le passage par un des Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), voire par un médecin hospitalier spécialisé.

Il faut travailler en coordination avec le pharmacien, mais aussi avec l'assistante sociale pour s'occuper des éventuels problèmes sociaux. Le travail en réseau permet le maintien de la permanence des soins, un éventuel relais par un autre médecin, en cas de vacances ou d'incompatibilité d'humeur, toujours possible. De plus, le réseau constitue un soutien pour les médecins généralistes isolés, puisqu'il permet l'accès de patients « recommandés » par le réseau, le partage des informations, une formation continue et la participation à des activités de recherche.

BIBLIOGRAPHIE

- ALFORD DP, LABELLE CT, KRETSCH N et al. Collaborative care of opioid-addicted patients in primary care using buprénorphine: five-year experience. *Arch Intern Med*, 2011, 171 : 425-431.
- CARPENTIER J. Des toxicomanes et des médecins, un drame en 3 actes et 47 tableaux. Paris, L'Harmattan, 2000, 271 pages.

- DEGLON JJ, WARK E. Methadone : a fast and powerful anti-anxiety, anti-depressant and anti-psychotic treatment. *Heroin addiction and related clinical problems*, 2008, 10 : 47-54.
- DE LUCA M., GAGNON A, MUCCHIELLI A et al. Suivi des patients pharmaco-dépendants aux opiacés traités par buprénorphine haut dosage à partir de réseaux de soins. *Ann Med Intern*, 2000, 151 (suppl A) : A27-A32.

GIBIER L. Prise en charge des usagers de drogues. Paris, Doin, 338 pages.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Réduire les mauvaises utilisations des médicaments de substitution des opiacés. Recommandations pour la pratique clinique. Paris, HAS, juin 2004.

JAURY P. La substitution et après. Dans le secret des drogues et des virus. Paris, Frison-Roche, 2002, 3 : 336-342.

JAURY. P, PEYREBRUNE. C. Les rôles et les pratiques des médecins généralistes. Traité d'Addictologie. Paris, Flammarion, 2006 : 289-295.

Coordonnées de Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) disponibles sur www.drogues-info-service.fr.

CAS N° 36

Sonia B., 23 ans, veut prendre la pilule

Sonia B., âgée de 23 ans, souhaite prendre « la pilule ». Elle commence une relation qu'elle souhaite stable avec un « copain de faculté » et a déjà eu des rapports avec lui, protégés par préservatifs. Ses dernières règles ont débuté 9 jours avant cette consultation. Elle n'a jamais eu d'examen gynécologique. Elle déclare fumer moins de 10 cigarettes par jour depuis 5 ans.

Quels sont les éléments à envisager au cours d'une demande de contraception ?

Répondre à une demande de contraception n'est pas un simple acte technique qui consiste à choisir, parmi une longue liste de contraceptifs, le mieux adapté. Chaque première consultation de ce type correspond à une histoire qui touche à l'intimité, une expérience nouvelle de la sexualité, avec ses pudeurs et ses inhibitions. La meilleure contraception n'est pas toujours celle que le médecin envisage de prescrire, mais celle qui sera souhaitée, comprise et acceptée par l'utilisatrice et qui correspond à son mode de vie et à sa sexualité.

Il est d'abord nécessaire de connaître le niveau des connaissances de la patiente dans ce domaine. Connaît-elle d'autres méthodes contraceptives ? A-t-elle déjà pris une pilule contraceptive ? Que sait-elle

des exigences et des contraintes d'une contraception bien suivie ?

C'est aussi l'occasion de refaire le point avec elle sur les risques d'IST. On évoquera l'intérêt d'une sérologie VIH pour elle et son partenaire avant l'abandon du préservatif. On demandera une sérologie hépatite B si elle n'a pas été vaccinée et ou n'en a aucune trace.

Il faudra essayer de préciser l'ancienneté des premiers rapports pour voir si elle peut encore bénéficier d'une vaccination contre le HPV (rapports depuis moins de 1 an).

Ce sera l'occasion de s'assurer qu'elle a bien reçu 2 doses de vaccins ROR et de vérifier la date du prochain rappel dTP.

Quelle contraception lui proposer ?

Sonia B. vient « demander la pilule », il convient de répondre à sa demande.

Si, chez Sonia B., la **pilule** semble la méthode de contraception la mieux adaptée à ses besoins du moment, il faut l'informer que ce choix est « réajustable ».

La pilule de première intention est une contraception œstroprogestative, réversible, qui consiste à prendre régulièrement un comprimé (au moins 21 jours sur 28). L'effet contraceptif commence dans les 7 jours qui suivent la première prise et la fertilité est restaurée dans les 3 mois qui suivent l'arrêt. La pilule de référence repose sur l'association d'éthinylestradiol (dosé à 30 µg) et d'un progestatif (par exemple le lévonorgestrel).

Il peut être utile de lui présenter les autres méthodes de contraception hormonale, leurs modalités, leurs avantages et leurs inconvénients :

- les **patchs œstroprogestatifs** d'éthinylestradiol et norelgestromine (EVRA®). Dans ce cas, l'œstroprogestatif passe par voie percutanée. Cette contraception est aussi efficace que par voie orale. Le patch est à changer toutes les semaines pendant 3 semaines, avec arrêt d'une semaine ;

- l'**anneau vaginal œstroprogestatif** éthinyles-tradiol-étonogestrel (NuvaRing®). Le contraceptif est sous la forme d'un anneau à insérer dans le vagin. Il est à laisser en place pendant 3 semaines, avec arrêt

d'une semaine. Cette méthode nécessite un apprentissage, mais peut éviter les oublis de la prise quotidienne. Il peut être retiré pendant les rapports à condition d'être replacé dans les 3 heures ;

- la **méthode contraceptive hormonale** peut reposer sur des progestatifs seuls (noréthistérone ou lévonorgestrel). C'est une contraception de seconde intention, d'efficacité légèrement inférieure à celle des œstroprogestatifs, qui expose à des troubles du cycle (aménorrhée, spotting). Ce n'est probablement pas la méthode la mieux adaptée pour Sonia dans l'immédiat. Elle existe sous différentes formes :

- *pilule progestative*, qui nécessite un suivi plus rigoureux avec une prise à heure fixe,

- *implant à la progestérone* (étonogestrel) (Implanon®), qui est inséré après anesthésie locale en sous-cutané dans la face intérieure du bras. Il est efficace pendant 3 ans. Son retrait est parfois difficile ;

- *injection intramusculaire de progestatif à résorption lente*, qui est à renouveler tous les 2 mois pour la noréthistérone ou tous les 3 mois pour la médroxyprogestérone (Depo Provera®).

La pose d'un **stérilet** (ou dispositif intra-utérin, DIU), théoriquement possible, n'est a priori pas une bonne indication en première intention pour cette jeune fille qui n'a encore jamais eu d'examen gynécologique, et chez qui l'insertion peut s'avérer difficile. Il existe des DIU au cuivre ou des DIU délivrant une faible dose de lévonorgestrel, d'efficacité identique. Si le DIU au cuivre expose à une augmentation des saignements menstruels ou des douleurs abdominales, le DIU à la progestérone expose à des saignements irréguliers ou à des aménorrhées.

Les **préservatifs masculins ou féminins** ont une efficacité contraceptive moindre que la contraception hormonale. Ils assurent toutefois simultanément une contraception et une prévention des IST (sauf pour le papillomavirus).

Enfin, un certain nombre de méthodes n'ont pas fait preuve de leur efficacité contraceptive : le diaphragme ou la cape cervicale, les spermicides ou les méthodes naturelles (retrait, méthode « Ogino », prise de température, etc.). Ces méthodes sont plus contraignantes et exposent à un risque élevé de grossesse non désirée pour une jeune fille qui est à un âge de fertilité maximum.

Quelles questions poser pour vérifier l'absence de contre-indication ?

L'hypertension artérielle et les antécédents personnels de maladie thrombo-embolique artérielle ou veineuse sont des contre-indications absolues, de même que les migraines avec aura ou symptômes neurologiques, le diabète compliqué et les maladies hépatiques graves (cirrhose, hépatites virales en cours, lupus, dyslipidémies).

Toute maladie rare ou pathologie tumorale nécessite de vérifier l'absence de contre-indication.

Les antécédents familiaux de maladie thrombo-embolique avérée avant 55 ans justifient de différer la prescription après un bilan complet d'hémostase. Il n'est jamais inutile d'insister en citant les noms de maladies qui « parlent » à la patiente : phlébite, embolie pulmonaire, infarctus du myocarde.

Le tabagisme ne contre-indique pas formellement la contraception orale œstroprogestative avant l'âge de 35 ans. Toutefois, le risque d'infarctus du myocarde augmente avec l'âge et le nombre de cigarettes

fumées par jour. Le moment venu, on profitera d'une occasion pour sensibiliser Sonia B. à l'arrêt du tabac. S'il est utile d'expliquer que les risques vasculaires liés à la pilule augmentent avec l'âge et que l'association tabac/pilule augmente ce risque, il faudra éviter les attitudes culpabilisantes.

Il convient de vérifier l'absence de prise de médicaments inducteurs enzymatiques pouvant diminuer l'efficacité contraceptive des œstroprogestatifs. Si c'est le cas, on préférera une autre méthode. Chez cette femme jeune, il faudra en particulier s'assurer qu'elle ne prend pas de carbamazépine, de lamictal (diminution de l'efficacité du lamictal) ou du phénobarbital pour une épilepsie dont elle ne parle pas spontanément. Il en est de même pour un traitement antirétroviral comportant du ritonavir pour une infection par le VIH ou de la rifampicine pour une tuberculose. Enfin, il faut se méfier du millepertuis pris en automédication pour une « déprime ».

Quel examen clinique doit-on pratiquer chez cette jeune patiente ?

Il faut noter son poids et sa taille et calculer l'IMC. La mesure de la pression artérielle permet de repérer une hypertension artérielle méconnue.

La palpation des seins est fortement recommandée afin de dépister un éventuel nodule.

L'examen gynécologique n'est pas indispensable (voire contre-productif) lors de la première prescription de pilule, en particulier chez les jeunes filles qui ont eu peu de rapports sexuels, voire aucun. Il faut toutefois l'évoquer, en précisant qu'il sera réalisé lors d'une consultation ultérieure. Pour le médecin, le fait d'être un homme

peut rendre la tâche délicate, mais cela ne justifie pas d'y renoncer.

Le frottis cervico-vaginal sera effectué selon les recommandations tous les 3 ans à partir de 25 ans. Toutefois, lorsque les rapports ont débuté très tôt (ce qui n'est pas le cas de Sonia B.), il est opportun de débiter le premier frottis au moins 5 ans après.

Faut-il demander des examens complémentaires ? Si oui, lesquels ?

En l'absence de facteurs de risque personnels ou familiaux, aucun bilan n'est nécessaire d'emblée. La pilule œstroprogestative peut entraîner une augmentation de la glycémie et du bilan lipidique. Un bilan lipidoglycidique simple, associant le dosage de la glycémie à jeun, du cholestérol total et des triglycérides, doit être proposé après 3 à 6 mois de prise de pilule. En l'absence d'anomalie, ce bilan sera renouvelé tous les 5 ans.

En cas de risque métabolique (hyperlipidémie, diabète dans la famille, surcharge pondérale) un bilan glucido-lipidique doit être effectué avant de débiter la pilule, puis 3 à 6 mois plus tard.

En cas d'antécédent familial d'accidents thromboemboliques répétés, le bilan d'hémostase doit

comprendre : temps de Quick, temps de céphaline activé (TCA), dosage de l'antithrombine, des protéines C et S et test de résistance à la protéine C activée en présence de plasma déficient en facteur V. Une réponse positive à l'un de ces tests imposerait un avis spécialisé et la recherche de mutations spécifiques.

Il est habituel d'ajouter, sur la première ordonnance, une sérologie de la rubéole, même en cas de notion vaccinale antérieure, afin d'envisager une vaccination en cas de négativité. De même pour la varicelle, si la patiente pense ne pas l'avoir eue. Ce peut être aussi l'occasion de lui proposer de faire une sérologie VIH déjà évoquée.

On ne retrouve aucun antécédent personnel ou familial particulier, quelle pilule prescrire ?

Devant l'absence de contre-indication chez cette jeune femme, une pilule œstroprogestative semble la plus indiquée du fait de son efficacité et de sa bonne tolérance.

Il existe de nombreuses pilules œstroprogestatives commercialisées :

- selon le type de progestatif contenu dans l'association, la pilule est dite de deuxième génération (progestatif ancien, tel que le lévonorgestrel, la noréthistérone ou le norgestrel) ou de troisième génération (progestatif plus récent, tel que le désogestrel, le gestodène ou le norgestimate) ;

- selon le dosage d'œstrogène, on parle de pilule minidosée (< 50 µg d'éthinylestradiol) ou normodosée (50 µg d'éthinylestradiol, uniquement retrouvé dans l'association Stédiril®). Les pilules minidosées limiteraient les risques d'accidents cardiovasculaires, les nausées, vomissements et les céphalées ;

- selon l'évolution des dosages d'œstrogène et de progestérone au cours du cycle, on parle de pilule mono-, bi- ou triphasique. Les monophasiques ont une dose fixe d'œstrogène et de progestérone. Les pilules bi- ou triphasiques ont des dosages variables

d'œstrogène ou de progestérone au cours du cycle afin de théoriquement diminuer les saignements intermenstruels.

Les pilules œstroprogestatives ne sont pas toutes prises en charges par l'assurance maladie. Les pilules œstroprogestatives microdosées de deuxième génération à 30 µg d'éthinylestradiol ont été les plus étudiées. Les pilules de troisième génération n'ont pas fait preuve de leur supériorité. Les pilules bi- ou triphasiques n'ont pas fait preuve d'une meilleure tolérance.

En première intention, on préférera proposer une **pilule remboursée, monophasique, microdosée** à 30 µg d'éthinylestradiol associée à du lévonorgestrel (Minidril®, Ludéal®). Une pilule à 20 µg d'éthinylestradiol (associée au lévonorgestrel) a récemment été commercialisée (Leeloo®). Par rapport aux pilules de références, elle manque encore d'évaluations. Elle a plus fréquemment été à l'origine de métrorragies ou d'aménorrhées que les pilules de référence.

Les pilules microdosées biphasiques (Adépal®, Pacilia®) ou triphasiques (Trinordiol®, Amarance®,

Daily®, Evanecia®) sont également remboursées par l'assurance maladie.

Les pilules de troisième génération sont essentiellement monophasiques. Actuellement, la plupart ne sont pas remboursées, sauf certaines composées de désogestrel (Désobel® ou Désogestrel éthinyloestradiol Biogaran® à 20 ou 30 µg, Varnoline continue®).

Elles peuvent toutefois être délivrées gratuitement par les centres de planification pour les mineures dans de nombreux départements.

Certaines situations spécifiques peuvent amener à proposer préférentiellement certaines pilules :

- en cas d'**acné**, on peut proposer une pilule œstroprogestative contenant de l'acétate de cyproterone (Diane 35®) ou ses génériques (Holgyeme®, Minerva®, Evepar®, Lumalia®). Ces pilules ne sont pas remboursées par l'assurance maladie. Elles peuvent être prises en charge par certaines mutuelles. Toutefois, bien qu'utilisées en pratique, elles ne bénéficient pas, dans leur AMM, d'une indication contraceptive. Une seule pilule dispose d'une double AMM « contraception et acné légère à modérée ». Il s'agit d'une association œstroprogestative combinée minidosée triphasique (Tricilest® ou Triafémi®). Des pilules de troisième génération à base de

drospirénone (analogue structurel de l'aldactone ; Jasmine®, Jasminelle®) semblent intéressantes dans cette indication, sans en avoir fait la preuve actuellement. Du fait à leur analogie avec l'aldactone, elles justifient de surveiller la kaliémie et les interactions médicamenteuses ;

- en cas d'**hyperœstrogénisme** (pertes blanches abondantes, prise de poids et œdèmes, nausées et vertiges, syndrome prémenstruel avec mastodynies), il faut préférer une pilule peu dosée en éthinyloestradiol (Leeloo®) ou à progestatif prédominant ;

- en cas de **contre-indication aux œstrogènes**, on lui aurait proposé une pilule microprogestative remboursée (Microval®) en insistant sur le respect de l'horaire de prise. En cas de **migraine** ou de céphalées apparaissant à l'arrêt de la pilule chez une patiente qui n'en avait pas auparavant, il vaut mieux arrêter les pilules œstroprogestatives pour les remplacer par un progestatif seul ;

- en cas de **nausées** occasionnées par la pilule, on peut proposer une pilule moins dosée en éthinyloestradiol à 15 ou 20 µg. Cette jeune femme sera revue 3 mois plus tard afin d'apprécier la tolérance et de modifier la prescription si besoin.

Quelles informations donner ?

Une consultation pour une demande de première contraception prend du temps et nécessite de la pédagogie.

Il est important d'insister sur des **notions de base**, concernant la plaquette :

- la pilule doit être prise régulièrement pour être pleinement efficace. Les comprimés doivent être pris dans le sens de la plaquette, en respectant un horaire régulier, que ce soit le matin ou le soir ;

- elle peut être, soit débutée le **premier jour des prochaines règles**, soit immédiatement (*quick start*) ;

- si la patiente préfère attendre le premier jour des prochaines règles, on insiste sur la nécessité d'utiliser des préservatifs en attendant le début du prochain cycle suivant la consultation. Si elle préfère la méthode *quick start* en commençant la plaquette le soir même sans attendre les prochaines règles, il est nécessaire de se protéger par des préservatifs les 7 jours qui suivent la première prise, la pilule n'étant efficace qu'au huitième jour ;

- après 21 jours de prise, l'arrêt dure 7 jours. On reprend ensuite le huitième jour sans tenir compte de la date des règles. Ces informations, même si elles apparaissent en clair sur toutes les notices qui accompagnent les plaquettes, doivent

être explicitées, puis indiquées de façon lisible sur l'ordonnance ;

- l'une des principales difficultés de la contraception orale est l'oubli. Il y a parfois un intérêt à prescrire les conditionnements à 28 comprimés pour les patientes perturbées par l'arrêt de 7 jours. Il est possible de changer de méthode contraceptive, à condition de ne pas arrêter une contraception sans en avoir une autre.

Lorsque la plaquette est débutée avec un retard supérieur ou égal à 2 jours, après la date prévue, la patiente devra utiliser une contraception supplémentaire durant les 7 jours suivants et utiliser la contraception d'urgence si elle est appropriée.

La survenue de vomissements ou d'une diarrhée sévère dans les 4 heures qui suivent une prise peut entraîner une inefficacité transitoire et imposer les mesures préconisées en cas d'oubli de moins de 12 heures. Si les épisodes se répètent plusieurs jours de suite, il est alors nécessaire d'associer une autre méthode contraceptive jusqu'à la reprise de la plaquette suivante. Il faudra y penser en particulier en cas de gastro-entérite.

L'**information sur la contraception d'urgence** doit être donnée lors d'une consultation de ce type.

Conduite à tenir en cas d'oubli

La conduite à tenir en cas d'oubli devra être expliquée. Il faut insister sur les risques de grossesse lors des oublis de la première semaine et de la fin du cycle et sur l'importance de ne pas dépasser 7 jours entre deux plaquettes. Lorsque l'oubli date de moins de 12 heures, il suffit de reprendre la pilule oubliée immédiatement et de poursuivre le traitement normalement, en prenant le comprimé suivant à l'heure habituelle.

Au-delà de ce délai de 12 heures, tout dépend à quel moment de la plaquette la pilule est oubliée :

- si l'oubli a lieu entre le premier et le septième jour, le risque de grossesse est important. Il faut prendre le comprimé oublié le plus rapidement possible et prendre la pilule suivante à l'heure habituelle. Il est possible que 2 pilules soient prises en même temps. Il faut aussi conseiller une contraception supplémentaire, non hormonale, pendant les 7 jours qui suivent l'oubli et proposer une contraception d'urgence si un rapport a eu lieu dans les 3 jours précédents l'oubli ;
- si l'oubli a lieu en milieu de plaquette entre le septième et le quatorzième jour, il n'y a pas de risque de grossesse. Il faut donc poursuivre la plaquette sans précaution particulière, en prenant le plus rapidement possible la pilule oubliée ;
- si l'oubli a lieu entre le quatorzième et le vingt-et-unième jour, le risque de grossesse est également important : il faut poursuivre la plaquette, ne pas faire l'arrêt de 7 jours et reprendre la plaquette suivante immédiatement, car une période de 7 jours est nécessaire pour bloquer une éventuelle ovulation. Ainsi, il n'est pas nécessaire de prendre d'autres précautions contraceptives ;
- si la patiente oublie une pilule non active (plaquettes comportant 28 pilules), il n'est pas nécessaire qu'elle la reprenne. Elle peut continuer sa plaquette comme d'habitude et commencer la plaquette suivante normalement. Aucune contraception supplémentaire n'est nécessaire.

On peut également proposer à la patiente de consulter le site Internet g-oublieunpilule.com, qui propose des conseils adaptés pour chaque type de pilule.

Il existe actuellement deux méthodes : médicamenteuse ou par DIU.

Les « pilules du lendemain » actuellement commercialisées sont :

- le lévonorgestrel (Norlevo®), qui est un progestatif pur, délivré par le pharmacien sans ordonnance médicale et gratuitement pour les jeunes filles mineures. La boîte contient un seul comprimé dosé à 1,5 mg, qu'il faut prendre en une seule prise le plus rapidement possible après un rapport non protégé (la limite est de 72 heures, mais l'efficacité est meilleure si la prise a lieu dans les 48 heures qui suivent le rapport). Cette contraception d'urgence resterait assez efficace pour être tentée dans les 5 jours qui suivent un rapport sexuel non protégé. Il n'existe pas de contre-indication à la prise de Norlévo® ;

- l'ulipristal (Ellaone®), est un agoniste-antagoniste du récepteur de la progestérone remboursé à 65 p. 100. Il a l'indication de contraception post-coïtal jusqu'à 5 jours après un rapport non protégé. Son

efficacité et sa tolérance ne sont pas supérieures à celle du lévonorgestrel.

La « pilule du lendemain » n'est pas efficace à 100 p. 100. Il faut donc informer la patiente que la survenue d'un retard de règles, au-delà de 5 jours, doit faire vérifier l'absence de grossesse par un dosage de β -HCG plasmatique. Il semble souhaitable de prescrire systématiquement une pilule du lendemain sur la même ordonnance pour éviter une grossesse non désirée après oubli de pilule.

La pose d'un DIU au cuivre dans les 5 jours qui suivent le rapport non protégé est une autre option, également très efficace. Elle a l'avantage de proposer de manière combinée une contraception d'urgence et une contraception au long court.

Enfin, il est indispensable de rappeler à cette jeune fille qu'elle peut « appeler » et demander conseil par téléphone si besoin, et qu'elle peut revenir pour changer de contraception si elle l'estime nécessaire.

BIBLIOGRAPHIE

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Paris, HAS, décembre 2004.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Paris, HAS, juillet 2010.

PRESCRIRE RÉDACTION. Prévenir les grossesses non désirées. Rev Prescrire, 2009, 29 : 447-450.

PRESCRIRE RÉDACTION. Contraceptifs oraux estroprogestatifs commercialisés en France au 25 juin 2010. Rev Prescrire, 2010, 30 : 665.

ROBIN C, MASSART P, LETOMBE B. La contraception des adolescentes en France en 2007. Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 2007, 35 : 951-967.

Sites Internet

www.choisirscontraception.fr

www.inpes.sante.fr (brochure « Questions d'ados » de l'INPES téléchargeable)

www.g-oublieunpilule.com

CAS N° 37

Mademoiselle Stéphanie A. a des saignements sous pilule

Vous recevez en consultation Mademoiselle Stéphanie A., 28 ans, qui vient d'emménager près de votre cabinet. Elle a le même partenaire depuis environ 1 an. Elle prend depuis quelques mois une pilule contraceptive œstroprogestative dosée à 15 gammas d'éthinylestradiol, prescrite par son précédent médecin. Il lui a conseillé cette pilule car elle a peur de prendre du poids. Elle n'a pas d'antécédents particuliers et ne fume pas.

Depuis quelques jours, alors qu'elle est en milieu de plaquette, elle a constaté des saignements vaginaux. Elle est inquiète.

Quels diagnostics évoquer et sur quels éléments ?

Il faut faire préciser l'abondance des saignements, leur durée, la date de début, leur aspect et leur abondance : « Est-ce comme des règles ? »

L'hypothèse la plus probable, chez cette jeune fille sous œstroprogestatifs très faiblement dosés en œstrogènes, est une atrophie de l'endomètre responsable de saignements (**spotting**). Les saignements sous pilule sont fréquents, en particulier au cours des 3 premiers mois de traitement.

Toutefois, on doit systématiquement évoquer une **grossesse intra- ou extra-utérine** chez une jeune femme qui présente des saignements gynécologiques, même sous pilule. Il peut y avoir eu un problème d'observance, qu'il s'agisse d'oubli même unique, ou de vomissements dans les 3 heures qui ont suivi une prise de pilule. Le moindre doute justifie la prescription d'un test de grossesse.

Une **infection génitale**, en particulier à *Chlamydiae trachomatis*, peut s'accompagner de saignements. Il faut rechercher l'existence de douleurs pelviennes basses, de leucorrhées ou de signes fonctionnels urinaires. Il faut aussi évoquer la présence éventuelle de symptômes chez le partenaire à type de brûlures ou d'écoulements. Cette hypothèse doit conduire à la prescription d'un prélèvement local pour une analyse microbiologique. Chez les femmes symptomatiques, la méthode de référence diagnostique d'infection à *Chlamydiae trachomatis* est la méthode d'amplification génomique sélective (PCR) sur prélèvement du col utérin (associé à celui de l'urètre ou

vagin pour augmenter les chances de diagnostic). On profitera de ce prélèvement pour rechercher une infection à gonocoque et à trichomonas (les mycoplasmes sont rarement responsables de symptômes sauf *Mycoplasma genitalium*, responsable d'urétrites chez l'homme).

Si Mademoiselle Stéphanie A. refuse ce prélèvement, on peut lui proposer un dépistage par auto-prélèvement vaginal ou dans une moindre mesure sur les urines de premier jet mais après 2 heures de continence (examen moins sensible), que l'on propose désormais aux jeunes femmes asymptomatiques, vue la prévalence élevée des infections génitales à *Chlamydiae trachomatis* dans cette population.

Un **myome** ou un polype utérin, causes classiques de métrorragies, ne sont pas évoquées d'emblée compte tenu de l'âge de la patiente et du type de saignement. En cas de doute, une échographie pelvienne sera prescrite. C'est toutefois l'occasion de demander la date du dernier frottis cervico-vaginal de dépistage.

Une **interaction médicamenteuse** (anti-épileptiques, rifampicine, griséofulvine ou autres inducteurs enzymatiques, antirétroviraux) peut aussi être envisagée, de même que des saignements favorisés par la prise de médicaments comme l'aspirine ou les antidépresseurs IRS.

Un **trouble de l'hémostase** révélant une maladie hématologique débutante est une éventualité exceptionnelle.

Qu'apporte l'examen clinique ?

L'examen gynécologique peut être difficile à réaliser, du fait des réticences de la patiente qui saigne et éprouve parfois une certaine gêne.

L'examen au spéculum permet de constater que les métrorragies proviennent bien de l'intérieur de l'utérus et que le col est sain. Au cours de cet examen, on vérifie l'état de la muqueuse vaginale et de la région vulvaire, ainsi que la nature des sécrétions vaginales. La présence de sang pourra aussi gêner l'examen et il sera parfois utile de procéder à un « mouchage du col » à l'aide de compresse pour le faciliter.

Le toucher vaginal recherche une douleur à la mobilisation de l'utérus et des annexes et une éventuelle masse latéro-utérine.

Le frottis cervico-vaginal ne sera pas réalisé, compte tenu des saignements. Si nécessaire, il faudra programmer une consultation ultérieurement.

Dans le cas présent, Stéphanie A. est certaine de ne pas avoir oublié sa pilule, elle n'a ni douleur, ni perte vaginale anormale, ni brûlure en urinant, ni démangeaison vulvaire. Elle ne prend aucun autre médicament. Son partenaire ne semble pas avoir de symptômes et elle n'a pas d'autre partenaire. Son dernier frottis a été fait il y a 2 ans. L'examen clinique est strictement normal, en dehors de minimes pertes rouges foncées provenant de l'orifice du col. Elle ne prend aucun autre médicament.

Que penser du choix de sa pilule ? Doit-elle poursuivre ce traitement ? Faut-il lui en prescrire une autre pour la prochaine prise ?

L'hypothèse la plus vraisemblable, devant l'apparition de ces petits saignements isolés dits « spotting », lors de la prise sans oubli de contraceptif oral, est donc un **saignement lié à l'atrophie de l'endomètre** fréquent sous pilule œstroprogestative faiblement dosée.

Si le saignement survient dans les premiers mois de prescription, il est généralement admis de proposer de poursuivre le même contraceptif pendant 3 mois et d'en changer seulement si les saignements persistent.

Lorsqu'on débute une contraception, en première intention, on préférera proposer une pilule remboursée, monophasique, microdosée à 30 µg d'éthinylestradiol associée à du lévonorgestrel

(Minidril®, Ludéal®). Ce dosage permet de diminuer les risques de spotting. Une pilule à 20 µg d'éthinylestradiol (associée au lévonorgestrel) a récemment été commercialisée (Leeloo®). Par rapport aux pilules de référence, elle manque encore d'évaluations. Elle a plus fréquemment été à l'origine de métrorragies ou d'aménorrhées que les pilules de référence.

En deuxième intention, une pilule bi- triphasique pourra être envisagée. Ces pilules ne font pas prendre plus de poids.

Certaines femmes ont des spottings quel que soit le type de pilule prescrite. Il faut, dans ce cas, envisager un autre type de contraception si le symptôme est jugé trop inconfortable.

Que faites-vous et que dites-vous à la patiente ?

Il faut rassurer cette jeune femme en lui expliquant que son examen clinique est normal et que les saignements observés correspondent à une atrophie de l'endomètre provoquée par des pilules œstroprogestatives en général, et plus particulièrement par les moins dosées en œstrogène. Afin d'éviter le risque d'arrêt de la contraception et, en conséquence, celui d'une grossesse non désirée, il vaut mieux prévenir le risque de spotting lors de la prescription de pilule, car il s'agit d'une éventualité fréquente, surtout en début de prise (20 p. 100 des cas).

Il n'y a pas lieu de prévoir d'examen paracliniques (prélèvements cervico-vaginaux ou échographie par exemple), sauf si des signes associés font craindre une autre pathologie ou une grossesse.

Toutefois, on lui indiquera la nécessité de faire un frottis cervico-vaginal dans l'année à venir.

Bien entendu, on lui dira qu'il serait bien de la revoir à distance pour sa contraception, mais aussi pour faire le point sur ses vaccinations.

BIBLIOGRAPHIE

- COMPEL A. Métrorragies sous pilule : attitude thérapeutique. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2008, 37 (suppl 8) : S356-364.
- HAS – ANAES. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Paris, ANAES, décembre 2004.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Diagnostic biologique de l'infection à *Chlamydiae trachomatis*. Paris, HAS, juillet 2010.
- PRESCRIRE RÉDACTION. Prévenir les grossesses non désirées. *Rev Prescrire*, 2009, 29 : 447-450.
- PRESCRIRE RÉDACTION. Contraceptifs oraux œstroprogestatifs commercialisés en France au 25 juin 2010. *Rev Prescrire*, 2010, 30 : 665.
- ROBIN C, MASSART P, LETOMBE B. La contraception des adolescentes en France en 2007. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 2007, 35 : 951-967.
- SERFATY D. Contraception. Paris, Masson, 2002.

Site Internet

www.contraceptions.org

CAS N° 38

Madame H. se plaint de règles abondantes

Madame H., 46 ans, vit en France depuis 20 ans ; elle a rejoint son mari dans le cadre du regroupement familial et n'a jamais travaillé. Elle comprend très mal le français et ne le parle pas du tout. Elle vient en consultation toujours accompagnée de sa fille qui a 16 ans, chargée de la traduction. Elle a cinq enfants qui ont entre 14 et 28 ans, les deux aînés sont nés en Turquie. Les grossesses et les accouchements se sont déroulés normalement. Les cinq enfants ont tous été allaités pendant 1 an environ. Actuellement, elle n'utilise pas de contraception. Un frottis, réalisé il y a 1 an, était normal.

Madame H. a des règles irrégulières depuis quelques mois, plus abondantes qu'auparavant, et signale un épisode d'aménorrhée de 2 mois suivi de plusieurs cycles courts. Aujourd'hui, elle se plaint que ses règles durent depuis 8 jours et qu'elles sont plus abondantes et plus douloureuses qu'à l'habitude. De plus, elle a saigné deux fois en milieu de cycle. Elle ne prend aucun traitement et n'a pas de contraception.

Quelles difficultés cette consultation pose-t-elle ?

L'objectif de la consultation est d'identifier et de prendre en charge les saignements et les troubles du cycle de Madame H. Il conviendra également de vérifier si elle relève d'une contraception. Toutefois, la consultation est complexifiée en raison de la barrière linguistique, qui nécessite la présence d'une interprète.

Dans le cas présent, sa fille assiste à la consultation et traduit. Il est possible, dans certaines régions, de faire appel à un interprète professionnel neutre et lié par le secret professionnel. Toute consultation avec l'assistance d'un interprète demande davantage de temps et exige du médecin qu'il soit non seulement attentif à la patiente mais aussi à l'interprète et à la relation qui les lie.

Il n'est pas inhabituel, en médecine générale, d'avoir besoin d'un tiers dans le cabinet médical. Mais, bien que ce tiers soit ici indispensable, sa présence peut altérer la relation entre patient et praticien, et amener à modifier certaines questions, en particulier celles qui se rapportent à la sexualité. Cela vaut particulièrement dans le cas qui nous occupe, car il peut être embarrassant pour cette jeune fille d'aborder les problèmes gynécologiques de sa mère. D'autre part, elle peut aussi s'inquiéter pour la santé de sa mère, et son inquiétude peut perturber le déroulement de la consultation.

Il est nécessaire d'obtenir l'accord de la mère et de la fille pour parler ensemble de ces questions. Il arrive fréquemment que les enfants-interprètes découvrent au cabinet médical le motif de la consultation alors même qu'ils ne peuvent plus refuser leur participation. Parfois, les parents n'imaginent pas d'autres solutions, alors que d'autres recours comme faire appel à une voisine ou à un habitant relais seraient envisageables. Dans la situation présente, la mère peut être mise en difficulté parce que le rapport mère-fille est inversé. Il faut donc être attentif à ce que Madame H. comprenne qu'elle a notre soutien, même si elle ne parle pas notre langue. Il est important que la consultation soit menée en regardant la patiente et en s'adressant directement à elle et non à l'interprète. Il faut enfin veiller, autant que possible, à ce que la durée de l'interprétation concorde avec la longueur des propos.

Le climat de confiance ainsi créé permettra à Madame H. d'exprimer toutes ses craintes concernant son état de santé. Cela favorisera la poursuite des soins et la pérennisation du suivi. Cette attitude empathique, qui favorise l'accès et la continuité des soins, doit viser à réduire les inégalités sociales de santé. En effet, les migrants sont surreprésentés parmi les catégories sociales les plus défavorisées qui ont un sur-risque de mortalité prématurée.

Quelles hypothèses diagnostiques évoquer ? Comment s'orienter ?

Le diagnostic le plus probable est celui de **règles hémorragiques liées à des modifications de l'endomètre en rapport avec un déséquilibre hormonal en période de périménopause**. Cette période qui débute autour de 40 ans s'accompagne de modifications du cycle. Elle se caractérise très souvent par des cycles irréguliers (souvent plus courts) et des modifications des règles. L'interrogatoire doit préciser la nature des cycles, l'abondance des règles, et rechercher l'existence de douleurs et de signes de périménopause : syndrome prémenstruel, dysménorrhée, tension mammaire, trouble du sommeil, irritabilité, troubles vasomoteurs.

Comme elle signale des saignements entre les règles, il ne faut pas « passer à côté » d'une cause organique. Il faut évoquer un possible **myome**. Les fibromes, en particulier sous-muqueux, sont la cause la plus fréquente de ménométrorragies. Toutefois, on peut trouver un fibrome sans qu'il soit responsable des saignements. Il faut aussi être vigilant sur la possibilité d'un **cancer de l'utérus** ou des ovaires.

L'hypothèse d'une **grossesse**, bien que moins probable à son âge, ne doit pas non plus être écartée. Mais il peut être difficile de demander à Madame H. devant sa fille si elle est susceptible d'être enceinte.

Enfin, on vérifie qu'il n'existe pas d'autres saignements, qui pourraient évoquer un trouble de l'hémostase lié à une maladie hématologique débutante.

L'examen au spéculum recherche l'origine utérine du saignement et la présence de leucorrhées. Le toucher vaginal vérifie l'intégrité du vagin, de la vulve et du col. Il recherche une douleur évocatrice d'**endométrite** parfois responsable des métrorragies. Le toucher vaginal peut retrouver un utérus fibromateux, une masse annexielle (kyste ou cancer de l'ovaire). Il faudra demander à Madame H si elle souhaite que sa fille retourne en salle d'attente pendant la durée de l'examen.

La pression artérielle est de 120/70. Le poids est de 78 kg pour 1,60 m. Il n'existe ni dyspnée ni pâleur anémique. L'abdomen est souple sans hépatomégalie. Il n'y a ni œdème des membres inférieurs ni circulation abdominale collatérale. L'examen au spéculum est peu contributif, car la cavité vaginale est pleine de sang, mais (après tamponnement à l'aide de compresses sèches) le col est visible et sain. Au toucher vaginal, l'utérus semble de taille normale, mais l'examen est difficile chez cette femme qui présente une surcharge pondérale et n'arrive pas à se détendre complètement.

Quels examens complémentaires demandez-vous ?

Compte tenu de l'existence de métrorragies, il est nécessaire de prescrire une **échographie pelvienne** pour écarter une cause organique, d'origine ovarienne ou utérine. On demandera en particulier à l'échographiste de rechercher une éventuelle hyperplasie endométriale ou un polype qui indiqueraient la réalisation d'une hystérocopie. Il faudra choisir, si possible, un lieu proche du domicile de la patiente et, de préférence, prendre le rendez-vous pour elle. Cet examen doit être fait a priori en dehors des périodes de saignements, car la présence de sang dans l'utérus en rend l'interprétation difficile.

Il n'y a pas lieu de refaire un frottis de dépistage, le dernier ayant été réalisé il y a 1 an et le col étant sain à l'examen.

Il est souhaitable de demander un bilan biologique.

Les dosages hormonaux (FSH et œstradiol) n'ont pas d'intérêt dans cette situation, car ils n'apportent rien au diagnostic et aux décisions. Le dosage de FSH n'est pas recommandé pour le diagnostic de périménopause ou de ménopause. La prise en compte de

l'âge et des signes cliniques (irrégularités des cycles, aménorrhée associée à des bouffées de chaleur, une sécheresse vaginale, des sueurs nocturnes) ainsi que le recours au test au progestatif doivent être privilégiés.

En revanche, une numération formule sanguine, une CRP et une ferritinémie permettent de documenter une éventuelle anémie ferriprive et/ou une infection. Un dosage des β -HCG plasmatiques permet d'écarter, dans ce contexte d'interrogatoire difficile, un doute sur une éventuelle grossesse.

Cela peut être l'occasion de demander d'autres examens, compte tenu de son âge et de sa surcharge pondérale : dosage de la glycémie, bilan lipidique avec dosage du cholestérol-LDL et HDL et de la créatininémie. Compte tenu de la prévalence élevée des dysthyroïdies infracliniques dans la période périménopausique et du surpoids de Madame H., il est licite de lui prescrire également un dosage de TSHus.

Cette consultation peut aussi être l'occasion de programmer une **mammographie de dépistage**.

Que dites-vous ? Que proposez-vous à la patiente dans l'immédiat ?

Il est intéressant, dans un contexte culturel différent, de savoir ce qui inquiète et gêne cette femme. Certaines femmes voient arriver toute modification du cycle avec inquiétude, parce qu'elle met en jeu la fécondité. D'autres au contraire voient arriver la ménopause avec un certain soulagement, dans la mesure où cela correspond à la fin des grossesses dont toutes n'ont pas été désirées. Il est utile de savoir que la décision de venir consulter arrive souvent après avoir pris conseil auprès des femmes de sa communauté, amies, voisines, belle-mère, et qu'elle peut avoir entendu parler de cancer ou de toute autre pathologie.

Il faut donc expliquer à Madame H. que les troubles des règles sont fréquents à son âge. Ils précèdent la ménopause de quelques années. Ils peuvent être améliorés par un traitement progestatif. Il est nécessaire d'évoquer la possibilité d'une grossesse, et de proposer un traitement qui soit en même temps contraceptif.

On explique à la patiente que la prise de sang vise principalement à s'assurer qu'elle n'est pas anémiée et que l'on en profite pour faire un bilan de santé plus global.

Dans l'immédiat, pour « diminuer les saignements », on peut lui proposer un fibrinolytique – acide tranexamique (Exacyl®, Spotof®) – à la dose de 6 mg/j pendant les 3 premiers jours des règles puis à dose dégressive. On ne commencera une éventuelle supplémentation en fer qu'après les résultats de la prise de sang (la posologie et la durée du traitement dépendant du taux de ferritinémie).

Madame H. revient vous voir rapidement avec ses résultats. Son échographie ne montre pas d'anomalie ovarienne ou utérine. Il n'y a pas d'hyperplasie muqueuse. Sa numération montre une anémie ferriprive avec une hémoglobine à 10 g/l, une ferritinémie à 8 µg/l et une CRP à 5 mg/l.

Quel traitement proposez-vous à Madame H. ?

Il est nécessaire de lui proposer une supplémentation en fer pendant une période d'au moins 3 mois compte tenu de son stock très bas de ferritine, par exemple sulfate ferreux et acide ascorbique (Fero-Grad® 500 mg, 1 comprimé par jour) ou sulfate ferreux et acide folique (Tardyferon B9®, 2 comprimés par jour). Pour éviter l'arrêt du traitement en cas d'effets secondaires, il faudra expliquer à Madame H. qu'elle risque d'être un peu constipée et qu'elle ne doit pas s'inquiéter de la couleur noire de ses selles.

La prise en charge classique des méno-métrorragies fonctionnelles pérимénopausiques repose sur la prescription de progestatifs. On proposera à Madame H. un traitement par progestatifs du 16^e au 25^e jour du cycle, voire à partir du 10^e jour du cycle si les résultats sont insuffisants.

Il faudrait lui proposer de suivre ce traitement 20 jours avec un arrêt de 8 jours, si la patiente souhaite une contraception.

Les progestatifs les plus souvent utilisés sont les progestatifs de synthèse : promégestone (Surgestone® 0,125 mg, 0,250 mg ou 0,500 mg), nomégestrol (Lutényl®), médrogestone (Colprone® 5 mg) ou chlormadinone (Lutéran® 5 mg ou 10 mg). Les progestatifs naturels, progestérone (Utrogestan®) et dihydrogestérone (Duphaston® 10 mg), peuvent également être utilisés, en sachant que ce sont ceux pour lesquels on a le plus de recul concernant les effets indésirables

possibles, mais qu'ils ne sont pas contraceptifs. On peut également être amené à arrêter ce traitement si ces troubles des règles ne la gênent pas et s'ils n'ont pas de conséquence sur son taux d'hémoglobine. Ces prescriptions méritent de longues explications pour obtenir une bonne adhésion au traitement, surtout lorsqu'ils occasionnent une prise de poids.

D'autres thérapeutiques ont fait la preuve de leur efficacité. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens, par exemple l'acide méfénamique (Ponstyl®), dont l'efficacité a été validée par une revue systématique Cochrane, peuvent être proposés en première intention. Mais leurs effets indésirables gastriques et leur néphrotoxicité limitent leur utilisation.

D'autres options efficaces peuvent être proposées au cas par cas, en fonction des données cliniques et des plaintes et désirs de la patiente. Les principaux sont le traitement hormonal substitutif en continu associant des œstrogènes aux progestatifs, la pose d'un dispositif intra-utérin avec du lévonorgestrel ou un traitement par danazol.

En cas de difficultés, il pourra être nécessaire d'adresser la patiente à un gynécologue pour avis.

La période de la pérимénopause est une période de transition dont la symptomatologie est souvent fluctuante. Plusieurs consultations seront peut-être nécessaires afin d'assurer une prise en charge satisfaisante des femmes de cette tranche d'âge.

BIBLIOGRAPHIE

- AFFSAPS. Les traitements médicamenteux du fibrome utérin. Paris, AFFSAPS, octobre 2004.
- ATTALI C, BREART D, DELANOE D et al. Femmes, Médecins et Ménopauses. Paris, Masson, 2003.
- CHEN E.C, DANIS PG, TWEED E. Menstrual disturbances in perimenopausal women : What's best ? J Fam Pract, 2009, 58 : E3.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Intérêt des dosages hormonaux de FSH et LH chez les femmes à partir de 45 ans. Paris, HAS, janvier 2005.
- HEDON B, DARGENT D, MADELENAT P, FRYDMAN R. Méthodes de contraceptions. Gynécologie. Universités francophones, Paris, Ellipse, 1998 : 473-495.
- KIRSTEN D. Medical management of perimenopausal menorrhagia : an evidence-based approach. Menopause Int, 2007, 13 : 14-18.
- QUEREUX C. Contraception. Rev Prat, 2003, 53 : 781-789.
- SAHIN NH, KHARBOUCH SB. Perimenopausal contraception in Turkish women : A cross-sectional study. BMC Nurs, 2007, 6 : 1. doi: 10.1186/1472-6955-6-1.

CAS N° 39

Monsieur Robert D. a maigri

Monsieur Robert D., qui consulte habituellement au cabinet, vous a demandé une visite à domicile car il ne se sent pas bien. Il a 78 ans et il est veuf depuis 1 an. Cela fait 6 mois que vous ne l'avez pas vu car, après le décès de sa femme, il est allé vivre quelques temps chez sa fille qui vit à 500 km de chez lui. Retraité de la marine marchande, il vit depuis 30 ans dans une maison du bord de mer. C'est un homme cultivé, curieux et habituellement actif.

Lorsqu'il vous ouvre la porte, vous le trouvez ralenti et très amaigri. Il vous dit qu'il se sentait trop fatigué pour venir au cabinet. Il précise qu'il est revenu de chez sa fille depuis 1 mois, qu'elle s'est bien occupée de lui, et que la présence de ses petits-enfants a été un précieux réconfort après le décès de sa femme.

Jusqu'alors, sa santé était bonne, hormis une coxarthrose, qui depuis 2 ans l'obligeait à réduire ses déplacements, et une hypertension artérielle contrôlée par de l'énalapril 20 mg associé à 12,5 mg d'hydrochlorothiazide. Il fume 3 cigares par jour. Au cours de la dernière consultation de suivi, il était affecté par le décès de sa femme mais semblait réagir. Monsieur Robert D. pesait alors 74 kg pour une taille de 1,78 m. Sa pression artérielle était de 135/85 mmHg, l'examen clinique était sans particularité.

Le dernier bilan biologique dont vous disposez date de 10 mois : glycémie : 1,00 g/l, natrémie : 139 mEq/l, kaliémie : 4,5 mEq/l, créatininémie : 125 μ mol/l (14 mg/l), NFS normale.

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ? Qu'attendez-vous de l'interrogatoire ?

On se trouve devant un homme amaigri, ralenti et fatigué, qui a perdu sa femme il y a 1 an. Visiblement, l'amaigrissement a été rapide.

Compte tenu du contexte, ce tableau clinique évoque une **insuffisance nutritionnelle** liée à un brutal changement des conditions de vie, éventuellement à un **syndrome dépressif**. Mais on peut aussi évoquer une anorexie et/ou une perte de poids en rapport avec une **maladie organique**. Ces deux causes peuvent être intriquées.

Il faut préciser la vitesse de l'amaigrissement et savoir si l'appétit est conservé.

L'interrogatoire recherche des signes d'orientation :

• des **symptômes qui peuvent évoquer une cause organique** :

- irritabilité, tremblements : hyperthyroïdie,
- polyurie, polydipsie : diabète,
- dysphagie, nausées, vomissements, troubles du transit, douleurs abdominales, rectorragies : possible maladie digestive, en particulier néoplasique,
- problèmes buccopharyngés, hyposalorrhée : infection ou cancer,

- fièvre, frissons : infection,
- toux, expectoration, dyspnée, hémoptysie : cancer, tuberculose,
- arthralgies, douleurs osseuses : maladie inflammatoire, cancer,
- dysurie, hématurie : cancer des voies urinaires ;

• des **signes qui peuvent faire évoquer une dépression**.

Des questions ouvertes permettront à Monsieur D. de témoigner de son sentiment de perte, de son deuil et de sa souffrance morale. On peut s'aider des items du « **mini-GDS** » (Geriatric depression scale) adaptés à la situation :

- Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?
- Vous sentez-vous découragé et triste ?
- Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? On recherche également des troubles du sommeil ;

• des **troubles cognitifs débutants**, troubles de la mémoire, troubles praxiques, perturbation des activités simples de la vie quotidienne : téléphone, transport, prise de médicaments, gestion du budget.

L'interrogatoire tente de mesurer l'importance de l'asthénie par son retentissement dans les activités quotidiennes. Il précise si Monsieur D. a une perte d'appétit ou s'il a réduit la quantité de ses repas, leur fréquence, s'il éprouve des difficultés pour effectuer son ravitaillement, si une modification récente a eu lieu dans son entourage, telle que le départ d'un commerçant de proximité habituel. Il est utile, à ce stade et avec l'accord du patient, d'inspecter le réfrigérateur et les placards pour vérifier les « provisions ».

On recherche également une **automédication**, par exemple la prise d'AINS gastrottoxiques. Il faut s'assurer que le patient n'a pas une consommation excessive d'alcool qui pourrait remplacer les repas.

Monsieur D. ne sort presque plus de chez lui car « il n'a pas envie » et il compte un peu sur ses voisins pour

faire ses courses, mais il ne veut pas abuser de leur temps. De ce fait, il mange de la viande deux fois par semaine, les jours de marché, des œufs et presque jamais de poisson. Le reste de son alimentation est constitué de légumes du jardin, de fromage, de féculents ou de légumes secs ; il consomme peu de fruits, sauf des pommes du jardin.

Il a des prothèses dentaires récentes qui ne le blessent pas et n'a pas de dysphagie. Il ne se plaint d'aucun symptôme, mais il convient qu'il a moins d'appétit qu'auparavant et qu'il se réveille la nuit. Il n'a a priori pas de troubles mnésiques.

Il dit que, depuis quelques mois, il se sent trop fatigué en soirée pour se préparer un dîner, ajoutant : « ce n'est pas comme avant, lorsque ma femme faisait la soupe et que nous dînions tous les deux ». Il n'a plus d'activité physique et se contente de maintenir son jardin en état pour cueillir les légumes, « et puis c'était le plaisir de ma femme », ajoute-t-il.

Qu'apporte l'examen clinique ?

L'examen permet de repérer des signes d'orientation en faveur d'une maladie organique susceptible d'entraîner une dénutrition et d'en évaluer la gravité.

Dans ce contexte, on recherche en particulier des signes faisant évoquer une pathologie à l'origine d'un hypercatabolisme :

- des signes d'anémie, une hépatomégalie, une splénomégalie, une masse abdominale ou pelvienne, des adénopathies, en faveur d'une pathologie inflammatoire ou tumorale ;
- des signes d'infection ;
- un globe vésical, même si Monsieur D. ne signale aucun signe urinaire ;
- une constipation ou une fausse diarrhée évoquant un fécalome ;
- des anomalies neurologiques focales ou un syndrome extrapyramidal.

Il convient de vérifier l'absence de déshydratation concomitante à son amaigrissement, fréquente à cet âge. Elle peut être seule responsable de l'asthénie, de la perte de poids et d'éventuels troubles cognitifs.

Il convient d'évaluer la **dénutrition** :

- le *poids* est une donnée indispensable pour apprécier l'état nutritionnel des patients. Il permet de calculer l'indice de masse corporelle (P/T^2 , normale entre 22 et 25 kg/m² chez la personne âgée) ;
- la *variation du poids*, en pourcentage, permet d'envisager une dénutrition lorsqu'elle est supérieure à 5 p. 100 en 1 mois (ou 10 p. 100 en 6 mois). Encore faut-il disposer d'un poids de référence. Un amaigrissement

est parfois signalé par les patients ou leur entourage sans qu'il soit retrouvé lors de la pesée ;

– la *mesure de la circonférence brachiale* la plus grande (normale supérieure à 23 cm). Une circonférence brachiale comprise entre 22 et 21 cm est un signe de dénutrition modérée. Lorsque qu'elle est inférieure à 21 cm, elle est plus sévère. L'épaisseur cutanée tricipitale évalue la masse grasse. Lorsqu'elle est inférieure à 10 mm chez la femme et à 6 mm chez l'homme, elle définit également la dénutrition.

– l'examen de la peau et des phanères recherche des signes de dénutrition protéique et donc de *conséquences de la dénutrition* : chute des cheveux, peau sèche, perte de la queue du sourcil, visage terne, troubles trophiques des phanères, pétéchies, troubles vasomoteurs et œdèmes des membres inférieurs.

Par ailleurs, il convient d'examiner l'état buccodentaire et de rechercher des troubles de la déglutition, qui peuvent parfois expliquer les difficultés à s'alimenter.

L'examen clinique est difficile à cause de la lenteur du patient. Monsieur D. pèse 58 kg (IMC : 18 kg/m²). Sa dénutrition semble modérée (circonférence brachiale à 22 cm) et sa force musculaire est conservée. Le reste de son examen clinique n'apporte pas d'informations supplémentaires : il n'y a aucun signe d'appel clinique en faveur d'une maladie inflammatoire, d'un cancer, d'une décompensation de diabète ou d'une endocrinopathie susceptibles d'avoir précipité un amaigrissement. La PA est à 120/70 mmHg, sans hypotension orthostatique, la fréquence cardiaque à 72/min.

Faut-il demander des explorations complémentaires ? Lesquelles ?

Avec le vieillissement, la dénutrition et les pathologies carencielles deviennent plus fréquentes. Après 65 ans, il a été constaté qu'un indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 21 kg/m² faisait évoquer une dénutrition (et non pas inférieur 18,5 kg/m², comme pour l'adulte jeune).

Il convient de demander un **bilan biologique** :

– pour identifier une cause organique méconnue par l'interrogatoire et l'examen clinique : NFS, CRP,

glycémie, ALAT, ASAT, ionogramme sanguin, créatininémie, calcémie, TSH, ECBU ;

– pour évaluer l'état nutritionnel du patient : dosages de l'albumine et de la préalbumine (abaissé précocement en cas de dénutrition récente), dosages de la vitamine D, de l'acide folique, de la vitamine B₁₂.

Une **radiographie des poumons** peut être indiquée d'emblée, pour cet homme de 78 ans ayant un tabagisme modéré.

Quelle décision prendre à la fin de cette première visite ?

Monsieur D. est asthénique dès le matin, il reste isolé, apragmatique, insomniaque et ne s'alimente plus correctement. Il ne fait pas de projet et ne semble pas vouloir se faire plaisir. Ces premiers éléments de l'interrogatoire et de l'examen clinique sont donc en faveur de l'hypothèse d'un **syndrome de glissement** : il s'agit d'une forme de dépression spécifique au grand âge, caractérisée par une altération rapide de l'état général secondaire à une affection aiguë (infection, traumatisme, accident vasculaire, intervention chirurgicale, etc.). Il s'agit ici pour Monsieur D. du choc émotionnel causé par le décès de sa femme. L'altération de l'état général s'installe en quelques jours ou en quelques semaines. Elle conduit à une rupture relationnelle et une anorexie. Elle peut aller jusqu'à la confusion et la grabatisation.

Il faut rassurer Monsieur D., lui expliquer qu'il souffre probablement d'une dépression et lui demander ce qu'il en pense. Environ 10 p. 100 des personnes âgées de plus de 65 ans, vues en médecine générale, présentent un syndrome dépressif souvent sous-estimé car considéré comme une conséquence normale du vieillissement.

On peut lui proposer un traitement d'épreuve – par un inhibiteur spécifique de la recapture de la sérotonine (ISRS) comme la paroxétine (20 mg/j) ou la sertraline (20 mg/j), voire un IRS sédatif comme la mirtazapine (15 puis 30 mg le soir) ou un autre antidépresseur sédatif et orexigène comme la miansérine (10 puis 30 mg) – tout en expliquant que le bénéfice du traitement antidépresseur n'est en général pas immédiat.

On l'informe de la possibilité d'effets indésirables, en lui demandant de nous contacter au cas où il aurait l'un des symptômes suivants : troubles

digestifs, bouche sèche, constipation, rétention urinaire. Ces informations seront nuancées selon la personnalité du patient et son appréhension des effets secondaires.

Si les insomnies sont fréquentes et retentissent sur l'état de fatigue diurne, il peut être utile de prescrire également un hypnotique, avec prudence et de façon transitoire. Une méta-analyse de neuf essais de plus de 79 000 patients âgés de plus de 60 ans a notamment montré que l'usage d'hypnotiques ou d'antidépresseurs était associé à une augmentation du risque de chutes. Il est prudent de réévaluer régulièrement la balance bénéfice/risque de ces traitements chez Monsieur D.

La tolérance et l'efficacité de ce traitement seront évaluées au bout de 2 à 4 semaines. Il convient de proposer une seconde visite dans les 5 jours afin de prendre connaissance des résultats des examens biologiques et de compléter le traitement.

Après un refus du diagnostic de dépression, Monsieur D. convient que son deuil est douloureux. Il accepte de prendre le traitement par paroxétine (20 mg, 1/2 comprimé pendant 15 jours, puis 1 comprimé par jour pendant 1 mois).

Lors de la seconde visite, Monsieur D. dit qu'il a mieux dormi et vous remercie. Les résultats des examens biologiques sont les suivants : NFS normale, en particulier les lymphocytes qui sont supérieurs à 1 500 éléments/mm³ ; albumine : 32,5 g/l ; préalbumine : 155 mg/l ; CRP : 15 mg/l ; Na⁺ : 145 mmol/l ; K⁺ : 4,3 mmol/l ; créatinine : 130 µmol/l. La calcémie, les folates, la vitamine B₁₂, la TSH et le bilan hépatique sont normaux, l'ECBU est stérile. Le dosage de la vitamine D (25OH D₂ et D₃) est à 15 ng/ml.

Comment interpréter ce bilan ?

Ce bilan confirme l'hypothèse d'une **dénutrition modérée**. En effet, l'interprétation des seuils de gravité se fait sur les valeurs suivantes :

- lymphocytes < 1 500 éléments/mm³ ;
- albumine < 35 g/l et/ou préalbumine < 200 mg/l :
dénutrition modérée ;
- albumine < 30 g/l et/ou préalbumine < 150 mg/l :
dénutrition sévère ;
- albumine < 25 g/l et/ou préalbumine < 100 mg/l :
dénutrition très sévère.

L'ionogramme est normal et le débit de filtration glomérulaire évalué à partir de la créatininémie selon la formule MDRD (*Modification of the diet in renal disease*) est de 49,22 ml/mn. Il est important de surveiller la natrémie qui peut baisser sous IRS.

Monsieur D présente une déficience en vitamine D (< 30 ng/ml).

L'état nutritionnel de Monsieur D. ne justifie pas une hospitalisation, mais conduit à assurer des conditions optimales de renutrition.

Quelles propositions faire à Monsieur D. ?

La dénutrition de Monsieur D. est à l'origine d'une diminution de la masse musculaire, dont les conséquences sont fonctionnelles (marche lente, augmentation du risque de chutes) et pronostiques (diminution des réserves protidiques nécessaires en cas de pathologie aiguë, augmentation du risque de décès).

Par ailleurs, le vieillissement s'accompagne parfois d'une diminution de la sensation de faim et de soif avec un rassasiement précoce, qui rend plus difficile la réalimentation adaptée. Cet état est aggravé chez Monsieur D. par son état dépressif.

Évaluer les besoins nutritionnels

Les **besoins énergétiques quotidiens** de Monsieur D. peuvent être évalués à partir de son poids habituel. Un sujet âgé en bonne santé, vivant au domicile, consomme 30-35 kcal/kg/j. En cas de pathologie aiguë, les besoins sont augmentés à 35-40 kcal/kg/j.

Le sujet âgé s'adapte moins bien à la carence en protéines. En moyenne, il nécessite 1 g/kg/j de protéine. En cas de dénutrition, les recommandations conseillent d'apporter 1,5 g/kg/j de protéines. L'apport de glucide doit représenter 50 p. 100 de l'apport énergétique global et celui en lipides 35 p. 100.

Propositions diététiques pratiques

L'alimentation quotidienne de Monsieur D. ne permet pas d'atteindre le niveau d'apport protéique nécessaire, sa consommation de viande, d'œuf et de poisson étant largement insuffisante. Il faut lui donner des conseils diététiques adaptés concernant ses apports quotidiens. Pour avoir des équivalents pratiques, voir le tableau I.

Tableau I – Exemple de composition en glucides, lipides et protéines des aliments

Lipides	
Une tablette de beurre	10 g
Deux cuillerées à soupe d'huile	20 g
Deux morceaux de fromage	20 g
Un morceau de viande	20 g
Glucides	
120 g de pain (quatre tranches de pain)	120 g
Deux sucres	10 g
Un bol de lait	15-20 g
200 g de féculents	40 g
Deux fruits	40 g
Protéines	
100 g de viande	20-30 g
Un œuf	10-15 g
Une part de fromage	10 g
200 g de légumes secs	15 g

Devant les besoins importants en protéines, il est possible de proposer des supplémentations protéinées (poudre de lait écrémé pour le café, la soupe, les yaourts) ou de suppléments protidiques (sachet de poudre hyperprotéinée). Des compléments alimentaires hyperprotéinés sous forme liquide sont diversement appréciés par les patients selon leur goût

(Fortimel®, Renutryl®, Clinutren HP®, Cétornan®). Il convient de les proposer en fin de repas, comme dessert, ou entre les repas pour les patients qui s'alimentent peu et/ou qui sautent des repas.

On lui proposera également une supplémentation en vitamine D pour corriger son déficit, par exemple colécalciférol (2 ampoules par mois pendant 2 mois), puis un traitement préventif par une supplémentation quotidienne de calcium et vitamine D.

Conseils de comportement alimentaire

- Manger s'il ressent la faim, même si l'heure est inhabituelle ;
- fractionner les repas en faisant un casse-croûte dans la matinée, mais aussi un goûter. Les prises alimentaires en petites quantités sont mieux acceptées ;
- augmenter progressivement les rations pour atteindre l'objectif ;
- « enrichir » les plats : miel, crème fraîche, crème de marron, etc.

Mobiliser l'entourage et les professionnels autour du patient pour qu'il reste à son domicile

Une fois les conseils prescrits, la question importante est celle des courses et de la préparation des repas.

La renutrition dépend bien entendu de l'amélioration de l'état psychique de Monsieur D., mais elle suppose aussi l'organisation d'une infrastructure pour le mobiliser.

Il est nécessaire d'avoir recours à une **aide-ménagère**, dont ce sera l'une des tâches essentielles. Certains patients s'organisent pour acheter ou se

faire livrer quotidiennement des plats par un traiteur ou un restaurant, mais cela dépend bien sûr des ressources financières. Un système de repas à domicile, en général organisé par les municipalités, peut être une solution, car il s'agit de repas complets, mais certains patients reprochent l'aspect trop copieux et peu appétissant, surtout après avoir refroidi.

Il faut donc obtenir rapidement le passage régulier d'une aide-ménagère avec qui il faudra s'entretenir et qu'il faudra si possible rencontrer.

Une rééducation à domicile permet d'augmenter l'exercice physique et de densifier la musculature des membres inférieurs. De plus, la visite du **kinésithérapeute** permet de rompre l'isolement. L'activité physique, à hauteur des aptitudes de la personne âgée, est un élément indispensable à la réussite du projet de soins.

Si l'évolution de la dépression n'est pas favorable, l'avis d'un **psychiatre** ou d'un psychogériatre peut être demandé afin d'envisager la collaboration d'une équipe mobile de soins gériatriques externes qui permet aussi le passage d'une infirmière à domicile.

Les **visites régulières au domicile** du patient sont une des clés de la réussite de sa prise en charge. Elles permettent des entretiens de soutien et la réévaluation de l'état nutritionnel et de l'efficacité du traitement antidépresseur. Il a été démontré que la mobilisation des professionnels de santé auprès des patients âgés déprimés augmentait leur durée de vie.

La **famille** doit bien sûr être informée de l'état de Monsieur D., afin qu'elle puisse aider les équipes soignantes et faire jouer la solidarité, très utile dans ce type de situation.

BIBLIOGRAPHIE

BOURDEL-MARCHASSON I. Troubles nutritionnels chez le sujet âgé. *Rev Prat*, 2008, 58 : 673-678.
 GALLO J. J, BOGNER H.R, MORALES KH et al. The Effect of a Primary Care Practice-Based Depression Intervention on Mortality in Older Adults A Randomized Trial. *Ann Intern Med*, 2007, 146 : 689-698.
 HERNANDEZ JL, RIANCHO JA, MATORRAS P et al. Clinical evaluation for cancer in patients with involuntary weight loss without specific symptoms. *Am J Med*, 2003, 114 : 631-637.

SAINT-JEAN O, BERIGAUD S, BOUCHON JP. Polypathology and co-morbidity : a dynamic way for describing morbidity in aged patients. Study of 100 patients, aged 80 and over, in a short-stay geriatric internal medicine unit. *Ann Med Interne*, 1991, 142 : 563-569.
 THOMAS P, HAZIF-THOMAS C. Dépression chez la personne âgée. *Monographie. Rev Prat*, 2008, 58 : 389-393.
 WOOLCOTT JC, RICHARDSON KJ, WIENS MO et al. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Arch Intern Med*, 2009, 169 : 1952-1960.

CAS N° 40

Madame A. perd la mémoire

Madame A., 75 ans, vous consulte accompagnée par son mari, inquiet, qui trouve qu'elle perd la mémoire depuis environ 8 mois, sans s'en rendre compte. « Elle oublie tout ce que je lui dis, et surtout ne sait jamais où elle range ses affaires. Elle n'appelle plus sa meilleure amie car elle ne se souvient plus de son numéro de téléphone. Elle ne s'intéresse plus à grand-chose, alors qu'elle adorait la lecture et le cinéma. J'ai l'impression qu'elle n'a même plus de plaisir à recevoir ses petits-enfants... »

Madame A. prend un demi-comprimé d'hydrochlorothiazide 25 mg tous les matins pour une hypertension artérielle modérée depuis 5 ans. À 62 ans, elle a eu un cancer du sein traité par tumorectomie, curage ganglionnaire et radiothérapie complémentaire. Elle n'a pas d'autres antécédents notables et ne prend pas d'autres médicaments, en particulier pas d'hypnotique. Madame A. est souriante. Vous la trouvez un peu figée dans son attitude, mais elle répond volontiers à vos questions et se montre tout à fait coopérante lors de l'examen clinique. Elle ne semble pas anxieuse et dit qu'elle dort bien.

Quelle importance accorder à cette plainte ?

Plus de 32 p. 100 des patients de plus de 65 ans ont une plainte mnésique spontanée. Selon l'étude Paquid menée en France entre 1998 et 2004, 17,8 p. 100 des personnes de plus de 75 ans sont atteintes de déclin cognitif, incluant la maladie d'Alzheimer (MA) ou une maladie apparentée. Le risque d'être atteint d'une maladie d'Alzheimer augmente essentiellement avec l'âge. D'autres facteurs de risque

probables sont l'hypertension artérielle mal contrôlée, le diabète et l'hypercholestérolémie.

Toute la difficulté réside donc dans l'évaluation du caractère pathologique des troubles présentés. Il est démontré que le diagnostic précoce de la maladie d'Alzheimer, qui débute trois fois sur quatre par des troubles mnésiques, améliore les résultats de la prise en charge en termes de qualité et de durée de vie.

Quelles hypothèses diagnostiques évoquez-vous et pourquoi ?

Ces troubles mnésiques persistants correspondent probablement à un déclin cognitif en rapport avec une **démence débutante**. En effet, ils durent depuis plus de 6 mois et s'accompagnent d'un **retentissement sur les activités quotidiennes**, en particulier sur un domaine (numéro de téléphone, mais peut-être aussi les dates et les noms propres) où les performances étaient auparavant intactes. On envisage bien sûr chez Madame A. le diagnostic de **maladie d'Alzheimer**, qui est la principale cause des démences et représente 65 p. 100 des démences dégénératives. Son

histoire clinique commençant par des troubles mnésiques d'installation progressive est très en faveur.

D'autres causes de troubles mnésiques, a priori moins graves, doivent toutefois être discutées :

- des « **troubles mnésiques anxieux** ». Ils sont facilement identifiés chez un patient qui a pleinement conscience de son trouble et l'exprime. Le retentissement sur la vie sociale est faible. Ce n'est pas le cas de Madame A. ;

- une **dépression**. Elle doit être envisagée devant toute plainte mnésique du sujet âgé. Le

diagnostic différentiel peut être difficile, car nombre de démences débutent par un syndrome dépressif et le traitement d'épreuve par antidépresseurs ne fait pas toujours la part des choses. Une dépression survenant après l'âge de 60 ans doit attirer l'attention. Certes, Madame A. limite ses sorties et ses plaisirs, mais elle n'est pas triste et n'a ni anxiété ni troubles du sommeil ;

– un **effet indésirable de médicaments ou de substances toxiques**. Il s'agit, dans ce cas, plutôt d'un syndrome confusionnel avec des troubles de la vigilance et de l'attention. Les benzodiazépines sont souvent responsables. D'autres médicaments (antidépresseurs, anti-épileptiques, méthylidopa, bêtabloquants, atropiniques, etc.) peuvent également être en cause. La prise régulière de sirops antitussifs ou d'antihistaminiques (neuroleptiques cachés) doit être envisagée systématiquement, ainsi qu'une consommation abusive (occultée ou non) d'alcool. A priori, Madame A. ne prend aucun médicament de ce type, mais il faut parfois plusieurs consultations pour s'en assurer.

La cause du déclin cognitif de Madame A. peut être en rapport avec une affection qui peut parfois être traitée et dont le traitement peut entraîner une amélioration des troubles mnésiques :

– une **tumeur cérébrale** en particulier, une ou des lésions secondaires compte tenu des antécédents de cancer du sein ;

– une **affection neurochirurgicale** (hydrocéphalie chronique de l'adulte, hématome sous-dural) est peu probable dans ce contexte. Il faudra toutefois rechercher la notion de chute récente ;

– un **désordre métabolique** : une hypothyroïdie (fréquente à cet âge), une carence en folates et/ou en vitamine B₁₂, une hyponatrémie (sous diurétiques), une hypercalcémie paranéoplasique ;

– une **démence vasculaire** (AVC multiples, lacunes). Le terrain vasculaire (hypertension artérielle) peut être en faveur, mais elle n'a pas d'antécédents d'accidents neurologiques même transitoires et le mode d'apparition des troubles n'est pas rapide ou par à-coups.

Enfin, si le diagnostic de **maladie d'Alzheimer** est l'hypothèse principale, une **démence frontale** (deuxième cause de démence dégénérative) ne peut être écartée. Certes, la présentation sociale de Madame A. est conservée, ses troubles mnésiques sont au premier plan et elle n'a ni désinhibition ni instabilité. Cependant, son désintérêt pour le monde extérieur et pour ses proches peut correspondre à des troubles de l'humeur et une baisse d'intérêt, symptômes habituellement rencontrés au cours des démences frontales.

Comment menez-vous l'entretien pour étayer le diagnostic ?

Pour affirmer le caractère démentiel du trouble mnésique, l'entretien doit mettre en évidence d'**autres atteintes cognitives** associées. Il doit rechercher des **troubles non cognitifs**, notamment comportementaux, et apprécier le **degré d'autonomie** du patient. Pour cela, l'aide de l'entourage est essentielle.

Il faut retracer la biographie récente du patient, rechercher des antécédents familiaux de maladie d'Alzheimer, des facteurs de risques cardiovasculaires, et s'assurer de l'absence de prise d'alcool ou de médicaments aggravant les troubles cognitifs.

Cette consultation demande du temps et doit être programmée. Plusieurs entretiens sont parfois nécessaires. La consultation se déroule en présence de son mari, car il peut compléter les informations.

Les **manifestations cognitives** explorées sont :

– les troubles de la mémoire sur tous ses modes : biographique, épisodique, antérograde, de travail, etc. ;

– les troubles de l'orientation temporo-spatiale ;

– les troubles du langage oral (manque du mot, paraphasie, etc.) et écrit (d'apparition souvent plus précoce) ;

– les troubles praxiques : difficulté à réaliser des gestes courants malgré des fonctions motrices intactes. L'apraxie de construction est l'impossibilité de reproduire une figure géométrique ;

– les troubles gnosiques : reconnaissance impossible d'objets ou des visages familiers malgré des fonctions sensorielles intactes. L'entourage immédiat nous donne souvent de précieuses indications sur ce trouble. Une anosognosie (méconnaissance du patient de ses troubles) est fréquente, elle peut être évaluée grâce à un questionnaire destiné au patient et à son entourage ;

– les troubles des fonctions exécutives correspondent à une difficulté à entreprendre, planifier et mener à terme une action déterminée plus ou moins complexe (par exemple prendre un rendez-vous) ;

– les troubles du jugement, de raisonnement, de la pensée abstraite.

Certains tests d'exécution rapide qui évaluent les atteintes précoces sont réalisables dans le cadre de la consultation en médecine générale (voir Encadré). Cela relève d'une consultation spécifique assez longue.

Tests évaluant les atteintes de la mémoire

Le **MMSE** (*Mini Mental Status Examination de Folstein*). Ce test, qui est le plus utilisé, ne permet pas de faire à lui seul le diagnostic de démence, mais rend probable l'atteinte des fonctions cognitives. Le score maximal est de 30, la détérioration est suspectée entre 18 et 24, probable en dessous de 18. Chez un patient ayant un niveau d'éducation élevé, un score inférieur à 28 est déjà suspect. Chez un sujet déprimé, le score sera moins bon.

Le **test des cinq mots** (ou **test de Dubois**) explore la mémoire antérograde : cinq mots, de catégories différentes (exemple : limonade, passoire, camion, musée, sauterelle) doivent être retenus en montrant la liste au patient, puis restitués trois minutes plus tard. L'examineur peut aider le patient pour retenir la liste ou au moment du rappel en citant la catégorie (indiciage) du mot oublié (exemple : « Quel était le nom de la boisson ? ») afin d'écarter un trouble anxieux. Chaque mot cité spontanément est compté 2 points ou 1 point après indiciage. Un score inférieur à 8 est pathologique. En cas de maladie d'Alzheimer, l'indiciage ne permet pas de retrouver les mots, et il existe classiquement des intrusions à l'indiciage, c'est-à-dire que le patient donne des réponses n'appartenant pas à la liste.

Le **test MIS** (*Memory Impairment Screen*) est l'équivalent du test de Dubois, mais avec quatre mots. Il est davantage utilisé outre-Atlantique. Il en diffère toutefois par une tâche interférente (compter à l'envers à partir de 100) avant la restitution des mots mémorisés. Le **test IST** (*Isaacs Set Test*) est un test simple de fluence verbale catégorielle. On demande au patient de citer en une minute le plus de mots possibles de couleurs, de fleurs, d'animaux ou de capitales, etc. Le score est le nombre de mots cités. Un score de MIS inférieur à 6 ou d'IST inférieur à 25 a une bonne valeur prédictive de démence.

Le **test de l'horloge** consiste à demander à la patiente de dessiner le cadran d'une horloge, puis de placer les aiguilles à une heure précise (par exemple, 16 h 45). Ce test, comme celui de faire dessiner un cube, recherche une apraxie constructive souvent plus précocement présente que l'apraxie d'habillage.

On peut explorer le jugement et le raisonnement par la critique d'une histoire absurde : « J'ai trois frères, Pierre, Paul et moi. Est-ce exact ? » ; ou la résolution d'un problème simple : « Jean est plus grand que Pierre et plus petit que Jacques. Qui est le plus grand des trois ? »

Les **troubles psycho-comportementaux** comme une dépression, une apathie, une anxiété, des hallucinations, des idées délirantes, etc., sont difficiles à évaluer en médecine générale. On peut s'aider des antécédents psychiatriques, d'événements récents et, pour la dépression, de la mini-GDS (*Geriatric Depression Scale*) en quatre items : avez-vous le sentiment que votre vie est vide, êtes-vous heureux la plupart du temps, vous sentez-vous découragé et triste, avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? Ces troubles qui sont parfois le motif initial de la consultation, peuvent révéler d'autres démences dégénératives (démence frontale, démence à corps de Lewy).

Il convient enfin d'évaluer le retentissement des troubles cognitifs sur les **activités de la vie quotidienne** grâce à une échelle simple évaluant les quatre items des activités instrumentales de la vie

quotidienne (acronyme anglo-saxon IADL) : téléphone, transport, prise de médicaments, gestion du budget. La nécessité d'une aide pour un de ces items constitue un retentissement significatif.

L'entretien de la patiente retrouve des perturbations de la mémoire antérograde et un manque du mot. Madame A. ne sait pas prendre un rendez-vous chez son médecin et fait des erreurs de calcul. Son score MMS est à 24. Le test de Dubois est à 8/10. Après un temps de perplexité assez long, Madame A. répond correctement au test de l'histoire absurde. La restriction de ses activités et un certain retrait de la vie sociale sont les seuls troubles comportementaux constatés. Ils sont compatibles avec une dépression. Son mari nous informe également, des problèmes de gestion du budget et du fait qu'elle ne se déplace plus seule en transport en commun.

Qu'apporte l'examen clinique ?

Il évalue l'état général du patient, recherche en particulier des signes d'anémie et d'hypothyroïdie.

Il recherche principalement :

– une **affection cardiovasculaire favorisante** : HTA mal contrôlée, fibrillation auriculaire, sténose carotidienne, coronaropathie, artériopathie, dont le

contrôle contribue à l'amélioration de l'état de la patiente, qu'il s'agisse d'une maladie d'Alzheimer ou d'une démence vasculaire ;

– une **anomalie de l'examen neurologique** pouvant orienter vers un diagnostic précis : un syndrome extrapyramidal (maladie de Parkinson, démence à corps de Lewy), des troubles de la marche (hydrocéphalie à pression normale, état lacunaire), des signes neurologiques focaux (hématome, tumeur, AVC). Ces renseignements servent

de référence pour la réalisation des épreuves neuropsychologiques et pour l'évaluation de l'autonomie du patient au domicile.

Malgré une attitude globalement figée, l'examen clinique ne retrouve pas de signes évoquant un syndrome parkinsonien débutant ou toute autre atteinte neurologique focale. Il n'existe pas de trouble de l'équilibre ni de réflexe archaïque. L'examen général est sans particularité.

Demandez-vous des examens complémentaires ? Si oui, lesquels ?

Dans ce contexte, un **bilan biologique** est indispensable, car il permet de dépister des causes de confusion ou de démence curable non suspectées par l'entretien et l'examen clinique. Il comporte systématiquement :

- une NFS et une CRP ;
- un ionogramme sanguin et une créatininémie ;
- une calcémie avec une albuminémie ;
- une glycémie, un bilan lipidique ;
- un ECBU ;
- une THS_{us} ;
- un dosage des folates et de la Vitamine B₁₂ ;
- un bilan hépatique ;
- une sérologie syphilitique et une sérologie VIH

sont demandées chez patients plus jeunes en fonction des risques.

L'**imagerie cérébrale** (scanner ou IRM) est indiquée devant un déclin cognitif progressif, d'installation récente, afin d'éliminer une démence non dégénérative ou une démence vasculaire associée. L'IRM cérébrale est plus contributive au diagnostic de maladie d'Alzheimer lorsqu'elle retrouve une atrophie des structures hippocampiques.

En l'absence de signes épileptiques ou d'encéphalopathie chez notre patiente, un EEG n'est pas recommandé.

Chez Madame A., une IRM cérébrale, demandée également en raison de ses antécédents de cancer du sein, ne met en évidence aucune lésion cérébrale tumorale secondaire, aucune lacune ou lésion vasculaire. Le bilan biologique ne montre qu'une simple infection urinaire dont le traitement n'aura aucune incidence sur l'évolution.

Quelle est votre conclusion ? Que proposez-vous à ce stade ?

L'ensemble du bilan clinique et paraclinique a permis d'écarter a priori une démence vasculaire ou une démence secondaire éventuellement curable et de conforter l'hypothèse d'une démence dégénérative. Le diagnostic de **maladie d'Alzheimer** reste le plus probable. Il faut toutefois écarter complètement une démence dégénérative frontotemporale en évaluant plus finement les fonctions exécutives et les troubles psycho-comportementaux. Ceci peut être réalisé dans un centre de **consultation mémoire** où un bilan neuropsychologique complet sera effectué. Le fonctionnement pluridisciplinaire de ces centres (gériatres, neurologues, neuropsychologues, cardiologues) permet, dans certains cas, de gagner du temps. Il permet également d'instaurer une prise en charge paramédicale par des

orthophonistes ou des kinésithérapeutes en hôpital de jour (HDJ), qui est parfois difficile à mener en ambulatoire.

En l'absence d'un centre de mémoire à proximité ou si le rendez-vous est trop éloigné, il convient de demander l'avis d'un neurologue. La précocité du diagnostic conditionne la mise en place rapide des aides pour lutter contre la perte d'autonomie, et l'institution précoce d'un traitement qui freinera l'évolution.

L'ensemble du bilan de Madame A. confirme le diagnostic de maladie d'Alzheimer et une prescription de donépézil à 5 mg par 24 heures pendant 2 mois, à augmenter à 10 mg ensuite, est conseillée par le gériatre du centre mémoire.

Que dites-vous à la patiente et à sa famille ?

Un long travail d'**accompagnement** est désormais engagé. Il concerne le médecin généraliste et ses correspondants des autres disciplines, mais aussi les autres professionnels de santé progressivement sollicités (kinésithérapeute, orthophoniste, infirmière, aide-soignante, aide de vie, etc.) et l'entourage de Madame A., dont la place est prépondérante. Un travail en coordination est indispensable. Dans un premier temps, il faut s'intéresser à « l'habitat de la patiente », en particulier à la présence d'une chaudière ou d'une cuisinière à gaz, qui pourraient faire courir un danger. Quel est son environnement ? Y a-t-il des personnes « ressources » ?

Il faut être attentif au fait qu'une **information** trop prématurée à la famille risque de provoquer un découragement et une démobilisation. Toutefois, il faut aussi anticiper les problèmes comportementaux, nutritionnels et sociaux, et ne pas hésiter à mettre la famille en contact avec les associations de malade (France Alzheimer). Ces lieux peuvent fournir des idées et des adresses pour des activités d'éveil et de stimulation.

Faut-il parler du diagnostic à la patiente ? Tout dépend de sa demande (c'est son droit légitime de connaître son diagnostic), de ses capacités intellectuelles et de jugement et de ses ressources psychologiques. Il faut savoir qu'il persiste toujours une relative incertitude diagnostique et que la durée d'évolution est très variable d'un patient à l'autre, les possibilités thérapeutiques étant encore limitées malgré tout. Toutefois, la patiente ayant été mise sous donépézil, il est difficile de ne pas prononcer le nom de la maladie. Il est possible de ne pas être trop affirmatif en évoquant parfois la notion de stade intermédiaire.

Le **traitement** par donépézil vise à maintenir l'autonomie de Madame A. et à améliorer sa qualité de vie au stade léger de sa maladie. Son efficacité est cependant modeste et transitoire : la détérioration cognitive est retardée en moyenne de 6 mois. Il ne permet pas de ralentir la perte d'autonomie ou l'entrée en institution. Il peut être à l'origine d'effets indésirables, tels que des troubles digestifs, des troubles cardiovasculaires, des convulsions ou des syndromes extrapyramidaux, des incontinences urinaires, etc. L'utilité du traitement est à réévaluer régulièrement : lorsque les résultats du test du MMSE se stabilisent ou s'améliorent pendant les premiers mois de traitement, ou lorsqu'il existe une amélioration comportementale objectivée par l'entourage, il peut être continué. Sinon, il pourra être arrêté.

La galantamine a également fait preuve d'une efficacité clinique modeste par rapport au placebo, mais elle expose à de nombreux effets indésirables (digestifs, cardiovasculaires) qui limitent son utilisation. Enfin, la rivastigmine (qui existe en patch) et la mémantine n'ont pas solidement fait la preuve de leur efficacité clinique, au détriment d'effets indésirables potentiellement graves.

La maladie d'Alzheimer est une affection à longue durée, qui ouvre l'accès à l'exonération des frais liés à la maladie. Un protocole ALD30 pourra être instauré pour Madame A. De même, un dossier APA et un dossier COTOREP devront être constitués. Il est nécessaire de prévoir un suivi régulier afin d'évaluer l'évolution de l'état de Madame A et de la nécessité de renforcer le moyens permettant le maintien au domicile.

BIBLIOGRAPHIE

- CHOPARD C, VANHOLSBECK G, TIO G et al. Rapid Screening of Cognitive Change in Patients with Questionable Dementia Using the Memory Impairment Screen and the Isaacs Set Test. *J Am Geriatr Soc*, 2009, 57 : 703-708. Epub 2009.
- HANSEN RA, GARTLEHNER G, WEBB AP et al. Efficacy and safety of donepezil, galantamine and rivastigmine for the treatment of alzheimer's disease a systematic review and meta-analysis. *Clin Interv Aging*, 2008, 3 : 211-225.
- LETRILLART L, POUCHAIN D. Syndrome démentiel et maladie d'Alzheimer : approche diagnostique. *Exercer*, 2011, 96 : 52-56.
- PRESCRIRE RÉDACTION. Maladie d'Alzheimer : traitement médicamenteux. Idées Forces. *Rev Prescrire*, 2010. Disponible sur www.prescrire.org.
- RAINA P, SANTAGUIDA P, ISMAILA A et al. Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia : evidence review for a clinical practice guideline. *Ann Intern Med*, 2008, 148 : 379-397.
- RIGAUD A-S. Maladie d'Alzheimer. *Rev Prat Med Gen*, 2002, 16 : 1661-1670.
- SARAZIN M, DUBOIS B. Démarche et circonstances diagnostiques dans la maladie d'Alzheimer. Monographie. *Rev Prat*, 2005, 55 : 1879-1890.
- SMALL G.W. What we need to know about age related memory loss. *BMJ*, 2002, 324 : 1502-1505.
- TOUCHON J, PORTET F. La maladie d'Alzheimer, consulter, prescrire. Paris, Masson, 2002, 173 pages.

CAS N° 41

Monsieur L. a des tremblements

Monsieur L., 64 ans, instituteur à la retraite, vous consulte accompagné de sa femme qui a remarqué, depuis quelques mois, que son mari présente des tremblements de la main gauche. Elle trouve qu'il marche plus lentement qu'avant et pense qu'il est déprimé. Monsieur L. dit qu'il n'est pas vraiment inquiet car son père tremblait aussi, mais qu'il est plutôt gêné par des crampes nocturnes à la jambe gauche.

Vous suivez ce patient pour une hypertension artérielle et une hypercholestérolémie et vous n'aviez pas noté ces symptômes lors de la dernière consultation semestrielle. Son traitement actuel comprend un inhibiteur de l'enzyme de conversion, une statine et du lactulose le matin en cas de constipation. Il n'a pas d'autres antécédents notables.

À l'examen clinique, le poids est à 62 kg pour 1,70 m, la pression artérielle à 135/80 mmHg, sans hypotension orthostatique. Il n'existe aucun signe fonctionnel ou physique cardiopulmonaire. Les pouls périphériques sont tous perçus, il n'y a pas de souffle vasculaire. L'abdomen est souple. L'examen de la marche montre une perte du ballant du bras gauche. Les tremblements sont fins et apparaissent au repos sur les doigts de la main gauche. Ils sont majorés par un exercice de calcul et disparaissent lors des mouvements et dans une position d'attitude, les mains en avant. On ne retrouve pas de roue dentée. Le réflexe nasopalpébral est normal. Le reste de l'examen neurologique est normal, de même que l'examen clinique, en particulier des jambes, qui est sans particularité.

Qu'évoque ce tableau clinique ?

Ce tableau clinique associant des tremblements de repos et une bradykinésie (perte du ballant du bras, trouble de la marche) évoque a priori un syndrome **Parkinsonien** débutant même s'il manque le troisième signe cardinal, la rigidité. C'est évidemment la crainte de la femme de Monsieur L., qui a peur que son mari soit rapidement handicapé. Monsieur L. a peut-être une attitude de déni et il est probable que ses tremblements soient apparus plusieurs mois auparavant. Tous deux attendent, avec angoisse, des réponses à leurs interrogations, en espérant que des examens complémentaires seront réalisés.

Il faudra s'assurer que ce syndrome correspond à une **maladie de Parkinson idiopathique (MPI)** après avoir exclu les autres causes de syndrome parkinsonien. Le diagnostic de certitude de la maladie de Parkinson est impossible du vivant du patient, puisqu'il nécessite une confirmation histologique de l'atteinte dégénérative des neurones dopaminergiques nigrostriataux. Cependant, les critères cliniques et l'évolution de la maladie sous traitement permettent de poser le diagnostic. La maladie de Parkinson affecte 1,5 p. 100 de la population des plus de 65 ans, et c'est la deuxième cause de handicap du sujet âgé.

Quelles sont les autres hypothèses diagnostiques et sur quels arguments ?

Les tremblements, le ralentissement de la marche, les crampes nocturnes présentées par notre patient et son éventuelle dépression peuvent faire partie du

tableau clinique initial d'une éventuelle maladie de Parkinson. Il convient toutefois, pour chaque symptôme, d'envisager d'autres hypothèses.

Les tremblements

La nature des tremblements de notre patient – tremblement de repos, fins touchant les extrémités des doigts (mouvement d'émiettement) accentués par un effort intellectuel et s'effaçant lors des mouvements volontaires (ou position d'attitude) – est typique des tremblements parkinsoniens.

D'autres causes de tremblements peuvent ainsi être écartées (voir Encadré). Ils ont en commun d'être observés en position d'attitude : mains tendues en avant ou en abduction. Toutefois, une observation rigoureuse n'est pas toujours possible (tremblements inconstants, mauvaise participation du patient) et un doute peut persister.

Causes de tremblements d'attitude

Le **tremblement physiologique** est très courant, sa fréquence est plus rapide. Il est déclenché ou accentué par un stress, des substances excitantes, certains médicaments (antidépresseurs tricycliques, lithium, etc.), un sevrage de benzodiazépines ou d'alcool, une hyperthyroïdie.

Le **tremblement essentiel** est rare. Il est souvent bilatéral, aggravé par les émotions et peut entraver l'écriture. On constate des tremblements de la tête et, parfois, une modification de la voix, qui devient chevrotante. Il existe des antécédents familiaux dans 50 p. 100 des cas.

Le **tremblement cérébelleux** est proximal et s'accroît lors du maintien des bras en abduction. D'autres signes cérébelleux sont souvent présents.

Le ralentissement de la marche

Il est difficile de mettre en évidence un ralentissement de la marche dans l'espace du cabinet. Ce ralentissement, constaté par sa femme, peut traduire une **bradykinésie** (lenteur des mouvements), déjà constatée par la perte de ballant d'un bras. Il peut être également le reflet d'une instabilité posturale, avec piétinement au démarrage. Ce signe fait partie pour certains, avec l'asymétrie et les autres signes cardinaux, des critères de diagnostic de MPI.

Toutefois, il est nécessaire de vérifier que d'autres causes ne sont pas à l'origine d'un ralentissement de la marche de Monsieur L. :

- un problème orthopédique que le patient a pu négliger (gonarthrose, coxarthrose) ;
- une artérite des membres inférieurs, qui justifierait de rechercher si le trouble s'apparente à une claudication intermittente ;
- une neuropathie périphérique avec atteinte proprioceptive. Dans ce cas, la marche est talonnante, le

pied retombant trop brusquement sur le sol et l'instabilité debout est aggravée par l'occlusion des yeux. L'examen neurologique a écarté a priori cette hypothèse, de même que celles d'un syndrome pyramidal ou vestibulaire entraînant des troubles spécifiques de la marche ;

- une séquelle d'accidents vasculaires cérébraux passés inaperçus, qui peuvent donner des lacunes intracérébrales (Monsieur L. présente un terrain à risque vasculaire) et qui peuvent être responsables d'une rigidité et de troubles complexes de la marche non liés à une bradykinésie. La rigidité observée est dans ce cas oppositionnelle, contrairement à la rigidité « en tuyau de plomb » parkinsonienne. Le ballant du bras est conservé. L'évolution se fait par à-coups et on retrouve souvent des séquelles d'AVC à l'examen neurologique ;

- un syndrome cérébelleux, qui associé aux signes parkinsoniens et à d'autres signes dysautonomiques (hypotension orthostatique et troubles génito-sphinctériens), peut faire envisager une rare atrophie multisystématisée. Dans ce cas, les troubles de la marche sont d'une toute autre nature que celle décrite par la femme de Monsieur L. (élargissement du polygone de sustentation, danse des tendons et marche pseudo-ébrioise).

Les crampes nocturnes

Elles peuvent être l'expression d'une rigidité débutante (dystonie focale), troisième signe cardinal de la maladie de Parkinson.

L'interrogatoire doit préciser qu'il s'agit bien de crampes – contractions involontaires, visibles, palpables et douloureuses, d'un muscle ou d'un groupe de muscles, d'installation brutale, survenant au repos ou à l'exercice modéré – et non d'un syndrome des jambes sans repos – mouvements rythmiques irrépessibles altérant le sommeil –, observé fréquemment au cours d'une dépression.

On doit rechercher :

- une cause toxique ou médicamenteuse. C'est possible chez Monsieur L., qui prend une statine pouvant être responsable de crampes avec atteinte musculaire (CPK élevées) et prend des laxatifs pouvant entraîner une hypokaliémie ;
- une dysthyroïdie.

L'examen clinique a écarté a priori une contraction réflexe d'origine rhumatismale, une artérite, une affection neurologique (atteinte de la corne antérieure de la moelle, neuropathie périphérique).

Une éventuelle dépression

La femme de Monsieur L. trouve son mari déprimé. La dépression est un mode d'entrée fréquent dans la maladie de Parkinson (50 p. 100 des cas). L'existence d'antécédents psychiatriques, d'événements

traumatisants récents sont en faveur de ce diagnostic. On peut s'aider du mini-GDS (*Geriatric Depression Scale*) en quatre items : avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? Êtes-vous heureux la plupart du temps ? Vous sentez-vous découragé et triste ? Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? Il convient également de rechercher des troubles cognitifs.

La poursuite de l'interrogatoire confirme l'existence de troubles thymiques évoquant une dépression mais ne met en évidence aucun syndrome démentiel évident. Nous ne retrouvons pas de notion d'accident neurologique bref visuel, aphasique, moteur ou sensitif. Il n'existe pas de claudication intermittente, mais notre patient dit qu'il a du mal à suivre sa femme en faisant les courses et que ses crampes s'accompagnent d'une sensation de jambe raide et lourde.

Peut-on, à ce stade, retenir l'hypothèse d'une maladie de Parkinson idiopathique ?

Des trois signes cardinaux de la maladie (tremblement, bradykinésie, rigidité), seul ce dernier signe, suspecté par l'existence de crampes, n'a pas été mis en évidence par l'examen clinique. La recherche d'un signe de Froment, qui est une exagération de la roue dentée quand on mobilise le membre controlatéral, peut nous aider. D'autres signes peuvent orienter : une micrographie traduisant une bradykinésie, un réflexe nasopalpébral classiquement exagéré et inépuisable qui n'a pas été retrouvé chez notre patient.

À ce stade précoce, le tremblement de repos et l'asymétrie des symptômes ont une très forte valeur diagnostique – valeur prédictive positive respectivement de 91 et 85 p. 100. C'est le cas de notre patient, qui a des symptômes principalement situés à gauche. Le diagnostic de maladie de Parkinson idiopathique est donc très probable, mais pas certain.

En effet, on ne peut affirmer ce diagnostic qu'après avoir écarté un syndrome parkinsonien secondaire.

L'interrogatoire doit rechercher une prise actuelle ou antérieure de neuroleptiques. Il faut se méfier des sirops antitussifs et antinauséux, des anti-allergiques, de certains antivertigineux et anticalciques aux effets neuroleptiques cachés. On doit y penser devant un tableau akinétorigide bilatéral associant des dyskinésies facio-bucco-linguales.

Si Monsieur L. avait été beaucoup plus jeune, il aurait fallu envisager également une exceptionnelle maladie de Wilson, dont la présentation neurologique peut associer des tremblements, une dystonie et une dysarthrie. L'anneau cornéen de Kaiser-Fleischer, qui résulte de dépôts de cuivre en périphérie de la cornée, est constamment associé aux formes neurologiques.

L'examen neurologique doit rechercher des signes atypiques devant faire penser à un des très rares « **Parkinson plus** ». On recherchera une instabilité posturale avec chute, un trouble franc de la marche, des troubles de la motricité oculaire, un syndrome cérébelleux, des troubles génito-sphinctériens, des hallucinations, etc. Ces atypies de l'examen clinique initial doivent remettre en cause le diagnostic de MPI et faire évoquer une paralysie supranucléaire progressive (ou maladie de Steele-Richardson), une atrophie multisystématisée ou une dégénérescence corticobasale, une démence à corps de Lewy diffus.

Monsieur L. n'a pas de syndrome démentiel. Nous ne retrouvons pas d'antécédents de prises de neuroleptiques. L'examen clinique plus poussé ne constate aucune atypie mais retrouve une micrographie et un signe de Froment.

Quelle explication donner à Monsieur et Madame L. ? Demandez-vous l'avis d'un neurologue ?

Le diagnostic de MPI est fort probable.

On confirme qu'effectivement le patient présente des tremblements qu'il faudra surveiller et dont il faudra préciser la nature. Il est d'autant plus inutile d'annoncer brutalement le diagnostic de MPI qu'il n'existe aucune certitude et que le temps ne presse pas. Pour les patients plus demandeurs, il sera parfois nécessaire d'évoquer la suspicion de MPI.

À cette phase diagnostique, l'avis du neurologue est souhaitable si l'on ressent une demande du

patient ou si certaines atypies sont constatées. Il est parfois difficile, en médecine générale, d'identifier le tableau clinique de certaines maladies rares et complexes telles que la paralysie supranucléaire progressive, l'atrophie multisystématisée, la dégénérescence corticobasale ou la démence à corps de Lewy.

De plus, il peut être important de faire valider le diagnostic qui va avoir des répercussions importantes sur l'avenir du patient et de sa famille. La nécessité d'un traitement est parfois mal comprise et

mal acceptée, surtout au début de la maladie. Certains médicaments sont mal tolérés, nécessitant des adaptations. De nouvelles options thérapeutiques – chirurgie stéréotaxique, par exemple – pourront être proposées au patient. Tout cela justifie un suivi conjoint avec le neurologue.

Demandez-vous des examens complémentaires ?

Aucun examen de pratique courante n'apporte de certitude diagnostique.

Toutefois, une imagerie cérébrale (scanner ou IRM) doit être systématique chez ce patient à risque vasculaire. Elle recherche des lacunes ou des lésions ischémiques passées inaperçues. Elle permet également d'écarter d'exceptionnelles causes de syndrome parkinsonien secondaire telles qu'une hydrocéphalie à pression normale ou une tumeur frontale.

L'investigation des crampes comporte un dosage des CPK, THS, un ionogramme sanguin et une créatininémie.

Si l'on suspecte des troubles cognitifs (dépistés à l'aide du MMS), un bilan biologique complémentaire

Cette prise en charge conjointe est d'autant plus nécessaire que, par la suite, la prise en charge thérapeutique au domicile du patient peut devenir difficile, et des hospitalisations d'évaluation et de répit seront parfois nécessaires.

et un bilan psychométrique plus complet devront être demandés pour objectiver la nature du syndrome démentiel.

La prescription d'autres examens complémentaires – EEG, EMG, bilan urodynamique, électro-oculographie – relève de la compétence du neurologue, devant des atypies cliniques.

Monsieur L. a finalement anticipé l'annonce du diagnostic en parlant ouvertement d'examens pour « son Parkinson ». Il a eu une IRM qui montre une légère atrophie cortico-sous-corticale sans lésion parenchymateuse visible. Aucune anomalie métabolique susceptible d'expliquer les crampes n'est constatée.

Que proposez-vous au patient ?

La présence de critères cliniques cardinaux et l'absence d'atypies cliniques et d'anomalies du parenchyme cérébral confirment le diagnostic de MPI. Une évolution favorable sous traitement est également un critère majeur. L'absence de réponse marquée après 3 ans de traitement par la L-Dopa (ou lévodopa) doit également remettre en cause le diagnostic de MPI.

Notre patient est gêné par les crampes et les tremblements, qui justifient un traitement. On peut lui proposer d'emblée un traitement par de la **lévodopa**. C'est l'attitude de référence, en particulier chez les sujets âgés. Ce traitement a démontré son efficacité pour réduire la mortalité liée à la maladie. L'association à un inhibiteur de la décarboxylase – lévodopa, bensérazide (Modopar®), ou lévodopa, carbidopa (Sinemet®) – permet de minimiser les effets indésirables périphériques (nausées, vomissements, hypotension orthostatique). Des effets indésirables centraux peuvent également être observés : troubles du sommeil, hallucinations, confusion, délires. La répartition des doses dans la journée et l'utilisation de formes galéniques différentes (LP, dispersible, soluble) permettent en pratique, avec des doses minimales, de mieux contrôler les symptômes, en

particulier le syndrome akinétorigide. La posologie doit être progressive : de faibles doses (par exemple Modopar® 62,5 mg, 1 gélule contenant 50 mg lévodopa et 12,5 mg de bensérazide 3 fois par jour une demi-heure avant le repas) jusqu'à des doses moyennes de 300 à 600 mg (par exemple Modopar LP® 125 mg, 1 comprimé 4 fois par jour) sans dépasser 1000 mg par jour.

D'autres options thérapeutiques existent :

- Il était classique de traiter les formes avec prédominance des tremblements par un **anticholinergique** (trihexyphénidyle 2 mg bipéridène, tropatépine) à doses très progressives. Ces médicaments sont contre-indiqués chez les personnes âgées en raison des effets atropiniques centraux (hallucinations, confusion, psychose) et ont un effet antiparkinsonien faible comparé à la lévodopa.

- Les **agonistes dopaminergiques** peuvent être essayés en première intention en monothérapie. Ils provoquent moins de dyskinésies et de fluctuations motrices que la lévodopa mais sont moins efficaces sur les symptômes moteurs. Leur profil d'effets indésirables est étoffé : nausées, vomissements,

hypotension orthostatique, hallucinations, confusion, délire, addictions, œdèmes des membres inférieurs et somnolence diurne. On distingue les dérivés de l'ergot de seigle (bromocriptine, lisuride, pergolide) des autres (ropinirole, pramipexole, piribédil). Le plus ancien est la bromocriptine, mais le ropinirol est l'agoniste dopaminergique qui a été le mieux évalué et semble avoir la balance bénéfique/risque la plus favorable. Les posologies doivent également être très progressives.

• Les **autres médicaments** disponibles en monothérapie sont :

– l'amantadine (Mantadix®), qui n'a pas d'efficacité démontrée dans la maladie de Parkinson à un stade précoce ;

– les IMAO B (sélégiline, rasagiline), qui peuvent retarder de quelques mois la mise sous lévodopa mais au prix d'effets indésirables potentiellement graves : confusion, troubles du rythme cardiaque, accidents vasculaires cérébraux, infarctus

du myocarde, voire un surcroît de mortalité sous sélégiline.

• Les **inhibiteurs de COMT** (catéchol-O méthyltransférase) (entacapone, tolcapone) sont associés à la lévodopa, dont ils inhibent le catabolisme. Ils ne doivent pas être utilisés au stade précoce de la maladie, car leur efficacité n'est pas supérieure à celle de la lévodopa seule. De plus, ils provoquent davantage d'effets indésirables (nausées, diarrhées, dyskinésies plus précoces) que la lévodopa seule.

Monsieur L. a reçu un traitement par Ropinirol LP® 2 mg la première semaine puis 4 mg en une prise le matin et Deroxat® 20 mg par jour pendant 6 mois. Mais les crampes sont rapidement réapparues sans amélioration de sa marche. Monsieur L. est actuellement sous Modopar LP® 125 3 fois par jour et Deroxat® 20 mg le matin. Ses tremblements ont diminué, il marche à nouveau correctement et n'a plus de crampes. Son moral est meilleur.

Que dites-vous au patient et à sa femme à ce stade ?

Il faut bien sûr donner toutes les explications que le patient veut bien entendre à propos de cette maladie et lui dire qu'il existe un traitement efficace sur ses symptômes. Il convient de l'informer que des modifications thérapeutiques (fractionnement des doses, changement de formes galéniques, bithérapie) pourront être proposées, au cours du suivi, en accord avec le neurologue et en tenant compte de ses désirs et de ceux de sa femme.

Il faut l'informer que sa dépression peut être également améliorée par la dopathérapie. Il faut encourager ce patient à maintenir des activités intellectuelles et des exercices physiques.

L'écoute et la prise en compte du vécu de la maladie et du handicap sont déterminantes pour l'accompagnement de Monsieur L. et de sa femme.

Il convient aussi d'**anticiper les problèmes à venir** :

– une perte d'efficacité du traitement conduisant à long terme à une perte d'autonomie, annoncée par des troubles moteurs avec chutes fréquentes et instabilité posturale, une dysarthrie et une dysphagie, ce qui peut imposer une bithérapie ;

– des complications motrices dues à la lévodopa : fluctuations motrices à type de dyskinésies et de dystonies douloureuses apparaissant, dans plus de 40 p. 100 des cas, après une période de 4 à 6 années de traitement dites « lune de miel ». Ces fluctuations peuvent être prévenues par un fractionnement des doses en

une prise toutes les 3-4 heures, avant les repas de préférence ;

– en cas troubles moteurs non maîtrisés sous lévodopa seule, de nombreuses options thérapeutiques existent aujourd'hui : amantadine, agonistes dopaminergiques, IMAO B, inhibiteurs de COMT, injections sous-cutanées d'apomorphine, stimulation électrique du noyau ventral du noyau sous-thalamique. Il sera opportun, le moment venu, de discuter de ces traitements avec le patient et sa famille, et avec l'aide du neurologue ;

– les troubles dysautonomiques avec une hypotension orthostatique souvent iatrogène, des troubles digestifs constants (constipation au début puis troubles de la déglutition), une pollakiurie ou des impériosités mictionnelles liées à une hyperréactivité du détrusor, une impuissance ou à l'inverse une hypersexualité d'origine iatrogène, une hypersalivation ;

– les troubles thymiques sont déjà présents chez notre patient. Une démence peut apparaître à une phase avancée (dans 15 à 20 p. 100 des MPI).

Il faut d'emblée proposer de la **rééducation**, qui tient une place majeure dans la prise en charge de ce patient. Elle peut retarder les complications motrices et améliorer le confort en permettant de mieux accomplir les activités de la vie quotidienne. Elle sera réalisée dans un projet thérapeutique global au sein d'une d'équipe constituée progressivement (médecin, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, etc.).

BIBLIOGRAPHIE

- CLARKE C, MOORE P. Parkinson's disease. Clin Evid, 2002, 8 : 1370-1385.
- CRAWFORD P, ZIMMERMAN EE. Differentiation and diagnosis of tremor. Am Fam Physician, 2011, 83 : 697-702.
- FENELON G. Diagnostic et évolution de la maladie de Parkinson. Rev Prat, 1997, 47 : 1062-1067.
- HAS – ANAES Maladie de Parkinson. Critères diagnostiques et thérapeutiques. Conférence de consensus. Paris, ANAES, mars 2000.
- POLLAK P. Mécanisme et traitement de la maladie de Parkinson. Rev Prat, 1997, 47 : 1068-1075.
- REVUE PRESCRIRE. Traitement de la maladie de Parkinson, 1^{re} partie : d'abord une monothérapie par lévodopa ou agoniste dopaminergique. Rev Prescrire, 2011, 329 : 200-205.
- REVUE PRESCRIRE. Traitement de la maladie de Parkinson, 2^e partie : Réduire les fluctuations motrices sous lévodopa. Rev Prescrire, 2011, 330 : 273-279.
- VIALLET F. Critères de diagnostic de la maladie de Parkinson idiopathique. Rev Neurol, 2000, 156 : S2b30-35.

CAS N° 42

Madame M. a des fourmillements dans la main droite

Madame M., 52 ans, coiffeuse, consulte car elle ressent depuis 2 mois des fourmillements de la main droite. Cette gêne, principalement nocturne au départ, est de plus en plus fréquente et dure de plus en plus longtemps. Elle a peur d'avoir « un problème de circulation sanguine ou de cœur ».

Un interrogatoire plus précis révèle que ces fourmillements sont douloureux et siègent principalement au niveau de la face palmaire des 3 premiers doigts, apparaissent plutôt après une journée de travail et s'accompagnent parfois d'une douleur située au poignet. La patiente a, depuis peu, des épisodes de maladresse et de perte de force de la main droite qui la gênent pour travailler. Elle n'a aucun antécédent médicochirurgical, en particulier pas de traumatisme ni de problème rhumatologique connu. Elle est ménopausée depuis peu. Elle ne prend pas de traitement hormonal substitutif et ne fume pas.

Elle mène une vie familiale agréable, part souvent en randonnée avec son mari et ses deux filles de 15 et 16 ans.

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques, sur quels arguments ?

Madame M. ressent des paresthésies associées à des douleurs et à des troubles moteurs inconstants de topographie compatible avec une atteinte du nerf médian. Ce tableau clinique évoque en premier lieu un **syndrome du canal carpien (SCC)**. On l'évoque d'autant plus que cette affection très fréquente (1 p. 100 de la population) est deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes et que l'âge moyen de survenue est de 50 ans.

Toutefois, la patiente craint de faire « un accident vasculaire » :

- les fourmillements et/ou douleurs des bras évoquent souvent pour les patients un possible angor, surtout lorsqu'il s'agit du bras gauche. Madame M. n'a pas de facteurs de risques cardiovasculaires, mais il convient bien entendu de rechercher une douleur évocatrice qu'elle ne décrit pas spontanément ;

- un acrosyndrome est rarement unilatéral et s'accompagne de modifications de la couleur et de la température des doigts déclenchées par le froid (syndrome de Raynaud, acrocyanose) ou la chaleur (érythermalgie). Notre patiente nous aurait signalé ces modifications, qui sont rarement limitées aux 3 premiers doigts ;

- lorsque le tableau clinique n'est pas aussi typique, il convient de garder à l'esprit une éventuelle atteinte vasculaire du bras droit : compression

de l'artère sous-clavière dans la traversée thoraco-brachiale (très rare), arthériopathie ischémique de Buerger, thrombose sur cardiopathie emboligène, malformation.

La symptomatologie décrite justifie surtout de discuter l'hypothèse d'une **atteinte neurologique haut située** :

- un syndrome de la traversée thoracobrahiale : les paresthésies sont plutôt situées dans le territoire C8-D1 (postéro-interne jusqu'au dernier doigt) et sont provoquées par certaines positions prolongées ou lors de l'abduction répétée du bras. Ce n'est pas le cas de Madame M. ;

- une névralgie cervicobrahiale C6-C7 : la symptomatologie est davantage représentée par des douleurs que des paresthésies. Elles sont situées le long du bord antéro-externe du bras jusqu'au pouce et au médus. Ces douleurs, éventuellement associées à des douleurs scapulovertébrales, sont souvent impulsives à la toux, mal calmées, voire augmentées par le décubitus, parfois nocturnes.

D'autres causes neurologiques beaucoup plus rares peuvent être envisagées en présence d'une forme atypique ou si l'enquête n'aboutit pas à un diagnostic précis : myélopathie cervicale, neuropathie périphérique, compression du nerf médian au

coude, atteinte neurologique centrale (sclérose en plaque, accident vasculaire cérébral, tumeur).

Enfin, on ne discute pas des paresthésies dites « fonctionnelles » des sujets « spasmodiques », dont la

topographie n'est pas aussi précise et s'accompagnent fréquemment d'autres manifestations cliniques de l'anxiété (malaise, dyspnée, tachycardie, polyurie). Le contexte psychologique oriente. Madame M. va bien.

L'interrogatoire permet-il de faire le diagnostic ?

Notre patiente présente un syndrome du canal carpien typique : paresthésies ou hypoesthésies avec ou sans douleur qui atteignent au moins 2 des 3 premiers doigts (pouce, index et majeur, paume et dos de la main exclus), associées à une douleur du poignet ou irradiant vers le poignet. Selon certains auteurs, ce syndrome est improbable lorsqu'aucun symptôme n'est constaté sur les 3 premiers doigts.

Il existe des formes bilatérales, des formes avec douleur « ascendante », irradiant vers le coude ou l'épaule, qui peuvent orienter à tort vers une névralgie cervicobrachiale (douleur « descendante »).

Symptomatologie subjective

Il convient de préciser la symptomatologie subjective présentée :

- caractéristiques des paresthésies ou douleurs : au cours du SCC, les paresthésies se révèlent par des sensations de fourmillements, d'engourdissement, de picotement, de décharges électriques ;
- horaire : classiquement, les symptômes sont nocturnes (ou vers le petit matin), entraînant le réveil et obligeant le patient à secouer sa main. Ils sont parfois permanents ;
- circonstances déclenchantes : dans la journée, les paresthésies sont parfois déclenchées par le maintien de certaines positions (téléphone, couture, conduite, etc.) ;
- ancienneté et évolution : au fur et à mesure de l'évolution, les paresthésies peuvent devenir permanentes et s'associer à une diminution de la force de préhension, une sensation de maladresse. C'est le cas de Madame M.

Cause évidente

L'interrogatoire doit rechercher une cause évidente.

Dans 90 p. 100 des cas, le SCC est **idiopathique**, résultant d'un épaississement physiologique des gaines des fléchisseurs dans le canal carpien, soit spontanément, soit au cours des modifications hormonales de la périménopause, ce qui peut être le cas de notre patiente. Toutefois, on doit rechercher un facteur favorisant, parmi les plus fréquents :

- une **fracture** de l'extrémité inférieure du radius ou du carpe. Nous savons que Madame M. n'a pas eu d'antécédents de ce type ;
- une cause métabolique, en particulier un **diabète** connu (un SCC est quatre fois plus fréquent chez les diabétiques de type 2) ou une symptomatologie évocatrice d'**hypothyroïdie**.

Il convient de garder à l'esprit que d'autres causes plus rares de SCC secondaires peuvent être envisagées : un rhumatisme microcristallin ou une polyarthrite rhumatoïde, un myélome, une amylose, voire une tumeur endocanalaire.

Certains métiers (comme les coiffeurs, les cuisiniers, les femmes de ménage) conduisent à répéter des gestes du poignet ou à utiliser des outils dont les vibrations favorisent l'apparition d'un SCC, qu'il est alors possible de déclarer en tant que maladie professionnelle.

Madame M. ne présente pas de symptomatologie évocatrice de névralgie cervicobrachiale, de maladie rhumatismale ou d'hypothyroïdie. Elle n'a aucune douleur évocatrice d'angor et n'a pas noté de modification de chaleur ou de couleur de ses doigts.

Que recherchez-vous à l'examen clinique ?

L'examen clinique va tenter de confirmer l'hypothèse de SCC, rechercher un facteur favorisant et évaluer le stade évolutif.

Il convient de procéder à un examen clinique méthodique et complet pour écarter complètement une autre cause :

- cardiovasculaire : on recherchera en particulier une hypertension artérielle, une asymétrie des pouls,

une disparition du pouls le bras étant en abduction à 90° souvent précédé d'un souffle vasculaire dans le creux sus-claviculaire (syndrome de la traversée thoracobrachiale), un souffle cardiaque, des signes d'artériopathie distale ;

- rhumatologique : on procédera à un examen précis du rachis et on recherchera des signes de rhumatisme inflammatoire ou dégénératif ;

– neurologique : on recherchera des déficits focalisés et une éventuelle atteinte radiculaire C6-C7.

Les **tests de provocations** confortent l'hypothèse de SCC, lorsque que la symptomatologie n'est pas aussi typique. Ils doivent déclencher des douleurs ou des paresthésies dans le territoire du médian :

– test de Phalen : flexion maximale active du poignet pendant une minute, l'avant-bras étant vertical ;

– test de Tinel : percussion de la face palmaire du poignet ;

– test de Mac Murthy-Durkan : pression manuelle de la paume au niveau du canal carpien ;

– test de Gilliat : tensiomètre gonflé au-dessus de la systolique pendant une minute.

L'inspection, la palpation et la mobilisation de la main recherchent un facteur favorisant local. L'examen général recherche en particulier des signes d'hypothyroïdie.

Il faut enfin rechercher d'éventuels troubles de la sensibilité, surtout au niveau de la pulpe de l'index (territoire anatomique du médian) et d'éventuels troubles moteurs. La motricité est le plus souvent normale, mais des altérations de l'opposition pouce-index peuvent exister. L'atrophie des muscles thénariens externes est un signe tardif de forme évoluée.

L'examen neurologique de Madame M. est normal, en particulier sur le plan moteur. Le reste de l'examen, en particulier cardiovasculaire et orthopédique, est sans particularité. Madame M. a une petite surcharge pondérale (poids 68 kg pour 1,60 m), sans signe de dysthyroïdie, sa PA est à 135/85 mmHg. Localement, les tests de Phalen et de Mac Murthy-Durkan sont positifs. Il n'est constaté ni œdème, ni déformation du poignet, ni trouble tégumentaire. Il n'y a pas d'amyotrophie des muscles thénariens.

Devant un tel tableau, la pratique d'examens complémentaires se justifie-t-elle ?

Dans le cas de notre patiente, les données typiques d'interrogatoire associées à la positivité des tests de provocation permettent, en l'absence d'autres anomalies cliniques, d'affirmer le diagnostic de SCC.

Le diagnostic de SCC est essentiellement clinique. La place des examens complémentaires est très limitée, d'autant plus que notre patiente présente un tableau typique de SCC non compliqué de déficit moteur.

L'**électromyogramme** (EMG) n'est nécessaire qu'en cas de doute diagnostique ou lorsqu'on suspecte des signes de gravité : signes déficitaires moteurs permanents. Un EMG normal permet d'exclure une forme sévère relevant d'un traitement chirurgical, mais il n'exclut pas formellement une forme débutante de SCC. Par ailleurs, l'EMG est indispensable dans le cadre de la reconnaissance d'une maladie professionnelle.

Un **bilan métabolique** comprenant au moins une glycémie, une TSH us et une créatininémie est nécessaire chez cette femme qui présente une surcharge pondérale. Si l'on suspecte un processus inflammatoire ou chez les patients âgés, il est utile de demander une NFS et une CRP et une électrophorèse des protéines sériques (pour éliminer un myélome ou une amylose).

L'âge de notre patiente et l'aspect normal de son poignet ne nous incitent pas à demander des radiographies standard du poignet de face et de profil.

L'échographie, le scanner ou l'IRM n'ont pas de place clairement définie dans cette indication.

Un EMG n'a donc pas été fait chez Madame M., qui revient consulter avec un bilan métabolique normal.

Quel traitement proposer ?

Spontanément, 30 p. 100 des syndromes du canal carpien régressent et 20 p. 100 s'aggravent. La probabilité de régression spontanée est plus importante chez les patients jeunes et en cas d'apparition récente, tandis qu'en cas de signe de Phalen positif ou d'atteinte des 2 mains, l'évolution est plus souvent défavorable.

Chez Madame M., il est opportun devant cette symptomatologie typique, sans signes déficitaires permanents, de proposer dans un premier temps, un traitement médical conservateur.

Traitement non chirurgical

Les traitements non chirurgicaux sont essentiellement représentés par les infiltrations de corticoïdes ou l'utilisation d'une attelle de poignet.

La technique d'**infiltrations** est réalisée dans des conditions rigoureuses d'asepsie afin de limiter les risques infectieux. Elle consiste à injecter 1 à 2 ml de corticoïdes retard (bétaméthasone ou méthylprednisone) avec ou sans anesthésique local au niveau du second

pli palmaire du poignet (pli proximal) en dedans de la saillie du tendon du petit palmaire (repéré en demandant à la patiente de fermer le poing). L'aiguille est inclinée de 30° à 45° vers les doigts, dirigée très obliquement en bas en dedans et en arrière des doigts. Elle pénètre de 1,5 à 2 cm. Après une éventuelle douleur faisant suite à l'injection, le soulagement est obtenu à partir de la 48^e heure. On peut réaliser 2 ou 3 infiltrations espacées d'au moins 2 semaines. Les effets indésirables sont rares : ruptures des tendons fléchisseurs des doigts, lésions des nerfs médians.

Une **attelle nocturne** permet de maintenir le poignet en position neutre (sans extension du poignet), les velcros étant dorsaux. Elle permet de soulager les symptômes liés au syndrome du canal carpien.

Ces deux types de traitements non chirurgicaux ont prouvé leur efficacité. La supériorité de l'infiltration de corticoïdes sur l'utilisation d'attelle nocturne n'a pas été démontrée. Les traitements non chirurgicaux permettent d'éviter la chirurgie pour la majorité des patients. Par ailleurs, la modification des activités physiques ou les traitements anti-inflammatoires non stéroïdiens n'ont pas fait preuve de leur efficacité dans cette indication.

Traitement chirurgical

Le traitement chirurgical doit être précédé d'un électromyogramme. Il est réservé aux situations

d'échec ou aux formes avec déficit moteur d'emblée. L'intervention consiste à sectionner le ligament annulaire du carpe.

Le choix entre **chirurgie endoscopique** et **chirurgie à ciel ouvert** est loin d'être tranché, une synthèse de la littérature n'ayant pas montré de bénéfice tangible d'une méthode sur l'autre. L'endoscopie permettrait cependant une reprise du travail un peu plus rapide (en moyenne 6 jours) que la chirurgie à ciel ouvert. Les paresthésies et les douleurs disparaissent le lendemain de l'intervention dans la plupart des cas. Les signes objectifs régressent plus lentement. La reprise des activités de « serrage » (conduite, préhension...) est variable, généralement de 1 à 3 semaines après l'opération.

L'infiltration de corticoïdes retard a entraîné une nette régression des symptômes de Madame M. en 3 semaines. La persistance de paresthésies a fait pratiquer une 2^e infiltration et le port d'une attelle de rectitude nocturne pendant 2 mois. Ce traitement a entraîné la disparition totale des symptômes, lesquels, avec 1 an de recul, ne sont pas réapparus.

Ce suivi aura été l'occasion d'aborder avec Madame M., si elle le souhaite, les problèmes de santé liés à sa ménopause (troubles climatiques, difficultés sexuelles, etc.) et vérifier dans son dossier les mesures de dépistage de maladies cardiovasculaires et de cancer (sein, col de l'utérus et colon).

BIBLIOGRAPHIE

- BLAND JDP. Carpal tunnel syndrome, BMJ, 2007, 335 : 343-346.
 FOUCHER G, BUCH N. Syndrome du canal carpien. Encycl Méd Chir (Paris, Elsevier), Appareil locomoteur, 1998 : 14-069-A-10.
 MARSHALL S. Carpal tunnel syndrome. Clinical Evidence, 2002, 8 : 1060-1074.

- PRESCRIRE RÉDACTION. Syndromes du canal carpien. Rev Prescrire, 2011, 31 : 280-284.
 SAMSON P. Le syndrome du canal carpien. Chirurgie de la main, 2004, 23 : S165-S177.

CAS N° 43

Madame P. a très mal à la tête

Madame P., 40 ans, vous consulte pour la première fois : « J'ai toujours eu des maux de tête, on m'a dit que j'avais des migraines. Depuis quelques semaines j'ai souvent mal, mais cela devient intolérable depuis 3 jours. Même le paracétamol codéiné, qui souvent me soulage, ne marche pas. Ce mois-ci, j'ai dû m'absenter trois fois du travail... » Elle décrit une douleur permanente, pesante et localisée à l'ensemble du crâne alors qu'auparavant la douleur était pulsatile et d'un seul côté.

Elle a déjà consulté des médecins dans le passé à cause de ses migraines, mais elle avait le sentiment qu'on ne la prenait pas au sérieux. Elle n'a pas d'autres antécédents particuliers. Madame P. est mariée et a deux enfants. Dans l'entreprise où elle est cadre, on parle de restructuration. Elle dort mal depuis quelques semaines. Elle fume 20 cigarettes par jour, boit 6 tasses de café le matin et ne boit de l'alcool qu'avec ses amis en fin de semaine.

Qu'évoque ce tableau clinique ?

Cette patiente souffre depuis longtemps de céphalées pour lesquelles on a évoqué le diagnostic de **migraine**. Toutefois, cet épisode récent de douleurs différentes, mal calmées par les antalgiques habituels, dans un contexte de stress professionnel et d'insomnie, fait plutôt évoquer des **céphalées de tension**.

L'augmentation des prises d'antalgiques peut aussi faire envisager le diagnostic de **céphalées induites par abus d'antalgiques**. Il est aussi parfois fréquent qu'une **infection virale** provoque des céphalées violentes. Ce diagnostic pouvant être envisagé, même en l'absence d'autres signes évocateurs.

Quels autres diagnostics doit-on envisager ? Comment s'orienter rapidement ?

L'aggravation et le caractère rebelle des céphalées depuis 3 jours doivent conduire à la vigilance afin de ne pas négliger une **urgence** vasculaire, infectieuse ou neurologique, événements rares en médecine générale. Il faut systématiquement rechercher des éléments cliniques discriminants qui pourraient les faire évoquer :

- des **signes d'accompagnement** :
 - une fièvre,
 - des vomissements, notamment en jet,
 - des signes fonctionnels neurologiques : troubles de l'équilibre, troubles du comportement, baisse de la vigilance, diplopie, modification du champ visuel, paresthésies, troubles moteurs ;
- le **mode d'apparition** et les **circonstances déclenchantes** :

– des céphalées rapidement progressive et qui réveillent peuvent faire suspecter un processus tumoral,

– des céphalées en « coup de tonnerre » sont souvent retrouvées en cas de poussée hypertensive, d'hémorragie cérébrale, d'accident vasculaire cérébral,

– des céphalées provoquées par un effort physique, une toux ou un rapport sexuel peuvent faire évoquer une hémorragie méningée, une tumeur, un anévrisme ;

• un **traumatisme récent**, que Madame P. n'évoque pas spontanément, pouvant faire suspecter un hématome sous-dural ;

- une **anomalie de l'examen clinique** :
 - une hypertension artérielle,

– une raideur méningée ou d'autres anomalies neurologiques, parfois mineures, à un stade précoce : une asymétrie du visage en gonflant les joues, une légère dysmétrie, une discrète parésie d'une main, des troubles sensitifs focalisés, une diplopie.

Devant ce tableau clinique, on peut aussi évoquer :

– une cause **ophtalmique** : des problèmes de réfraction, d'accommodation ou de convergence jusqu'alors méconnus peuvent être à l'origine des douleurs. La notion d'effort visuel prolongé précédant les douleurs plaide en ce sens. Un glaucome aigu, dont la prise en charge représente une urgence, est exceptionnel à 40 ans ;

– une **sinusite** : la douleur, habituellement fronto-orbitaire et déclenchée par un mouvement de la tête penchée en avant, elle peut être atypique et diffuser à l'ensemble du crâne comme chez Madame P. La fièvre peut faire défaut. La notion de rhinopharyngite ou de syndrome grippal ayant précédé la douleur plusieurs jours avant oriente ;

– une **prise de médicaments** qui pourraient favoriser les céphalées, en particulier chez elle des œstroprogestatifs.

En revanche, les caractéristiques de la douleur décrite par notre patiente nous permettent d'écarter :

– une **algie vasculaire de la face** : habituellement, il s'agit de douleurs sévères unilatérales, d'apparition

brutale, en région orbitaire, péri-orbitaire ou temporelle. Elles évoluent en salves et peuvent s'accompagner de larmoiements, d'injection conjonctivale, de rhinorrhée, d'obstruction nasale unilatérale, d'un œdème de la paupière, de sudation, d'un myosis et/ou d'un ptosis ou d'agitation. Sa prévalence est faible 0,1 p. 100. Elle atteint essentiellement des hommes de 20 à 50 ans ;

– une **névralgie essentielle du trijumeau** : son aspect est habituellement typique avec des douleurs fulgurantes de quelques secondes, localisées dans le territoire maxillaire supérieur. Elles sont d'apparition spontanée, ou après stimulation d'une « zone gâchette ». Assez rare, sa fréquence augmente avec l'âge et survient habituellement après 40 ans. Elle est un peu plus fréquente chez les femmes.

On ne trouve chez Madame P. aucun signe qui orienterait vers une céphalée secondaire. Elle n'a ni fièvre, ni vomissements, ni vertiges. L'examen clinique, en particulier neurologique et ORL, est normal. La pression artérielle est à 130/70 mmHg. Madame P. n'a pas fait d'efforts visuels importants, mais elle travaille épisodiquement sur son ordinateur. On note par ailleurs que Madame P. ne prend ni contraception ni traitement hormonal, mais qu'elle a augmenté sa consommation d'antalgiques.

Demandez-vous des examens complémentaires ? Sur quels arguments ?

Il faut donc demander à la patiente si, dans le passé, des examens complémentaires ont été faits pour ces céphalées et quels en ont été les résultats.

Il n'y a pas d'éléments cliniquement évocateurs d'une urgence justifiant de prescrire d'emblée un scanner cérébral ou une IRM. Ces examens pourraient toutefois être prescrits devant la modification et l'aggravation récente des douleurs. La

patiente est peut-être également demandeuse d'examens complémentaires. Il faut cependant la rassurer et lui expliquer que l'interrogatoire et l'examen clinique ne trouvent aucun élément inquiétant.

S'il n'a pas été réalisé depuis longtemps, un examen ophtalmologique doit être effectué, car elle travaille devant un ordinateur.

Quels éléments cliniques vous permettent de préciser vos hypothèses diagnostiques ?

L'interrogatoire et l'examen clinique confortent donc l'hypothèse d'une **céphalée primaire**.

Madame P. se plaint, depuis longtemps, de **migraines**. Ce sont des accès de céphalées paroxystiques et récidivants. Les douleurs sont classiquement pulsatiles, unilatérales, elles durent de quelques heures à 3 jours, accompagnées de nausées et de phono-photophobies. Les douleurs sont aggravées par les efforts physiques. Il existe deux formes de

migraines : la migraine sans aura (la plus fréquente, représentant 80 p. 100 des accès migraineux) et la migraine avec aura.

L'aura est un symptôme neurologique transitoire qui précède ou accompagne la crise migraineuse. Il s'agit le plus souvent de symptômes visuels (scotome, phosphène, etc.) suivis de manifestations sensitives chéiro-orales (partie inférieure du visage et la main). L'aura se différencie de l'épilepsie partielle

ou de l'accident vasculaire ischémique transitoire par sa progression lente (« marche migraineuse »). Madame M. ne se plaint pas d'aura, mais elles sont à rechercher à l'interrogatoire.

Les douleurs actuelles prêtent à discussion. Leur aspect chronique et continu, le contexte professionnel, les troubles du sommeil font évoquer des **céphalées de tension**, témoignant d'une possible forme de tension mentale et/ou musculaire. Les douleurs sont dans ce cas classiquement bilatérales, non pulsatiles, à type de pression ou d'étau. Elles peuvent durer de quelques heures à 7 jours. Elles ne s'accompagnent ni de nausées, ni de photophobies. Il n'y a pas d'aggravation à l'effort. L'évolution des céphalées de tension peut être épisodique ou chronique, elles peuvent être à l'origine d'une nette diminution de la qualité de vie.

L'augmentation des prises d'antalgiques a aussi fait envisager le diagnostic de « **céphalées induites par abus d'antalgiques** ». Comme tous les patients souffrant de migraines ou de céphalées de tension,

notre patiente est exposée à ce risque. Il s'agit d'une véritable toxicomanie entraînant la chronicisation et l'aggravation des douleurs. Les antalgiques non spécifiques et tous les antimigraineux sont impliqués. Les médicaments à base de codéine, de caféine et de dextropropoxyphène (qui n'est désormais plus utilisé) sont les plus pourvoyeurs. La demande de médicaments plus efficaces et surtout la prise quotidienne et régulière d'antalgiques pour prévenir le mal de tête sont très évocateurs, d'autant plus que les patients signalent être plus algiques en l'absence de prise médicamenteuse. Il s'agit d'une complication fréquente des migraines ou des céphalées de tension (15 p. 100).

Au total, Madame P. présente les critères cliniques d'une **céphalée de tension** apparue dans un contexte de migraine. Sa consommation anarchique d'antalgiques peut également être responsable de sa symptomatologie. Cette dernière hypothèse ne sera confirmée que si les symptômes s'améliorent après un sevrage effectif.

Comment prendre en charge cette patiente ?

Il faut d'abord tenter de limiter l'automédication. Les modalités du sevrage ne sont pas codifiées. On peut le faire sous couvert d'antidépresseurs tricycliques. Dans certains cas sévères, une hospitalisation peut s'avérer nécessaire.

Pour traiter les céphalées de tension de Madame P., nous disposons de l'amitriptyline, qui a fait la preuve de son efficacité à la dose de 10 à 75 mg 1 à 2 heures avant le coucher. Ses effets atropiniques et une prise de poids fréquente limitent son utilisation. Afin d'assurer la meilleur observance possible, le traitement doit être débuté à la dose de 10 mg, en proposant à la patiente un protocole d'augmentation progressive. Les inhibiteurs sélectifs de la sérotonine semblent une alternative intéressante, mais le niveau de preuve de leur efficacité est encore faible. L'arrêt du tabac doit être envisagé, sachant qu'il ne faut souvent pas proposer tous les arrêts en même temps.

Compte tenu du terrain psychologique de cette patiente, les méthodes de thérapies cognitives, de

relaxation et de « biofeedback », voire des séances d'acupuncture, peuvent être proposées, mais l'efficacité de ces thérapeutiques n'a pas été formellement démontrée. Une certaine tension musculaire cervicale et faciale dans la physiopathologie des douleurs incite à proposer également des séances de physiothérapie et de massage. Les benzodiazépines sont à proscrire, car elles exposent au risque de dépendance.

Finalement, Madame P. a pu être progressivement soulagée en 8 jours grâce à la prise quotidienne d'amitriptyline 25 gouttes (1 mg/goutte) par jour, le soir au coucher. La durée de sa prescription était de 1 mois, au terme duquel une réévaluation du traitement était prévue. Elle a pris conscience du lien entre les événements stressants de sa vie professionnelle et ses douleurs. Aucun traitement annexe n'a été nécessaire et elle a réussi à se passer du paracétamol codéiné. Comme la plupart des patients migraineux souffrant de céphalées de tension, elle risque d'avoir de nouveaux épisodes de migraine.

Quel traitement prescrire en cas de réapparition des crises migraineuses ?

Il convient, en premier lieu, d'aider la patiente à rechercher les éventuels facteurs déclenchants de ses crises, et de rappeler quelques règles

hygiéno-diététiques simples : une alimentation régulière et diversifiée, une consommation modérée de boissons alcoolisées et de café, la pratique d'une

activité physique ou sportive, des durées régulières de sommeil, etc.

Les crises migraineuses peuvent être soulagées par des antalgiques non spécifiques. Leur efficacité est meilleure s'ils sont pris précocement, dès le début de la crise. Le paracétamol est parfois suffisant. Il peut être difficile de la convaincre de tenter un traitement par paracétamol seul, son efficacité ayant tendance à être sous-estimée du fait de son faible coût et de son libre accès. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens peuvent être proposés, en l'absence de contre-indication (ibuprofène, naproxène, diclofénac). L'aspirine n'a pas fait preuve d'une efficacité clinique supérieure aux autres anti-inflammatoires, tout en exposant à des effets indésirables plus fréquents. Un traitement anti-émétique peut être associé : le métoclopramide ou la dompéridone.

Si les antalgiques non spécifiques ne sont pas efficaces, un traitement par des antimigraineux spécifiques peut alors être proposé. Chez Madame P., ils peuvent être proposés d'emblée du fait de la notion d'inefficacité du traitement paracétamol codéiné.

On peut proposer un **triptan** (par exemple le sumatriptan) par voie orale dosé à 50 mg, à prendre aussi précocement que possible après le début de la crise migraineuse, et à renouveler éventuellement au bout de 2 heures si le soulagement de la douleur n'est pas obtenu. Il faut vérifier préalablement l'absence de contre-indications absolues à cette prescription : nous savons qu'elle ne prend pas de dérivés de l'ergot de seigle, qu'elle n'a ni HTA, ni antécédents d'AVC, ni coronaropathie. Il faudrait s'assurer qu'elle n'est pas enceinte. Il faut garder en mémoire que l'AMM limite l'emploi des triptans entre 18 et 65 ans.

Le sumatriptan peut être également administré par pulvérisation nasale, si les nausées/vomissements accompagnant la crise rendent la prise de comprimés impossible. D'autres triptans peuvent également être essayés (le naratriptan agit moins rapidement que le sumatriptan, mais il est mieux toléré et limite le risque de récurrences ; le zomilriptan ; l'élétriptan ; le rizatriptan ; le flovatriptan). Les triptans peuvent provoquer des troubles digestifs, des flushs, une augmentation de la pression artérielle, une somnolence. La dihydroergotamine en spray nasal ou per os associée à de la caféine est un traitement classique et ancien. Pour être efficace, il doit être utilisé au tout début de la crise migraineuse. Ce dérivé de l'ergot de seigle comporte cependant de nombreuses contre-indications et des effets indésirables qui incitent à préférer un triptan en première intention.

Il est important d'évaluer le nombre de crises par mois et le recours médicamenteux afin de repérer les abus et de proposer, à temps, un traitement

« de fond ». La prescription est à limiter à 2 prises d'antalgiques par semaine, en expliquant le risque de « cercle infernal » (automédication, abus de médicaments, pérennisation des céphalées) et la possible survenue de « céphalées induites par l'abus de médicaments ».

Madame P. a pris 25 gouttes quotidiennes d'amitriptyline pendant 3 mois, puis elle a réduit progressivement les doses en 2 mois. Pendant cette période, elle n'a pas eu de crise migraineuse.

Traitement préventif

Un traitement préventif des crises migraineuses est recommandé si les crises persistent avec une fréquence supérieure à deux par mois malgré le traitement prescrit, si les crises migraineuses ne répondent pas facilement aux traitements de crise, ou encore si les crises altèrent significativement la qualité de vie. On peut avoir recours aux produits suivants :

- en première intention et en l'absence de contre-indication, un bêtabloquant, le propranolol, à la dose de 40 à 80 mg par jour ;
- un antidépresseur imipraminique (l'amitriptyline 30 à 150 mg par jour) ; un IRS-Na (la venlafaxine) a démontré une efficacité préventive versus placebo ;
- un anti-épileptique (l'acide valproïque 500 mg à 1,5 g par jour) et le topiramate peuvent être utilisés, car leur efficacité a été montrée dans une revue Cochrane. Toutefois, l'acide valproïque expose les patients au risque de prise de poids, de tremblement et de d'alopécie, sans compter le risque de non-fermeture du tube neural en cas de grossesse. Le topiramate expose également à de nombreux effets indésirables : anorexie avec perte de poids, diarrhées, paresthésie, troubles visuels ;
- d'autres antihypertenseurs comme les inhibiteurs calciques (amlodipine, vérapamil) et certains IEC (lisinopril) ou ARAII (candésartan) peuvent être proposés, mais plutôt en deuxième intention, car le niveau de preuve de leur efficacité est faible.

Les dérivés de l'ergot de seigle (méthysergide et dihydroergotamine), l'indoramine (inhibiteur des récepteurs alpha-1-adrénergiques), l'oxétorone (antagonistes sérotoninergiques) et la flunarazine (neuroleptique caché) ont été insuffisamment évalués et exposent à des effets indésirables excessifs.

L'instauration d'un traitement « de fond » au bon moment permet d'éviter l'apparition de céphalées chroniques par abus d'antalgiques. Le traitement est jugé efficace en cas de réduction de 50 p. 100 des crises. Après 6 à 12 mois de traitement efficace, une tentative d'arrêt du traitement de fond peut être proposée.

BIBLIOGRAPHIE

- DONNET A. Céphalées primaires. Monographie. Rev Prat, 2008, 58 : 608-615.
- FENSTERMACHER N, LEVIN M, WARD T. Pharmacological prevention of migraine. BMJ, 2011, 342 : d583 doi : 10.1136/bmj.d583.
- INSERM. La migraine : connaissances descriptives, traitement et prévention. Expertise collective. Paris, Inserm, 1998.
- INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY CLASSIFICATION SUB-COMMITTEE. International classification of headache disorders, 2nd edition. Cephalalgia, 2004, 24 (suppl. 1) : 1-160.
- PRESCRIRE RÉDACTION. Prévention médicamenteuse des crises migraineuses. À décider au cas par cas. Rev Prescrire, 2006, 26 : 276-281.
- SILVER N. Headache (chronic tension-type). Am Fam Physician, 2007, 76 : 114-116.
- STEINER TJ, FONTABASSO M. Headache. Clinical review. Br Med J, 2002, 325 : 881-886.

CAS N° 44

Monsieur M. veut faire un « check up »

Monsieur M., 42 ans, cadre commercial, vient vous voir car « il veut faire un bilan ». Il consulte rarement. Vous le voyez le plus souvent lorsqu'il accompagne ses deux enfants de 12 et 9 ans au cabinet. Vous connaissez son épouse, qui consulte occasionnellement et qui n'a pas de problème particulier. Il fume 20 cigarettes par jour depuis l'âge de 18 ans.

Comment menez-vous la consultation ?

Cette demande de bilan pose plusieurs problèmes :

– **quelle est la réelle demande de Monsieur M. ?**

Veut-il faire un bilan à visée préventive ou n'est-ce qu'un prétexte pour vous entretenir d'une inquiétude, qu'il n'arrive pas à aborder directement ? Pourquoi vient-il demander un bilan ? Que se passe-t-il dans sa vie ? Est-il inquiet pour sa santé et pourquoi ? A-t-il des raisons de l'être ? A-t-il une symptomatologie qu'il ne signale pas ?

– **quel bilan préventif demander en première intention chez un homme de 42 ans ?** Quelles sont les recommandations à ce sujet ?

Pour connaître la **réelle demande** du patient, il faut mener un **entretien ouvert** pour le laisser s'exprimer. Au-delà du motif initial de consultation, c'est peut être l'occasion d'aborder d'éventuelles difficultés conjugales, familiales, professionnelles ou matérielles. A-t-il eu récemment des événements de vie marquants ? Est-il anxieux ou dépressif ? En l'absence de réponse précise, on recherchera des troubles du sommeil, un manque d'entrain et/ou de projets, une tristesse, un état anxieux, des crises d'angoisse.

Il est parfois utile de **reformuler** à haute voix ce que vous avez compris de sa demande, pour lui permettre, si nécessaire, de rectifier l'orientation de votre démarche.

Souvent, en demandant au patient ce qui motive sa demande de bilan, sa réponse donne des éléments d'orientation, en verbalisant ses angoisses. Par exemple, il peut évoquer un rapport récent non protégé qui motive une demande de sérologie VIH, craignant une séroconversion et une éventuelle infection sexuellement transmissible (IST). Il peut aussi s'agir d'une inquiétude liée à la maladie d'un proche, en particulier lors de la révélation d'un

cancer, que ce soit dans la famille ou dans le milieu professionnel.

Mais bien souvent il s'agit d'une démarche de « prévention » initiée par le seul souci de préservation d'une « bonne santé ». Cette notion de « capital santé » n'est pas acquise par tous les patients, en particulier par les plus précaires.

Avant de prescrire un bilan à Monsieur M., il convient bien entendu de recueillir toutes les informations utiles qui permettront d'établir un **plan de prévention individualisé** en fonction des risques identifiés.

Il faut rechercher les **antécédents médicaux personnels et familiaux** afin de préciser une hérédité ou un terrain à risque : diabète, hyperlipidémie, hypertension artérielle, cancer.

Il faut ensuite s'intéresser aux facteurs de risque modifiables, en particulier ses **habitudes**, son **style de vie** et son **environnement socioprofessionnel** :

– nous savons qu'il a un tabagisme actif (22 paquets par an). Consomme-t-il de l'alcool, des drogues ?

– quelles sont ses habitudes alimentaires ? A-t-il une alimentation équilibrée ? Consomme-t-il régulièrement des fruits et des légumes ?

– quelle est son hygiène de vie ? Est-il sédentaire ou actif, voire sportif ?

– quelle est la qualité de son sommeil ? Prend-il occasionnellement des somnifères ?

– a-t-il des pratiques sexuelles à risque (homosexualité, bisexualité, partenaires multiples) ? Il n'est pas toujours facile d'aborder ces questions, surtout quand l'on suit toute la famille. Toutefois, la réticence à aborder le sujet vient souvent du médecin.

Il ne faudra pas hésiter à lui rappeler que nous sommes liés par le secret professionnel :

– quelles sont ses conditions de travail ? Subit-il des pressions ? Est-il bien installé à son bureau ? Se protège-t-il la vue en respectant des temps de repos hors écran d'ordinateur ?

– est-il amené à voyager ? Dans ce cas, prend-il soin de consulter pour préparer son voyage ? A-t-il l'habitude de s'exposer au soleil ?

Enfin, il faudra s'enquérir de son **statut vaccinal** et d'un éventuel suivi odontologique.

Monsieur M. vous confie qu'il a été choqué car un de ses collègues, âgé de 45 ans, a fait un infarctus du myocarde 15 jours auparavant. Ils se connaissaient depuis

longtemps et, comme lui, il a une alimentation riche en graisse et fume 1 paquet de cigarettes par jour. Il précise que le père de son collègue est mort d'un infarctus du myocarde à 52 ans et que, contrairement à ce collègue qui ne pratiquait aucun sport, il court 2 heures par semaine. Il se sent bien, n'a jamais eu de problème de santé jusqu'à présent. Il indique que son père, âgé de 65 ans, va bien mais commence toutefois à avoir des problèmes de prostate, précisant que ce n'est pas un cancer. Sa mère a de l'arthrose.

Il ne signale aucun autre comportement ou facteur de risque associé. Il n'a pas son carnet vaccinal, qu'il doit rechercher. Il va régulièrement chez son dentiste.

Faut-il pratiquer un examen clinique et dans quel but ?

Monsieur M. est, semble-t-il, bien portant.

Il est important de noter son poids qui, non seulement évalue une éventuelle surcharge pondérale, mais sert aussi de référence en cas de variation ultérieure. Connaissant sa taille, on peut calculer le BMI (P/T^2), qui détermine la stratégie de prévention.

De même, on mesure son périmètre abdominal au niveau de l'ombilic. Si la circonférence dépasse 102 cm, elle constitue un facteur de risque cardiovasculaire indépendant.

Il convient de vérifier la normalité de la pression artérielle, la régularité et la fréquence des pulsations cardiaques. Il arrive, dans ces circonstances, que des chiffres de pression artérielle élevés ($> 140/90$ mmHg) soient constatés sans qu'on puisse parler à ce stade d'hypertension. L'HTA sera confirmée si les mesures de pression artérielle, réalisées avec un brassard adapté et dans de bonnes conditions de repos, restent élevées lors de consultations ultérieures. Toutefois il n'est pas rare, dans ce cas, d'être en présence d'une HTA dite « blouse blanche », suggérée par la discordance entre la normalité du bilan cardiovasculaire

et les chiffres de PA constatés au cabinet. Dans ce cas, on peut proposer au patient une mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) ou bien, s'il est adhérent et comprend bien les consignes, de réaliser lui-même 3 automesures de sa PA matin et soir 3 jours de suite. On ne pourra alors affirmer l'hypertension que si la moyenne des mesures est supérieure à 135/85 mmHg.

L'examen systématique va ensuite rechercher une anomalie méconnue et/ou qui, jusque-là, n'aurait pas encore eu d'expression clinique.

L'auscultation recherche un souffle cardiaque. La palpation vérifie la présence d'une éventuelle hépatomégalie, d'adénopathies suspectes, d'une splénomégalie.

L'inspection cutanée recherche des naevi qui pourraient être suspects de mélanome ou toute autre tuméfaction pathologique.

Monsieur M. pèse 65 kg pour 1,72 m (BMI : 22) sans adiposité abdominale. Sa PA est à 130/80 mmHg. L'examen ne met en évidence aucune anomalie notable.

Comment évaluer ses risques ?

Monsieur M. a réussi à exprimer ses craintes d'accident cardiovasculaire en s'identifiant à un collègue avec qui il partage le même stress professionnel et les mêmes habitudes tabagiques et alimentaires. Il faut donc évaluer et lui expliciter avec précision son risque cardiovasculaire personnel, tenter de le rassurer tout en lui faisant part des éventuelles mesures à prendre.

Monsieur M. a un BMI à 22, il n'est donc pas en surcharge pondérale ($BMI < 25$).

Concernant ses **facteurs de risque cardiovasculaire**, il est encore jeune (un excès de risque est observé chez les hommes de plus de 45 ans et chez les femmes de plus de 55 ans), mais son tabagisme est un facteur de risque important, proportionnel au nombre de cigarettes inhalées.

Monsieur M. n'est pas hypertendu et il n'a pas d'antécédent familial d'accident cardiovasculaire précoce, contrairement à son collègue dont le père

est mort avant 55 ans, ce qui constitue un facteur de risque supplémentaire.

Il faut chercher à savoir si Monsieur M. n'a pas d'autres facteurs de risque cardiovasculaire

potentiels entrant dans le calcul du risque cardiovasculaire global diabète, hypercholestérolémie avec HDL-cholestérol bas, hypertrophie ventriculaire gauche électrique.

Quel bilan demandez-vous ?

On demande donc un **bilan biologique** comportant l'exploration d'une anomalie lipidique (EAL) avec le dosage du cholestérol total, du HDL cholestérol, des triglycérides et du LDL cholestérol, et une glycémie à jeun. C'est l'occasion de prescrire un dosage de créatininémie avec calcul du débit de filtration glomérulaire et une NFS, tant pour repérer une éventuelle anomalie que pour servir d'examen de référence. On profitera également de l'occasion pour proposer systématiquement une sérologie VIH. On peut envisager de proposer une sérologie VHC si Monsieur M. présente des facteurs de risque – entourage proche porteur du virus, piercing, traitement ancien par acupuncture ou mésothérapie, usage même ancien de crack ou de drogues injectables, transfusion avant les années 1990.

Dans ce contexte d'angoisse, un **électrocardiogramme** peut être proposé pour conforter l'absence d'anomalie et, là encore, pour disposer d'un document de référence.

Il n'y a pas lieu d'envisager, compte tenu de son âge et selon les recommandations en vigueur, un dépistage du

cancer de la prostate par le dosage des PSA sériques. Il en serait autrement si son père avait eu un cancer de la prostate avant 55 ans et/ou s'il est d'origine afro-américaine.

Dans le cadre des bilans proposés par l'Assurance maladie à tous les assurés tous les 5 ans, une « batterie d'examen » est effectuée de façon répétitive, indépendamment de l'évaluation du risque individuel et des examens déjà réalisés souvent dans une période récente. Les patients qui en ont déjà bénéficié comprennent mal, lorsqu'ils nous demandent de passer un « bilan », qu'on leur prescrive beaucoup moins d'examen qu'à cette occasion. Ce n'est toutefois pas une raison pour prescrire des examens non justifiés.

Monsieur M. revient consulter avec ses résultats. Le bilan biologique montre : glycémie à jeun 0,98 g/l, cholestérol total 2,10 g/l, HDL cholestérol 0,63 g/l, triglycérides 1,21 g/l, LDL-cholestérol 1,23 g/l, créatinine 10 mg/l, NFS normale. La sérologie VIH finalement prescrite est négative.

L'ECG montre un rythme sinusal, une fréquence à 70/min, un PR à 0,8.

Monsieur M. n'a pas retrouvé son carnet de vaccination.

Comment interprétez-vous ces résultats ? Que dites-vous au patient ?

Il faut dire à Monsieur M. que son bilan est normal, faire la liste des facteurs de risque vasculaire et repérer les siens avec lui. Il faut donc lui préciser qu'il n'a pas de risque familial, pas d'hypertension artérielle, pas de diabète, pas d'hyperlipidémie – son profil justifierait une intervention thérapeutique s'il avait un taux de LDL-cholestérol supérieur à 1,60 g/l. Il faut l'encourager à continuer son activité physique, qui a un effet bénéfique sur son taux de HDL-cholestérol.

Il convient d'insister sur les conséquences de son tabagisme, non seulement comme facteur de risque cardiovasculaire majeur mais aussi comme facteur de risque de survenue des cancers.

Concernant son alimentation, qu'il estime lui-même riche en graisses, on précisera qu'il n'a pas d'hyperlipidémie, qui justifierait des mesures diététiques spécifiques. Toutefois, c'est l'occasion d'évoquer l'effet néfaste d'une alimentation trop riche en graisses dans

la survenue des cancers digestifs et l'importance d'une alimentation variée, riche en fruits et légumes (si possible au moins cinq différents par jour).

Il faut l'encourager à continuer à faire du sport et évoquer la nécessité de faire pratiquer un électrocardiogramme d'effort s'il devait entreprendre un sport ou des épreuves nécessitant des efforts plus importants qu'il ne fait actuellement, comme la participation à un marathon.

On estime avec lui que ses derniers vaccins datent de sa conscription, et qu'il a eu un rappel il y a plus de 10 ans à l'occasion d'un voyage. Il faut donc lui proposer un rappel contenant les valences d'TP (diphthérie atténuée, tétanos et poliomyélite), voire avec la valence Ca (Coqueluche acellulaire), si dans son entourage proche il y a ou il peut y avoir dans les années à venir des nourrissons, en choisissant le vaccin combiné dTPCa.

Si le patient vous dit qu'il aimerait bien arrêter de fumer, quelle est votre attitude ?

Il faut évaluer s'il s'agit d'une demande de sevrage immédiat ou d'une simple évocation à l'occasion de la consultation. Si l'on ressent un désir d'arrêter, il faudrait l'encourager à prendre un rendez-vous spécifique. Cette démarche permet à la fois de disposer du temps nécessaire à la mise au point d'une stratégie globale d'aide au sevrage et de confirmer l'engagement du patient.

On peut toutefois commencer à tester son désir de modifier son comportement. Il faut évaluer sa motivation. Un test de motivation à l'arrêt a été établi par un groupe d'expert : l'échelle Q-MAT (Tableau I). L'analyse de la valeur prédictive de ce score sur le succès du sevrage tabagique est en cours. Il faudra aussi tenir compte de ses craintes, en particulier celle de prendre du poids en cas de sevrage tabagique, et lui dire que nous sommes compétents et disponibles pour l'aider.

Tableau I – Test de motivation pour l'arrêt de la nicotine : échelle Q-MAT

(D'après Aubin H-J, Lagrue G, Legeron P et al. Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac (Q-MAT), Smoking cessation motivation questionnaire. *Alcoologie et addictologie*, 2005, 27 (2) : 19s-25s.)

1 – Pensez-vous que, dans 6 mois	
Vous fumerez toujours autant ?	0
Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ?	2
Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?	4
Vous aurez arrêté de fumer ?	8
2 – Avez-vous, actuellement, envie d'arrêter de fumer ?	
Pas du tout	0
Un peu	1
Beaucoup	2
Énormément	3
3 – Pensez-vous que, dans 4 semaines	
Vous fumerez toujours autant ?	0
Vous aurez diminué un peu votre consommation de cigarettes ?	2
Vous aurez beaucoup diminué votre consommation de cigarettes ?	4
Vous aurez arrêté de fumer ?	6
4 – Vous arrive-t-il de ne pas être content(e) de fumer ?	
Jamais	0
Quelquefois	1
Souvent	2
Très souvent	3

Total /20

Résultats :

Score ≤ 6 : motivation insuffisante

Score entre 7 et 13 : motivation moyenne

Score > 13 : bonne et très bonne motivation

Le test de Fagerström (Tableau II) permet de faire prendre conscience de la dépendance. On doit rechercher une addiction associée (cannabis, alcool) et un état anxiodépressif afin d'anticiper les rechutes ou les situations d'échec.

Tableau II – Évaluation de la dépendance à la nicotine : test de Fagerström

(D'après Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, Fagerström KO. The Fagerström Test of Nicotine Dependence : a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*, 1991, 86 (9) : 1119-1127.)

1 – Combien de temps s'écoule entre votre réveil et votre première cigarette ?	
Plus de 60 minutes	0
Entre 31 et 60 minutes	1
Entre 6 et 30 minutes	2
Moins de 5 minutes	3
2 – Trouvez-vous difficile de vous abstenir de fumer là où c'est interdit ?	
Non	0
Oui	1
3 – Quelle cigarette auriez-vous le plus de mal à ne pas fumer ?	
La première de la journée	1
N'importe quelle autre	0
4 – Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?	
10 ou moins	0
Entre 11 et 20	1
Entre 21 et 30	2
Plus de 31	3
5 – Fumez-vous davantage durant les premières heures suivant le réveil qu'au cours du reste de la journée ?	
Non	0
Oui	1
6 – Fumez-vous même quand vous êtes malade au lit presque toute la journée ?	
Non	0
Oui	1

Calcul du total de points = niveau de dépendance à la nicotine suivant :

- moins de 5 points : « Votre dépendance à la nicotine est encore faible. Vous devriez agir dès maintenant avant qu'elle n'augmente » ;
- entre 5 et 7 points : « Votre niveau de dépendance à la nicotine est modéré. Si vous ne cessez pas de fumer prochainement, votre dépendance à la nicotine augmentera jusqu'à un niveau élevé. Agissez maintenant pour briser votre dépendance à la nicotine » ;
- plus de 7 points : « Votre dépendance à la nicotine est forte. Vous ne contrôlez pas votre tabagisme : c'est le tabagisme qui vous contrôle! Quand vous déciderez de cesser de fumer, consultez votre médecin pour discuter de thérapie de remplacement de la nicotine et d'autres médicaments susceptibles de vous aider à vous libérer. »

Différentes approches thérapeutiques d'aide au sevrage ont fait la preuve de leur efficacité si le patient a décidé d'arrêter de fumer. Les thérapies cognitives et comportementales et les substituts nicotiniques ont fait preuve de leur efficacité (15 à 20 p. 100 d'abstinence à 6 mois versus 10 p. 100 pour le placebo). Si une prescription médicamenteuse est souhaitée, les substituts nicotiniques présentent la meilleure balance bénéfice/risque. La varénicline n'est pas plus efficace que les substituts nicotiniques. Elle expose à de nombreux effets indésirables graves,

dont des troubles psychiques avec idées suicidaires, des troubles cardiaques, des troubles cutanés et glucidiques. Le bupropion présente également de nombreux effets indésirables qui limitent son utilisation : convulsions, tentatives de suicide, décès inexpliqué.

S'il est important de répéter à Monsieur M. que son principal facteur de risque est le tabac, il est aussi nécessaire de conclure la consultation en soulignant qu'on l'estime en bonne santé, et qu'il doit tout faire pour le rester sans pour autant se transformer en malade.

BIBLIOGRAPHIE

- ABDENNBI K, AUBIN HJ, BURGNE A et al. Questionnaire de motivation à l'arrêt du tabac (Q-MAT) Smoking cessation motivation questionnaire. Échelle élaborée sous l'égide du Dr P. Légeron, du Pr G. Lagrue avec la collaboration d'experts. *Alcoologie et addictologie*, 2004, 26 : 311-316.
- AMOROSO C, HARRIS MF, AMPT A et al. The 45 year old health check – feasibility and impact on practices and patient behaviour. *Aust Fam Physician*, 2009, 38 : 358-362.
- FANTINO B. Le médecin et la prévention : questions à l'usage du généraliste. Paris, Ellipses, 2001, 256 pages.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Éléments d'information des hommes envisageant la réalisation d'un dépistage

individuel du cancer de la prostate. Paris, HAS, septembre 2004.

- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Stratégies thérapeutiques d'aide au sevrage tabagique. Paris, HAS, 2006.
- HCSP. Avis relatif aux recommandations vaccinales contre la coqueluche. Paris, HCSP, mars 2008.
- PRESCRIRE RÉDACTION. Sevrage tabagique. Idée Force. *Rev Prescrire*, 2010. Disponible sur www.prescrire.org.
- RAETZO M-A, RESTELENI A, JUNOD A-F. Je désire un check-up. Paris, Éditions Médecine et Hygiène, coll. « Docteur j'ai », 2001 : 1-33.
- TONG SF, LOW WY, ISMAIL SB Et Al. Physician's intention to initiate health check-ups discussions with men : a qualitative study. *Fam Pract*, 2011, 28 : 307-316. Epub 2010.

CAS N° 45

On a trouvé une « boule » à la thyroïde à Madame B.

Madame B., 42 ans, vient consulter. Elle vous présente une lettre du médecin du travail qui lui a découvert une « boule » à la thyroïde. Il signale qu'il a palpé une petite tuméfaction au niveau du lobe gauche de la thyroïde. Il précise qu'il n'y a pas d'adénopathie cervicale satellite de ce nodule. Madame B. s'inquiète de cette « boule », d'autant qu'elle a déjà regardé sur Internet et qu'on parle de cancer et de chirurgie !

Comment mener cette première consultation ?

Cette femme, angoissée par cette découverte, appréhende l'avenir. Il faut tout d'abord confirmer l'existence de la tuméfaction puis en préciser l'origine. La première consultation est donc principalement un temps clinique.

Il est nécessaire d'affirmer la nature thyroïdienne de cette « boule ». L'examineur, placé derrière la patiente, palpe, entre l'index et le majeur, la glande normalement indolore et de consistance élastique. Le caractère mobile à la déglutition permet d'affirmer la nature thyroïdienne du nodule. La mobilité permet d'éliminer les autres causes de tuméfaction antérieure ou antérolatérale du cou : adénopathie ou kyste thyroïdien. On vérifie que le nodule se développe bien aux dépens du lobe gauche et qu'il n'existe pas d'autres nodules associés à celui signalé. Il n'est toutefois pas toujours évident de recueillir toutes ces informations par la palpation, en particulier en cas de plus forte corpulence.

On recherche ensuite des signes de compression : gêne à la déglutition ou gêne respiratoire, troubles

de la phonation. Le caractère dur et adhérent des nodules est un élément faisant suspecter un cancer.

On termine l'examen en recherchant des signes fonctionnels et cliniques de dysthyroïdie clinique : hypothyroïdie ou hyperthyroïdie qui peuvent déjà orienter le diagnostic vers une thyroïdite auto-immune, un nodule chaud ou une maladie de Basedow associés à un goitre multinodulaire. Ces associations sont effectivement possibles compte tenu de la fréquence des goitres multinodulaires.

Si l'on n'avait noté aucune information particulière dans le dossier de cette patiente, on recherche, avec tact, des antécédents familiaux de cancer médullaire de la thyroïde et personnels d'irradiation du cou.

L'examen de Madame B. est facilité par la minceur de son cou. Il retrouve la petite tuméfaction qui est un nodule aux dépens du lobe gauche de la thyroïde. Il n'existe par ailleurs aucun argument à l'interrogatoire ni à l'examen clinique en faveur d'une hypothyroïdie ou d'une hyperthyroïdie. Il n'y a pas d'antécédents personnels ou familiaux faisant craindre un cancer.

Au terme de cette première consultation, que dire à Madame B. ?

En pratique, devant un patient présentant une pathologie thyroïdienne, trois types de situations sont possibles : des anomalies de structure, d'architecture tissulaire sans anomalie de fonction (kystes, nodules) ; des anomalies de fonction – hypo- ou hyperthyroïdie – sans remaniement tissulaire ; une association des deux anomalies, architecturale et fonctionnelle – un nodule chaud, un nodule et une dysthyroïdie indépendante.

Madame B. présente un nodule thyroïdien a priori sans troubles fonctionnels thyroïdiens. Cette situation est extrêmement fréquente en médecine générale, la palpation de la thyroïde faisant partie de l'examen clinique systématique. La prévalence des nodules palpables dans la population adulte est de 2 à 5 p. 100 selon les tranches d'âge étudiées. Quant à la prévalence des goitres nodulaires infracliniques (non

palpables), elle est de 40 p. 100. Les goîtres nodulaires ont volontiers un caractère familial, leur fréquence augmente avec l'âge et prédominent chez les femmes (six femmes pour un homme). En cas de nodule isolé, le risque de malignité est de 4 à 7 p. 100.

On confirme à Madame B. le caractère thyroïdien de cette « boule », et on prend le temps nécessaire pour lui donner des explications sans aller au-delà de ses attentes et sans provoquer d'angoisse inutile.

Il faut lui indiquer la nécessité de réaliser des explorations complémentaires en expliquant ce que l'on en attend. Une prise de sang pour doser la TSHus permet de savoir si la glande thyroïde fonctionne normalement. L'échographie permet de dessiner les contours de la thyroïde et de préciser l'image des nodules.

Madame B. revient avec les résultats biologiques et échographiques. La TSHus est normale (2,2 mUI/l). Le compte rendu de l'échographiste précise que :

– les contours de la thyroïde sont déformés par plusieurs nodules ;

– l'isthme est le siège de 3 nodules, le plus volumineux mesure 6,3 mm de diamètre, il est latéralisé à gauche, hypo-échogène et hétérogène, sans signe de vascularisation au Doppler couleur ;

– le lobe droit mesure 4 cm × 2,2 cm × 3 cm. Il est le siège de 2 nodules. Le premier, polaire supérieur, hypo-échogène, hétérogène, mesurant 8 mm × 10 mm, siège d'une vascularisation périphérique en couronne. Le second polaire inférieur, iso-échogène, siège d'une calcification centrale et mesurant 10 mm × 9 mm, avec une vascularisation périphérique ;

– le lobe gauche mesure 4 cm × 2,2 cm × 2 cm. Il est le siège d'un nodule polaire inférieur, de 29 mm × 21 mm × 20 mm, hypo-échogène, hétérogène, mal limité, richement vascularisé et de plusieurs petits nodules de 2 à 3 mm hypo-échogènes. Absence d'adénopathie jugulocarotidienne.

Un schéma a été établi et chaque nodule repéré a été numéroté.

Comment envisagez-vous la prise en charge de cette patiente ?

À ce stade, il convient d'achever l'enquête diagnostique et d'envisager ensuite, avec la patiente, les options thérapeutiques.

Informers la patiente

Il faut avant tout de relier les résultats des examens aux anomalies cliniques : la glande thyroïdienne présente des anomalies de structure mais fonctionne normalement. Il faut aussi expliquer que plusieurs nodules existants n'ont pas été trouvés à la palpation en raison de leur petite taille et/ou de leur position anatomique plutôt postérieure.

Évaluer la situation

On se trouve en présence d'un **goitre multinodulaire** avec des lésions de nature et de taille différentes. Le caractère multinodulaire du goitre ne garantit pas l'absence de risque de cancer. En effet, dans une large étude prospective bien conduite chez 402 patients ayant des nodules non palpables ou isolés, 33 p. 100 des cancers ont été retrouvés au sein des nodules isolés et 22 p. 100 au sein des goîtres multinodulaires. Il convient de raisonner pour chaque lésion, puis de façon synthétique afin de proposer à Madame B. un projet thérapeutique cohérent.

Les nodules de l'isthme n'ont pas été palpés, ni ceux du lobe gauche accompagnant celui dépisté, malgré la minceur du cou de Madame B. En effet,

un nodule ne devient palpable que pour une taille supérieure à 10 mm de diamètre. Sa position anatomique, postérieure ou plongeante, et l'épaisseur du cou rendent la palpation parfois plus difficile. Ces nodules de l'isthme de petite taille ne justifient pas de ponction, ils seront seulement surveillés.

– au lobe droit, le plus gros des 2 nodules est à la limite de la taille pour être palpé. Il nécessite un examen cytologique, d'autant qu'il présente une microcalcification pouvant évoquer un carcinome papillaire ;

– au lobe gauche, le gros nodule palpable polaire inférieur, de près de 30 mm dans son grand axe, mal limité et hétérogène, doit retenir notre attention. Il est en effet licite d'obtenir une cytologie des nodules thyroïdiens qui ont les caractères suivants, pouvant faire suspecter un cancer : supracentimétrique, hypoéchogène, hétérogène, mal limité, hypervascularisé. La taille importante de ce nodule (proche de 30 mm de diamètre) fait discuter une chirurgie thyroïdienne d'emblée.

Il n'est pas nécessaire de demander d'autres examens biologiques ou d'imagerie pour prendre une décision avec Madame B. En cas d'euthyroïdie clinique avec TSHus normale, il n'y a pas de place pour la scintigraphie thyroïdienne en pratique courante. La scintigraphie n'est nécessaire que lorsqu'il existe des signes d'hyperthyroïdie, à la recherche d'un nodule toxique.

Que proposez-vous à la patiente ?

Les bénéfices et les risques des différentes options doivent être exposés à la patiente.

La première proposition serait une **chirurgie radicale**. Cette attitude peut être justifiée par la très grande difficulté à ponctionner les petits nodules avec microcalcifications pouvant correspondre à des calciphériles d'un cancer papillaire par la taille et les caractéristiques suspectes du nodule gauche. La chirurgie aurait le mérite de supprimer une éventuelle évolution vers un cancer thyroïdien. Les risques encourus sont ceux de toute anesthésie et des complications chirurgicales, en particulier une lésion d'un nerf récurrent. Au-delà du risque immédiat, la chirurgie a pour conséquence une cicatrice cervicale et un traitement substitutif opothérapique par L-thyroxine à vie.

La seconde proposition est de prescrire une **cytoponction** des nodules qui posent un problème. La cytoponction a une excellente valeur prédictive positive, d'autant plus qu'elle est réalisée sous échographie. Il n'y a pas de limite inférieure de diamètre pour poser l'indication de ponction, toutefois la pratique amène à la réaliser pour les nodules palpables et dont le diamètre est égal ou excède 10 mm. Les

risques sont infimes, les contre-indications sont celles des situations à risque d'hémorragie. En revanche, le risque de faux négatifs (5 p. 100 en moyenne) et la surveillance régulière par des échographies et des ponctions répétées selon l'évolution de taille et d'aspect du nodule sont à prendre en compte. On peut faire réaliser cette cytoponction par un correspondant **cytologiste**, puis décider de la conduite à tenir selon le résultat. On peut aussi prendre l'avis d'un **endocrinologue**, d'autant que la patiente semble inquiète et déstabilisée par cette découverte.

Un avis chirurgical peut être d'emblée nécessaire pour certains patients qui préfèrent une solution chirurgicale plus radicale parce qu'ils ne supportent pas l'existence d'un doute, même minime, de cancer. D'autres, à l'inverse, vivent la chirurgie comme une mutilation et préfèrent une surveillance rapprochée.

Madame B. préférerait une surveillance de ses nodules par échographie et cytoponction. Elle aimerait toutefois avoir l'avis d'un endocrinologue. Elle sort de votre consultation avec une lettre et sans traitement. L'endocrinologue vous écrit qu'il est en accord avec votre prise en charge et qu'il reste à votre disposition pour un avis.

Fallait-il prescrire un traitement freinateur à base de L-thyroxine ?

La prescription de L-thyroxine reposait autrefois sur l'hypothèse que la stimulation des nodules était favorisée par la sécrétion de TSHus qu'il fallait freiner. Or on sait que la genèse et la croissance des nodules ne sont pas uniquement sous la dépendance de la TSHus. Surtout, il n'est pas établi qu'un traitement freinateur par la L-thyroxine ait un impact sur le développement des nodules.

L'augmentation des risques d'ostéoporose et d'arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire due à la L-thyroxine sont deux éléments majeurs qui interviennent dans le débat. Ces arguments assez forts plaident donc pour l'abstention thérapeutique.

Quelle surveillance proposer à Madame B. ?

Le choix de Madame B. étant de différer la chirurgie, on lui propose une surveillance clinique tous les 6 mois et une échographie annuelle.

Une seconde cytoponction doit être programmée au bout de 6 mois au plus pour le gros nodule. Si la seconde cytologie reste négative, la probabilité qu'il s'agisse d'un faux négatif est dans ce cas très faible (autour de 1 p. 100). Il est recommandé de ne renouveler

la cytoponction que s'il existe une évolution échographique du nodule concernant son aspect et son volume.

À tout moment, Madame B. peut se décider pour la chirurgie. Dans cette hypothèse, il conviendra de rédiger une lettre détaillée pour le chirurgien, en précisant les circonstances de la découverte, vos conclusions et la stratégie que vous avez mise en place pour chacune des lésions.

Quels principaux enseignements retenir de ce cas clinique ?

La grande fréquence des goîtres nodulaires justifie que le médecin palpe régulièrement la thyroïde des patients, surtout des patientes, qui viennent le consulter. Les nodules de moins de 10 mm de diamètre sont intracliniques et impalpables.

Il convient de programmer une cytoponction pour les nodules de plus de 20 mm de diamètre, et les nodules de 7 à 20 mm de diamètre en fonction de leurs caractéristiques.

Les arguments pour suspecter un cancer de la thyroïde sont les suivants : jeune âge, antécédents d'irradiation de la région cervicale, aspects échographiques

suspects (nodule supracentimétrique, mal limité, hypo-échogène, richement vascularisé, présence de microcalcifications ou d'adénopathies cervicales satellites).

Le traitement freinateur par L-thyroxine n'est pas justifié, il accroît les risques d'ostéoporose et de troubles du rythme cardiaque.

La surveillance d'un goître nodulaire repose sur la clinique et l'échographie après avoir vérifié par le dosage de la TSH de l'absence de dysthyroïdie (hyperthyroïdie fruste). La scintigraphie est inutile dans le bilan d'un goître nodulaire, mais elle s'impose devant toute suspicion de nodule chaud.

BIBLIOGRAPHIE

- FRATES MC, BENSON CB, CHARBONNEAU JW et al. Management of thyroid nodules detected at US : Society of Radiologists in Ultrasound consensus conference statement. *Radiology*, 2005, 237 : 794-800.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Explorations thyroïdiennes autres que biologiques. Paris, HAS, septembre 2007.
- HAS – ANAES. Prise en charge diagnostique du nodule thyroïdien. Paris, ANAES, décembre 1995.
- LEENHARDT L. Management of thyroid nodule. *J Radiol*, 2009, 90 : 354-356.
- MEHANNA HM, JAIN A, MORTON RP et al. Investigating the thyroid nodule. *BMJ*, 2009, 338 : b733.
- MELLIÈRE D, UTZMANN O, COLLET J-F. Nodules thyroïdiens sans hyperthyroïdie : que faire en 2006 ? *Rev Prat médecine générale*, 36-37 : 693-698.
- TRAMALONI J, MONPEYSEN H. Échographie de la thyroïde. Paris, Masson, coll. « Imagerie médicale, formation », 2008, 175 p.

CAS N° 46

Mademoiselle C. a des brûlures urinaires

Mademoiselle C., 27 ans, suivie régulièrement au cabinet médical depuis 5 ans, consulte en disant qu'elle a une cystite qui ne passe pas malgré la prise d'un sachet unique de fosfomycine en automédication 5 jours auparavant. Ce traitement n'a pas amélioré ses brûlures en urinant. Elle déclare qu'elle n'a pas de fièvre ni de diarrhée et qu'elle n'a pris aucun autre médicament.

Mademoiselle C. est nullipare. Elle n'a pas d'antécédents médicochirurgicaux particuliers en dehors de deux épisodes d'infections urinaires traitées avec succès par fosfomycine l'an dernier. Elle vit en couple depuis 3 ans et prend, sans oubli, une contraception œstroprogestative minidosée.

Quelles sont vos hypothèses diagnostiques et comment allez-vous les préciser ?

Mademoiselle C. présente des brûlures mictionnelles évoquant a priori une **infection urinaire basse** ou une **infection génitale basse**, sexuellement transmissible (IST) ou non. Il est bien sûr possible d'avoir les deux.

Il convient toutefois de s'assurer de l'absence de symptômes associés évoquant une infection urinaire haute (pyélonéphrite) ou une infection génitale compliquée (salpingite, endométrite) :

- une fièvre associée ou non à des frissons. Même si Mademoiselle C. dit ne pas avoir de fièvre ou de sensation de fièvre, il faut s'assurer qu'elle a bien pris sa température et, dans le cas contraire, il faudra la lui prendre au cours de la consultation ;
- des douleurs lombaires irradiant vers les organes génitaux ;
- des douleurs pelviennes spontanées ou provoquées par les rapports sexuels.

Pour s'orienter, il convient ensuite de rechercher des signes fonctionnels fréquemment associés aux brûlures mictionnelles :

- une pollakiurie, une miction impérieuse, une hématurie ;
- un prurit, des pertes vaginales, si oui, de quelle nature ?

La présence d'une dysurie et d'une pollakiurie, en l'absence de prurit et de pertes, permet de prédire qu'il existe une infection urinaire avec une probabilité de plus de 90 p. 100 (critères de Bent).

On demande également avec tact à Mademoiselle C. si son partenaire a des signes évoquant une urétrite (brûlures, écoulement urétral, dysurie) et si

elle a pris des risques sexuels (changement de partenaire, partenaires multiples, relations sexuelles sans préservatifs). L'examen gynécologique doit être systématiquement proposé. La patiente peut être réticente, en particulier lorsque son médecin généraliste est un homme. Il faut savoir faire accepter cet examen en expliquant qu'il peut contribuer à préciser le diagnostic.

L'inspection attentive de la vulve recherche en premier des signes de vaginite avec ou sans pertes vaginales. On recherche ensuite attentivement la présence de vésicules confluentes ou de fines ulcérations de la muqueuse, très évocatrices d'un herpès génital mais pouvant passer inaperçues. D'autres lésions évocatrices d'une IST peuvent être observées à l'inspection – condylomes bien plus fréquemment qu'un chancre ou des lésions anorectales de granulome vénérien qui réapparaissent en Europe.

L'examen au spéculum recherche des signes de cervicite, un écoulement à l'orifice externe du col, un saignement au contact pouvant parfois expliquer un saignement après les rapports sexuels. On termine l'examen gynécologique par un toucher vaginal explorant le cul-de-sac de Douglas, l'utérus et les annexes.

Enfin à l'examen général, on recherche des douleurs lombaires provoquées par la palpation ou la percussion des fosses lombaires, un empâtement lombaire qui peut être inconstamment retrouvé au cours d'une pyélonéphrite.

On termine l'examen en recherchant d'éventuels signes des localisations extragénitales d'IST les plus

fréquents : éruptions cutanées, pharyngite ou angine, en particulier unilatérale.

Mademoiselle C. se plaint de brûlures lors de la miction mais sans pollakiurie. Elle n'a pas d'éruption ni de pharyngite. Elle déclare que son partenaire ne s'est plaint d'aucun symptôme. L'examen ne retrouve ni fièvre, ni douleur, ni

empâtement des fosses lombaires. À l'examen gynécologique, on note quelques pertes vaginales minimales mais jaunâtres auxquelles Mademoiselle C. ne prêtait aucune attention auparavant, pensant qu'elles résultaient de la prise d'antibiotiques. La vulve est indemne de lésions évocatrices d'IST. Au TV, le col utérin est sensible et les annexes libres et indolores.

Faites-vous une bandelette urinaire et qu'en attendez-vous ?

Au terme de cet examen, on ne peut pas dire à Mademoiselle C. que ses brûlures en urinant correspondent bien à l'infection urinaire qu'elle suppose avoir, car son tableau clinique présente trop d'atypies : absence de pollakiurie, présence de pertes vaginales, col sensible.

La bandelette urinaire pratiquée au cours de la consultation au cabinet est utile dans cette situation, en raison de sa très bonne valeur prédictive négative (95 p. 100 dans le cadre des cystites de la femme jeune). Elle permet d'éviter un nombre important d'ECBU inutiles avec un bon niveau de sécurité.

Il est donc opportun de proposer cet examen simple et rapide à Mademoiselle C. Le prélèvement réalisé, idéalement à partir du deuxième jet urinaire, peut être effectué sans toilette périnéale préalable. La bandelette doit être trempée dans un récipient propre et sec. On peut également proposer à la patiente d'uriner directement sur la bandelette. La lecture se fait à température ambiante, 1 à 2 minutes après. Il est important de vérifier régulièrement que les bandelettes utilisées au cabinet ne sont pas périmées.

La bandelette urinaire pratiquée au cabinet est négative pour les nitrites, positive pour les leucocytes.

Comment interprétez-vous ce résultat ?

Une bandelette urinaire (BU) est considérée comme positive si elle détecte des leucocytes et/ou des nitrites. C'est le cas chez Mademoiselle C. Toutefois, cette positivité n'a qu'une valeur d'orientation, car le taux de faux positifs de la BU est élevé (faible valeur prédictive positive). De plus, la présence de pertes peut expliquer la positivité du réactif des leucocytes sur la bandelette.

- Il est encore possible, devant ce résultat discordant de la bandelette, d'évoquer une **infection urinaire persistante** chez Mademoiselle C.

Il convient au préalable de vérifier qu'elle n'a pas trop bu avant la consultation (dilution des urines) et que son régime alimentaire est bien diversifié, car des faux négatifs pour les nitrites peuvent être observés lorsque ces conditions ne sont pas réunies. La persistance de l'infection peut également être due à une prise incorrecte de ses 3 g de fosfomycine (non à jeun ou 2 à 3 heures avant un repas) ou à une bactérie résistante à la fosfomycine et ne positivant pas les nitrites sur la bandelette urinaire. Cette dernière éventualité est peu probable en pratique quotidienne. Toutefois, le *Staphylococcus saprophyticus* (responsable

de 4 p. 100 des infections urinaires en France) est un éventuel candidat, car il est naturellement résistant à la fosfomycine et ne dispose pas de nitrite réductase, tout comme d'autres bactéries moins fréquentes au cours des cystites de la femme jeune – streptocoques, entérocoques ou *Acinobacter spp.*

On rappelle que la fosfomycine est recommandée en première intention pour la cystite non compliquée de la femme jeune, car elle est active sur les bactéries les plus fréquentes – *Escherichia coli* (70 à 95 p. 100), *Proteus spp.* et *Klebsiella spp.* (15 à 25 p. 100).

- Toutefois, la présence de pertes vaginales associées aux brûlures mictionnelles chez Mademoiselle C. évoque davantage une **infection génitale basse**.

On doit envisager en premier une infection sexuellement transmissible (IST), en raison de la prévalence élevée de certaines IST chez les jeunes femmes de son âge et des conséquences parfois dramatiques d'un retard au diagnostic. Certains signes cliniques permettent de s'orienter, même si leur corrélation avec l'agent causal n'est pas constante :

- en faveur d'une infection à *Chlamydia trachomatis* : une dysurie, des pertes vaginales anormales

mais non spécifiques, un saignement vaginal après les relations sexuelles, voire une dyspareunie ;

- en faveur d'une **infection gonococcique** : des pertes vaginales anormales et un saignement vaginal après les relations sexuelles causés par l'infection du col ; une douleur ou un inconfort urinaire causé par l'irritation urétrale. Des signes concomitants d'infection pharyngée (mal de gorge) ou anorectales (prurit, ténésme et écoulement), que notre patiente ne signale pas, doivent alerter ;

- des pertes jaunes-verdâtres, profuses, bulleuses et malodorantes sur une muqueuse œdématisée associées à une dysurie et un prurit, voire une sensation douloureuse vulvaire, évoquent une infection à *Trichomonas vaginalis*, protozoaire flagellé responsable d'IST ;

- la présence de brûlures vulvaires chez Mademoiselle C. aurait pu orienter également vers un **herpès génital** qui est la première cause d'ulcérations génitales dans les pays développés. Mais ce type de lésion n'a pas été observé lors de l'examen de notre patiente. Le diagnostic d'herpès génital est souvent difficile à la première poussée (sauf en cas de primo infection franche). C'est la répétition des épisodes de prurit localisé, avec finalement la mise en évidence

d'une petite plaie, qui en permet le diagnostic et le traitement ;

- en l'absence de chancre à l'inspection, il est peu probable que Mademoiselle C. ait une syphilis primaire. Toutefois, en cas de mise en évidence d'une IST confirmée, il faudra vérifier qu'elle n'a pas été infectée antérieurement.

La présence de pertes vaginales peut aussi orienter vers une infection vaginale non sexuellement transmissible. La nature des pertes (couleur, consistance, abondance et odeur) peut aider, mais sans certitude quant à l'étiologie :

- des pertes vaginales ayant l'aspect de lait caillé associées à un prurit vulvaire et une vulvite vernissée évoquent une **mycose vaginale**. L'agent responsable est dans 85 à 90 p. 100 des cas un *Candida albicans*. Il ne s'agit pas d'une IST ;

- des pertes malodorantes et adhérentes sur une vulve saine sont davantage en faveur d'une **vaginose bactérienne**. Il s'agit d'une vaginite à germes anaérobies, essentiellement *Gardnerella vaginalis*, résultant d'un déséquilibre de la flore vaginale. Elle semble favorisée par les douches vaginales répétées, un changement récent de partenaire et une contraception par dispositif intra-utérin en cuivre.

Quel bilan prescrivez-vous ?

En l'absence d'orientation précise, on demande à la patiente de faire réaliser au laboratoire d'analyses médicales :

- un **examen cytotobactériologique des urines** (ECBU). Il permettra de documenter éventuellement une infection urinaire due à un germe résistant à la fosfomycine et de réaliser un antibiogramme ;

- un **prélèvement vaginal**. En raison de la suspicion d'IST chez cette patiente de 27 ans qui présente des pertes vaginales et des symptômes pouvant correspondre à une urétrite, il est nécessaire rechercher une infection à *Chlamydia trachomatis* et une gonococcie (*Neisseria gonorrhoeae*), en raison de leur prévalence en hausse chez les jeunes femmes de son âge. On profitera de ce bilan pour rechercher également une infection à *Trichomonas vaginalis*, bien que le tableau clinique ne soit pas en faveur.

L'ordonnance précise la technique de prélèvement qui détermine la sensibilité du test. Concernant Mademoiselle C., on doit la rédiger ainsi : examen microbiologique standard d'un prélèvement vaginal avec recherche spécifique de *Chlamydia trachomatis* par PCR et de gonocoque à l'examen direct et culture spécifique.

Idéalement, le prélèvement pour la PCR du *Chlamydia trachomatis* devrait être fait sur un prélèvement de

l'endocol où il est le plus présent, mais en pratique un simple prélèvement vaginal sans utiliser de speculum, voire un autoprélèvement à domicile, peuvent être suffisants. Ces techniques de prélèvement sont plus sensibles que la recherche de *Chlamydiae trachomatis* par PCR sur premier jet urinaire qui, dans une démarche de diagnostic, ne doit être proposée qu'aux hommes. Toutefois, la recherche de *Chlamydiae trachomatis* par PCR a une sensibilité supérieure à 95 p. 100 et une spécificité de 100 p. 100, quelle que soit la technique utilisée.

La sérologie de *Chlamydia trachomatis* n'a pas d'intérêt pour le diagnostic des infections génitales basses aiguës. Elle peut aider au diagnostic des infections profondes (salpingite, périhépatite, épididymite, lymphogranulomatose vénérienne), mais sa sensibilité est faible.

Il est à noter que ce bilan ne comporte pas la recherche de mycoplasme ou d'*Ureoplasma urealyticum*, car ces bactéries intracellulaires existent normalement dans la flore génitale de la femme et ne sont pas responsables d'IST. Seul le *Mycoplasma genitalium* peut être responsable d'urétrites chez l'homme.

À ce stade de la consultation, on peut se poser la question de prescrire ou non un traitement probabiliste d'IST ciblant en particulier une infection

à *Chlamydiae trachomatis*, étant donné la prévalence élevée actuelle de cette infection et le risque de complications.

Concernant Mademoiselle C., suivie régulièrement au cabinet, il faut en discuter ouvertement avec elle. Si elle préfère attendre les résultats du bilan, il faut l'accepter et insister sur l'importance de revenir consulter rapidement avec les résultats, pour débiter un traitement spécifique si nécessaire. Par ailleurs, en l'absence de diagnostic précis, il faut lui conseiller d'avoir des rapports protégés avant la prochaine consultation.

Cette consultation doit amener également à proposer à Mademoiselle C. un dépistage plus général d'IST comportant au minimum une **sérologie VIH**, une **sérologie hépatite B** selon le statut vaccinal, voire une sérologie hépatite C si la patiente a des pratiques sexuelles à risque ou d'autres facteurs de risque pour cette infection (piercing, tatouage, etc.). Une **sérologie syphilitique (TPHA-VDRL)** doit lui être proposée si elle a eu des rapports non protégés

avec plusieurs partenaires sexuels dans l'année ou si elle rapporte des antécédents de gonococcie ou d'infection par le VIH. De même, il peut être opportun de discuter avec elle de la sérologie de l'hépatite A si elle n'a pas été vaccinée auparavant, car cette maladie peut se transmettre sexuellement par des relations orales-anales.

Mademoiselle C. revient 7 jours plus tard avec les résultats de son bilan. Elle était d'accord pour faire un bilan complet d'IST :

- l'ECBU retrouve une leucocyturie sans germes ;
- le prélèvement vaginal retrouve la présence de *Chlamydia trachomatis* et l'absence d'autres agents pathogènes ;
- les sérologies VIH, VHC, VHA et le TPHA-VDRL sont négatifs, le taux d'anticorps anti-Hbs est supérieur à 10 UI/ml et la recherche d'anticorps anti-Hbc est négative. Mademoiselle C. a retrouvé son carnet de vaccination, qui montre qu'elle a été vaccinée contre l'hépatite B mais pas contre l'hépatite A.

Quel traitement prescrivez-vous ? Quelles informations donnez-vous à la patiente ?

Mademoiselle C. présente donc une *infection génitale basse* à *Chlamydia trachomatis*. C'est l'IST bactérienne la plus fréquente dans les pays industrialisés. La fréquence du portage asymptomatique (plus de 70 p. 100 des cervicites mucopurulentes sont asymptomatiques) favorise sa diffusion dans la population générale. Une enquête récente a montré qu'en France, chez les personnes âgées de 18 à 29 ans, la prévalence de l'infection est de 2,5 p. 100 chez les hommes et 3,2 p. 100 chez les femmes.

La période d'incubation est 2 à 14 jours, parfois davantage, si bien que la période de contamination est difficile à préciser. Toutefois, la contagiosité persiste jusqu'à 7 jours après un traitement unidose. Les complications sont fréquentes : syndrome inflammatoire pelvien, endométrite, salpingite ou péritonite pelvienne. On observe en effet que 60 p. 100 des salpingites de la femme jeune sont dues à *Chlamydia trachomatis*. Les complications qui en découlent sont le risque de grossesse extra-utérine ultérieure (GEU) (un tiers des GEU sont dues à *Chlamydia trachomatis*) et de stérilité tubaire (deux tiers des stérilités tubaires sont dues à *Chlamydia trachomatis*). Une infection pendant la grossesse fait courir un risque d'avortement ou de travail prématuré. Enfin, *Chlamydia trachomatis* peut être responsable de très rares périhépatites (de Fitz-Hugh-Curtis) et dans 1 p 100 des cas d'une réaction inflammatoire à type conjonctivite et d'arthrite (syndrome oculo-urétrosynovial de Feissinger-Leroy-Reiter), principalement chez l'homme.

Les antibiotiques les plus efficaces sur l'infection sont les cyclines et les macrolides. Le choix de première intention est l'azythromycine en monoprise unique à 1 g, soit 4 comprimés à 250 mg, ce qui assure une bonne observance. Les alternatives à ce traitement sont la doxycycline 100 mg, 1 comprimé matin et soir pendant 7 jours. D'autres alternatives existent, en particulier chez la femme enceinte : amoxicilline (500 mg 3 fois par jour pendant 7 jours) ou érythromycine (500 mg 4 fois par jour pendant 7 jours). L'ofloxacine (200 mg, 1 matin et 1 soir pendant 7 jours) et la lévofloxacine (500 mg par jour) sont également actives sur cette infection.

Un prélèvement vaginal de contrôle n'est pas recommandé après traitement, mais il faut recommander à la patiente de reconsulter en cas de persistance des symptômes après une semaine de traitement.

Concernant Mademoiselle C., il faut l'informer que ses brûlures urinaires sont liées à une IST fréquente, dont le traitement existant est très efficace (près de 100 p. 100 avec azythromycine ou la doxycycline). Il faut proposer systématiquement un traitement à son partenaire, même en l'absence de signes cliniques, afin d'éviter une recontamination ultérieure et de rompre la chaîne de transmission de l'infection. L'idéal est de l'amener à consulter. Même si certaines études montrent que proposer une ordonnance d'azythromycine (4 comprimés à 250 mg en 1 prise) à remettre au partenaire

est efficace, cette mesure n'est pas à recommander pour des raisons éthiques et de sécurité du patient.

Enfin, il faudra lui proposer à Mademoiselle C. de refaire une sérologie VIH de contrôle 6 semaines après la première sérologie afin de s'assurer qu'elle n'a pas eu une infection précoce séronégative et se positivant ensuite. Il faut lui répéter les conseils de protection par préservatif en cas de changement de partenaire.

Au terme de cette deuxième consultation, différents thèmes de prévention chez cette patiente de 27 ans, vivant en couple et sous œstroprogestatifs, peuvent être abordés ou programmés pour d'autres rencontres.

Sur le plan gynécologique, il faut s'assurer qu'elle a eu un frottis cervical de dépistage du cancer du col de l'utérus datant de moins de 3 ans et le noter dans son dossier.

Puisqu'elle prend une pilule œstroprogestative, il convient faire le point sur ses risques cardiovasculaires : antécédents familiaux s'ils n'ont pas été notés dans le dossier, glycémie, recherche d'une dyslipidémie. On s'enquiert de sa consommation actuelle de tabac et d'alcool.

Enfin, il faudra mettre à jour les vaccinations manquantes en prescrivant éventuellement un vaccin d'TCP, une deuxième injection de la vaccination antirubéole, oreillons et rougeole, si Mademoiselle C. n'a reçu qu'une seule injection.

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTÉ (AFSSAPS). Recommandations de bonne pratique. Diagnostic et antibiothérapie des infections urinaires bactériennes communautaires chez l'adulte. Paris, AFSSAPS, juin 2008.

BENT S, NALLAMOTHU BK, SIMEL DL et al. Does this woman have an acute uncomplicated urinary tract infection ? JAMA, 2002, 287 : 2701-2710.

GALLAY A, BOUYSSOU-MICHEL A, LASSAU F et al. et les laboratoires du réseau Renago. Les infections à *Neisseria gonorrhoeae* en France en 2006 : progression importante chez les femmes et augmentation persistante des résistances à la ciprofloxacine. BEH, 2008, 5-6 : 33-36.

GOULET V, DE BARBEYRAC B, RAHERSON S et al. Enquête nationale de prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* (volet NatChla de l'enquête CSF 2006). À quelles personnes proposer un dépistage ? BEH, 2011, 12 : 160-164.

LINET T, NIZARD J. Suspicion d'infection génitale basse. Traité de médecine AKOS (emc-consulte.com), 2010 : 3-1190.

PRESCRIRE RÉDACTION. Infections génitales à *Chlamydia trachomatis*, 1^{re} partie. Rev Prescrire, 2011, 332 : 445-450.

OMS. Guide pour la prise en charge des infections sexuellement transmissibles. OMS, 2007, ISBN 92 4 254626 7.

CAS N° 47

On a découvert que Madame V. a une glycémie élevée

Madame V., 40 ans, cadre administrative, consulte car elle se sent très fatiguée. Elle vous amène fréquemment ses deux enfants, mais consulte rarement pour elle, donnant l'impression de « se négliger ». Elle n'a pas de contraception orale mais porte un stérilet. En raison de son surpoids et connaissant les antécédents familiaux de diabète de son père et de sa sœur, vous lui aviez prescrit, il y a près de 1 an, un bilan sanguin qu'elle n'a pas pris le temps de faire.

Elle vous montre une lettre de son médecin du travail qui a retrouvé du sucre dans les urines. Vous réalisez alors une glycémie capillaire qui est à 2,20 g/l (12,22 mmol/l). La bandelette urinaire montre qu'elle a une glycosurie, mais sans cétose ni protéinurie.

L'interrogatoire retrouve une notion de polyurie et de polydipsie dans le mois précédent, symptômes qui ont maintenant disparu.

Comment confirmer le diagnostic de diabète chez Madame V. ?

L'hypothèse d'un diabète, suspecté par la présence d'une polyurie-polydipsie et d'une asthénie, est renforcée par le résultat de la glycémie capillaire et de la bandelette urinaire.

Pour affirmer le diagnostic, il faudra disposer :

- soit de deux glycémies à jeun supérieures à 1,26 g/ (7 mmol/l) ;
- soit d'une glycémie supérieure à 2 g/l (11,1 mmol/l) à tout moment de la journée en présence de signes cliniques manifestes.

La recherche d'une glycémie supérieure à 2 g/l (11,1 mmol/l) 2 heures après une l'absorption de 75 g de glucose – hyperglycémie orale provoquée (HGPO) – permet également d'affirmer le diabète en le distinguant d'une intolérance au glucose (HGPO entre 1,4 g/l et 2 g/l) chez les patients de moins de 70 ans.

Sur quels éléments de l'interrogatoire et de l'examen clinique votre bilan initial porte-t-il ?

Il convient, dès ce stade, d'évaluer les risques cardiovasculaires de Madame V. et de vérifier qu'elle n'a pas un diabète secondaire. Pour ce bilan initial, il faut suivre les étapes ci-dessous.

Tenir compte de ses facteurs de risque cardiovasculaire non modifiables

- Âge et sexe (50 ans pour un homme, 60 ans pour une femme) ;
- décès d'origine cardiovasculaire prématuré ou mort subite d'un parent du 1^{er} degré masculin (avant 55 ans) ou féminin (avant 65 ans) ;

- antécédent familial d'accident vasculaire cérébral précoce (< 45 ans) ;
- antécédents personnels de maladie coronarienne ou d'accident vasculaire cérébral.

Rechercher d'autres facteurs de risque cardiovasculaire modifiables

- HTA ;
- LDL-c élevé, HDL-c bas ;
- tabagisme ;
- micro-albuminurie supérieure à 30 mg/24 h et a fortiori une protéinurie (> 300 mg/24 h).

Rechercher des complications de son diabète

Le délai entre l'apparition du diabète de Madame V. et sa découverte a pu être long (il est en moyenne de 5 ans en France), si bien que des complications sont peut-être déjà présentes (elles existent dans 30 p. 100 des cas en moyenne au moment de la découverte du diabète).

L'interrogatoire recherche des signes fonctionnels de coronaropathie (angor), d'artériopathie des membres inférieurs (claudication), de neuropathie distale (pares-thésies, troubles de la marche et/ou douleurs).

À l'examen clinique, on s'efforce d'identifier une atteinte artérielle, en particulier des membres inférieurs, mais aussi une neuropathie par l'examen à l'aide du monofilament. On évalue ainsi avec ces deux examens le niveau du risque podologique de notre patiente.

Il convient, bien entendu, de noter le poids Madame V., qui sera un élément du suivi.

Rechercher des arguments en faveur d'un diabète secondaire

On interroge la patiente sur un éventuel traitement au long cours ayant pu précipiter son diabète.

L'examen clinique recherche une altération de l'état général, des douleurs abdominales chroniques évocatrices d'une pathologie pancréatique, des signes d'hépatopathie chronique, des signes d'hyperthyroïdie, une mélanodermie et des douleurs articulaires évocatrices d'une hémochromatose, d'autant plus qu'on a la notion d'une hérédité de cette maladie.

Madame V. a cessé de fumer il y a près de 3 ans. Aucun de ses parents n'est décédé d'un accident cardiovasculaire. Elle n'a pas de signes fonctionnels suggérant une atteinte coronarienne ou des axes vasculaires périphériques. À l'examen clinique, le poids est de 76 kg (82 kg il y a 2 mois) pour une taille de 1,62 m. La pression artérielle est à 148/95 mmHg sans hypotension orthostatique. Les pouls périphériques sont bien perçus. La sensibilité des pieds est normale et les pouls pédieux et tibiaux postérieurs sont perçus (risque podologique de grade 0). Il n'y a aucun argument pour évoquer un diabète secondaire.

Quels premiers examens biologiques demandez-vous et pourquoi ?

Le bilan biologique initial doit permettre :

Confirmation du diagnostic de diabète sucré

Cette confirmation se fait par un dosage de la glycémie à jeun. Le dosage de l'HbA1c n'est actuellement pas recommandé pour le diagnostic du diabète. Il permet toutefois d'avoir une référence initiale, et une valeur élevée d'HbA1c est un argument fort pour le diagnostic de diabète. Le résultat peut être ininterprétable en cas de saignements répétés, d'hypersplénisme, d'anémie, d'hémoglobinopathie. Ce dosage d'HbA1c est le meilleur reflet de l'équilibre glycémique et doit être répété tous les trimestres.

Identification des facteurs de risque cardiovasculaire

L'« Exploration d'une anomalie lipidique » (EAL) permet surtout d'obtenir le taux de LDL-cholestérol et le rapport HDL-c/LDL-c.

Il faut demander le dosage de la micro-albuminurie sur échantillon. Pour une mesure plus juste, il est possible de le coupler à la créatininurie. Une micro-albuminurie pathologique (> 30mg/g de créatininurie) doit être confirmée sur les urines des 24 heures.

Dépistage d'une néphropathie

Il faut demander le dosage de la créatininémie avec recherche d'une protéinurie par la bandelette urinaire. Ce dépistage devra être renouvelé tous les ans. L'estimation du débit de filtration rénale par le calcul de la clairance de la créatinine (Cockcroft et Gault) ou mieux par la méthode MDRD (*Modification of the diet in renal disease*) est par ailleurs indispensable pour le choix de la thérapeutique.

Chez Madame V., la prescription d'un ionogramme sanguin est indiquée en raison de son hypertension artérielle. Il n'y a pas lieu, dans un premier temps de demander d'autres examens, en particulier à la recherche d'un diabète secondaire.

Madame V. sort du cabinet avec un rendez-vous rapproché, mais elle revient seulement 10 jours plus tard avec les résultats suivants : glycémie à jeun 2,50 g/l ; HbA1c 9,1 p. 100 ; cholestérol 2,40 g/l ; triglycérides 2,00 g/l ; HDL-c 0,40 g/l ; LDL-c 1,80 g/l ; créatininémie 9 mg/l (80 µmol/l) ; micro-albuminurie 12 mg/24 h, ionogramme normal.

Madame V. a fait prendre sa « tension » à la pharmacie à plusieurs reprises. Elle a pu constater qu'elle était autour de 150/90 mmHg. L'examen clinique au cabinet confirme les chiffres élevés de pression artérielle : 155/92 mmHg.

De quel type de diabète s'agit-il a priori ?

Le surpoids, l'âge, les antécédents familiaux, l'absence de cétose urinaire, le caractère progressif (notion de polyuro-polydipsie remontant à 1 mois), orientent plutôt vers un **diabète de type 2**.

Il n'y a pas de raison d'évoquer le rare diabète de type 1 lent (de type auto-immun), observé chez des patients, sans surpoids ni hérédité de diabète de type 2, ayant des glycémies qui deviennent très élevées en peu de temps.

On ne peut pas, à ce stade, écarter un rare diabète secondaire dont il convient de garder à l'esprit les causes les plus fréquentes : pancréatite chronique calcifiante, cancer du pancréas, hyperthyroïdie, cirrhose, hémochromatose. Il n'y pas lieu d'évoquer un diabète cortico-induit ou lié à la prise d'œstrogènes.

Que dites-vous à la patiente ?

Il faut l'informer qu'elle est diabétique, comme son père et sa sœur, puis lui laisser la possibilité de s'exprimer sur ce qu'elle connaît cette maladie et ce qu'elle représente pour elle. Il faut enfin évaluer si elle connaît son évolution ainsi que les bénéfices et contraintes des traitements existants.

Certains patients sont souvent demandeurs d'explications sur l'origine de leur trouble. Il faut y répondre,

sans dépasser les attentes. Il convient d'emblée d'informer Madame V. qu'il s'agit d'une maladie chronique et évolutive qui va s'aggraver au cours du temps. On peut dès ce stade lui expliquer qu'on va lui proposer des mesures thérapeutiques, pas seulement médicamenteuses, visant à retarder l'apparition des complications de l'hyperglycémie chronique, en particulier oculaires, cardiovasculaires et rénales.

Quels autres examens complémentaires programmez-vous ?

Il est nécessaire de compléter le bilan initial afin d'évaluer le retentissement du diabète :

- un **examen ophtalmologique** est indispensable dès la découverte du diabète. Il devra être répété ensuite tous les ans. Il doit comporter un fond d'œil bilatéral et une mesure de la pression oculaire (le glaucome est plus fréquent chez les patients diabétiques). On peut lui substituer, lorsqu'un ophtalmologue n'est pas disponible, une rétinographie qui ne nécessite pas de dilatation des pupilles. L'angiographie rétinienne n'a pas d'indication systématique, mais elle sera proposée en fonction de l'examen rétinien après avis de l'ophtalmologue ;

- un **ECG** complète systématiquement l'examen clinique à la recherche d'une ischémie myocardique silencieuse, d'une HVG, voire d'anomalies rythmiques ;

- la programmation d'une **épreuve d'effort** (ECG d'effort ou scintigraphie d'effort après une éventuelle

échographie cardiaque) pour rechercher une ischémie myocardique silencieuse peut se discuter. Il faudra en discuter l'indication avec le correspondant cardiologue de proximité. On tient compte de l'ancienneté du diabète, de l'âge, de l'existence d'une néphropathie débutante, de signes cliniques d'athérome déjà présents, des principaux facteurs de risque cardiovasculaire et du désir de reprendre une activité physique importante ;

- un **écho-Doppler artériel** des membres inférieurs ou des vaisseaux du cou n'est demandé qu'en cas de claudication ou de symptômes pouvant évoquer une sténose carotidienne. Ce n'est pas le cas de Madame V.

L'ECG effectué au cabinet ne montre pas d'anomalie. Une épreuve d'effort est programmée sans urgence. Plus tard, l'examen ophtalmologique montrera l'absence de rétinopathie diabétique et une tension oculaire à 12/12, normale aux deux yeux.

Quels objectifs thérapeutiques proposer à Madame V. ?

Madame V. présente un diabète de type 2 a priori non compliqué, une hypercholestérolémie et une HTA très probable. Son débit de filtration rénal estimé par la méthode MDRD simplifiée est à 73 ml/min. Elle n'a pas d'autres comorbidités associées.

Les objectifs thérapeutiques devront tenir compte de son jeune âge, de son poids et de sa personnalité. Il est en effet préférable de se fixer des objectifs réalistes :

- **objectif pondéral** : une réduction de son poids (au mieux de 10 p. 100) est souhaitable, mais une non-reprise du poids associée à une normalisation des glycémies serait déjà un bon objectif ;

- **objectif glycémique** : le diabète de Madame V. vient d'être découvert, l'objectif immédiat est théoriquement d'obtenir une HbA1c inférieure à 6,5 p. 100 en sachant qu'un contrôle stricte de la glycémie préviendra essentiellement des atteintes micro-angiopathiques (rétinopathie, néphropathie). On doit cependant garder à l'esprit que pour la prévention des complications cardiovasculaires les plus fréquentes,

une stratégie visant des objectifs d'HbA1c autour 7 p 100 a un meilleur rapport bénéfice /risque, selon les dernières données de la littérature ;

- **objectif de LDL-c** : on doit le déterminer à partir de la sommation des risques cardiovasculaires. Chez Madame V., qui a deux facteurs de risque additionnels à son diabète, l'objectif est d'obtenir un LDL-c inférieur à 1,30 g/l (3,4 mmol/l) et des triglycérides inférieurs à 2 g/l (2,34 mmol/l) ;

- **objectif de pression artérielle** : les chiffres de pression artérielle notés chez Madame V. sont supérieurs au seuil actuellement recommandé de 130/80 mmHg et devront être contrôlés après adoption des mesures diététiques visant à réduire la consommation d'alcool et de sel (jusqu'à 6 g de sel par jour). En cas d'échec des seules mesures diététiques, un traitement anti-hypertenseur devra être prescrit. Il faut savoir toutefois que des objectifs de pression artérielle systolique en dessous de 130 mmHg ne procurent aucun bénéfice clinique par rapport à un seuil de 140 mmHg, selon les données récentes de la littérature.

Quelles mesures thérapeutiques proposer à Madame V. ?

L'état de Madame V. justifie rapidement un traitement médicamenteux. En effet, avec les mesures diététiques et l'activité physique, le gain maximal espéré en termes d'HbA1c étant de l'ordre de 2 p 100, notre objectif initial autour de 6,5 p 100 ne sera vraisemblablement pas atteint. En premier lieu, il est souhaitable d'insister sur ces mesures hygiéno-diététiques, qui sont la base de la thérapeutique et devront être maintenues tout au long du suivi. Il faut savoir que si la diététique est très efficace en début de traitement du diabète, son effet se réduit à mesure de l'évolution de la maladie du fait de l'insulinopénie progressive.

Le régime diabétique consiste à supprimer les erreurs manifestes et vise, en cas de surpoids, une réduction de 20 p. 100 des apports énergétiques. La répartition des nutriments comporte 50-55 p 100 de glucides (1/3 de glucides simples, 2/3 de complexes), 30-35 p 100 de lipides (1/3 de saturés, 2/3 de mono- et polyinsaturés) et 15 p. 100 de protides. Des apports quotidiens en fibres sont souhaitables.

L'augmentation de l'activité physique est bénéfique à condition que celle-ci soit régulière (équivalent de 30 minutes de marche rapide quotidienne en

plus de l'activité courante). De plus, elle entraîne une baisse des chiffres de pression artérielle, des taux de TG et une augmentation du HDL-c.

Traitement médicamenteux du diabète

Selon les recommandations de l'association américaine de diabétologie et de l'association européenne de diabétologie, un traitement médicamenteux initial par metformine est d'emblée justifié. Cela n'empêche pas d'insister sur l'importance des mesures hygiéno-diététiques qui sont la base de la thérapeutique et qui devront être maintenues tout au long du suivi.

Si les chiffres d'HbA1c restent élevés malgré des doses maximales de metformine, il sera nécessaire d'introduire un sulfamide hypoglycémiant, à condition que la diététique soit bien comprise et acceptée. On pourra prescrire, par exemple, en association avec la metformine, du glibenclamide (2,5 mg, 1 comprimé matin, midi et soir avant un repas) ou du gliclazide (30 mg, 1 comprimé le matin avant un repas). Il est également possible d'envisager, en cas de contrôle insuffisant de la glycémie avec la metformine seule,

une insulinothérapie dite « *bed-time* » (voir Cas clinique n° 48), associant de la metformine à 1 injection d'insuline semi-lente NPH le soir ou à un analogue de l'insuline d'action lente. Ces deux stratégies sont mieux validées par les essais cliniques que celle utilisant des combinaisons avec d'autres molécules actuellement disponibles – acarbose, inhibiteurs de DPP-4, activateurs de la GLP-1 (voir Encadré).

Traitement de l'hypercholestérolémie

Compte tenu des risques cardiovasculaires de Madame V., il faut lui prescrire un hypolipémiant

associé à un régime pauvre en graisses animales afin d'atteindre un objectif de LDL-c inférieur 1,30 g/l. Parmi les statines évaluées chez les diabétiques, l'atorvastatine et la simvastatine ont fait la preuve de leur efficacité sur la réduction du risque de complications ischémiques, quel que soit le niveau initial de LDL-c. Parmi les fibrates, seul le gemfibrozil peut être utilisé en cas d'intolérance aux statines ou en cas d'hypertriglycéridémie exclusive (LDLc < 1 g/l ; 2,6 mmol/l) ou bien encore en cas d'hypertriglycéridémie importante (TG > 4 g/l).

Antidiabétiques oraux disponibles

La **metformine**. C'est le seul **biguanide** disponible. Ce médicament agit en augmentant la sensibilité à l'insuline et en inhibant la néoglucogenèse hépatique. Il réduit la morbi-mortalité des patients diabétiques en surpoids et doit être proposé en première intention, quel que soit l'indice de masse corporelle (IMC). Il est d'autant plus indiqué qu'il existe principalement des hyperglycémies à jeun. La prescription de doses progressives permet d'éviter une intolérance digestive, en particulier des diarrhées. La metformine est contre-indiquée en cas d'insuffisance rénale, cardiaque, hépatique ou respiratoire. Une surveillance régulière de la fonction rénale permet d'éviter la survenue d'acidose lactique. Il faut interrompre les prises juste avant et 2 jours après une anesthésie ou une radiographie utilisant de l'iode. Deux spécialités de compositions différentes sont actuellement disponibles :

- la metformine embonate (Stagid®) comprimé à 700 mg correspondant à la dose de 280 mg de metformine base ;
- la metformine chlorhydrate (Glucophage®) comprimé à 500 mg, 850 mg et à 1 000 mg correspondant respectivement à la dose de 390 mg, 662,9 mg et 780 mg de metformine base.

Autres antidiabétiques oraux

Les **sulfamides hypoglycémiantes**. Ce sont des insulino-sécréteurs. Le plus puissant d'entre eux et le mieux évalué est le glibenclamide. Il a une durée d'action prolongée, comme le glipizide, le gliclazide et le glimépiride. Le carbutamide et le glibornuride sont moins utilisés. Les sulfamides hypoglycémiantes peuvent être indiqués en seconde intention et en association avec la metformine, lorsque l'hyperglycémie n'est pas contrôlée.

Les **insulino-sécréteur non sulfamidés ou glinides**. La répaglinide est le seul représentant de cette classe médicamenteuse. C'est un insulino-sécréteur puissant, agissant comme les sulfamides. Son action brève et rapide lui confère une indication préférentielle en cas d'hyperglycémie post-prandiale prédominante. Son effet hypoglycémiant semble équivalent à celle des sulfamides hypoglycémiantes. Son efficacité en termes de morbi-mortalité a mal été évaluée.

Les **inhibiteurs de l'αphaglucosidase** : acarbose et miglitol. Ils ralentissent l'absorption intestinale des glucides. Ils ont une action plus modeste sur l'HbA1c que les autres antidiabétiques oraux et entraînent souvent des troubles digestifs. Ils réduisent la glycémie post-prandiale. Ils sont fréquemment utilisés en seconde intention, en association. Ils n'ont pas fait preuve de leur efficacité en termes de complications du diabète. Leur effet sur la glycémie est modeste.

Les **inhibiteurs de la dipeptidylpeptidase-4 (DDP-4) ou glipines** : saxagliptine, sitagliptine, vildagliptine. Elles augmentent le taux plasmatiques des incrétines (GIP et GLP-1) qui, libérées par l'intestin, font partie d'un système endogène impliqué dans la régulation de l'homéostasie du glucose. Commercialisées seules ou en association avec la metformine, leur effet hypoglycémiant semble modeste et on ne dispose actuellement pas suffisamment de données concernant leur bénéfice en termes de morbi-mortalité et de risques au long cours.

Les **glitazones**, dont la pioglitazone était le dernier représentant de cette classe médicamenteuse jusqu'à récemment. Elle a été retirée du marché en raison de données de pharmacovigilance montrant que son utilisation entraînait un risque faible de survenue de cancer de la vessie.

Traitement de l'hypertension artérielle

Si l'on avait soupçonné une HTA « blouse blanche », il aurait été utile de faire réaliser une automesure ou une MAPA si cela avait semblé trop difficile pour la patiente. Madame V. a eu à plusieurs reprises, y compris hors du cabinet, des chiffres trop élevés de PA malgré ses efforts de régime peu salé. Il faudra lui proposer un traitement antihypertenseur, de préférence un inhibiteur de l'enzyme de conversion en angiotensine (IEC) ou un ARAII.

Enfin, on peut envisager une prévention par de petites doses d'aspirine. Cette attitude est encore débattue en raison de l'hétérogénéité des résultats des essais en prévention primaire et du risque non négligeable d'hémorragie digestive sous traitement

(1 à 5/ 1000 par an). Le rapport bénéfice/risque d'un tel traitement préventif devient favorable lorsque le risque cardiovasculaire global est élevé (> 10 p. 100 à 10 ans), ce qui n'est pas le cas de Madame V.

Madame V. sort avec une ordonnance comportant :

- metformine 500 mg 2 fois par jour à la fin des repas.
- On pourra augmenter progressivement cette posologie jusqu'à 2 550 g/j (850 mg $\times$ 3/j) ;
- ramipril 5 mg le matin ;
- simvastatine 10 mg.

On lui remet l'ordonnance en insistant sur l'importance de suivre les conseils de régime diabétique. Pour l'aider, on lui remet une fiche de conseils diététiques séparée. On l'incite également à pratiquer au minimum 3 fois par semaine 45 minutes d'activité physique d'intensité modérée

Comment vous assurez-vous de la réussite du projet thérapeutique ?

Il est utile de prendre un temps dédié, au besoin réparti sur plusieurs consultations pour initier, puis de mettre en œuvre un projet thérapeutique.

Diagnostic éducatif

Il convient auparavant de faire un diagnostic éducatif : quelle représentation a Madame V. de sa santé, de sa maladie ? Quels sont ses comportements de santé ? Quelles sont ses connaissances, ses croyances ? Ses habilités, qu'est-elle capable de faire concrètement ? Ses projets, qu'est-ce qui compte pour elle, quelles sont ses priorités ? Toutes ces questions permettront de s'assurer que Madame V. va bien adhérer au projet thérapeutique. Les connaissances acquises au fil des consultations – son contexte de vie, sa famille, son entourage, son travail, le soutien social qu'elle reçoit, etc. – nous permettront de lui proposer un projet thérapeutique adapté.

Projet thérapeutique partagé

Puis il faut définir, mettre en œuvre et évaluer un projet thérapeutique partagé.

Le principe de l'éducation thérapeutique repose sur l'autonomisation progressive du patient. Parce que Madame V. aura trouvé le projet de soins pertinent, réaliste et à sa portée, on doit pouvoir obtenir d'elle un engagement progressif sur les points suivants :

- l'observance du traitement avec, le cas échéant, l'analyse des causes de non-observance ;
- les conseils diététiques et d'activité physique : il est nécessaire de revenir régulièrement sur les modalités précises des changements d'attitudes ;

– l'hygiène des pieds. Au besoin, se faire aider par un pédicure ;

– le sevrage tabagique. Il faut motiver la patiente pour maintenir son sevrage et en cas de rechute s'aider de la technique de l'entretien motivationnel ;

– l'apprentissage de l'autosurveillance glycémique n'est pas systématiquement recommandé chez les diabétiques de type 2. D'autant plus que le remboursement des bandelettes est désormais limité à 200 par an. Toutefois, l'autosurveillance permet de mesurer l'effet de l'activité physique sur la glycémie. Elle permet également d'anticiper l'autosurveillance sous insulinothérapie.

Madame V. doit ainsi être amenée à hiérarchiser elle-même ses objectifs en fonction de ses aptitudes à les réaliser. C'est au sein d'une relation thérapeutique forte que se construira l'ensemble du projet de soins.

Coordination des soins

La coordination des soins est primordiale.

Il est préférable de travailler en collaboration avec un cardiologue de proximité. Si la patiente éprouve des difficultés à suivre les conseils d'hygiène de vie ou à observer son traitement, une hospitalisation de semaine à visée pédagogique, dans un service de diabétologie, peut être utile.

L'intégration de cette patiente au sein d'un réseau de soins, s'il en existe à proximité, peut être utile pour optimiser sa prise en charge. Un tel réseau diabète peut faciliter une aide plus régulière des podologues et des diététiciennes, pour lesquelles il n'existe pas de prise en charge possible remboursée en ville.

BIBLIOGRAPHIE

- AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTÉ (AFSSAPS). La prise en charge du patient dyslipidémique. Paris, AFSSAPS, mars 2005.
- CONSENSUS ADA-EASD. Diabetes Care, 2009, 32 : 193-203.
- GRIMALDI A, HEURTIER A, BOSQUET F et al. Guide pratique du diabète. Paris, MIM éditions, 2001.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Efficacité et efficacité des hypolipémiants : une analyse centrée sur les statines. Paris, HAS, juillet 2010.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Guide médecin ALD 8. Diabète. Paris, HAS, 2006.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Principes de dépistage du diabète de type 2. Paris, HAS, février 2003.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Recommandations de diagnostic et de prise en charge de l'HTA essentielle de l'adulte. Paris, HAS, 2005.
- POUCHAIN D, LEBEAU J-P, BERKHOUT C et al. Les objectifs préconisés dans la recommandation française sur le traitement médicamenteux du diabète de type 2 sont-ils encore d'actualité ? Exercer, 2010, 94 : 147-156.
- PRESCRIRE RÉDACTION. Suivre les diabétiques de type 2. Rev Prescrire, 2001, 21 : 361-371.
- KEARNEY PM, BLACKWELL L, COLLINS R et al. For the Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) collaborators. Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18 686 people with diabetes in 14 randomized trials of statins : a meta-analysis Lancet, 2008, 371 : 117-125.

CAS N° 48

Madame A. a un diabète déséquilibré

Madame A., âgée de 59 ans, consulte pour renouveler son traitement et vous montrer les résultats de ses examens biologiques. Elle est régulièrement suivie pour un diabète de type 2, découvert il y a 15 ans. Elle est veuve et vient de prendre sa retraite après avoir travaillé pendant 35 ans comme ouvrière dans la métallurgie. Son mari, ouvrier également, est décédé d'un accident 3 ans auparavant. Ses deux enfants, en bonne santé, ne vivent plus avec elle.

Son dossier contient les informations suivantes :

- antécédents familiaux :
 - mère diabétique, décédée de son diabète en insuffisance rénale terminale,
 - père décédé d'un accident de voiture,
 - une sœur aînée, obèse, hypertendue et diabétique,
 - une sœur benjamine en bonne santé ;
- antécédents personnels :
 - cholécystectomie à l'âge de 43 ans (pas de transfusion),
 - deux accouchements par voie basse sans problème,
 - ménopause à 49 ans. Pas de traitement hormonal substitutif ;
- vaccins et dépistages :
 - dTPolio : dernière dose à 50 ans et vaccin grippal effectué l'an dernier,
 - mammographie normale à 57 ans,
 - dernier frottis fait à 57 ans, sans anomalies,
 - hémocult négatif, l'an dernier ;
- facteurs de risque cardiovasculaire :
 - HTA connue depuis 10 ans,
 - dyslipidémie de type mixte,
 - arrêt du tabac depuis 10 ans,
 - surcharge pondérale et diabète de type 2 ;
- complications éventuelles du diabète :
 - fond d'œil il y a 4 mois : rétinopathie non proliférante débutante,
 - ECG sans anomalie il y a 3 mois : pas d'artériopathie périphérique,
 - test au monofilament : début de neuropathie sensitive au niveau du premier orteil, droit mais bon état cutané (grade 1 dans la classification du risque podologique),
 - pas d'insuffisance rénale.
- éducation du diabète et habitudes :
 - autosurveillance glycémique par lecteur de glycémie capillaire effective et utilisée en cas de sensation de malaise,
 - régime et conseils d'exercices physiques compris mais plus ou moins bien suivis, consommation déclarée d'alcool à 10 g/jour (un verre) ;
- traitements actuels :
 - metformine 850 mg 3 fois/jour, glibenclamide 5 mg 3 fois/jour, énalapril 20 mg/jour, simvastatine 20 mg le soir, aspirine 75 mg/j.

Tableau I – Derniers bilans biologiques sur 1 an

	J – 10 mois	J – 7 mois	J – 4 mois	J (consultation)
Glycémie à jeun	1,95 g/l 10,72 mmol/l	1,86 g/l 10,23 mmol/l	2,13 g/l 11,71 mmol/l	2,01 g/l 11,05 mmol/l
HbA1c	8 p. 100	8,1 p. 100	8,3 p. 100	8,2 p. 100
Créatininémie	7,2 mg/l 64 µmol/l	–	6,8 mg/l 60 µmol/l	–
Micro-albuminurie/24 h	–	–	15 mg/24 h	–
ALAT	–	–	14 UI/l	–
ASAT	–	–	12 UI/l	–
Cholestérol	2,00 g/l	–	–	–
Triglycérides	1,34 g/l	–	–	–
HDL-c et LDL-c	0,66 g/l et 1,07g/l	–	–	–

Comment évaluez-vous la situation ?

Madame A. a a priori un excellent suivi pour son diabète. Elle bénéficie par ailleurs d'une prise en charge globale satisfaisante, en particulier sur le plan de la prévention. Souvent, lorsqu'un patient souffre d'une maladie chronique, les axes de prévention qui ne relèvent pas de cette maladie, sont mis de côté.

Toutefois, elle présente un **diabète de type 2 déséquilibré** depuis au moins 1 an, malgré un traitement maximal par antidiabétiques oraux, l'HbA1c étant supérieure à 8 p. 100. Ce diabète est **compliqué**

d'une neuropathie sensitive et d'une rétinopathie débutante. Il faut essayer de comprendre pourquoi son diabète s'est déstabilisé et envisager de modifier la stratégie de prise en charge avant que les complications ne s'aggravent.

Par ailleurs, Madame A. déclare une consommation modérée d'alcool inférieure au seuil de nocivité. L'histoire de vie de cette patiente nous incite toutefois à rechercher chez elle des signes d'isolement, voire de dépression.

Comment expliquer ce déséquilibre du diabète ? Comment vous orientez-vous ?

Devant un déséquilibre du diabète et en l'absence d'une situation aiguë pouvant l'expliquer, il est utile de s'appuyer sur **l'évolution du poids** de la patiente. Schématiquement, trois situations peuvent se produire.

Madame A. a maigri

– Soit elle respecte bien les mesures diététiques proposées et suit les conseils d'activité physique. La perte de poids, normalement observée dans ce cas, n'a alors aucune de raison de s'accompagner d'un déséquilibre du diabète, sauf s'il existe une mauvaise observance du traitement ;

– soit elle suit correctement les recommandations diététiques, elle est active et l'observance de son traitement est bonne. On se trouve devant une situation d'insulinopénie contribuant à l'augmentation

des glycémies et à une polyurie avec glycosurie qui explique la perte de poids. L'interrogatoire cherchera à retrouver des épisodes transitoires de polyurie avec soif qui renforceraient cette hypothèse ;

– dans tous les cas, il convient de s'assurer qu'elle n'a pas, par ailleurs, de symptômes et signes cliniques évoquant une pathologie associée et, dans le doute, demander un bilan biologique comportant au moins la recherche d'un syndrome inflammatoire et une TSHus.

Son poids est stable

– Il peut s'agir d'une aggravation progressive de son diabète, le syndrome d'insulino-résistance étant au premier plan, précédant l'insulinopénie, marquée par un amaigrissement. Rappelons que le diabète est

une maladie évolutive, qui, quoi qu'on fasse, conduit à l'escalade thérapeutique jusqu'à l'insulinothérapie ;

– l'origine du déséquilibre peut également résulter d'une prise irrégulière du traitement. L'observance doit être systématiquement évaluée devant un échec thérapeutique chez les personnes souffrant d'une maladie chronique.

Madame A. a pris du poids

On peut envisager des erreurs diététiques, un arrêt ou une réduction des activités physiques et, peut-être, une mauvaise observance du traitement. Il faut

le suspecter d'autant plus qu'il y a eu des événements ou des bouleversements dans la vie de la patiente.

L'entretien nous apprend que Madame A. se sent bien et ne se plaint de rien. Elle est bien entourée par ses amies, suit rigoureusement son traitement, fait son régime sans trop d'écart. Elle n'a pas d'anorexie. Toutefois, elle fait de moins en moins d'exercices, non pas qu'elle soit plus fatiguée, mais par manque de motivation. L'interrogatoire et l'examen clinique ne révèlent aucune nouvelle complication, sa PA reste contrôlée à 125/75 mmHg.

L'évolution de sa courbe pondérale est la suivante (Tableau II).

Tableau II – Évolution de la courbe pondérale de Madame A.

Taille : 1,58 m	J – 10 mois	J – 7 mois	J – 3 mois	J (consultation)
Poids	74,200 kg	73,500 kg	72,800 kg	71,200 kg
Périmètre abdominal (normal < 88 cm)	108 cm			106 cm

Quelle hypothèse retenez-vous ?

Madame A. a maigri de 3 kg en 10 mois, mais elle reste toutefois en surcharge pondérale (BMI : 28 kg/m²). L'interrogatoire et l'examen clinique n'évoquent pas l'existence d'une pathologie associée à son diabète.

Elle déclare ne pas avoir de problème d'observance du traitement. Si cela avait été le cas, il aurait fallu l'écouter et essayer d'en comprendre avec elle les raisons, puis l'amener à envisager un changement d'attitude au cours d'un entretien spécifique. La simplification du traitement peut faciliter l'observance. Par exemple : 2 comprimés le matin et 1 comprimé le soir de metformine 850 mg, ou bien 1 comprimé de metformine 1 000 mg 2 fois par jour en fin de repas associés à une seule prise de

2 comprimés de glimepiride 3 mg, le matin avant le petit déjeuner.

Dans le cas de Madame A. on évoque plutôt une **aggravation du diabète avec insuffisance relative de la sécrétion d'insuline**. Cette situation aurait pu être mise en évidence avant le processus d'amaigrissement grâce à l'autosurveillance glycémique montrant des glycémies matinales plus élevées que les suivantes de la journée. Ce profil glycémique lié à la néoglucogenèse hépatique nocturne reflète l'insulinopénie débutante associée au syndrome d'insulinorésistance. Rappelons que la glycémie du matin n'est pas le reflet de la charge en glucides du dîner. Ultérieurement, l'insulinopénie entraîne une dégradation de l'ensemble des glycémies de la journée.

Quelle stratégie thérapeutique envisager ? Que dites-vous à Madame A. ?

En l'absence de modification de son traitement, Madame A. risque, à long terme, de voir apparaître de nouvelles complications de son diabète, en particulier macrovasculaires, ou de voir

s'aggraver les complications existantes malgré ses objectifs de pression artérielle et de taux LDL-c atteints. À court terme, des symptômes gênants liés à l'hyperglycémie (asthénie, soif, polyurie), voire

des complications aiguës (déshydratation, coma) risquent d'apparaître.

L'**insulinothérapie** est classiquement indiquée en cas d'échec du traitement oral, c'est-à-dire lorsque l'HbA1c est supérieure à 8 p. 100 sous traitement maximal comportant au moins 2 000 mg de metformine associé ou non à 15 mg de glibenclamide ou équivalent. C'est le cas de Madame A. Il faut savoir néanmoins que ce seuil arbitraire de 8 p. 100 d'HbA1c proposé dans les guides de bonne pratique a été fixé en l'absence d'essais comparatifs spécifiques. Par ailleurs, la plupart des essais ayant évalué le bénéfice de l'insulinothérapie dans le diabète de type 2 portent sur l'évolution de l'HbA1c, qui est un critère de jugement intermédiaire.

L'objectif est d'obtenir des taux d'HbA1c au-dessous de 7 p. 100, en sachant que le risque de complications micro-angiopathiques ou cardiovasculaires augmente avec le taux d'HbA1c sans effet seuil. Pour cela, il est nécessaire d'introduire une insuline le soir au coucher dite « **insuline bed-time** » qui, associée au traitement oral, permettrait de faire baisser les glycémies au réveil.

Il convient d'informer clairement Madame A. des avantages du passage à l'insuline, en s'appuyant sur

les faits, sans minimiser les inconvénients. Elle doit pouvoir se sentir soutenue pour surmonter cette passe qui peut être difficile pour elle. Le mieux est d'avoir anticipé avec elle cette échéance inéluctable de l'épuisement des cellules pancréatiques (après 15 années d'évolution du diabète en moyenne). Enfin, il faut s'assurer que Madame A. aura la capacité de gérer son traitement et sa surveillance.

Si elle refuse l'idée d'une insulinothérapie, il faut respecter son choix et travailler avec elle sur ses réticences face aux injections d'insuline. Ces réticences peuvent parfois être facilement vaincues si certaines croyances injustifiées, comme la responsabilité de l'insuline dans l'aggravation du diabète, la douleur des injections, la complexité des procédures sont dissipées. Il est aussi possible de faire réaliser les premières injections par une infirmière jusqu'à ce que Madame A. acquière une autonomie par l'apprentissage de la technique d'injection et des procédures d'ajustement progressif de la posologie. On peut enfin lui proposer de faire un essai pendant quelques semaines, quitte à revenir à une acceptation d'un contrôle moins stricte de la glycémie si elle trouve que les contraintes sont trop importantes.

Comment prescrire l'insuline ?

On prescrit habituellement une injection d'**insuline semi-lente**, insuline isophane NPH (par exemple Umuline NPH®, Insulatard NPH®) le soir au coucher, afin de faire baisser la glycémie du réveil en évitant les hypoglycémies nocturnes. L'insuline doit être à température ambiante pour minimiser la douleur au moment de l'injection, et elle doit impérativement être remise en suspension homogène par une longue agitation avant d'être injectée. Il est aussi possible d'utiliser un analogue de l'insuline de durée d'action plus longue, l'insuline glargine (Lantus®) ou l'insuline détémir (Levemir®) qui ne nécessitent pas d'être agitées avant injection.

Les **posologies** doivent être progressives, en commençant par 10 UI ou par 0,1 à 0,2 UI/kg/j (10 à 20 p. 100 du poids du corps, exemple 70 kg = 7 à 14 UI). L'ajustement doit être progressif, tous les 4 à 5 jours, en augmentant la dose de 2 UI si 3 glycémies à jeun successives sont au-dessus de l'équilibre

glycémique souhaité. Des contacts fréquents, éventuellement par téléphone, sont nécessaires au début.

Il convient de maintenir le traitement per os dans la journée, en révisant la posologie des sulfamides hypoglycémisants à la baisse, voire en les supprimant.

À cet effet, il est nécessaire de faire **contrôler la glycémie vers 18 heures**, habituellement la plus basse de la journée. Cette précaution permet d'éviter les hypoglycémies de milieu d'après-midi. Si l'auto-surveillance de la glycémie capillaire n'est pas systématiquement recommandée chez les patients ayant un diabète de type 2, cet outil éducatif devient indispensable sous insuline.

Quant au matériel, il existe des stylos préremplis qui seront jetés après usage ou bien des stylos avec des cartouches qui se remplacent une fois vides. Les aiguilles sont standardisées et s'adaptent sur tous les stylos. Celles de 8 mm de longueur conviennent à la plupart des patients.

Quels sont les objectifs de ce traitement par insuline *bed-time* ?

L'objectif glycémique matinal doit tenir compte de l'âge du sujet, de l'ancienneté du diabète, de

l'existence de complications et des facteurs de risque cardiovasculaire associés.

Dans le cas de Madame A., l'insulinothérapie doit être instaurée à doses progressives jusqu'à obtenir un objectif de glycémie capillaire à jeun (mesurée par le patient lui-même) entre 0,80 g/l et 1,30 g/l.

Il n'y a pas d'urgence à obtenir un objectif glycémique parfait. Il convient d'avertir la patiente que le résultat ne sera pas immédiat et que la dose d'insuline nécessaire n'est pas le reflet de la gravité de son diabète. Il faut lui expliquer qu'en revanche ce qui est grave, c'est que son diabète soit durablement déséquilibré.

L'objectif est de faire baisser progressivement les taux d'HbA1c vers un taux seuil de 7 p100. Si

l'HbA1c reste largement au-dessus de 7 p. 100, malgré les efforts de régime et d'exercice physique, c'est que le traitement est insuffisant pour être efficace. Il convient alors d'adresser la patiente au diabétologue pour passer à 2 ou 3 injections d'insuline tout en gardant les biguanides.

Le risque d'hypoglycémie est en principe faible si les doses d'insuline sont progressivement augmentées sous contrôle des glycémies matinales et à 18 heures. De plus, les hypoglycémies sous insuline *bed-time* chez le diabétique de type 2 sont très rarement sévères.

Existe-t-il une alternative à l'insulinothérapie *bed-time* ?

On aurait pu proposer à Madame A. qui est en surpoids, un analogue du GLP1 (analogue des incrétines) en association avec la metformine et son sulfamide hypoglycémiant. En effet, si l'insuline fait prendre du poids, les analogues du GLP1, dont le profil d'effet hypoglycémiant est voisin de celui de l'insuline, ont tendance à en faire perdre. La fréquence élevée des troubles digestifs associés au traitement (nausées et inappétence) ne sont sans doute pas étrangers à cette perte de poids. Toutefois, cette corrélation n'a pas encore été mise en évidence.

Le GLP1 (*glucagon-like peptide*) est, comme le GIP (*glucose dependant insinotropic popypetide*), une hormone intestinale qui stimule la sécrétion post-prandiale d'insuline, inhibe la sécrétion de glucagon et ralentit la vidange gastrique. Les analogues du GLP1 sont des peptides résistants à leur dégradation rapide par la DPP4 mais pouvant être détruits par les sucs gastriques. De ce fait, les deux produits commercialisés, sont injectables :

- l'exénatide (Byetta®) dosé à 5 et 10 µg. L'injection est biquotidienne, en commençant par la dose la plus faible durant les 4 premières semaines du traitement et en augmentant si nécessaire en fonction de l'HbA1c ;

- le liraglutide (Victoza®), dont la posologie au début de traitement est de 0,6 mg pendant 1 semaine puis passe à 1,2 mg/j, voire à 1,8 mg/j si l'objectif d'HbA1c n'est pas atteint. L'injection en SC se fait 1 fois par jour.

Les doses sont fixes, non ajustées au poids du patient. Le gain attendu en termes de réduction de l'HbA1c est de l'ordre de 1,5 p 100. L'usage de ces nouveaux antidiabétiques injectables est limité par leur mauvaise tolérance digestive et leur contre-indication en cas d'insuffisance rénale sévère. Par ailleurs, leur impact à long terme sur la morbi-mortalité des patients diabétiques de type 2 est, comme pour l'insuline, inconnu. En revanche, si les effets indésirables à long terme de l'insuline sont bien documentés, ceux des analogues du GLP1 sont mal connus et doivent donc inciter à la prudence.

Doit-on hospitaliser Madame A. ?

Contrairement aux patients ayant un diabète de type 1 décompensé, la plupart des patients ayant un diabète de type 2 ne relèvent pas d'une hospitalisation.

Certains patients expriment le besoin d'être pris en charge par plusieurs soignants pour ce passage qui leur semble insurmontable. Dans ce cas, une hospitalisation de jour peut être programmée. Ce n'est pas le cas de Madame A.

Toutefois, le recours à un « réseau diabète », lorsqu'il existe, peut permettre de déléguer facilement certaines étapes de la prise en charge comme l'éducation nutritionnelle, l'autonomie pour l'insulinothérapie, les soins podologiques. Cette collaboration de différents professionnels permet d'améliorer la coordination des soins par la détermination d'objectifs communs et d'optimiser la prise en charge des patients.

Ordonnances types pour Madame A.

Ordonnance n° 1 : médicaments et matériel médical

- Metformine 1 000 matin et soir (la prise de metformine peut se faire en 1 fois) ;
- glibenclamide 2,5 mg matin et midi en début de repas ;
- enalapril 20 mg le matin ;
- simvastatine 20 mg le soir ;
- aspirine 75 mg le soir ;
- insuline Umuline NPH Pen® 100 UI/ml suspension injectable en stylo 14 UI le soir ;
- stylo à insuline Umuline® ;

- aiguille pour stylos à insuline de longueur 8 mm ;
- bandelettes et lancettes pour lecteur de glycémie capillaire ;
- alcool modifié à 70° et coton.

Ordonnance n° 2 : soins infirmiers

Pendant 15 jours le soir avant 20 h 00, samedis, dimanches et fêtes compris.

Faire faire à domicile, par une infirmière DE, 1 injection sous-cutanée d'insuline après lecture de la glycémie capillaire. Apprendre à la patiente à utiliser le stylo et à se faire elle-même ses injections.

BIBLIOGRAPHIE

GRIMALDI A, HEURTIER A, BOSQUET F et al. Guide pratique du diabète. Paris, MMI éditions, septembre 2001.

GRIMALDI A. Traité de diabétologie. Paris, Flammarion, 2005.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Commission de la transparence. Victoza (liraglutide), Byetta (exenatide). Paris, HAS, 2009.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Traitement médicamenteux du diabète de type 2. Paris, HAS, 2006.

HARRIS S, YALE JF, DEMPSEY E, GERSTEIN H. Can family physicians help patients initiate basal insulin therapy successfully ? Randomized trial of patient-titrated insulin glargine compared with standard oral therapy : lessons for family practice from the Canadian INSIGHT trial. Can Fam Physician, 2008, 54 : 550-558.

PRESCRIRE RÉDACTION. Exénatide – Byetta. Diabète de 2 : pour quelques patients en surpoids. Rev Prescrire, 2007, 27 : 485-489.

PRESCRIRE RÉDACTION. L'insuline dans le diabète de type 2, 2^e partie ; modalités pratiques du traitement par insuline dans le diabète de type 2 : des principes simples pour passer des données à la pratique. Rev Prescrire, 2005, 25 : 443-449.

PRESCRIRE RÉDACTION. Liraglutide - Victoza. diabète de type 2 : en rester à l'exénatide semble plus prudent. Rev Prescrire, 2010, 30 : 168-171.

PRESCRIRE RÉDACTION. Suivre les diabétiques de type 2. Rev Prescrire, 2001, 21 : 361-371.

CAS N° 49

Monsieur E., âgé de 74 ans, diabétique, a une créatinémie élevée

Monsieur E., âgé de 74 ans, que vous suivez depuis peu de temps, vient vous montrer ses derniers résultats d'examens biologiques. Il a emménagé à proximité de votre cabinet, tout près de chez ses enfants suivis au cabinet. Il a une hypertension artérielle traitée depuis l'âge de 52 ans et un diabète de type 2 diagnostiqué depuis une dizaine d'année. Monsieur E. est a priori indemne d'artérite ou de coronaropathie.

Dans son dossier, vous avez noté, lors de la précédente consultation, 4 mois auparavant, une pression artérielle à 143/92 mmHg et des résultats d'examens biologiques datant de 10 mois prescrits par son ancien médecin : hémoglobine glyquée 7,9 p. 100 ; cholestérolémie 2,10 g/l ; triglycéridémie 1,95 g/l ; HDL-c 0,50 g/l ; LDL-c 1,28 g/l. Il n'y a de résultat ni de créatininémie ni d'ionogramme sanguin.

Monsieur E. est plutôt corpulent avec un poids à 89 kg et une taille à 1,78 m (index de masse corporelle à 28). Il n'a jamais fumé. Lors de la dernière consultation, il ne se plaignait de rien de particulier, en dehors de ses deux mictions nocturnes qui le dérangent depuis plusieurs années. Il pratique la marche et respecte les conseils diététiques.

Son traitement actuel comporte de la metformine 850 mg 3 fois par jour, du glibenclamide 5 mg 3 fois par jour, de l'hydrochlorothiazide 12,5 mg par jour, du ramipril 10 mg par jour, du bisoprolol 7,5 mg par jour.

Comment évaluez-vous la situation, faut-il prescrire un nouveau bilan biologique ?

Monsieur E. ne fume pas, il n'a pas de dyslipidémie et son LDL-c est inférieur à 1,30 g/l sans traitement. Cependant, son âge, son diabète et son hypertension artérielle le classent parmi les patients à haut risque cardiovasculaire. Il convient chez ce nouveau patient âgé de réévaluer l'équilibre de son diabète, de dépister une éventuelle néphropathie et de rechercher des troubles ioniques sous antihypertenseurs. Par ailleurs, compte tenu de son âge, il est nécessaire de connaître son hémogramme, de vérifier qu'il n'a pas de syndrome inflammatoire et que sa pollakiurie n'est pas due à une infection urinaire (voir Cas clinique n° 29).

Dans un premier temps, il est possible de réaliser une **bandelette urinaire** (BU) au cabinet afin de rechercher une protéinurie et une glycosurie, voire une cétonurie.

En cas de positivité pour les protéines, on prescrit une protéinurie sur échantillon à faire au laboratoire. Le seuil de détection de la protéinurie par la BU est de 50 mg/l. La protéinurie physiologique est inférieure à 150 mg/l. Certaines situations (fièvre, effort,

grossesse) peuvent faire varier la protéinurie au-delà de ce seuil, mais toujours en-deçà de 300 mg/24 h, qui est le seuil pathologique.

La micro-albuminurie correspond au dosage exclusif de l'albuminurie par néphélémétrie. Elle est pathologique si elle est supérieure à 30 mg/24 h. En pratique, il est possible de la doser sur un échantillon et, dans ce cas, elle est pathologique au-dessus de 30 mg/g de créatininurie. En cas de protéinurie positive à la BU, le dosage de la micro-albuminurie est inutile.

Comme Monsieur E. est âgé et diabétique, et compte tenu de sa pollakiurie, on prescrit un **examen cyto bactériologique des urines** (ECBU). Cet examen permet également de dépister une anomalie du sédiment urinaire par cytologie quantitative, en particulier une hématurie microscopique.

On complète la prescription du bilan biologique par les examens suivants :

- NFS, CRP ;
- hémoglobine glyquée (HbA1c) ;
- glycémie à jeun ;

- ionogramme sanguin ;
- créatininémie.

Les résultats du bilan sont les suivants : hémoglobine 9,8 g/dl ; Hte 43 p. 100 ; GR $3,95 \cdot 10^6/\text{mm}^3$; VGM $85 \mu^3$; le reste de la NFS est normal ; CRP inférieure à

10 mg/l, HbA1c 7,3 p 100 ; glycémie 1,30 g/l ; créatininémie $270 \mu\text{mol/l}$ (30,54 mg/l) ; natrémie 142 mmol/l ; kaliémie 4,9 mmol/l ; micro-albuminurie non dosée en présence d'une protéinurie à 310 mg/l (calculée à partir d'un échantillon) ; ECBU stérile ; hématurie 50 éléments/ml ; leucocyturie 30/ml.

Comment interprétez-vous ces résultats ?

Monsieur E. présente un diabète mal équilibré mais peu éloigné de l'objectif d'HbA1c habituel, autour de 7 p. 100. Ce qui doit attirer l'attention dans l'immédiat, hormis son anémie normocytaire qui nécessitera une exploration spécifique, c'est sa créatininémie élevée à $270 \mu\text{mol/l}$ (nle $< 105 \mu\text{mol/l}$) et la présence d'une protéinurie pathologique sur échantillon à 310 mg/l. Par ailleurs, Monsieur E. n'a ni hématurie ni leucocyturie (une hématurie ou une leucocyturie étant pathologiques au-dessus de 10 000/ml ou $10/\text{mm}^3$).

Il convient donc avant tout d'affirmer dans un contexte non urgent l'existence d'une **insuffisance rénale** définie par un débit de filtration glomérulaire (DFG) inférieur à 60 ml/min, quel que soit l'âge. Ce DFG peut être estimé en pratique quotidienne à partir de la créatininémie.

On utilise encore la formule de Cockcroft et Gault (voir Encadré). Elle a été établie à partir de dosages de créatininémie non standardisés sur la technique de référence. Elle sous-estime la fonction rénale du sujet âgé, surestime celle du sujet obèse et du sujet

jeune ayant une diminution du DFG. Elle donne une valeur qui n'est pas indexée sur la surface corporelle.

La formule MDRD simplifiée (*Modification of diet in renal diseases study*) est désormais la méthode la plus utilisée. Elle estime directement le débit de filtration glomérulaire indexé sur la surface corporelle. Les paramètres entrant dans l'équation (voir Encadré) sont l'âge, le sexe et l'origine ethnique (caucasienne ou noire) du patient. Le calcul du MDRD peut actuellement être obtenu facilement sur Internet ou sur un Smartphone. Comparé à la clairance de l'inuline, le MDRD estime mieux le DFG chez l'homme, chez les plus de 60 ans, chez les sujets en surpoids ou obèses et en cas de fonction rénale altérée.

Monsieur E. a une clairance de la créatinine (Cockcroft et Gault) à 26,76 ml/min. Ce résultat, correspondant à un sujet de surface corporelle moyenne de $1,73 \text{ m}^2$, doit être revu à la baisse chez Monsieur E., qui est corpulent et dont la surface corporelle est d'environ 2 m^2 (voir Encadré). Son DFG estimé par le MDRD est en effet de 21,43 ml/min.

Comment poursuivez-vous votre démarche diagnostique ?

Monsieur E. présente a priori une insuffisance rénale. Toutefois, en l'absence de résultats récents de créatininémie, il faudra confirmer cette estimation du DFG par un second dosage de la créatininémie.

Mais il convient tout d'abord d'**éliminer une insuffisance rénale aiguë** :

- en éliminant la présence d'un obstacle sur les voies urinaires (insuffisance rénale post-rénale ou obstructive). Monsieur E. se plaint de mictions nocturnes depuis plusieurs années, qui font évoquer une hypertrophie bénigne de la prostate (HBP). On doit rechercher une aggravation récente des signes cliniques urinaires (oligo-anurie, mictions par regorgement), des douleurs suggérant une rétention aiguë d'urine ou une lithiase urinaire. L'examen clinique recherche des signes évocateurs d'un obstacle : globe

vésical, masse pelvienne ou lombaire. Si c'est le cas, il faut envisager en urgence une exploration des voies urinaires et traiter la cause ;

- en recherchant des signes de déshydratation ou d'hypotension, en faveur d'une insuffisance rénale fonctionnelle ;

- en recherchant une prise de traitements néphrotoxiques (AINS, diurétiques, injection d'iode, etc.) ou des signes d'infection, en faveur d'une insuffisance rénale aiguë organique.

Les données anamnestiques (HTA, diabète, âge) de Monsieur E. sont plutôt en faveur d'une **insuffisance rénale chronique**. Il faut rechercher également des antécédents d'uropathie, d'infections urinaires hautes récidivantes, d'expositions antérieures répétées à des substances néphrotoxiques,

Quelques outils utiles pour prendre en charge un patient insuffisant rénal

- **Estimation du débit de filtration glomérulaire**

– *formule de Cockcroft et Gault* :

clairance de la créatinine (ml/min/1,73 m^2) = $[(140 - \text{âge})] \times \text{poids} / \text{créatininémie en } (\mu\text{moles/l}) \times k$.

Avec $k = 1,04$ pour les femmes et $k = 1,23$ pour les hommes (en pratique 1,25), poids en kg et âge en années ;

– *formule MDRD simplifiée* :

$$\text{eDFG} = 175 \times (\text{créatininémie en mg/dl})^{-1,154} \times (\text{âge})^{-0,203} \times (0,742 \text{ si femme}) \times k$$

Si créatininémie en $\mu\text{mol/l}$, diviser la créatininémie par 88,4. Si créatininémie en mg/l , diviser la créatininémie par 10. Le facteur k vaut 1 pour tous les sujets, exceptés ceux originaires d'Afrique sub-saharienne ou des Antilles, pour lesquels il est en cours de validation en France.

- **Estimation de la surface corporelle** : formule de Mosteller (1987), la plus simple :

$$\text{surface corporelle (m}^2\text{)} = [\text{Taille (cm)} \times \text{poids (kg)} / 3600]^{0,5}$$

- **Le recueil des urines sur 24 h est-il correct ?** Comparer le rapport créatininurie ($\mu\text{mol/24 h}$)/poids (kg) aux normes : chez l'homme 170 et 230 $\mu\text{mol/kg/24 h}$ et chez la femme 124 et 195 $\mu\text{mol/kg/24 h}$.

- **Estimation de la consommation de sel par jour** à partir de la natriurèse : consommation de sel (en grammes) : natriurèse (en mmol) par 24 h/17. En effet, 1 g de sel ingéré correspond à 17 mmol de Na^+ dans les urines.

- **Estimation de la consommation de protéines par jour** à partir de l'urée urinaire/24 h. Consommation de protéines (en grammes)/jour : urée urinaire (mmol) par 24 h/5. En effet, 5 mmol d'urée urinaire correspondent à 1 g de protéines ingérées.

qui seraient autant d'arguments en faveur de la chronicité. D'autres indices apparaissant à un stade avancé peuvent également être en faveur d'une atteinte chronique : une petite taille des reins à l'imagerie, une anémie normocytaire, voire une hypocalcémie.

Monsieur E. a une **anémie qu'il faut explorer**. On doit évaluer sa tolérance en recherchant une hypotension, une tachycardie, une dyspnée, une asthénie, et procéder à l'examen clinique des

organes lymphoïdes et de la peau à la recherche de signes d'orientation.

Monsieur E. a un bon état général, mais il signale tout de même une asthénie. Son examen clinique ne révèle aucune anomalie. En particulier, il n'a pas d'adénopathies palpables, ni de splénomégalie, ni de taches purpuriques, ni de saignements muqueux. Il n'y a pas d'éléments pour penser à une iatrogénie. L'interrogatoire et l'examen clinique ne nous orientent pas vers un obstacle.

Faut-il compléter ce bilan ? Si oui, pourquoi et comment ?

Le bilan biologique de Monsieur E. suggère qu'il a une insuffisance rénale chronique (IRC) sévère (DFG entre 15 et 29 ml/min). Il faut compléter le bilan pour préciser son **étiologie** et son **retentissement**. Il est également nécessaire de préciser la cause de son anémie normocytaire.

Éléments d'orientation étiologique

Il est nécessaire de disposer d'éléments d'orientation étiologique de cette IRC :

- quantification de la protéinurie dans les urines de 24 heures. Si le recueil sur 24 heures est impossible, on réalisera un dosage de la protéinurie et de la créatininurie sur échantillon ;

- cytologie urinaire quantitative, que nous connaissons déjà (hématurie et leucocyturie dans les normes) ;

- électrophorèse des protéines sériques (EPS), à la recherche d'un pic en immunoglobulines, pouvant faire envisager un myélome (cause la plus fréquente après une gammopathie monoclonale de cause indéterminée) ;

- échographie des reins et de l'arbre urinaire. L'insuffisance rénale chronique s'accompagne le plus souvent d'une atrophie rénale progressive (réduction de la corticale), mais il existe des exceptions : polykystose, diabète, amylose, hydronéphrose ;
- radiographie de l'abdomen sans préparation qui peut renseigner sur l'existence d'une maladie lithiasique.

Signes biologiques

On doit rechercher des signes biologiques évocateurs de complications de l'IRC :

- anémie normochrome normocytaire arégénérative par réduction de la synthèse rénale de l'érythropoïétine et/ou par hémolyse. Une anémie est constatée chez notre patient mais sa cause rénale reste à confirmer ;
- acidose métabolique avec baisse des bicarbonates plasmatiques ;
- troubles hydro-électrolytiques avec une hyperkaliémie à un stade avancé ;
- déficit en vitamine D active (1-25 OH vitamine D₃) par déficit en 1-alpha hydroxylase rénale, d'autant que préexiste une carence en vitamine D attestée par des taux bas de 25-OH vitamine D₃ ;
- hyperparathyroïdie secondaire, hyperphosphatémie et hypocalcémie (tardives en général).

Autre cause

Il convient enfin de vérifier que l'anémie normocytaire de Monsieur E. n'est pas due à une autre cause :

- NFS avec dosage des réticulocytes témoignant ou non du caractère régénératif de l'anémie ;

– TSHus à la recherche d'une hypothyroïdie associée ;

- CRP : associée à l'EPS, elle permet d'envisager une anémie liée à un syndrome inflammatoire ;
- ferritinémie qui peut révéler de saignements occultes si elle est effondrée. L'anémie est le plus souvent microcytaire, sauf en cas de carence associée en folates et/ou en vitamine B₁₂.

Monsieur E. revient avec les résultats suivants :

– la NFS est identique à la précédente sans altération des autres lignées avec des réticulocytes inférieurs à 1 000 /mm³ (Nle < 120 000/mm³), TSHus 2 UI/l, folates et vitamine B₁₂ normaux ;

– créatinine stable à 267 µmol/l (30,20 mg/l), K⁺ 4,8 mmol/l, Na⁺ 141 mmol/l, calcémie 1,89 mmol/l soit 75,6 mg/l (nle : 2,2-2,6 mmol/l ou 88 à 104 mg/l), phosphatémie 1,7 mmol/l soit 52,8 mg/l (nle : 0,80 à 1,45 mmol/l ou 25 à 45 mg), HCO₃⁻ 17 mmol/l (nle : 23,0-29,0 mmol/l), protidémie 64 g/l, urée 16 mmol/l soit 1,15 g/l (nle : 2,8-7,6 mmol/l ou 0,10-0,55 g/l), uricémie 462 mmol/l soit 77 mg (nle < 420 mmol/l ou 70 mg/l), PTH 125 pg/ml (nle : 8-76 pg/ml), 25-OH vitD₃ 13,7 ng/ml (nle > 30 ng/ml), 1-25 OH vitD₃ 13,5 pg/ml (nle : 17-67 pg/ml). Électrophorèse des protéines plasmatiques sans anomalie avec une albuminémie dans la norme ;

– ECBU stérile, hématie = 0, leucocyte = 0, protéinurie 600 mg/24 h ;

– bilan urinaire, prélèvement sur 24 h : diurèse 1,8 l, natriurie 180 mmol/24 h, kaliurie 125 mmol/24 h, urée 500 mmol/24 h (2,5-7,5 mmol/l), créatininurie 17 800 µmol/24 h (recueil des urines de 24 h a priori correct, voir Encadré) ;

– échographie de l'arbre urinaire : reins diminués de volume avec réduction du rapport cortico-médullaire.

Quelle conclusion en tirez-vous ?

Ce tableau biologique permet d'affirmer l'existence d'une **insuffisance rénale chronique sévère** chez Monsieur E. En effet, outre un DFG situé entre 15 et 29 ml/min, on relève l'existence d'une anémie normocytaire isolée non régénérative, d'une hyperphosphatémie, d'une hypocalcémie, d'une hyperparathyroïdie secondaire, d'une hyperuricémie et d'une urée modérément augmentée. Il faut savoir que l'urée augmente progressivement dans l'insuffisance rénale chronique alors qu'elle augmente beaucoup plus vite dans l'insuffisance rénale aiguë. Enfin, la réduction de la taille des reins est très en faveur du diagnostic.

Les hypothèses étiologiques à formuler à ce stade sont :

– l'âge avancé de Monsieur E. La masse néphronique réduit habituellement avec l'âge, mais pas autant pour engendrer une atteinte si sévère de la fonction rénale ;

– la présence d'un diabète et d'une HTA en faveur d'une insuffisance rénale d'origine vasculaire. L'ancienneté de l'HTA, la présence d'une protéinurie modérée (< 1 g/24 h) associée à une absence d'hématurie sont en faveur de cette hypothèse. Ceci n'exclut pas une atteinte glomérulaire associée, liée au diabète.

Les néphropathies vasculaires et diabétiques sont les principales causes actuelles d'insuffisance rénale terminale (DFG < 15 ml/mn), soit respectivement 10 à 15 p. 100 et 20 à 25 p. 100 des patients nécessitant une dialyse ou une greffe.

Quels sont vos objectifs thérapeutiques ?

Monsieur E. est à très haut risque vasculaire du fait de ses facteurs de risque cumulés de diabète, d'hypertension artérielle et d'insuffisance rénale chronique avec protéinurie. Il convient avant tout de prévenir une aggravation de son IRC en optimisant le traitement à visée vasculaire assurant une néphroprotection.

Le traitement du diabète doit être modifié

Il est indispensable de faire cesser la prise de metformine en raison d'un risque d'acidose. Il est également opportun de faire cesser la prise de glibenclamide, puisque la clairance de la créatinine est inférieure à 30 ml/min. La seule alternative cohérente est l'insulinothérapie avec pour objectif d'équilibre glycémique, une HbA1c autour de 7 p. 100.

Le traitement de l'hypertension artérielle de Monsieur E. doit être modifié et renforcé

L'hydrochlorothiazide doit être retiré, car son efficacité n'est plus démontrée à ce stade de l'insuffisance rénale et il peut être délétère sur la fonction rénale. S'il fallait maintenir un traitement par diurétique, il faudrait lui substituer un diurétique de l'anse (le furosémide par exemple). Le traitement bêtabloquant de Monsieur E. par bisoprolol doit être maintenu en l'absence de données concernant ses coronaires.

Toutefois, le traitement de première intention de l'hypertension artérielle chez le diabétique insuffisant rénal repose sur les **antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARAII)**. Le ramipril prescrit chez Monsieur E. peut être maintenu sous réserve d'une surveillance régulière de la kaliémie. Cet inhibiteur de l'enzyme de conversion en angiotensine (IEC) est davantage indiqué chez l'hypertendu insuffisant rénal non diabétique.

L'objectif du traitement est d'obtenir des chiffres de pression artérielle autour de 125/75 mmHg et une protéinurie inférieure à 500 mg/24 h. Dans le cas de Monsieur E., si la protéinurie demeurait supérieure à 500 mg/24 h, il faudrait prescrire une association d'IEC et d'ARAII après avoir augmenté

progressivement les doses, par paliers d'au moins 4 semaines et après avoir contrôlé la créatininémie.

Une prescription d'une statine à faible dose (simvastatine, atorvastatine) doit être envisagée chez ce patient diabétique dont l'objectif de LDL doit être inférieur à 1 g/l, et ce d'autant que l'IRC peut entraîner une diminution du HDL-c associée à une hyperTG.

Une prescription de faibles doses d'aspirine peut être discutée chez Monsieur E., car un tel traitement préventif est habituellement favorable lorsque le risque cardiovasculaire global est élevé (> 10 p. 100 à 10 ans), ce qui est son cas. Toutefois, il n'a à notre connaissance pas eu d'événement cardiovasculaire et les résultats des essais en prévention primaire sont hétérogènes. Aussi, le risque non négligeable d'hémorragie digestive sous traitement chez ce patient doit nous inciter à la prudence, d'autant que l'IRC entraîne fréquemment une augmentation du temps de saignement et un défaut d'agrégation plaquettaire.

Il convient rapidement de pallier les conséquences de l'insuffisance rénale

Il est nécessaire de prescrire du carbonate de calcium pour traiter l'hypocalcémie et assurer une chélation du phosphore alimentaire. Concernant Monsieur E., 2 sachets par jour de carbonate de calcium (soit 3 g de calcium élément) associés à de la vitamine D sous forme de 1-25 OH₂ D₃ (vitamine efficace) et/ou de 25 OH D₃ (renforcement des stocks en cas de carence). L'objectif de ce traitement est d'obtenir une calcémie entre 2,2 et 2,6 mmol/l, une phosphatémie inférieures à 1,5 mmol/l et une PTH inférieure à trois fois la normale.

Le traitement de son anémie nécessite une prescription d'érythropoïétine (EPO), qui relève de la responsabilité du néphrologue.

Quant à l'hyperuricémie de Monsieur E., elle est habituelle au cours de l'IRC et ne devra être traitée qu'en cas de survenue de crises de gouttes.

Quels conseils donner à Monsieur E. ?

Il est primordial de lui **prodiguer des conseils diététiques** afin de contrôler ses apports sodés, en potassium et en protéines, tout en luttant contre la dénutrition protéino-énergétique fréquente en cas d'IRC.

On conseille à Monsieur E. de **diminuer sa consommation quotidienne de sel** (pas d'ajout de sel à table) après avoir éventuellement évalué sa consommation journalière (*voir* Encadré). D'après sa natriurèse, Monsieur E. consomme environ 10,5 g de

sel par jour, ce qui est largement au-dessus des 6 g de sel par jour recommandés chez un patient hypertendu.

On lui conseille également une **consommation modérée de protéines animales**. L'apport quotidien de protéines de Monsieur E. évalué partir de l'urée urinaire sur 24 h (*voir* Encadré) est de 100 g/j. En cas d'insuffisance rénale avec protéinurie, les apports recommandés sont de 0,8 à 1 g/kg/j (soit pour Monsieur E. de 90 g/j). Sa consommation est donc légèrement au-dessus de cet objectif.

On doit proposer à Monsieur E. de boire un **eau riche en bicarbonates**, par exemple 1 ou 2 verres d'eau de Vichy par jour afin de tamponner son acidose métabolique (HCO_3^- à 17 mmol/l). L'objectif étant d'obtenir un taux de bicarbonates 22 mmol/l tout en restant vigilant vis-à-vis de la surcharge sodée avec l'eau de Vichy.

Le respect de ces conseils diététiques est un axe majeur de la prise en charge de Monsieur E. Il peut être obtenu par un travail d'**éducation thérapeutique**. En cas de difficultés, on peut déléguer cette tâche à un nutritionniste s'il est possible pour le patient d'en consulter un.

Il est important de prévenir le **risque iatrogénique** par les substances ou médicaments néphrotoxiques.

Il faut conseiller à Monsieur E. de ne pas prendre de médicaments sans l'avis d'un médecin. Il devra en particulier se méfier des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), qui sont en vente libre en pharmacie. Il faut également lui conseiller de bien signifier son statut d'insuffisant rénal aux médecins ou manipulateurs lors de radiographies avec produit de contraste iodé ou tout autre examen d'imagerie avec injection d'un produit de contraste.

Ces conseils s'ajoutent à tous ceux qui favoriseront l'**observance thérapeutique** : objectifs thérapeutiques partagés, explication des prescriptions pharmaceutiques et biologiques, information sur l'importance du suivi au long cours en coordination avec les spécialistes d'autres disciplines.

Monsieur E. a une IRC à un stade sévère. Il convient donc de **l'informer et de le préparer aux traitements de suppléance** : hémodialyse et dialyse péritonéale, voire greffe. Il conviendra de travailler sur ses représentations et ses croyances, ses difficultés à imaginer cette situation de dépendance.

On vérifiera son **statut vaccinal** vis-à-vis de l'**hépatite B** et on le vaccinera le cas échéant, en vue d'une éventuelle dialyse. On en profitera également pour mettre à jour ses autres vaccins (dTTP) et lui conseiller la vaccination grippale annuelle.

Quand adresser Monsieur E. au néphrologue ?

Il est préférable d'adresser Monsieur E. à un néphrologue dès le début de la prise en charge de son insuffisance rénale, afin de conforter la démarche diagnostique et de construire un suivi commun. Ce dernier complètera éventuellement le bilan étiologique. Il discutera de l'indication d'une ponction biopsie rénale, élément fondamental du diagnostic étiologique mais

qui n'est pas systématique lorsque la cause de l'IRC est quasi certaine, comme dans le cas de Monsieur E. Le néphrologue initiera un traitement par érythropoïétine pour juguler l'anémie et permettre à Monsieur E. de retrouver un certain confort et de renforcer son activité physique. À ce jour, seul le néphrologue peut prescrire la première ordonnance spécifique d'érythropoïétine.

BIBLIOGRAPHIE

AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES PRODUITS DE SANTÉ (AFSSAPS). Traitement de l'anémie au cours de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte. Recommandations. Paris, AFSSAPS, mai 2005 : 6 pages. Disponible sur le site afssaps.sante.fr.

HALLAN S, DAHL K, OIEN CM et al. Screening strategies for chronic kidney disease in the general population : follow-up of cross sectional health survey. *BMJ*, 2006, 333 : 1047.

HAS- ANAES. Moyens thérapeutiques pour ralentir la progression de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte. Texte des recommandations. Paris, ANAES, septembre 2004 : 13 pages. Disponible sur www.has-sante.fr.

HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Néphropathie chronique grave. Guide – Affection de longue durée. Paris, HAS, 2007 : 27 pages. Disponible sur www.has-sante.fr.

JUNGERS P, MAN N.K, LEGENDRE C. L'insuffisance rénale chronique : prévention et traitement, 3^e édition. Paris, Flammarion, 2005 : 242 pages.

LEVEY AS, BOSCH JP, LEWIS JB et al. A more accurate method to estimate glomerular filtration rate from serum creatinine : a new prediction equation. Modification of Diet in Renal Disease Study Group. *Ann Intern Med*, 1999, 130 : 461-470.

POUTEIL-NOBLE C. Insuffisance rénale chronique. *Rev Prat*, 2010, 20 : 1431-1442.

SOMOGYI A, HAYMANN JP. Néphrologie. Paris, Elsevier Masson, Collection ECN, 2007.

Madame V. a la tête qui tourne

Madame V., âgée de 52 ans, secrétaire de direction, vient consulter en urgence. Elle raconte que le matin même, alors qu'elle était encore allongée dans son lit, elle a brutalement ressenti « tout bouger » lorsqu'elle s'est tournée pour se lever. Après quelques secondes, elle s'est recouchée sur le dos, et la désagréable sensation qui s'estompait s'est alors reproduite. Madame V. a pu finalement se lever et n'a plus ressenti de « vertiges ». Mais elle ne se sent toujours pas parfaitement à l'aise.

La consultation du dossier médical permet de constater que Madame V. n'a pas consulté depuis plusieurs années au cabinet médical. Aucun antécédent personnel ou familial important n'a été noté. La patiente précise qu'il ne lui est rien arrivé de particulier ces 3 dernières années.

Quelles hypothèses diagnostiques évoquer ?

Le « vertige » est un motif fréquent de consultation en médecine générale (environ 8,5 p. 100 des consultations). Lorsqu'un patient consulte pour vertiges, il est indispensable de prendre le temps de bien lui faire préciser les symptômes qu'il a ressentis, afin de distinguer un « vertige » d'un « trouble de l'équilibre », d'un « malaise », voire d'une « crise d'angoisse ». En effet, « j'ai le vertige » peut vouloir dire « j'ai d'un coup, la sensation d'avoir la tête vide », « tout devient flou », « je sens que je vais tomber », qui font plus évoquer un « malaise ». « Je me sens instable » ou « j'ai du mal à marcher » font penser à « un trouble de l'équilibre ». En revanche, « les murs et objets se déplacent devant moi, comme dans un bateau ou en sortant d'un manège » évoque davantage un « vertige », qui est une illusion de déplacement du patient et/ou de l'environnement parfois accompagnée de nausées.

En médecine générale, la plupart des vertiges sont d'origine périphérique (atteinte vestibulaire ou du nerf vestibulaire). Il convient cependant d'écarter d'emblée un **vertige d'origine centrale**, bien que plus rare mais nettement plus grave. Dans ce cas, le vertige est le plus souvent associé à d'autres signes neurologiques (céphalées, troubles moteurs et/ou sensitifs, troubles de l'équilibre) parfois mineurs. D'origine essentiellement vasculaire, les vertiges d'origine centrale peuvent être intermittents (ischémie cérébelleuse transitoire, pincement des artères vertébrales au niveau cervical, malformation d'Arnold Chiari) ou permanents (infarctus du cervelet ou du tronc cérébral). Ils peuvent également être d'origine

tumorale, inflammatoire (sclérose en plaques) ou toxique (anxiolytiques, antidépresseurs tricycliques, opiacés, alcool, etc.).

En pratique, les trois principales causes de vertiges rencontrées en médecine générale sont :

- le **vertige paroxystique positionnel bénin (VPPB)** (entre 26 et 34 p. 100 des cas selon les études). Il se caractérise par un vertige intense, déclenché par un changement de position de la tête, classiquement en fin de mouvement. Les épisodes de vertige peuvent être fréquents, parfois très invalidants, ils surviennent plusieurs fois par jour pendant quelques semaines, puis s'estompent ensuite. Il n'y a habituellement aucun symptôme associé. Le diagnostic repose sur la mise en évidence d'un nystagmus à la manœuvre de Dix et Hallpike ;

- la **névrite (ou neuronite) vestibulaire**. Elle se traduit par un vertige prolongé (plusieurs heures) d'installation brutale, rotatoire, avec des signes d'accompagnements intenses (nausées, vomissements, pâleur, palpitations, etc.), mais sans signes otologiques. Ce vertige est souvent précédé d'un épisode inflammatoire ORL ou d'un syndrome grippal. La phase aiguë dure 2 à 4 jours ;

- la **maladie de Ménière** doit être envisagée en cas d'acouphènes ou de sensation de perte auditive unilatérale associés. Dans ce cas, les épisodes de vertiges durent habituellement plus de 20 minutes.

D'autres causes plus rares de vertiges périphériques peuvent être à l'origine d'un tableau proche, mais le contexte est souvent évocateur : une

labyrinthite (compiquant une otite moyenne aiguë, une sinusite), une fracture du rocher, un cholestéatome, un neurinome de l'acoustique.

À ce stade, il est difficile de poser un diagnostic précis chez Madame V. sans avoir auparavant complété l'interrogatoire et réalisé l'examen clinique.

Quels éléments d'orientation rechercher à l'interrogatoire ?

L'interrogatoire est le temps essentiel de la consultation. Il doit être précis, faisant appel à la collaboration active du patient. Le « vertige » entraîne souvent un état de stress important, à tel point qu'il est parfois difficile de déterminer si c'est le vertige qui génère l'angoisse ou le contraire.

Afin d'aider Madame V. à préciser ses symptômes, on l'interroge sur les caractéristiques du symptôme (sensation de mouvements rotatoires, linéaires), ses circonstances d'apparition (dans une position précise, suite à un traumatisme, à un traitement, etc.), la durée du vertige (paroxystique, quelques heures, quelques jours), son mode d'installation, sa temporalité (unique, récidivant), son intensité et les circonstances déclenchantes (repos, changement de position).

On recherche des signes associés :

- auditifs : hypoacousie, acouphènes, sensation d'oreille bouchée ;
- neurologiques : céphalées, diplopie, dysarthrie, dysphonie, dyesthésie ou troubles sensitivomoteurs ;
- neurovégétatifs : nausées, vomissements, pâleur, sudation, palpitations, anxiété.

L'interrogatoire précise également si Madame V. a des facteurs de risque cardiovasculaire (notion d'HTA récente, tabagisme toujours actif, hypercholestérolémie ou diabète, antécédents familiaux, etc.). On lui demande si elle a récemment pris des médicaments (notamment érythromycine, vancomycine,

diurétiques de l'anse, anxiolytiques). On recherche enfin une notion d'infection respiratoire haute ou d'un syndrome grippal récent et l'existence d'un traumatisme crânien.

Madame V. raconte que c'est la première fois que ça lui arrive. Elle se sent du coup très angoissée, même si elle a le sentiment que ça commence maintenant à aller mieux. Elle a eu l'impression que la pièce tournait pendant quelques minutes, ce qui lui a donné de vagues nausées. Elle n'a pas eu le sentiment qu'elle allait perdre connaissance. Elle ne se plaint pas de trouble de l'audition ni d'acouphènes.

Elle sentait que depuis quelques temps ça n'allait pas : elle se surmène au travail depuis qu'elle a un nouveau supérieur hiérarchique. Elle se sent exténuée et attend avec impatience les vacances, qui approchent enfin. Sa dernière fille va bientôt partir de la maison pour aller faire ses études en Angleterre et ça l'angoisse également.

Madame V. déclare ne pas avoir eu besoin de consulter ces dernières années parce qu'elle allait plutôt bien. Elle n'a pas fait de bilan récemment. Elle est ménopausée depuis 4 ans et ne prend aucun traitement hormonal substitutif. Elle pèse 74 kg et mesure 1,60 m. Elle fume environ 1 paquet par jour depuis l'âge de 21 ans. Son père est hypertendu et a un diabète qui a été découvert lorsqu'il avait 60 ans environ. Elle ne prend aucun traitement.

Que rechercher à l'examen clinique ?

L'interrogatoire est plutôt en faveur d'un vertige d'origine périphérique, du fait de sa brièveté. Cependant, Madame V. présente au moins deux facteurs de risque cardiovasculaire identifiés (IMC = 28 kg/m² et un tabagisme actif) qui nous incitent à être vigilants.

L'examen cardiovasculaire est un temps essentiel : mesure de la pression artérielle, recherche d'une hypotension orthostatique, palpation des pouls périphériques, auscultation cardiaque à la recherche de troubles du rythme, auscultation des axes artériels.

La suite de l'examen clinique permet de différencier l'origine périphérique du vertige d'une origine ou centrale (Tableau I).

Dans un premier temps, l'examen neurologique recherche des signes, même discrets, qui orienteraient vers une cause centrale : un syndrome cérébelleux (hypotonie, ataxie, dysmétrie à l'épreuve doigt-nez) ou des signes de localisation (signes pyramidaux ou extrapyramidaux). La manœuvre de Romberg est un temps important de cet examen : le patient en position debout pieds joints avec les bras tendus les yeux ouverts puis fermés. La manœuvre est positive

Tableau I – Signes cliniques en faveur d’une atteinte vestibulaire centrale ou périphérique

	Atteinte périphérique	Atteinte centrale
Vertige	Intense	Modéré
Signes végétatifs	Intenses	Modérés
Signes neurologiques	Absents	Possibles
Signes ORL	Possibles	Absents
Nystagmus	Horizonto-rotatoire ou vertico-rotatoire, de direction constante et de vitesse variable, disparaissant à la fixation	Vertical ou rotatoire pur, multidirectionnel, permanent
Troubles posturaux	En harmonie avec la phase lente du nystagmus	Dysharmonieux

si l’instabilité du patient est majorée les yeux fermés. S’il existe une ataxie les yeux ouverts, une pathologie cérébelleuse doit être envisagée.

Dans un second temps, on réalise un **bilan vestibulaire** consistant principalement à rechercher un **nystagmus** : il s’agit d’un mouvement saccadé et rythmé des globes oculaires, composé d’une phase lente dans une direction suivie d’une phase rapide dans l’autre direction. Par convention, le sens du nystagmus est défini par la direction de la phase rapide. Si le nystagmus est discret, il sera plus facilement mis en évidence lorsque le regard est tourné du côté de son mouvement rapide. L’examen peut être complété par la recherche d’un nystagmus cinétique lors d’un changement brusque de position par la manœuvre de Dix-Hallpike (le patient en position assise les jambes pendantes est basculé sur le côté supposé atteint, la tête maintenue à 30° par rapport à l’horizontale). Si la manœuvre est positive, provoquant un vertige et un nystagmus, le diagnostic de vertige paroxystique positionnel bénin est acquis. Toute pathologie vestibulaire ne s’accompagne pas d’un nystagmus, mais la mise en évidence d’un nystagmus signe le plus souvent une lésion vestibulaire.

L’examen ORL recherche une cause locale : un bouchon de cérumen impacté, une lésion traumatique du conduit auditif externe ou un corps étranger dans le conduit, une otite externe, un cholestéatome, une lésion du tympan, une otite moyenne aiguë. La **perception auditive** sera testée par le frottement des doigts près du pavillon, la voix chuchotée, ou mieux par le diapason (test de Rinne complété par le test de Weber, permettant de diagnostiquer une surdité de perception ou de transmission).

Madame V. se lève sans hésitation, marche normalement et s’assoit sur la table d’examen pour une mesure de sa pression artérielle qui trouve à deux reprises 150/95 mmHg. L’auscultation cardiaque est normale, l’auscultation des carotides ne retrouve pas de souffle. L’otoscopie montre des conduits auditifs libres et des tympans d’aspect normal. Il ne semble pas exister de différence de perception auditive entre les deux oreilles (frottement des doigts près du pavillon, voix chuchotée, diapason).

Il n’existe pas de nystagmus spontané ni de diplopie, les pupilles sont normalement dilatées, réactives. La manœuvre de Dix-Hallpike permet de reproduire le vertige en basculant la patiente vers le côté gauche (côté déclenchant) jusqu’à la position couchée. Un nystagmus apparaît transitoirement pour disparaître rapidement.

Quel diagnostic retenez-vous ? Proposez-vous des examens complémentaires ?

Les données de l’interrogatoire évoquaient un vertige paroxystique positionnel bénin (VPPB). Cette hypothèse diagnostique est confirmée par la positivité de la manœuvre de Dix-Hallpike.

Il n’y a pas lieu de proposer à Madame V. des examens complémentaires pour explorer ses épisodes de vertige. Cette manœuvre est

considérée comme le *gold standard* du VPPB (sensibilité 82 p. 100, spécificité 71 p. 100). Lorsque la manœuvre positive est associée à des vomissements, la spécificité est de 94 p. 100 et la valeur prédictive positive de 85 p. 100.

Toutefois, l’existence de facteurs de risque vasculaire chez cette patiente doit nous inciter à lui

proposer un bilan biologique, d'autant qu'elle n'en a pas eu de récent. On peut lui proposer :

- une NFS, ferritinémie et TSHus à la recherche d'une anémie par saignements occultes et d'une dysthroïdie infraclinique ;
- une exploration d'anomalies du bilan lipidique (EAL) et une glycémie à jeun pour compléter l'évaluation de ses risques cardiovasculaires ;

Orientez-vous la patiente, et pourquoi ?

Dans le cas de Madame V., il n'est pas utile d'avoir recours à un ORL car le diagnostic de VPPB est évident et son pronostic bénin. Cette patiente doit être avant tout rassurée. Toutefois, la persistance et l'aggravation des vertiges peuvent faire reconsidérer le diagnostic et amener à demander un avis.

Il en aurait été autrement si l'examen clinique avait mis en évidence des signes neurologiques centraux associés aux vertiges. Il aurait alors fallu, en fonction du tableau, hospitaliser la patiente ou l'orienter rapidement vers un neurologue, qui aurait fait réaliser une IRM cérébrale. Cela n'est pas le cas de Madame V.

Quel(s) traitement(s) proposer à Madame V. ?

Il faut dans un premier temps rassurer Madame V. Le vertige dont elle souffre est bénin : il serait dû à la présence de calculs (cupulolithiases) dans le canal semi-circulaire postérieur (90 p. 100) ou horizontal (10 p. 100), dont la mobilisation provoquerait des vertiges. L'évolution est spontanément favorable en quelques semaines à quelques mois (le plus souvent 3 mois).

Le traitement peut comporter des **manœuvres libératoires**. La manœuvre de Toupet et Semont consiste à coucher rapidement du côté atteint la patiente initialement assise jambes pendantes le bord du lit, la tête fermement maintenue. Après disparition du vertige et du nystagmus, on fait pivoter la patiente énergiquement pour l'amener de l'autre côté du divan et on attend l'apparition d'un vertige et d'un nystagmus. La patiente peut également effectuer à domicile la manœuvre de Brandt et Daroff que le médecin lui fait effectuer une première fois au cabinet : assis au bord de son lit, elle se couche rapidement sur le côté qui déclenche le vertige, maintient cette position pendant 30 secondes, puis s'assied à nouveau jusqu'à

- la réalité de son hypertension artérielle devra être confirmée lors de prochaines consultations. Il convient toutefois de rajouter d'emblée à son bilan une créatininémie avec estimation de débit de filtration glomérulaire, une kaliémie et une protéinurie ou une micro-albuminurie sur échantillon si la bandelette urinaire est négative pour les protéines au cabinet.

Si l'examen avait trouvé une hypoacousie ou des acouphènes en faveur d'une maladie de Ménière, il aurait fallu l'adresser à un ORL, qui aurait réalisé un audiogramme et des potentiels évoqués auditifs (PEA). En cas d'absence d'atteinte endolabyrinthique aux PEA, l'ORL aurait alors prescrit une IRM afin d'éliminer une tumeur de l'angle pontocérébelleux.

Enfin, si l'interrogatoire et l'examen clinique avaient fait envisager une possible névrite vestibulaire en raison de son caractère prolongé et intense, il aurait fallu demander à un ORL de réaliser des épreuves caloriques afin de confirmer le diagnostic.

ce que les vertiges disparaissent, et se couche sur le côté opposé pendant à nouveau 30 secondes. S'il est bien supporté, l'exercice est répété 3 fois de suite, et 2 ou 3 fois par jour. Ces manœuvres peuvent être pratiquées par le médecin ou un kinésithérapeute.

En cas d'échec des manœuvres libératoires, une réadaptation vestibulaire peut être prescrite et pratiquée par un kinésithérapeute spécialisé.

Les traitements médicamenteux (anti-émétiques, antivertigineux) n'ont pas fait preuve de leur efficacité et ne sont pas recommandés. L'acétylleucine n'a pas d'effets indésirables connus et peut cependant trouver sa place pour traiter les vertiges, essentiellement à la phase aiguë des névrites vestibulaires.

Enfin, la fatigue et l'anxiété de Madame V. incitent à lui proposer un rendez-vous pour une date proche afin de réévaluer avec elle la situation et voir si elle peut bénéficier d'un soutien thérapeutique ou d'autres options possibles (thérapie de soutien, psychothérapie structurée, relaxation, activité physique, etc.).

Que proposer à Madame V. par la suite ?

Dans les semaines qui suivent, les crises vertigineuses doivent disparaître. La disparition du vertige après la réalisation de manœuvres thérapeutiques est un argument supplémentaire pour confirmer le diagnostic de VPPB. Si le vertige persiste, un avis ORL est recommandé.

Cet épisode cliniquement bruyant pour la patiente l'a probablement motivée pour s'occuper davantage de sa santé. C'est une occasion à saisir pour l'aider et la guider.

Madame V. a une pression artérielle élevée lors de la consultation. Nous lui proposons un rendez-vous rapproché afin de contrôler à nouveau ses chiffres de pression artérielle et de prendre connaissance des résultats de sa prise de sang. Du fait de son surpoids (IMC = 28 kg/m²), nous lui conseillerons de lutter contre sa surcharge pondérale en lui donnant des conseils diététiques et en l'incitant à pratiquer une activité physique régulière. Sa dépendance vis-à-vis du tabac et sa motivation pour arrêter de

fumer doivent être évalués (*voir* Cas clinique n° 44). Il convient chez elle de dépister une éventuelle bronchite chronique méconnue en recherchant des signes cliniques évocateurs comme une toux et une dyspnée négligées. Un tel diagnostic nécessiterait un bilan et un suivi plus spécifique.

Sa consommation moyenne d'alcool devra également être évaluée, des événements de vie difficiles comme elle les vit actuellement pouvant être à l'origine d'une consommation excessive et par conséquent de chiffres élevés de pression artérielle.

Les prochaines consultations seront l'occasion de faire le point sur son suivi gynécologique, en s'assurant notamment que son dernier frottis cervicovaginal date de moins de 3 ans et qu'elle a commencé à faire les mammographies tous les 2 ans. Nous pourrions également lui proposer de réaliser un test pour le dépistage du cancer du colon. Enfin, nous nous assurerons que son dernier rappel dTPolio date de moins de 10 ans.

BIBLIOGRAPHIE

- BALOH RW. Vestibular Neuritis. *N Engl J Med*, 2003, 348 : 1027-1032.
- BHATTACHARYYA , LEE LN. Clinical practice guideline: Benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngolog Head Neck Surg*, 2008, 139 : S47-S81.
- DIX MR, HALLPIKE CS. The pathology, symptomatology and diagnosis of certain common disorders of the vestibular system. *Annals of Otology, Rhinology and Laryngology*, 1952, 61 : 987-1016.

- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Vertiges chez l'adulte : stratégies diagnostiques, place de la rééducation vestibulaire. Paris, HAS, septembre 1997 : 15 pages.
- TILIKETE C, VIGHETTO A. Vertige (avec le traitement). *Orientation diagnostique*. *Rev Prat*, 2005, 55 : 1695-1703.
- VITTE E. Vertiges. *Traité de médecine AKOS*, Elsevier (emc-consulte.com), 2009 : 6-0430.

INDEX

A

Accidents thrombo-emboliques, 164
Acné, 152, 165
Acupuncture, 97
Adolescence, 149
Adolescent, 141, 152
AGGIR (grille), 65
Agonistes dopaminergiques, 188
Aide-ménagère, 179
Alcool, 104, 114
Alcooliques anonymes, 107
Algie vasculaire de la face, 196
Alphabloquants, 133
Alvarado-Anderson (score d'), 30
Alzheimer (maladie d'), 180
Amaigrissement, 148
Aménorrhée, 148
Amiodarone, 111
Anémie, 10, 42, 51, 109, 228
Angine, 66
Angoisse, 9, 59
Angor instable, 2
Anorexie mentale, 147
Antibiotique, 15, 77, 136, 154
Anticoagulation, 119, 123
Anticorps antiperoxydase, 52, 111
Antithyroïdiens de synthèse, 111
APA, 65
Apnée du sommeil, 51, 130
Appendicite, 28, 140, 143
ARAI, 219
Arnold (névralgie d'), 95
Asthénie, 46, 50, 139, 142, 147, 214
Asthme, 20
Attaque de panique, 55
Automédication, 62, 197

B

Basedow (maladie de), 111, 205
Bent (critères de), 209
 β -HCG, 31, 39
Bilan, 200

BODE (score), 16
Bronchite, 3, 19
 chronique, 13
Brûlures mictionnelles, 135
Buprénorphine, 159

C

CAFARD, 140
CAGE (grille), 106
Cannabis, 139
Cardiopathie ischémique, 116
Céphalée, 196
 de tension, 195
Cervicalgie, 95
Cervicarthrose, 95
CHADS₂ (score), 118
Chlamydiae trachomatis, 168, 210
Choc rotulien, 100
Coiffe des rotateurs, 90
Colopathie fonctionnelle, 28
Coloscopie, 32
Complications thrombo-emboliques, 116
Consommation déclarée d'alcool, 105
Constipation, 140, 144
Contraception, 162, 171
 d'urgence, 165
Coqueluche, 20
Crampes, 186
Crise
 convulsive, 59
 d'angoisse, 11, 55
Cystite, 209
Cytomégalo-virus, 25

D

D-dimères, 11, 123
Débimètre de pointe, 10
Débit expiratoire de pointe, 13
Démence, 181
Dénutrition, 176
Dépendance, 107, 158
Dépistage, 172
 du cancer, 132

Dépression, 180, 186
 DETA (grille), 106
 Diabète, 130, 192, 214, 222
 Diarrhée, 34
 Dissection aortique, 4
 Dix-Hallpike (manœuvre de), 235
 Douleur
 abdominale, 34, 139, 143
 à l'épaule, 90
 cervicale, 42
 du genou, 99
 pariétale, 8
 thoracique, 2, 6, 114
 Dubois (test de), 182
 Dysfonctionnements familiaux, 107, 145
 Dyspnée, 9, 18, 114

E

Échographie
 cardiaque transthoracique, 117
 transœsophagienne, 117
 Ectoparasitoses, 125
 Eczéma, 125
 Éducation thérapeutique, 219, 231
 Électrocardiogramme, 2, 7, 63, 109, 115
 Électromyogramme, 193
 Embolie pulmonaire, 3, 9
 Entorse de cheville, 86
 Épreuve d'effort, 216
 Érysipèle, 122
Escherichia coli, 35
 Examen cytobactériologique des urines, 136
 Extrasystoles, 114

F

Facteurs de risque cardiovasculaire, 1, 109, 201
 Fagerström (test de), 21, 203
 Famille, 179, 184
 Fatigue, 42, 46
 Ferritine, 44
 Fibrillation auriculaire, 116
 Fièvre, 66, 70, 76, 135
 Fond d'œil, 216
 Fracture, 86
 Frottis cervico-vaginal, 164, 169

G

Gastroentérite, 34, 38
 Goitre, 206
 Grossesse, 39, 66, 173
 extra-utérine, 28

H

Harcèlement moral, 42
 Hépatite, 38, 47, 66
 virale A, 35
 virale C, 157
 Héroïne, 157
 Herpès génital, 211
 HPV, 162
 Hygiène de vie, 142
 Hyperœstrogénisme, 165
 Hypertension artérielle, 131, 236
 Hyperthyroïdie, 109, 115, 126, 205
 Hypertrophie bénigne de la prostate, 132, 228
 Hypotension orthostatique, 62
 Hypothyroïdie, 51, 126, 181, 192, 205

I

IEC, 219
 Incrélines, 225
 Infarctus du myocarde, 2
 Infection
 à cytomégalovirus, 48, 66
 génitale, 209
 gonococcique, 211
 urinaire, 209
 Inhibiteurs de la 5-alpha-réductase, 133
 Insuffisance
 cardiaque, 117
 rénale, 126, 228
Insuline bed-time, 224
 Insulinothérapie, 224
 Interprète, 171
 Intolérance au lactose, 144
 Intoxication
 alimentaire, 38
 chronique par le plomb, 144
 Iode radioactif, 112
 Isotrétinoïne, 155
 IST, 29, 38, 135, 162, 200, 209

K

Kinésithérapie, 84

L

L-Dopa, 62, 188
 Lésion
 du ligament croisé antérieur, 99
 méniscale, 99

Lipothymie, 58, 64
 Listériose, 66
 Lombalgie, 81

M

Mac-Isaac, 23, 68
 Maintien au domicile, 184
 Maladie thrombo-embolique, 163
 Malaise, 54, 58, 62, 114, 233
 hypoglycémique, 60
 vagal, 55
 Mal de gorge, 23
 Manipulations
 rachidiennes, 85
 vertébrales, 97
 Masso-kinésithérapie, 97
 Mémoire, 180
 Ménière (maladie de), 233
 Ménométrorragies, 172
 Ménopause, 173
 Metformine, 218
 Méthadone, 160
 Micro-albuminurie, 215
 Migraine, 165, 195
 Migrants, 171
 Minispiromètre électronique, 10, 13
 MMSE, 182
 Mononucléose infectieuse, 25, 47
 Mycoplasme, 168, 211
 Myome, 172

N

Nausées, 38, 165
 Névralgie
 cervicobrachiale, 91, 95, 191
 essentielle du trijumeau, 196
 intercostale, 6
 Névrite (ou neuronite) vestibulaire, 233
 Nystagmus, 235

O

Observance, 219, 223
 Œstroprogestatifs, 9, 39, 162, 168, 213
 Otite moyenne aiguë, 76
 Ottawa (critères d'), 86

P

Palpitations, 109, 115
 Parkinson (maladie de), 185

Péricardite, 3
 Perte d'autonomie, 65
 Phlébite, 121
 Pholcodine, 20
 Pilule contraceptive, 155, 162, 168
 Pneumocoque, 72
 Pneumopathie, 3, 10, 72
 Pneumothorax, 10
 Pollakiurie, 130
 Prévention, 200
 secondaire, 4
 Primo-infection à VIH, 25, 48
 Prostatite, 136
 PSA, 132, 136
 Psychothérapie, 160
 de soutien, 56
 Pyélonéphrite aiguë, 66

R

Rééducation, 189
 Reflux gastro-œsophagien, 20, 143
 Réhabilitation, 16
 Relation, 142
 médecin-malade, 104
 thérapeutique, 56
 Réseau
 diabète, 225
 de soins, 220
 Rétinopathie, 222
 Risque cardiovasculaire, 16, 214, 227
 Romberg (manœuvre de), 234

S

Salpingite, 28
 Sciatique, 81
 Secret médical, 141
 Sexualité, 171
 Souffrance psychique, 29, 126
 Spasmophilie, 55
 Spirométrie, 13, 21
 Spotting, 168
 Statines, 218
 Stérilet, 163
 Streptocoque, 23, 66
 Stress, 95
 psychosocial, 82
 Substitution, 157
 Surmenage, 44
 Syncope, 58, 62
 Syndrome
 amotivationnel, 140
 anxiodépresseur, 96, 148

du canal carpien, 191
 dépressif, 82, 175
 de glissement, 177
 de l'intestin irritable, 144
 parkinsonien, 62

T

Tabac, 16, 21
 Tabagisme, 200
 Tassement vertébral, 82
 Tendinopathie, 93
 Test diagnostique rapide, 24, 66
 Thyroïde, 205
 Thyroïdite, 205
 Tilt test, 59
 Torsion de l'ovaire, 29
 Torticollis, 95
 Toucher rectal, 131
 Toux, 18, 70
 Toxicomane, 157
 Toxi-infection alimentaire, 34
 Toxoplasmose, 67
 Travail psychothérapique, 150
 Tremblements, 185
Trichomonas vaginalis, 211
 Trisomie 21, 68

Trouble
 cognitif, 175
 du rythme, 114
 du sommeil, 43, 82
 TSHus, 44, 54, 110, 112, 118, 119, 127, 149, 172, 206,
 207, 222, 236
 TSTS, 140
 Tumeur cérébrale, 181

U

Ulcère gastroduodénal, 28, 143

V

Vaccin, 8, 139
 antipneumococcique, 79
 pneumococcique, 75
 antigrippal, 69
 Vertige, 233
 paroxystique positionnel bénin (VPPB), 233
 VIH, 19, 66, 70, 157, 163, 212
 Vomissements, 34, 38

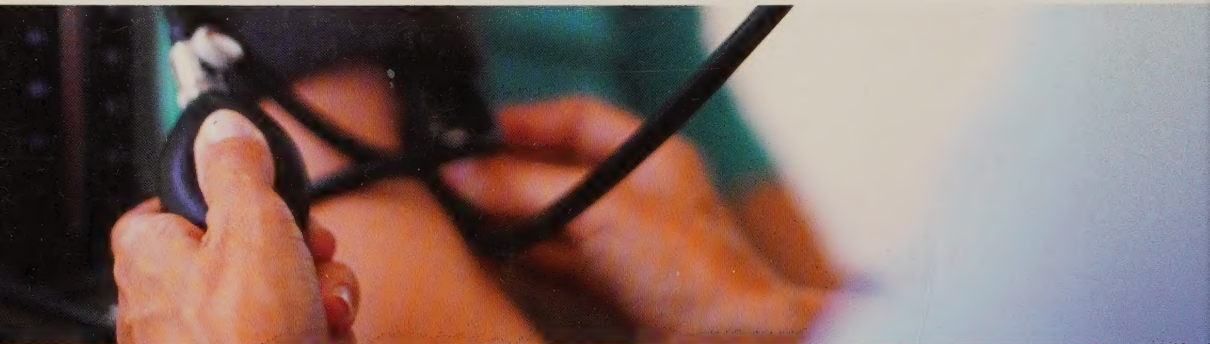
W

Wells (score clinique de), 10, 122

Impression & brochage **sepec** - France

Numéro d'impression : 01703111004 - Dépôt légal : novembre 2011





La collection « Cas cliniques » a pour principale ambition de combler le fossé entre l'enseignement théorique et la pratique de la médecine. Elle tente de recréer les conditions de la consultation en mettant le lecteur en situation, en le questionnant et en le guidant dans la démarche diagnostique et thérapeutique.

Les 50 observations, choisies pour leur portée didactique, couvrent **les principales plaintes observées en médecine générale** : depuis les douleurs thoraciques jusqu'aux vertiges, en passant par les fourmillements, les états dépressifs, les pertes de mémoire, les malaises, les demandes de bilan, etc.

Cette 2^e édition a été actualisée en tenant compte de l'évolution des connaissances et des recommandations officielles, et trois nouveaux cas viennent enrichir la thématique des plaintes (vertiges, insuffisance rénale, infection génitale). Cette nouvelle édition a été réécrite à trois, par deux professeurs et une chef de clinique de médecine générale. Elle est la synthèse de leur expérience et de leur rigueur scientifique.

Chaque cas clinique débute par une présentation de la plainte du patient, puis l'exposé est divisé en sections correspondant aux étapes successives de sa prise en charge, en mettant l'accent sur la relation patient-médecin, l'approche clinique et le suivi au long cours. Le lecteur est interrogé sur ses hypothèses diagnostiques, ses choix d'examens complémentaires et de traitements, ainsi que sur ses propositions de suivi.

Fruit d'une réelle pratique quotidienne, cet ouvrage a été conçu comme un **outil pratique** à la disposition des étudiants en médecine en fin de deuxième cycle, en particulier ceux qui préparent le concours de l'internat, mais aussi des étudiants de troisième cycle et de l'ensemble des médecins généralistes en exercice.

Serge Gilberg, Juliette Barthe et Henri Partouche sont médecins généralistes et membres du département de médecine générale de la faculté de médecine de l'Université Paris Descartes. Ils partagent tous les trois leur temps entre l'activité de soins en médecine générale, l'enseignement et la recherche.



978-2-257-20483-7

www.medecine.lavoisier.fr