

CitaDoc

Information médicale
à l'attention des
médecins généralistes

Novembre 2022

hors-série



32^e Journée Médicale

Abstracts

Samedi 26 novembre

Val Saint Lambert, Seraing

6

Conférences plénières
inspirantes

14

Ateliers
participatifs

60

Orateurs

Édito



Chères Consoeurs, chers Confrères,

Cette 32^e Journée Médicale renouvelle la formule que vous avez appréciée il y a un an avec une alternance de séances plénières et d'ateliers en petits groupes.

Nous avons mis le focus sur des thèmes qui font votre pratique quotidienne et pour lesquels l'hôpital de la Citadelle collabore régulièrement avec vous. Nous espérons de cette façon rencontrer au mieux vos attentes. Les séances plénières se concentrent d'une part sur des sujets cliniques, pneumologie et pédiatrie, et d'autre part sur deux thèmes éthiques, l'euthanasie et ce concept récent de nosocomphobie mis en lumière depuis la pandémie Covid.

La prise en charge de nos patients nécessite de plus en plus une vision holistique du trajet de soins du patient, avec de nombreux points de contact entre la 1^{ère} ligne et les hôpitaux. Ces derniers évoluent aussi de plus en plus en réseau et une coordination de la prise en charge hospitalière est en voie de construction. Le regroupement envisagé de l'hôpital de la Citadelle et du CHU de Liège est le premier mouvement en ce sens. Il ne changera pas vos habitudes mais facilitera la coordination des soins tout en renforçant les deux hôpitaux de leurs compétences réciproques.

Ce numéro "Hors-Série" du CitaDoc compile l'ensemble des contributions-sources qui ont aidé à l'élaboration du programme de la Journée Médicale. Chaque texte est une porte ouverte à la discussion, à la confrontation et bien sûr à la contradiction.

Bonne lecture.

Jean Louis Pepin
Directeur médical

Sommaire

- 4 Euthanasie: un droit depuis 20 ans
- 6 Focus pédiatrie en médecine générale
- 12 Focus pneumologie en médecine générale
- 16 La nosocoméphobie, cette maladie invisible qui fait fuir le patient
- 20 Prise en charge de l'anévrisme de l'aorte abdominale. Comment y faire face ?
- 22 Biothérapies et maladies inflammatoires
- 28 Intégration de la préservation d'organe dans la stratégie de prise en charge du cancer du rectum
- 32 La chirurgie bariatrique : implications, complications et suivi nutritionnel
- 36 Nouveautés dans la prise en charge du diabète de type 1 et de type 2
- 40 L'hématurie : point de vue du néphrologue et de l'urologue
- 42 MST et infections de la sphère pelvienne. Quels bilan, mise au point et traitement ?
- 46 Comment préparer au mieux votre patient à une intervention chirurgicale ?
- 52 Actualités en rythmologie
- 54 Séjours prolongés aux soins intensifs. Quelles suites pour les patients ?
- 58 Tendinopathies du membre supérieur : approche clinique, imagerie, traitement conservateur et chirurgical
- 62 Troubles de la vision
- 64 Troubles du sommeil. L'impact des substances addictives sur le sommeil et l'utilité des thérapies cognitivocomportementales

CitaDoc

CitaDoc - Information médicale à l'attention des médecins généralistes novembre 2022

Éditeur responsable : D' J. L. Pepin

Gestion du projet et coordination :
Service Communication de l'hôpital de la Citadelle

Crédit photos : Marc Trippaerts, Service Communication, Shutterstock

Hôpital de la Citadelle - Boulevard du 12^e de Ligne 1, B-4000 Liège

Tél. 04 321 61 11

www.citadelle.be
www.citadelle.be/citadoc

Vous souhaitez également vous inscrire à notre newsletter ?
Rendez-vous ici :



Notre politique de protection des données personnelles est accessible ici :
<https://www.citadelle.be/Footer/Protection-des-donnees.aspx>

Si vous ne désirez plus recevoir ce magazine, n'hésitez pas à nous contacter via : eve.david@citadelle.be

Vous avez changé de coordonnées ?

Merci de bien vouloir nous notifier tout changement (numéro de téléphone, adresse, email...) :

_ par téléphone

04 321 75 19

(ligne réservée aux médecins)

_ ou par email

secretariat.direction.medicale@citadelle.be

Euthanasie : un droit depuis 20 ans



Dr Léon **Constant**
Médecin généraliste

Pr François **Damas**
Intensiviste
Spécialiste euthanasie



L'euthanasie fut considérée longtemps comme un acte impossible. Impossible sur le plan légal puisque cet acte s'apparentait à un crime prémédité et donc un assassinat relevant de la cour d'assises. Impossible sur le plan éthique ou déontologique car il était le signe d'une transgression majeure. Transgresser l'interdit "tu ne tueras point" fragiliserait, pensait-on, la société et allait faire courir un risque majeur aux personnes vulnérables. Il allait aussi irrémédiablement altérer le rôle et l'image du médecin vis-à-vis de ses patients dont il perdrait définitivement la confiance.

Le chemin balisé par la loi était un chemin que bien peu avait déjà emprunté, et s'ils l'avaient fait auparavant, c'était en cachette. Ce que la loi apporte est une ouverture à un choix possible qui appartient au malade et non au médecin. La loi sur l'euthanasie s'inscrit dans les lois dites "éthiques" comme la loi sur la procréation assistée ou la loi sur l'avortement. Il s'agit de donner la possibilité du choix aux personnes concernées sans accroître le pouvoir du médecin. C'est ainsi qu'il faut voir la loi sur l'euthanasie dont l'application impose au médecin comme au malade de se substituer l'un à l'autre dans la relation qui les unit normalement : dans la procédure qui peut aboutir à une euthanasie, c'est le malade qui décide et le médecin qui consent.

Pour autant, on sait que la dépénalisation de l'euthanasie n'est que conditionnelle. La loi impose des conditions pour permettre à un médecin de réaliser un acte qui autrement pourrait faire l'objet de poursuite judiciaire grave. Mais il ne faut pas regarder la loi uniquement sur cet aspect juridique. En réalité, les balises que met la loi pour construire la procédure aboutissant à une euthanasie sont des recommandations majeures pour que, dans cet accompagnement particulier, le médecin observe aussi, comme dans les autres domaines de la médecine, de "bonnes pratiques cliniques".


En suivant le prescrit légal, on s'aperçoit rapidement que l'on peut vraiment transformer un acte transgressif en un véritable dernier acte de soins. Depuis 20 ans, le nombre d'actes déclarés n'a fait que croître d'année en année, hormis en 2020 où on constate une légère diminution, conséquence sans doute de la pandémie due au Covid 19.

Cette augmentation atteint maintenant en 2021, dernière année complète, le chiffre de 2.699 euthanasies correspondant à 2,5% des décès. Il est possible que ce chiffre augmente encore dans les années prochaines. On sait que le nombre d'euthanasies déclarées aux Pays-Bas dépasse 4,3% des décès et celui observé au Canada, qui a légiféré bien après la Belgique, atteint déjà 3,1%. Mais on peut penser que l'euthanasie restera le choix d'une petite minorité des patients.

Le profil de cette petite minorité a néanmoins changé depuis 20 ans.

Au début, ce sont des malades atteints de cancer qui demandent l'euthanasie. 85 % des cas appartiennent à cette catégorie. Le deuxième groupe, nettement plus petit, est représenté par les maladies neurologiques évolutives dont l'importance n'atteint pas 10 %. 20 ans plus tard le cancer ne regroupe plus que 65 % des cas d'euthanasie. Les maladies neurologiques restent à moins de 10 %. Il est apparu entre temps deuxième groupe en importance de presque 20 % des euthanasies. Il s'agit de personnes souffrant de polyopathologies. Celles-ci sont liées le plus souvent à un âge avancé. C'est ainsi que l'on voit l'âge moyen des personnes recourant à l'euthanasie augmenter progressivement depuis 2012. Les personnes âgées souffrant de divers handicaps peuvent souffrir d'un déclin fonctionnel tel que la vie qui leur reste leur est devenue trop difficile et trop lourde à vivre. Une souffrance à la fois physique et psychique se manifeste motivant leur demande d'une aide médicale à mourir. Cette demande est entendue manifestement de plus en plus souvent.

Parallèlement à l'apparition de ce groupe de personnes souffrant de polyopathologies et au vieillissement des demandeurs d'euthanasie, un autre changement évident apparaît, marqué surtout depuis les deux dernières années. Le lieu où se réalise l'euthanasie était au départ essentiellement l'hôpital. L'euthanasie relevait donc surtout de la médecine hospitalière et des médecins spécialistes. Depuis dix ans et surtout depuis 2020 et 2021, cette tendance s'est inversée. Plus de la moitié des euthanasies se déroule maintenant au domicile des malades. Il faut y ajouter environ 20 % des euthanasies réalisées en maisons de repos (MR) et maisons de repos et de soins (MRS). Moins d'un tiers des actes sont encore réalisés en milieu hospitalier. Dès lors, on doit admettre que les médecins généralistes sont maintenant impliqués dans la toute grosse majorité des cas d'euthanasie. On doit y voir un vrai progrès. Car c'est le médecin traitant qui connaît le mieux son malade



et qui connaît les conditions dans lesquelles il vit. C'est lui qui est le mieux placé pour rencontrer la famille et les différentes personnes impliquées dans les soins au malade. Permettre enfin au malade, au terme de son parcours de vie, de mourir chez lui rencontre une aspiration majoritaire actuellement parmi nos contemporains.

Le médecin de famille retrouve dès lors toute son importance dans la hiérarchie médicale et les soins apportés à la population. Le moment de la fin de vie et la qualité du dernier parcours sont essentiels pour chaque malade et pour son entourage. Les médecins généralistes devraient se saisir résolument de la question de la fin de vie. Ils sont reconnus par la commission fédérale de contrôle comme les vrais spécialistes du grand âge, particulièrement dans leur rôle qu'ils assument dans les maisons de repos et de soins. Ils devraient désormais être reconnus davantage dans leur rôle d'accompagnement de la fin de vie à l'heure où l'on réclame encore plus de moyens pour les soins palliatifs. C'est via les médecins de famille que les soins palliatifs peuvent être au mieux prodigués.



Focus pédiatrie en médecine générale



Pr Marie-Françoise **Dresse**
Chef de service adjoint, service
universitaire de Pédiatrie

Dr Julie **Longton**
Hémato-oncopédiatre



Dr Sandra **Pannizzotto**
Pédiatre

Dr Louisa **Soukane**
Urologue



Dr Éric **Troisfontaines**
Urologue

Les anomalies vasculaires chez l'enfant

Pr Marie-Françoise Dresse et Dr Julie Longton

Les lésions vasculaires sont des lésions hétérogènes entraînant une symptomatologie extrêmement variée. Certaines d'entre elles nécessitent un bilan radiologique pour leur diagnostic et le choix du traitement le plus approprié. D'autres nécessiteront également un bilan étendu à d'autres systèmes à la recherche de lésions associées ; en effet, ces anomalies peuvent faire partie d'un syndrome dans lequel différentes structures peuvent être affectées. Des consultations conjointes (dermatologue et hémato-oncologue pédiatrique) sont organisées afin de rencontrer rapidement ces patients et de leur proposer une prise en charge diagnostique et une orientation thérapeutique.



Les anomalies vasculaires touchent les vaisseaux sanguins (capillaires, artères, veines) ou lymphatiques. En raison des nombreuses terminologies utilisées antérieurement, rendant difficile un langage scientifique commun, elles sont actuellement définies selon la classification de l'*International Society for the Study of Vascular Anomalies* (ISSVA), et se distinguent en deux groupes : les malformations et les tumeurs vasculaires.

Les malformations vasculaires sont définies selon le type de vaisseau atteint (capillaire, artériel, veineux, lymphatique). Plusieurs malformations vasculaires peuvent coexister ; il s'agit alors de malformations combinées (capillaro-lymphatique, veino-lymphatique...). Ces lésions sont causées par une anomalie dans le processus d'angiogenèse, conduisant à des vaisseaux anormaux et dysfonctionnels. Elles sont présentes dès la naissance et grandissent avec le patient, ce qui explique qu'elles ne sont parfois visibles ou symptomatiques que plus tard dans la vie. Il n'y a pour la plupart pas de régression spontanée. La connaissance récente des voies signalétiques impliquées dans le développement de ces malformations a permis l'émergence de traitements ciblés, améliorant considérablement la qualité de vie des patients.

La symptomatologie des malformations vasculaires est très variable, pouvant être d'ordre physique ou fonctionnel. Il peut s'agir de douleurs, d'œdèmes, de complications hémorragiques ou infectieuses, ou encore d'atteintes d'organes liées à la localisation de la lésion. Deux examens radiologiques peuvent être nécessaires à leur diagnostic : l'échographie Doppler et l'IRM. L'échographie Doppler permet de distinguer les malformations à flux lent (capillaires, veineuses, lymphatiques) des malformations à flux rapide (malformations artério-veineuses). De plus, elle permet d'exclure l'association à une malformation vasculaire plus profonde, notamment dans le cas des malformations capillaires. L'IRM est essentielle en cas d'anomalie vasculaire profonde pour l'analyse des rapports de la lésion avec les autres structures (muscles, vaisseaux, organes...).

Les options thérapeutiques sont variées et incluent la sclérothérapie, la chirurgie ou encore les traitements médicamenteux ciblés (sirolimus - inhibiteur de mTOR, trametinib – inhibiteur de MEK...). Ces traitements peuvent également être complémentaires.

Les tumeurs vasculaires sont des lésions d'hyperplasie tissulaire liées à une prolifération cellulaire. Elles peuvent donc apparaître après la naissance, et certaines lésions peuvent régresser spontanément. On distingue les tumeurs bénignes, localement agressives ou borderline, et malignes.

La tumeur vasculaire la plus fréquente est l'hémangiome infantile. Il s'agit d'une tumeur bénigne qui touche 5 à 10 % des nourrissons. Il est habituellement invisible ou peu visible à la naissance, et apparaît après quelques jours de vie. Son évolution est caractéristique et se déroule en 3 phases : une phase de prolifération rapide durant les 3 premiers mois (avec une croissance possible jusqu'à 9 à 12 mois), une phase de stabilisation jusqu'à l'âge de 18 à 20 mois, suivie d'une phase de régression lente jusqu'à l'âge de 5 à 7 ans. La majorité des hémangiomes infantiles ne doivent pas être traités. Mais certaines lésions peuvent entraîner un risque vital (sphère ORL...), un risque de séquelle fonctionnelle ou esthétique en raison de leur localisation (paupières, région ano-génitale...), ou se compliquer par un saignement ou une infection, et présentent alors une indication de traitement (Figure 1). Certains hémangiomes infantiles peuvent être associés à d'autres lésions, comme dans le syndrome de PHACES, nécessitant un bilan neurologique, ophtalmologique et cardiologique. Un score clinique a été développé par un comité d'experts à l'intention des médecins généralistes et

pédiatres, visant à aider le praticien quant à la nécessité de référer ou non l'enfant présentant une ou plusieurs lésions d'hémangiome infantile (Figure 2).

Le traitement de première intention est le propranolol par voie orale, qui s'instaure à doses progressives lors de deux journées espacées d'une semaine à l'hôpital de jour sous surveillance des paramètres hémodynamiques et glycémiques. Le traitement est habituellement arrêté vers l'âge d'un an, car l'évolution naturelle de la lésion tend vers un état de stabilisation, et dès lors, le traitement devient inutile.

Enfin, certaines anomalies vasculaires peuvent entrer dans le cadre de **syndromes** plus complexes. Ils sont à évoquer face à certaines présentations de la lésion vasculaire elle-même ou à des anomalies cliniques associées, comme une macrocéphalie, une hypertrophie d'un membre ou encore des lésions lipomateuses.



Figure 1 : évolution d'un hémangiome infantile "en barbe" avec lésions ulcérées de la lèvre inférieure entraînant des difficultés de prise alimentaire, après instauration d'un traitement par propranolol

IHReS Infantile Hemangioma Referral Score

Complications ou risque potentiel de complications (ulcération, atteinte visuelle, difficulté d'alimentation, stridor) Oui Non

Atteinte de la partie centrale du visage ou des oreilles Oui Non

Atteinte de la région mammaire (chez la fille) Oui Non

Atteinte médiane de la région lombo-sacrée Oui Non

Taille ≥ 4 cm (focal ou segmentaire) Oui Non

Nombre d'hémangiomes ≥ 5 Oui Non

SI LA CASE "OUI" EST COCHÉE POUR AU MOINS L'UNE DES SITUATIONS, MERCI D'ADRESSER VOTRE PATIENT À UN CENTRE EXPERT.

SI LA CASE "NON" EST COCHÉE POUR TOUTES LES QUESTIONS, COMPLÉTEZ LE TABLEAU DE LA PAGE SUIVANTE.

Remarque : En cas d'hémangiomes infantiles multiples, le score doit être calculé pour chaque hémangiome.

LE SCORE TOTAL EST CONSTITUÉ PAR LA SOMME DES SCORES CORRESPONDANT AUX PARAMÈTRES SUIVANTS :

Paramètres	Items			Score <small>(le point en rouge est le score le plus élevé pour chaque paramètre)</small>
Localisation de l'hémangiome	Sur le visage en dehors des zones mentionnées précédemment	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui : 3 points (Si non : 0 point)	3 0 0
	Cou, cuir (chevelu ou région périnéo-fessière (sous la couche)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui : 2 points (Si non : 0 point)	0 2 0
Taille du plus grand hémangiome	≥ 1 cm sur le visage en dehors des zones mentionnées précédemment	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui : 3 points (Si non : 0 point)	3 0 0
	2-4 cm sur les parties du corps en dehors de celles mentionnées précédemment	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui : 2 points (Si non : 0 point)	0 2 0
Âge de l'enfant et clinique de l'hémangiome	Le nourisson a < 2 mois	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui : 3 points (Si non : 0 point)	3 0 0
	Le nourisson a ≥ 2 mois et ≤ 4 mois, avec un hémangiome dont la croissance est évidente au cours des 2 dernières semaines	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Si oui : 2 points (Si non : 0 point)	0 2 0
TOTAL				

SCORE ≥ 4, LE PATIENT DOIT ÊTRE ADRESSÉ À UN SPÉCIALISTE.

SCORE < 4, LE PATIENT NE DOIT PAS ÊTRE ADRESSÉ, IL DOIT ÊTRE SUIVI ET LE SCORE DOIT ÊTRE RÉALISÉ À CHAQUE VISITE.

La décision finale de référer le patient à un centre expert est à la discrétion du médecin et des parents.

Figure 2: Infantile Hemangioma Referral Score (Leaute – Labreze C. et al. The Infantile Hemangioma Referral Score: A Validated Tool for Physicians. Pediatrics. 2020 ; 145(4))

Équipe pédiatrique impliquée dans la prise en charge des anomalies vasculaires à l'hôpital de la Citadelle de Liège :

_ Consultations conjointes

- Dr Sandrine Cao, dermatologue
- Dr Julie Longton, hématopédiatre

_ Chirurgie pédiatrique : Dr Martine Demarche

_ Radiologie pédiatrique :

- Dr Henri Bostem
- Dr Mounia El Hashemi
- Dr Paul Jamblin
- Dr Florence Ledure
- Dr Léon Rausin
- Dr Laurent Schoysman

_ Radiologie interventionnelle : Dr Denis Henroteaux



Contacts et prises de rendez-vous

-Rendez-vous de pédiatrie :
04 321 56 00

-Dr Julie Longton :
04 321 53 02
julie.longton@citadelle.be

-Secrétariat d'hématopédiatrie (Mme Lambert) :
04 321 87 39

L'enfant maltraité, ses parents et le médecin : le bon, la brute et le truand ?

Principes de prise en charge de la maltraitance infantile.

Dr Sandra Pannizzotto

Parmi les pathologies pédiatriques que nous rencontrons, il en est une qui particulièrement nous bouscule, nous questionne et nous met en difficulté : la maltraitance infantile. Complexe sur le plan clinique, maladie à lourd facteur de morbidité et mortalité, elle convoque également les notions de danger et de protection de l'enfant mais aussi le rôle que nous, médecins, avons à y jouer.

Pouvant revêtir de nombreuses formes cliniques (physique, sexuelle, émotionnelle et psychologique, négligences graves, enfant témoin de violences conjugales), la maltraitance infantile répond à la définition de pathologie chronique et touche 1 à 5 % de la population pédiatrique. Elle relève, dès lors, d'un problème de santé publique majeur. Bien évidemment, des exacerbations et manifestations à caractère aigu existent et sont souvent le déclencheur d'une prise en charge au long court. La définition selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de la maltraitance de l'enfant "comprend toutes les formes de mauvais traitements physiques ou psycho-affectifs, de sévices sexuels, de négligences ou d'exploitation commerciale ou autre entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans un contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir". Grevée d'une morbidité et mortalité importantes (elle engendre environ 10 % de décès et 15 % de séquelles sévères), la maltraitance est pour autant une pathologie dont les données statistiques sont particulièrement sous-estimées. Ce "chiffre noir" s'explique par le fait que de nombreux services sociaux, judiciaires ou hospitaliers sont parties prenantes lors des signalements. Il est, dès lors, difficile de réaliser des recoupements et il est malaisé de suivre ces patients au long cours (placements, nombreux déménagement des familles...). En outre, une partie des dossiers judiciairisés vont répondre à la loi du secret médical mais également de l'instruction, ce qui, en matière notamment de syndrome du bébé secoué, rend difficile l'accès aux révélations de l'auteur. Ajoutons encore que la maltraitance existe dans tous les milieux socio-culturels et économiques.

Parmi les circonstances de dévoilement qui peuvent amener à poser un diagnostic, il est à noter qu'une lésion clinique dite "sentinelle" est retrouvée dans 25 % des cas. Pour autant, le raisonnement clinique qui mène au diagnostic de maltraitance infantile est souvent entravé voire inhibé de par la nature inconcevable de la pathologie. En effet, si diagnostiquer c'est réfléchir, comment faire pour réfléchir à l'impensable ? Pourtant, ici encore la clinique est un outil précieux qui nous permet de poser un regard objectif sur les symptômes ou les paroles de l'enfant.

Lésions cliniques évoquant une maltraitance infantile

Parmi les lésions qui doivent nous faire évoquer le diagnostic, nous retrouvons :

- _ Les fractures spiroïdes des membres supérieurs chez le jeune enfant de moins de 3 ans. Toutefois, au-delà, l'anamnèse doit bien sûr pouvoir nous guider.
- _ Les fractures spiroïdes des membres inférieurs avant l'âge de la marche.
- _ Les fractures des côtes du nourrisson notamment au niveau des arcs postérieurs.
- _ Les arrachements métaphysaires et les décollements sous-périostés.
- _ Les traumatismes crâniens graves (fractures complexes, embarrures, avec signes neurologiques francs) sans relation avec un traumatisme violent (exemple : AVP), plausible en présence de témoins neutres. Notons que les chutes de faible hauteur de moins de 1,5 mètre n'occasionnent que très rarement des traumatismes crâniens graves.
- _ Lésions non compatibles avec le développement de l'enfant et faisant dès lors questionner l'intervention d'un tiers.
- _ Le syndrome du bébé secoué, associant des hématomes sous-duraux plurifocaux associés ou non à des hémorragies rétinienes.

- _ La présence d'hématomes cutanés chez le nourrisson de moins d'un an ou avant mobilisation : en l'absence d'un trouble de la coagulation documenté, ce type de lésion est pathognomonique. Des hématomes multiples et d'âges différents sont également un argument clinique et ce, à tout âge, de même que leur présence dans des régions comme le dos, les fesses, le périnée, les cuisses ou le pavillon de l'oreille. De même, le diagnostic sera évoqué si l'anamnèse relève un traumatisme unique invoqué pour expliquer des hématomes multiples et d'âges différents ou si devant un tableau lésionnel grave, un traumatisme mineur ou aucun traumatisme n'est relaté ("lésion magique").
- _ Les anamnèses et versions d'un traumatisme ou d'un "accident" fluctuantes au fil de la prise en charge.
- _ Les signes de négligences, dénutrition, déscolarisation, défaut d'hygiène de base (en dehors de toute "précarité empêchante"), traitements vitaux non administrés ou refusés, retard de recours aux soins...
- _ Les allégations de maltraitance physique ou d'abus sexuel sont également à considérer avec le plus grand sérieux. S'il n'est pas possible de développer ce sujet plus en avant, il est important de garder à l'esprit que toute verbalisation de maltraitance qu'il y ait eu passage à l'acte ou non reste inquiétant et mérite qu'on s'y attache afin de comprendre les difficultés qui la sous-tendent et que rencontre l'enfant.

Prise en charge d'une maltraitance infantile : quand soigner ne suffit pas

Une fois le diagnostic posé ou à tout le moins nos inquiétudes établies, se pose la question de la prise en charge. Que dire ? Comment énoncer les choses ? À qui faire appel ? Bref encore une fois, comment mettre l'indicible en mots ?

Avant tout, il est primordial de ne pas perdre de vue la sécurité et l'intérêt supérieur de l'enfant mais aussi le contexte légal de notre intervention. Ainsi, il est possible de prendre avis auprès d'équipes spécialisées comme la Cellule Maltraitance de la Citadelle (voir encadré) ou d'équipes SOS enfants afin de trouver des leviers pour annoncer nos inquiétudes à la famille et à l'enfant et orienter la prise en charge. En matière de maltraitance, il est un adage qui dit "ne pas rester seul".

Un autre principe fondamental de prise en charge est la transparence envers les familles. Il convient d'expliquer les inquiétudes de maltraitance aux parents avant toute démarche. Si ce type d'entretien peut légitimement sembler difficile voire effrayant, l'expérience démontre à quel point un discours clair et complet permet - contrairement à ce qui est souvent pensé - de garder un lien de confiance avec les parents mais aussi avec l'enfant. Si les lésions cliniques ou les faits déposés font craindre pour la sécurité de l'enfant, un signalement au Service d'Aide à la Jeunesse et au Parquet sera rédigé, de nouveau en transparence avec la famille. En effet l'article 458 bis du code pénal permet au médecin de porter des faits de maltraitance sur mineur à la connaissance des services protectionnels et judiciaires. La prise en charge ultérieure dépendra, quant à elle, d'équipes médico-psycho-sociales spécialisées pouvant bilancer, accompagner et orienter l'enfant et sa famille.

La Cellule Maltraitance de la Citadelle

Équipe pluridisciplinaire spécialisée dans la prise en charge de la maltraitance infantile, La Cellule Maltraitance a notamment pour mission d'accompagner les médecins et intervenants de soins de santé confrontés à des situations de maltraitance avérées ou suspectées. Un avis, une aide au signalement, une orientation ou un conseil sur la posture à adopter lors de l'entretien avec les familles et l'enfant peuvent être sollicités.

Des consultations pédiatriques peuvent également être mises en place moyennant un contact préalable avec le médecin demandeur et sa famille en toute transparence.



Contacts (en semaine) :

• 04 321 70 04 ou 04 321 54 37

• sandra.pannizzotto@citadelle.be

Les pathologies fréquentes en urologie pédiatrique

Dr Louisa Soukane et Dr Éric Troisfontaines

Les motifs de consultation en urologie pédiatrique sont très nombreux. Le phimosis, les pathologies du canal inguinal et la cryptorchidie font partie des plus fréquentes.

Le **phimosis** est une pathologie extrêmement fréquente dans la population pédiatrique (8 % à 6-7 ans ; 3 % à 12-13 ans ; 1 % à 16 ans). Il est physiologique à la naissance. Il se définit comme un rétrécissement de l'orifice préputial et peut être primaire ou secondaire. Il peut entraîner des complications de type paraphimosis et balanoposthite, qui nécessitent une prise en charge urgente. Malheureusement, le phimosis est sujet à une errance dans la prise en charge et des attitudes souvent inutilement agressives. Le traitement est en première intention médical (application de corticoïdes locaux), il devient chirurgical (circoncision) en cas d'échec du traitement médical.

Les **pathologies du canal inguinal** sont les malformations les plus fréquemment rencontrées en urologie pédiatrique.

La persistance du canal péritonéo-vaginal conduit à une hernie inguinale, une hydrocèle communicante ou un kyste du cordon. La prise en charge est chirurgicale et est la plupart du temps réalisée après les 12 mois de l'enfant.

Une **cryptorchidie**, ou anomalie de migration testiculaire, se retrouve chez 3 à 5 % des nouveau-nés (30 % des prématurés). Elle peut être unilatérale ou bilatérale (30 %). Sa prise en charge, chirurgicale, dépend de la localisation du/des testicule(s) à l'examen clinique. Elle est idéalement réalisée avant les 12 mois du garçon, le but étant de préserver la fonction testiculaire et réduire le risque de cancer, multiplié par 4 par rapport à un testicule en place à la naissance.

Focus pneumologie en médecine générale



Dr Geoffroy **de Fooz**
Pneumologue

Dr Maud **Deschamphéleire**
Pneumologue et allergologue



Dr Hélène **Simonis**
Pneumologue et allergologue

Dr Thierry **Weber**
Chef de service
Pneumologie



Le Dr Hélène Simonis va redéfinir l'asthme sévère. La compréhension de sa physiopathologie a permis la mise au point de traitements biologiques qui ont révolutionné la prise en charge des asthmatiques les plus sévères. Elle expliquera comment choisir le médicament biologique qui convient le mieux aux patients en fonction de différents critères.

Le Dr Maud Deschamphéleire va redéfinir l'allergie médicamenteuse vraie et les méthodes dont on dispose pour confirmer la suspicion clinique et faire un diagnostic.

Introduction

Dr Thierry Weber

La prévalence des pathologies respiratoires augmente progressivement d'année en année. Elles occupent de plus en plus l'omnipraticien car l'asthme et la BPCO décompensent régulièrement sur un mode d'exacerbations parfois très sévères.

Le Dr Geoffroy de Fooz va redéfinir l'exacerbation de BPCO ainsi que son traitement pratique et discuter de la place des corticoïdes oraux et des antibiotiques.



Définition et traitement de l'exacerbation de BPCO

Dr Geoffroy de Fooz

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) se définit comme une maladie évolutive caractérisée par des manifestations respiratoires (de la toux, des expectorations, de la dyspnée et des infections respiratoires basses répétées) associées à un trouble ventilatoire obstructif non complètement réversible.

Malgré que cette pathologie soit évitable dans la majeure partie des cas (le tabagisme actif ou passif représente le principal facteur de risque de la maladie), sa prévalence ne fait qu'augmenter.

La mortalité associée à la maladie stagne malgré les progrès de la prise en charge, probablement en raison d'un sous-diagnostic de la maladie ou d'un diagnostic trop tardif. Selon les projections de l'OMS, la BPCO pourrait constituer la 3^e cause de mortalité dans le monde en 2030.

Le diagnostic se fait par la réalisation d'une spirométrie avec mesure du VEMS (Volume Expiratoire Maximal en 1 Seconde) et de la CVF (Capacité Vitale Forcée) avant et après bronchodilatation (β_2 -mimétiques).

Une spirométrie de dépistage doit être réalisée chez tout patient présentant des symptômes respiratoires associés à un facteur de risque comme un tabagisme actif

(>20PA chez l'homme et >15PA chez la femme), un tabagisme passif important ou une exposition professionnelle.

Malheureusement, l'histoire naturelle de la maladie est entrecoupée par l'apparition d'évènements aigus caractérisés par une aggravation des symptômes. Ces phénomènes appelés exacerbations de BPCO imposent une consommation accrue de la part du patient des ressources médicales à disposition (consultation MG, service d'urgence, pneumologue, hospitalisation) entraînant une modification thérapeutique.

Les exacerbations aiguës de BPCO sont responsables d'une augmentation de la morbi/mortalité et représentent une charge financière monumentale en coûts directs et indirects pour la santé publique.

La plupart de ces exacerbations relèvent de la médecine ambulatoire mais il est important de pouvoir identifier les patients les plus à risque et les signes cliniques qui conduiront le patient vers la réalisation d'exams complémentaires ou vers une hospitalisation.



Les biothérapies dans le traitement de l'asthme sévère

Dr Hélène Simonis

L'asthme est une maladie inflammatoire chronique des voies aériennes.

On parlera d'asthme sévère s'il n'est pas contrôlé par de fortes doses de corticoïdes inhalés et de bronchodilatateurs, après élimination des diagnostics différentiels, prise en charge des comorbidités et respect de l'observance au traitement. Environ 5 % à 10 % des asthmatiques sont considérés comme des asthmatiques sévères.

Ces asthmatiques sévères, non contrôlés, peuvent bénéficier des nouvelles biothérapies :

_ S'ils ont des exacerbations de dyspnée au minimum 2 fois par an avec recours aux corticoïdes per os

ou

_ En cas de traitement continu par corticoïdes oraux

ou

_ En cas d'hospitalisation et/ou de recours aux urgences 2 fois sur l'année

et

_ Allergie à un allergène per annuel et IgE significativement augmenté et/ou éosinophile sanguine $>$ à 300/mm³

La prescription des biothérapies dépendra donc du phéno-endotypage de l'asthme. Ce dernier nécessite de définir les caractéristiques apparentes de la maladie (phénotypage) et les mécanismes biologiques et moléculaires spécifiques (endotypage). Des biomarqueurs sont nécessaires (NO expiré, sputum induit, dosage des IgE sériques, éosinophilie sanguine) mais aussi l'anamnèse.

Quelle biothérapie pour quel phéno-endotypage ?

_ Les anti-IL5/IL5R : asthme éosinophilique (éosinophilie sanguine $>$ 300/mm³) sévère et non contrôlé

_ Les anti-IgE : asthme allergique avec IgE sériques $>$ 76 et \leq 700, sévère et non contrôlé

_ Les anti-IL4R : cible inflammatoire de type 2 (éosinophiles) dermatite atopique (autorisation de la mutuelle en attente)



Cependant, aucune donnée robuste ne permet de faire le choix entre ces molécules dans l'asthme éosinophilique et/ou allergique. Des études sont en cours.

Les allergies médicamenteuses

Dr Maud Deschamphelire

Les allergies médicamenteuses sont un problème important en pratique médicale mais sont souvent surestimées, ce qui aboutit parfois à des évictions médicamenteuses non justifiées *qui peuvent être ultérieurement délétères pour le patient.*

Elles peuvent être liées à différents mécanismes immunologiques, dont les plus fréquents sont l'hypersensibilité de Type I ("immédiate") et de type IV ("retardée"), qui modifieront la prise en charge notamment diagnostique.

Les allergies médicamenteuses sont à distinguer des effets secondaires attendus d'un médicament, comme



par exemple les troubles digestifs sur antibiothérapie, la tachycardie sur B2 mimétique...

L'anamnèse et l'histoire clinique, notamment par l'intermédiaire du médecin généraliste, sont primordiales dans la prise en charge initiale.

En fonction de l'histoire, du type de réaction, de la molécule incriminée, et surtout des guidelines internationales, des tests cutanés peuvent parfois être réalisés en allergologie spécialisée *mais uniquement* en milieu hospitalier.

Différentes techniques sont employées, notamment les Prick tests, les Intradermo-réactions et les Patch-tests. Elles explorent les différentes voies de l'hypersensibilité, mais ne sont réalisées que pour les médicaments indispensables à la pharmacopée du patient. Leur sensibilité est limitée, d'autant plus que l'histoire est ancienne. Ces tests devraient d'ailleurs dans l'idéal être réalisés dans les 6 à 12 mois après la réaction considérée comme allergique, ce qui est (malheureusement) en pratique rarement applicable.

Les tests biologiques sont, quant à eux, limités tant par leur disponibilité que leur sensibilité.

Ainsi, le bilan d'allergie médicamenteuse nécessite ensuite, pour les molécules indispensables, fréquemment un test soit de réintroduction de la molécule incriminée, soit d'une alternative en fonction de l'histoire et des résultats des tests ainsi que des besoins thérapeutiques. Il est important que ceux-ci soient envisagés quand cela est possible, afin de permettre ultérieurement au patient un traitement adapté à sa pathologie, les tests cutanés et la biologie seuls restant insuffisants.



Contacts :

• Rendez-vous :

04 321 60 70 (Citadelle et Herstal)

04 321 72 28 (Laveu)

• Secrétariat : 04 321 70 47

La nosocomérophobie, cette maladie invisible qui fait fuir le patient



Véronique **Ghesquière**
Cheffe du service Politique & Monitoring et Responsable de la Cellule Convention ONU Handicap, Unia

Dr Gaëtan **Letesson**
Chef de service, Médecine nucléaire



Le thème de cette conférence n'est en rien lié à la crainte d'un éventuel résultat médical dont la gravité peut, tout naturellement, entraîner de l'anxiété voire une peur profonde. Non.

Ici, il s'agit bien de ce que les psychologues et les psychiatres nomment "nosocomérophobie"... c'est-à-dire :

"Phobie des établissements de santé et de tout ce qui a un rapport avec la médecine"... Voilà le cœur de notre sujet, la peur des hôpitaux ou autres maisons de soins.

Comme vous le savez, une phobie implique le plus souvent une manœuvre dite "d'évitement". Dans le cas précis, cela écarte le patient qui en souffre d'un établissement de soins dont il aurait pourtant bien besoin...avec les conséquences que vous imaginez.

L'origine de ce trouble prend le plus souvent sa source dans un traumatisme qui, pour certains, remonte à leur plus tendre enfance. De plus, lorsque cette phobie s'exprime au sein d'une famille, une transmission, d'ordre implicite, peut s'exprimer via un comportement mimétique de l'enfant vis-à-vis du parent facilitant un ancrage de cette phobie dans son esprit.

Dans tous les cas, ce trouble comportemental engendre d'importantes souffrances et ce, en dehors de toute autre pathologie.

De quelle souffrance parlons-nous ? De quels symptômes ?

D'attaques de panique avec tous les symptômes qui l'accompagnent jusqu'à l'évanouissement et potentiellement de violentes réactions physiques.

Notre attention au spectre de cette phobie doit s'étendre aux craintes liées à toute situation au sein d'un hôpital. Un parallèle peut donc être réalisé avec la nosophobie (la peur des germes) ou encore l'aichmophobie (la peur des piqûres), mais aussi l'agoraphobie ou la claustrophobie, etc.

Que faire face à ces situations ?

Le premier pas est de reconnaître ces troubles afin d'y apporter un ensemble de solutions qui, à terme, permettent à ces patients d'être pris en charge comme les autres.

Cela va de l'accueil et de l'encadrement à l'utilisation de techniques comportementales ou d'hypnose par exemple.

L'installation d'un cadre "dédramatisant" peut être citée comme pour la RMN de la Citadelle où un dispositif spécifiquement pensé pour les enfants a été mis en place avec une salle d'essai ludique : "l'IRM en jeu".

L'information est également un outil précieux. En effet, la compliance d'un patient sera toujours plus grande s'il comprend le pourquoi et le comment de sa venue et des ses examens. Déjà vrai pour un patient lambda, cela s'avère central pour un patient phobique. Des capsules vidéo explicatives et accessibles, par exemple, représentent un excellent moyen d'y parvenir.

Mais, plus que tout, une écoute attentive, une approche réflexive et empathique resteront la première ligne indispensable.

Bien entendu, à plus long terme, un suivi par un spécialiste aura toute son importance pour que, petit à petit, ces phobies soient domptées.

Est-ce suffisant ? N'avons-nous pas négligé un autre aspect ?

Il existe un autre écueil que nombre de patients peuvent rencontrer. Le frein à leur bonne prise en charge ne vient pas d'une crainte liée à l'institution mais du regard ou autres préjugés en lien avec leur situation, et parfois au manque d'infrastructure adaptée. De qui parle-t-on ici ? De personnes souffrant d'un trouble d'handicap mental (de type autistique par exemple), de perception de son corps (grossophobie, anorexie...) ou encore de crainte d'ordre ethnique ou de genre.

Une politique inclusive et proactive est la seule réponse. Elle doit s'appuyer sur des démarches institutionnelles et des structures adaptées. Citons par exemple la cellule "Welcome" de la Citadelle dont l'équipe se compose de médicaux et paramédicaux sensibilisés à la prise en charge de patients souffrant d'un handicap mental ou physique et ce, de manière multimodale permettant de les accueillir dans les différents services avec toute l'attention dont ils ont besoin. Ou encore d'une campagne de sensibilisation à ces problématiques "Je ne veux pas t'encadrer" réalisée il y a peu au sein de notre institution.

Bien entendu, des partenariats s'avèrent nécessaires afin de compléter ces initiatives. Des organismes tels qu'Unia peuvent, par leur background de terrain, apporter toute leur expertise.

Toutefois, une question demeure... Comment savoir qu'un patient souffre de ce problème ?

La réponse à cette question est évidente. Le médecin généraliste représente ici le pivot *sine qua non*.

En effet, par sa proximité et sa connaissance de ses patients, le généraliste est la première source où puiser et ce, afin de prévenir au mieux et d'aiguiller au plus juste ces patients nosocoméphobiques ou associés. C'est donc bien un partenariat gagnant-gagnant que nous désirons établir entre la première ligne de soins, dont les médecins généralistes sont les dépositaires, et les soins spécialisés là où le patient craint de se rendre.

Ensemble, avec le concours de nos patients, nous pouvons trouver des solutions adaptées qui ouvriront les portes de nos institutions de soins à tous, sans discrimination de quelque nature qu'elle soit.

Comment éliminer les obstacles dans l'accès aux soins et aux hôpitaux pour les personnes en situation de handicap ?

Certaines personnes rencontrent des difficultés à se rendre à l'hôpital et à se faire soigner. Elles ont des besoins spécifiques liés à leur situation qui demandent des réponses appropriées. Chat échaudé craint l'eau froide, certaines renoncent alors à s'y rendre et à se soigner.

Unia, le centre interfédéral pour l'égalité des chances, est un service public indépendant chargé de lutter contre les discriminations fondées sur différents motifs comme le handicap, l'état de santé, l'origine, l'orientation sexuelle, la caractéristique physique, les convictions religieuses ou philosophiques, l'âge, pour ne citer que les plus fréquentes.



L'IRM en jeu

Il a aussi pour mission de suivre l'application en Belgique de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées.

Depuis des années, Unia reçoit des signalements de personnes ou d'associations qui les représentent concernant l'accueil, les conditions de soins, les équipements et le manque d'aménagements dans les hôpitaux. Cela concerne des situations multiples. Des personnes avec de l'autisme, une déficience intellectuelle, des troubles psychiques, qui doivent être rassurées, accompagnées. Des personnes électrosensibles qui demandent des aménagements techniques. Des personnes obèses ou avec un handicap moteur pour lesquelles les équipements ne sont pas adaptés. Ou encore des personnes sourdes qui ont besoin d'un interprétariat en langue des signes.

Toutes ces situations ne peuvent pas être résolues facilement mais la situation de handicap est bien une confrontation entre, certes, un problème de santé, une incapacité existante mais aussi un environnement inadapté. C'est ce qu'on appelle le modèle social du handicap. Si l'on peut agir sur le problème de santé ou sur l'incapacité (pas toujours), on peut aussi agir sur cet environnement.

Pendant la crise sanitaire, le défaut d'aménagement pour ces publics a été exacerbé. Unia a réitéré un certain nombre de recommandations afin que ces personnes puissent bénéficier, pendant et en dehors de périodes de pandémie, de soins de qualité sur un pied d'égalité avec les autres patients.

La mise en place – anticipée, c'est encore mieux – d'aménagements raisonnables doit être couplée avec une sensibilisation, voire une formation pour que la méconnaissance de certaines situations, ainsi que certains clichés que nous entretenons sur les personnes n'aggravent pas leur peur de l'hôpital.

Take home messages :

- _ La prise en charge d'un patient souffrant de nosocoméphobie ou autres assimilés nécessite une attention toute particulière et une réponse adaptée.
- _ Ces peurs sont à la fois liées aux institutions de soins et aux actes qui y sont pratiqués mais aussi au regard des autres qu'il soit réel, implicite ou imaginé.
- _ Des solutions doivent être pensées en concertation avec tous les acteurs : patients, corps médical au sens large et institutions extérieures à l'expérience prouvée dans ces domaines.
- _ Le médecin généraliste représente le lien indispensable au travers et à partir duquel nous pouvons construire une politique d'accueil adaptée à ces patients.

Je ne veux pas t'encadrer !

“ Tous les jours, nous accueillons dans nos salles de soins des patients différents... Peu importe leurs différences, nous nous concentrons sur leur ressemblance : des personnes qui sont en souffrance et pour lesquelles nous nous battons sans relâche. Lorsqu'elles vont mieux, nous apprenons de leur vie, de leur histoire, de leur vécu. Et c'est cette diversité des témoignages qui donne un sens à notre travail et renforce notre fierté de soigner tout le monde sans distinction. ”

Pascal, infirmier en chef



Oui à la diversité


Citadelle
Hopital

Prise en charge de l'anévrisme de l'aorte abdominale. Comment y faire face ?



Dr Geoffroy **Delcroix**
Anesthésiste

Dr Denis **Henroteaux**
Radiologue interventionnel



Dr Stéphanie **Nemes**
Chirurgien vasculaire



La pathologie anévrysmale aortique est une maladie en rapport avec la raréfaction des fibres élastiques dans la paroi artérielle.

C'est une maladie qui peut s'avérer grave voire mortelle si elle n'est pas traitée à temps.

Cibler les patients à risque, les faire dépister, assurer le suivi et la prise en charge adéquate permet d'en diminuer de manière considérable la morbi-mortalité.

La prévalence chez l'homme de plus de 60 ans est de 4 à 8 % avec une prévalence 3 fois plus importante chez les patients présentant des facteurs de risques cardiovasculaires (HTA, tabac) ou familiaux que chez les autres.

L'incidence (nombre de nouveaux cas par an) est de 39 cas/an pour 100.000 habitants. Ce n'est donc pas une maladie rare.

C'est une pathologie le plus souvent asymptomatique pour laquelle une simple échographie permet de poser le diagnostic ou d'assurer le suivi.

Le traitement nécessite une prise en charge spécialisée et pluridisciplinaire afin d'évaluer le risque opératoire et d'évaluer le meilleur traitement à proposer au patient.

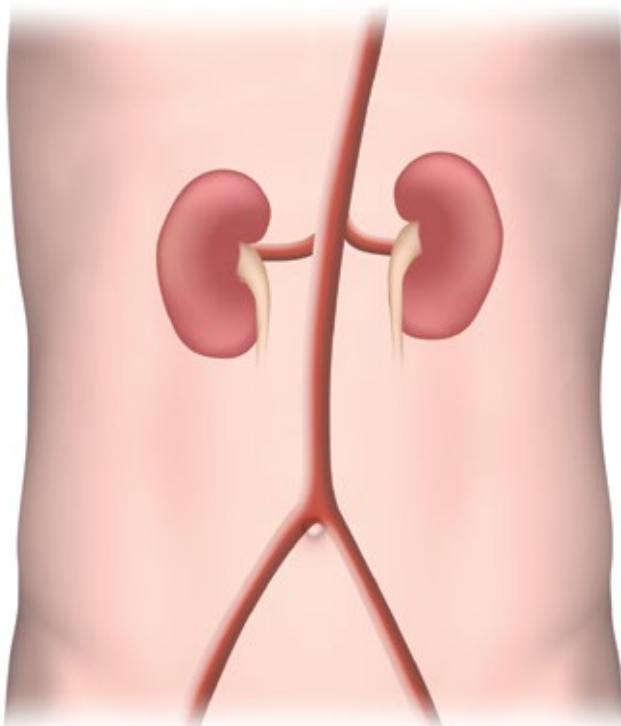
En fonction du morphotype de l'anévrisme, de l'âge du patient, de ses antécédents, des différents examens pré-opératoires, deux grandes stratégies peuvent être proposées au patient :

- _ La mise à plat chirurgicale
- _ L'exclusion endovasculaire percutanée (Endoprothèse/ Stentgraft)

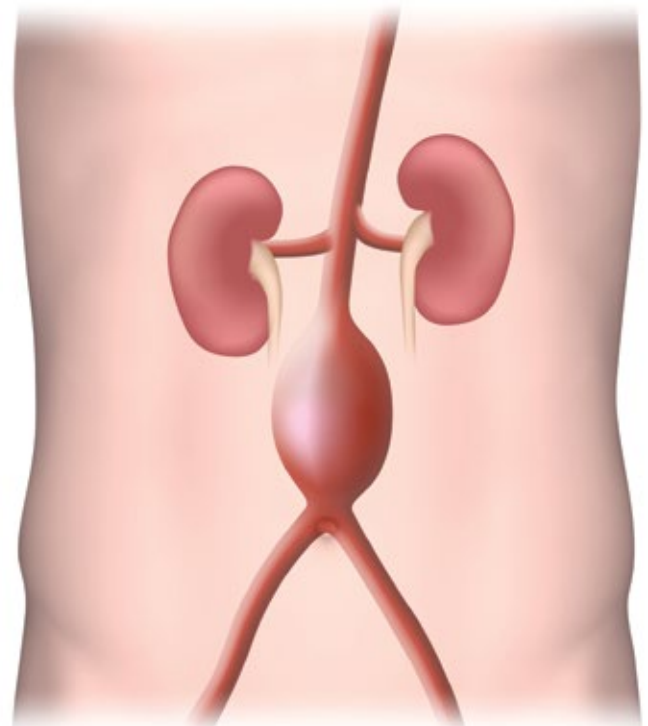
Chacune de ces 2 techniques présente des avantages et inconvénients et le choix d'une technique ou de l'autre ne dépend que de la balance bénéfique/risque de l'intervention propre à chaque patient.



Aorte normale



Anévrisme de l'aorte abdominale



Biothérapies et maladies inflammatoires



Dr Elisabeth **Heuse**
Rhumatologue

Dr Benoît **Pirotte**
Infectiologue



Dr Murielle **Sabatiello**
Dermatologue

Dr Anne **Vijverman**
Hépatogastroentérologue



Les maladies inflammatoires sont très fréquentes et touchent diverses disciplines telles que la gastroentérologie (maladie de crohn et rectocolite hémorragique), la dermatologie (psoriasis, dermatite atopique, urticaire, maladie de Verneuil) et la rhumatologie (polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante, polyarthrite psoriasique, lupus, vascularites).

Elles sont le résultat d'un dérèglement du système immunitaire survenant à la faveur de facteurs environnementaux sur un terrain génétiquement prédisposé, avec comme conséquence une augmentation de la production d'une multitude de cytokines pro inflammatoires.



Ces dernières sont la cible privilégiée des traitements immunorégulateurs et immunomodulateurs dont les biothérapies. Celles-ci sont des traitements utilisant des médicaments biologiques ou biotechnologiques. Ces médicaments sont produits à partir de cellules ou de micro-organismes, et ils ont en général une action plus ciblée que les médicaments conventionnels. Le nombre de molécules disponibles sur le marché est en augmentation croissante. Elles permettent d'obtenir un meilleur contrôle de la pathologie et d'améliorer la qualité de vie des patients mais l'abondance d'informations sur le sujet et le grand nombre de molécules disponibles peuvent être à l'origine de confusion pour le praticien n'ayant pas l'habitude d'utiliser ces traitements.

Le choix de la molécule et le respect des critères de remboursement dépendent en général de la consultation spécialisée mais le suivi des patients en termes de prévention, gestion des complications et effets secondaires implique et expose quotidiennement le médecin traitant.

L'utilisation de ces divers médicaments est globalement sûre mais peut conduire à de rares effets secondaires potentiellement graves. Le risque infectieux est notamment augmenté pour la plupart des molécules et peut être limité en suivant un schéma de vaccination bien codifié et en réalisant un bilan pré-thérapeutique avant d'introduire le traitement.

Le bilan pré-thérapeutique consiste systématiquement en la réalisation d'un bilan biologique comprenant au minimum un hémogramme, un bilan hépatique, un ionogramme et un bilan rénal, un dosage de la C-Reactive Protéine, ainsi que les sérologies pour le HIV, les hépatites B et C, le CMV et VZV. Selon le traitement utilisé et le profil du patient, des sérologies complémentaires peuvent être réalisées : rougeole, hépatite A, toxoplasmose, strongyloïdose, fièvre jaune, syphilis... Le dépistage d'une infection latente par Mycobacterium Tuberculosis sera également réalisé. L'INAMI demande, pour ce faire, la réalisation d'une intra-dermo réaction à la tuberculine (test de Mantoux). D'un point de vue médical, le quantiféron pourrait s'y substituer et il est par ailleurs obligatoire de pratiquer une radiographie thoracique.

Une couverture vaccinale optimale doit être prévue et discutée idéalement, si la situation le permet, avant l'initiation de ce type de traitement. Une consultation dédiée, intitulée "consultation Immuno Start", a été mise sur pied et a pour objectif d'aider les cliniciens dans la planification des vaccins afin d'obtenir la meilleure réponse vaccinale et la meilleure protection possible. Pour les groupes à risque, les vaccins standards devraient être à jour conformément aux recommandations nationales (grippe, pneumocoque, hépatite B), tout en gardant à l'esprit que les vaccins vivants atténués peuvent être contre-indiqués sous immunosuppresseurs. En effet, il est conseillé d'attendre en moyenne 2 voire 4 semaines entre la réalisation de certains vaccins vivants atténués et l'instauration de l'immunosuppression, mais le timing varie de 1 à 12 mois selon les traitements. Il est donc nécessaire de s'y prendre le plus tôt possible. Une couverture additionnelle est souvent nécessaire dans le cadre de voyages à l'étranger. Des vaccins supplémentaires peuvent être proposés et des doses additionnelles de vaccins sont parfois nécessaires afin d'obtenir une immunité satisfaisante. Après l'instauration de l'immunosuppression, la révision du statut vaccinal reste utile.

Par ailleurs, le bénéfice attendu du traitement biologique devra être soigneusement pesé chez les patients ayant un antécédent de tumeur maligne.

Il n'existe pas de recommandation spécifique pour le suivi des patients sous traitement biologique. Nous proposons la réalisation d'un bilan biologique selon la clinique, et systématiquement une fois par an, ainsi qu'une vigilance particulière quant aux symptômes d'infection. Il est également conseillé d'avoir un bilan dermatologique annuel, un suivi gynécologique régulier à titre de dépistage.

La collaboration entre spécialiste et médecin traitant est essentielle. Ce dernier doit être informé de la mise en route de la biothérapie et, si nécessaire, des principales modalités de suivi. Il est également un acteur majeur dans la prise en charge des infections, notamment de la sphère oropharyngée, survenant sous biothérapie et pouvant entraîner un report de l'injection programmée.

En cas d'intervention chirurgicale, des mesures seront également à prendre, selon le traitement biologique dont bénéficie le patient.

En annexe, vous trouverez une liste assez exhaustive des molécules disponibles sur le marché et de leurs indications. Les principales biothérapies comprennent notamment les anti-TNF alpha, les anti-interleukines, les anti-intégrines. Les jak kinases inhibiteurs, de par leur mécanisme de production, ne sont pas des biothérapies à proprement parler mais de petites molécules chimiques. La prévention et la surveillance de ces traitements étant la même que les biothérapies, elles ont été incluses dans l'exposé.

Vous trouverez également quelques points clés et particularités à connaître selon les classes thérapeutiques et des conseils vaccination.

1. Indications des biothérapies

Dermatologie

		DCI - Nom commercial
Psoriasis en plaques modéré à sévère	Anti TNF alpha	- etanercept-enbrel® et biosimilaires - adalimumab- humira® et biosimilaires - infliximab- remicade® et biosimilaires - certolizumab- cimzia®
	Anti IL12/23	- ustekinumab-stelara® (>12ans)
	Anti IL17	- secukinumab-cosentyx® - brodalumab-Kyntheum® - ixékizumab- Taltz® - bimékizumab-Bimzelx®
	Anti IL23	- guselkumab-Tremfya® - risankizumab-Skyrizi® - tildrakizumab- Ilumetri®
Dermatite atopique sévère	Anti IL4/13	dupilumab-dupixent®
	Anti IL13	tralokinumab-adtralza®
	Anti jak	baricitinib-Olumiant®, upadacitinib-Rinvoq® (>12ans), abrocitinib-Cibinqo®
Urticaire chronique idiopathique sévère	Anti IgE	omalizumab-xolair®
Maladie de verneuil	Anti TNF alpha	adalimumab-humira® et biosimilaires

Gastroentérologie

		DCI - Nom commercial
Maladie de crohn	Anti TNF alpha	- adalimumab- humira® et biosimilaires - infliximab- remicade® et biosimilaires
	Anti integrine	vedolizumab-entyvio®
	Anti IL 12/23	ustekinumab-stelara®
Rectocolite ulcéro hémorragique	Anti TNF alpha	- adalimumab- humira® et biosimilaires - infliximab- remicade® et biosimilaires - golimumab-simponi®
	Anti intégrine	vedolizumab-entyvio®
	Anti IL 12/23	ustekinumab-stelara®
	Jak inhibiteur	- tofacitinib-xeljanz® - filgotinib-jysseleca® - upadacitinib-rinvoq®

Rhumatologie

		DCI - Nom commercial
Polyarthrite rhumatoïde	Anti TNF alfa	- etanercept-enbrel® et biosimilaires - adalimumab- humira® et biosimilaires - infliximab- remicade® et biosimilaires - certolizumab- cimzia® - golimumab- simponi®
	Anti Il6	- tocilizumab-RoActemra® - sarilumab-Kevzara®
	Inhibiteur de la costimulation (CD80/CD86) du lymphocyte T	abatacept-orencia®
	Anti-CD 20 (lymphocyte B)	rituximab-Mabthera®
	JAK Inhibiteurs	- tofacitinib-xeljanz® - filgotinib-jysseleca® - upadacitinib-rinvoq® - baricitinib-Olumiant®
Spondylarthrite ankylosante	TNF α	- etanercept-enbrel® et biosimilaires - adalimumab- humira® et biosimilaires - infliximab- remicade® et biosimilaires - certolizumab- cimzia® - golimumab- simponi®
	Anti IL 17	- secukinumab-cosentyx® - ixékizumab-Taltz®
	Jak inhibiteurs	- tofacitinib-xeljanz® - upadacitinib-rinvoq®
Polyarthrite psoriasique	Anti IL23	- Guselkumab®-Tremfya
	Anti TNF	- etanercept-enbrel® et biosimilaires - adalimumab- humira® et biosimilaires - infliximab- remicade® et biosimilaires - certolizumab- cimzia® - golimumab- simponi®
	Anti Il17	- secukinumab-cosentyx® - ixékizumab- Taltz®
	Anti Il 12/23	- ustekinumab-stélara®
	Jak inhibiteurs	- tofacitinib-Xeljanz® - upadacitinib-rinvoq®
Lupus érythémateux disséminé	Anti-protéine Blys (facteur de survie des lymphocytes B)	belimumab-benlysta®
Vascularites associées aux ANCA (GPA, PAM)	Anti-CD 20 (lymphocyte B)	rituximab-Mabthera®
Artérite à cellules géantes (Horton)	Anti Il6	tocilizumab-RoActemra®
Arthrite chronique juvénile	Anti TNF	- etanercept-enbrel® et biosimilaires - adalimumab-humira® et biosimilaires
	Anti Il 6	tocilizumab-RoActemra®
	Inhibiteurs de la costimulation du lymphocyte T	abatacept-orencia®
	Jak inhibiteur	tofacitinib-xeljanz®

2. Points d'attention clés selon les classes thérapeutiques

Anti TNF

- _ possible chez la femme enceinte
- _ formes injectables IV/SC
- _ risque BK
- _ pause de traitement si infection active
- _ effets secondaires cutanés fréquents (psoriasis paradoxal, pustulose palmo-plantaire)
- _ CI si maladie démyélinisante, néoplasie <5ans, insuffisance cardiaque grade 3 ou 4 de la NYHA

Anti il6

- _ abaissent la CRP à 0 même en cas d'infection concomitante -> importance du suivi clinique

Anti-CD 20 (lymphocytes B)

- _ ! pour PR résistante, après au moins un anti-TNF -> risque de syndrome de relargage des cytokines à l'injection
- _ risque de neutropénie et infection
- _ risque de réactivation HBV et donc intérêt de vacciner + (Ac anti Hbs>100)
- _ Très rare : risque de leucoencéphalopathie multifocale progressive

Jak inhibiteurs

- _ ES hépatiques (Ci si cirrhose), thromboemboliques
- _ risque d'infection à VZV -> sérologie VZV, discuter vaccination
- _ perturbation de l'hémogramme et du bilan lipidique
- _ induction d'acné
- _ CI chez la femme enceinte

Anti Il 17

- _ risque candidose orale

Anti Il4/13

- _ risque de conjonctivite

Anti-protéine Blys (facteur de survie des lymphocytes B)

- _ ! rare comportement suicidaire et dépression

Anti-intégrine



- _ bonne tolérance
- _ CI si ATCD leucoencéphalite multifocale à virus JC

Inhibiteur de la costimulation (CD80/CD86) du lymphocyte T, anti III2/23, anti IgE, anti Il 13







- _ peu d'effets secondaires

Conseils de vaccination

VACCINS VIVANTS

Tuberculose (BCG, pas utilisé en Belgique)
Herpès-zona
Rougeole-oreillons-rubéole (ROR)
Poliomyélite (voie orale)
Rotavirus
Fièvre typhoïde (voie orale) 
Virus varicelle-zona
Fièvre jaune 

VACCINS INACTIVÉS

Diphtérie (d)
Tétanos (T)
Coqueluche (Coq)
Poliomyélite (VPI)
Méningoencéphalite à tiques (MET) 
Haemophilus influenzae type b
Hépatite A 
Hépatite B
Papillomavirus humain
Grippe
Encéphalite japonaise 
Méningite à meningocoques types A, C, W135 et Y
Méningite à meningocoques type B
Méningite à meningocoques type C
Maladies à pneumocoques
Rage 
Fièvre typhoïde 
SARS-CoV-2 coronavirus*
 vaccin du voyage; BCG : bacille de Calmette et Guérin; IVPI : vaccin antipoliomyélitique inactivé

* Tableaux fournis par la firme Abbvie

VACCINATION	AVANT LE TRAITEMENT IMMUNOSUPPRESSIVE	PENDANT LE TRAITEMENT IMMUNOSUPPRESSIVE
VACCINATIONS DE BASE		
dTCQq	Rappel tous les 10 ans	S Rappel tous les 10 ans S
Poliomyélite (VPI)	Un rappel à l'âge adulte	S Un rappel à l'âge adulte S
Men type C	Une dose (≤ 18 ans)	S Une dose (≤ 18 ans) S
Papillomavirus humain (HPV)	Trois doses à 0, 1 (ou 2) et 6 mois pour patients 9-26 ans	R Trois doses à 0, 1 (ou 2) et 6 mois pour patients 9-26 ans R
Rougeole, oreillons, rubéole (ROR)*	Vacciner les patients à risque en l'absence d'antécédent certain de rougeole et de séronégativité: deux injections, à 4 semaines d'intervalle au moins	R Contre-indiqué X

VACCINATIONS SPECIFIQUES

SARS-CoV-2 coronavirus	1 ou 2 doses avec des rappels supplémentaires §	A 1 ou 2 doses avec des rappels supplémentaires § A
Grippe	1 à 2 doses avant l'épidémie de grippe saisonnière	A 1 à 2 doses avant l'épidémie de grippe saisonnière A
Maladies à pneumocoques	Vaccination unique PCV20 (Apex-nar), revaccination: PPV23 tous les 5 ans après la primo-vaccination - Personnes ayant été vaccinées uniquement au moyen du PPV23 par le passé: PCV20 au moins 1 an après le dernier vaccin PPV23. - Personnes ayant été vaccinées par le passé au moyen du PCV13: Première revaccination avec le PPV23 après au moins 8 semaines, puis PPV23 tous les 5 ans.	A Vaccination unique PCV20 (Apex-nar), revaccination: PPV23 tous les 5 ans après la primo-vaccination - Personnes ayant été vaccinées uniquement au moyen du PPV23 par le passé: PCV20 au moins 1 an après le dernier vaccin PPV23. - Personnes ayant été vaccinées par le passé au moyen du PCV13: Première revaccination avec le PPV23 après au moins 8 semaines, puis PPV23 tous les 5 ans. A
Hépatite B	Chez les patients à risque, 3 doses à 0, 1, 2 mois, sérologie 4 à 8 sem. plus tard. Anti-VHB >100 UI/l souhaités avant démarrage	R Chez les patients à risque, 3 doses à 0, 1, 2 mois, sérologie 4 à 8 semaines plus tard. Stimuler si anti-VHB < 10 UI/l R
Virus varicelle-zona (VZV)*	Vacciner les patients à risque en l'absence d'antécédent certain de varicelle, zona ou vaccin VZV et de séronégativité: deux injections, à 4 semaines d'intervalle au moins	R Contre-indiqué X
Virus herpès-zona*	Aucune recommandation disponible actuellement	R Contre-indiqué X
Virus herpès-zona (inactivé)	Aucune recommandation disponible actuellement	R Aucune recommandation disponible actuellement R

VACCINS DU VOYAGE

Fièvre jaune*	Une dose 10 jours avant le départ et 3 à 4 semaines avant le traitement immunosuppresseur	R Contre-indiqué R
Hépatite A	Une dose 14 jours avant le départ, rappel à 12 mois	R Sérologie 4 semaines après 1ère dose, si correct départ possible, sinon administrer une 2ème dose et réaliser sérologie au bout de 4 semaines, rappel à 12 mois R
Men A, C, W135, Y	Une dose 10 jours avant le départ	R Une dose 10 jours avant le départ R
Fièvre typhoïde	Une injection 14 jours avant le départ	R Une injection 14 jours avant le départ R
Rage	Trois doses à 0, 7, 21 ou 28 jours 4 semaines avant le départ	R Trois doses à 0, 7, 21 ou 28 jours 4 semaines avant le départ R
Méningoencéphalite à tiques (MET)	Deux doses à 0 et 0,5 mois (jusqu'à 3) 14 jours avant le départ, rappel à 6-15 mois	R Deux doses à 0 et 0,5 mois (jusqu'à 3) 14 jours avant le départ, rappel à 6-15 mois R
Encéphalite japonaise	Deux doses à 0 et 28 jours, terminées 10 jours avant le départ, rappel à 12-24 mois	R Deux doses à 0 et 28 jours, terminées 10 jours avant le départ, rappel à 12-24 mois R

§ Belgian Health Care Knowledge Center. Rapid review of the evidence on a covid-19 booster dose after a primary vaccination schedule. 17 August 2021 <https://kce.fgov.be/en/covid-19-contributions> (Dernier accès: mai 2022)

* vaccin vivant; A: fortement conseillé; dTCQq: vaccin diphtérie tétanos coqueluche; Men: méningites à meningocoques; mo: mois; R: à la discrétion du médecin, en cas de risque; S: indication standard pour la vaccination; X: contre-indiqué.

Veillez consulter <https://health.belgium.be> pour les mises à jour

Intégration de la préservation d'organe dans la stratégie de prise en charge du cancer du rectum



Dr Damien **Dresse**
Chef de service,
Chirurgie abdominale,
sénologique et endocrine



Dr André **Frère**
Chef de service, Gastroentérologie
et Oncologie digestive



Dr Laurent **Médart**
Chef de service adjoint,
Imagerie médicale



Au cours de ces 40 dernières années, la prise en charge des cancers du rectum a radicalement évolué. Historiquement, le problème principal était un taux de récurrence locale de plus de 30%. L'évolution de la prise en charge multidisciplinaire qui a associé une technique chirurgicale standardisée et un traitement néoadjuvant de radio(-chimio)thérapie a réduit ce taux à moins de 5% avec pour effet secondaire une altération de la qualité de vie des patients.

Actuellement, la stratégie de préservation de l'organe chez les patients ayant complètement répondu au traitement néoadjuvant fait partie de notre stratégie thérapeutique permettant la guérison du patient sans altérer sa qualité de vie.



En Belgique, l'incidence du cancer du rectum (1.250 cas / an) est stable même si l'on note une diminution de l'âge de survenue avec des patients de moins de 50 ans.

Toute perte de sang ou test IFOB positif doit conduire à une consultation en gastro-entérologie rapide pour la recherche par coloscopie d'une lésion colorectale.

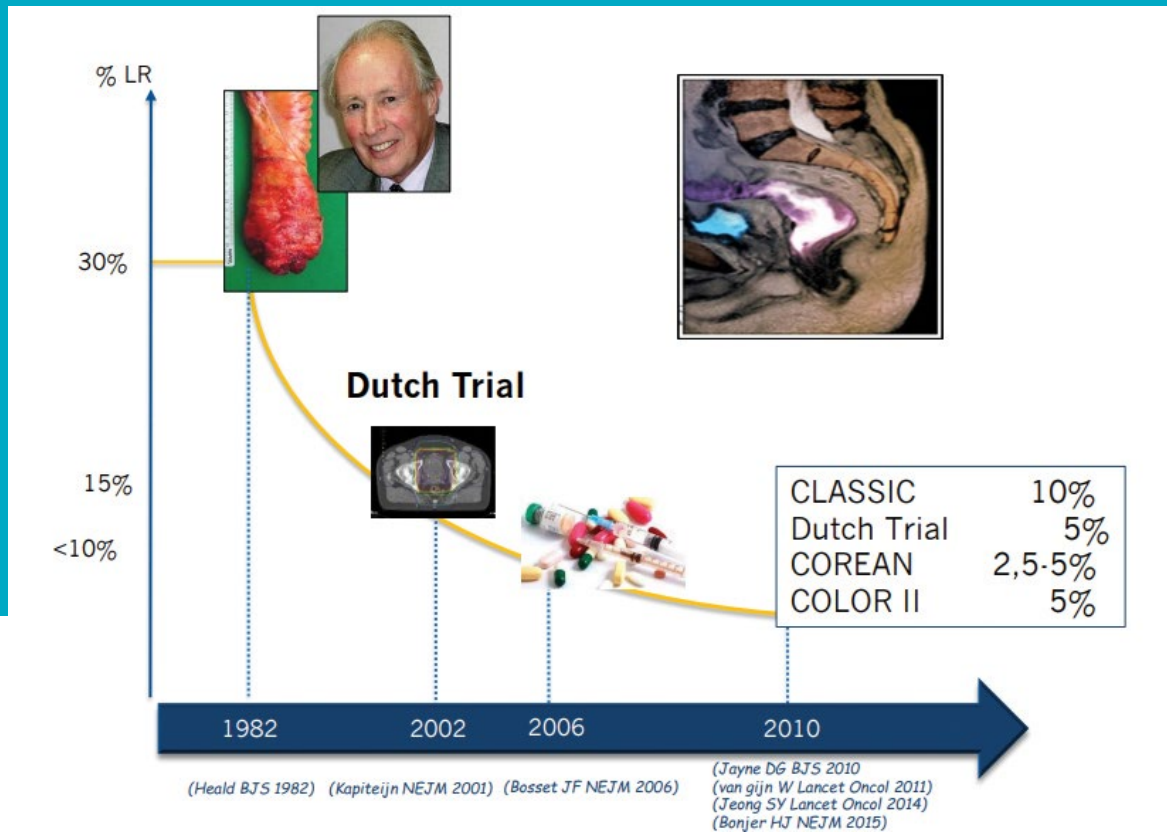
Le bilan de la tumeur rectale, qui est coordonné par le gastro-entérologue, comprend l'évaluation clinique par le toucher rectal, une confirmation anatomopathologique par une biopsie, un dosage du CEA et CA 19.9 et une IRM du pelvis qui est l'examen essentiel pour l'évaluation de l'extension transpariétale "T", la présence d'envahissement ganglionnaire "N", envahissement veineux et de l'atteinte de la limite circonférentielle du mésorectum. Une échographie pour les lésions de stade T1 ou T2 peut-être réalisée.

Le bilan à distance "M" comprendra un CT-scanner thoracoabdominal et éventuellement un PET scanner en cas de doute.

Sur base de l'ensemble de ce bilan et de l'état clinique du patient, **une stratégie de prise en charge thérapeutique sera discutée à la concertation multidisciplinaire d'oncologie digestive.**

La stratégie a beaucoup évolué ces dernières années et impose une connaissance des publications récentes tout en tenant compte de la réalité des contraintes législatives de remboursement des traitements.

Ci-dessous, l'historique des traitements avec l'incidence sur la récurrence locale :



Par ailleurs, plusieurs études publiées récemment (Rapido et Prodigé 23) dont le but a été atteint, ont démontré une amélioration de la survie par une diminution du taux de métastases en modifiant les schémas de chimiothérapie tant dans leur timing que dans l'association des cytotoxiques. L'analyse des pièces opératoires a mis en évidence des réponses tumorales complètes dans 28 % des cas malgré le fait qu'il s'agissait de grosses tumeurs au moment du diagnostic.

En parallèle, en 2004, l'équipe brésilienne du Dr Angelina Habr-Gama a publié les résultats de suivi de patients avec un cancer du rectum ayant complètement répondu au traitement néoadjuvant par radiochimiothérapie. Ces résultats ont été confirmés en 2011 par l'équipe hollandaise du Docteur G. Beets, ouvrant la voie à une approche de conservation d'organe avec une stratégie de surveillance rapprochée selon le protocole *watch & wait*.

Dans notre pratique quotidienne, nous revoyons le patient pour son suivi oncologique durant plusieurs années. Une fois le résultat des examens de contrôle donné au patient, la problématique qui domine l'anamnèse est l'**altération de la qualité de vie** qui résulte du syndrome de résection antérieure du rectum.

Ce syndrome associant des urgences défécatoires, un fractionnement des selles et un certain degré d'incontinence, son degré d'expression est variable d'un patient à l'autre mais quasi toujours présent et responsable d'une altération significative de la qualité de vie.

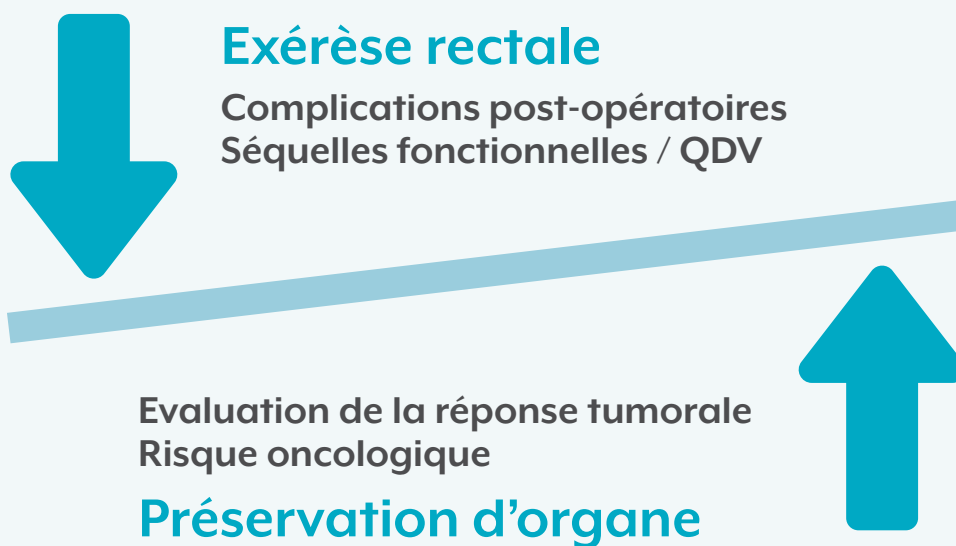


Take home messages :

- _ Le dépistage du cancer colorectal doit être encouragé
- _ Toute perte de sang par les selles ne doit pas être minimisée et doit faire l'objet d'une consultation rapide chez un gastro-entérologue
- _ La stratégie thérapeutique doit être discutée en concertation multidisciplinaire d'oncologie digestive sur base d'un bilan complet et comprendra le plus souvent un traitement néoadjuvant de radio-chimiothérapie
- _ Une réévaluation complète huit semaines après la fin du traitement néoadjuvant doit être systématique et permettra d'adapter la prise en charge
- _ Une stratégie de préservation d'organe peut être proposée aux patients présentant une réponse tumorale complète en veillant à bien les informer de la nécessité d'un suivi rapproché

Tout ceci nous a conduit à mettre en place toutes les stratégies d'amélioration de la qualité de vie des patients en intégrant la réhabilitation chirurgicale améliorée, la chirurgie minimale invasive robotique, la fermeture à deux semaines de l'iléostomie de dérivation et depuis six ans la préservation d'organe lors de la réponse tumorale complète.

Huit semaines après la fin du traitement néoadjuvant, une réévaluation comprenant un toucher rectal, une rectoscopie, une écho-endoscopie et une IRM du pelvis permet d'adapter la suite de la prise en charge en fonction de la réponse tumorale.



La balance est faite entre le risque oncologique afin de ne pas perdre de chance de guérison et le risque d'altération de la qualité de vie par les séquelles fonctionnelles.

Ces décisions font l'objet d'une décision partagée lors d'une concertation multidisciplinaire d'oncologie digestive qui regroupe de façon hebdomadaire l'ensemble des prestataires qui prennent en charge le patient et son entourage.

L'infirmière de coordination des soins oncologiques, la psychologue, les gastro-entérologues, les radiologues digestifs, l'anatomo-pathologiste, le biologiste clinique, les chirurgiens et le médecin traitant sont à l'écoute du patient pour l'informer et tenir compte de ses souhaits de prise en charge.



iFOB+ ou sang dans les selles → rendez-vous rapide : 04 321 63 37

Infirmière coordinatrice d'oncologie digestive : 04 321 54 86

La chirurgie bariatrique : implications, complications et suivi nutritionnel



Aurora **Collignon**
Diététicienne en chef

Dr Sophie **Hanuset**
Chirurgienne



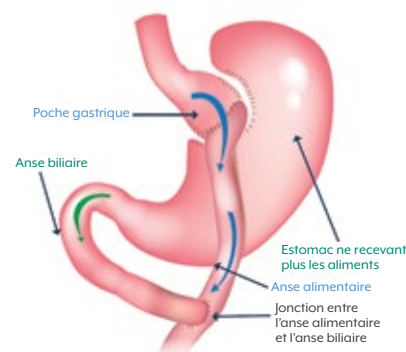
Dr Stéphanie **Nepper**
Anesthésiste



L'obésité est un problème majeur de santé publique. On estime actuellement que 17 % de la population belge est obèse et qu'1 % de la population belge a déjà été opéré d'une chirurgie bariatrique.

Actuellement, à la Citadelle, la sleeve (chirurgie restrictive) et le bypass (chirurgie malabsorptive) sont exclusivement réalisés. Ces techniques ont fait leurs preuves tant sur la perte de poids que sur l'amélioration des comorbidités et l'espérance de vie. Une équipe pluridisciplinaire doit accompagner le patient à court et long termes notamment au vu du risque nutritionnel, du risque de complications techniques (sténose, ulcère, obstruction...) et psychologiques (dépression, troubles alimentaires, addiction).

1. Le bypass gastrique



Principe

Restriction : technique qui permet de diminuer la quantité d'aliments ingérés (la taille de l'estomac est réduite à une petite poche de 15 à 20 cl).

Malabsorption : la nourriture contourne les sécrétions gastrique et bilio-pancréatique sur environ 1 mètre ce qui crée une malabsorption

Métabolique : modification des hormones digestives contrôlant la faim, la sensation de satiété et le métabolisme glucidique. Modification de la flore intestinale et du métabolisme des sels biliaires.

Perte de poids attendue

De l'ordre de 70 - 80 % de l'excès de poids à 1 an post-opératoire.

Durée moyenne de l'intervention

1 heure.

Durée moyenne de l'hospitalisation

1-2 jours.

Principaux risques de complications

- _ complications chirurgicales : ulcère, sténose de l'anastomose gastro-jéjunale, occlusion grêle ;
- _ carences nutritionnelles ;
- _ complications fonctionnelles : hypoglycémie postprandiale, dumping syndrome, troubles du transit.

2. Sleeve gastrectomie, sleeve réversible et sleeve Nissen

Principe	Technique restrictive et métabolique : l'estomac est réduit à un tube vertical et les aliments passent rapidement dans l'intestin. En outre, l'appétit est diminué. Cette technique ne perturbe pas la digestion des aliments.
Perte de poids attendue	De l'ordre de 70 % de l'excès de poids.
Durée moyenne de l'intervention	1 heure.
Durée moyenne de l'hospitalisation	1-2 jours.
Principaux risques de complications	<ul style="list-style-type: none"> _ ulcère, fistule, sténose ; _ carences nutritionnelles possibles (à surveiller) ; _ reflux gastro-œsophagien ; _ dilatation de l'estomac.

La sleeve gastrectomie



Consiste à retirer environ les 2/3 de l'estomac.

La sleeve Nissen



En cas de reflux gastro-œsophagien ou de hernie hiatale.

La sleeve réversible



Permet de conserver la totalité de l'estomac

La sélection du patient en préopératoire et la compétence du centre chirurgical semblent des éléments déterminants dans l'efficacité de la prise en charge en pré et postopératoire (perte de poids, éducation thérapeutique, modifications comportementales, prévention des complications nutritionnelles).

Malgré des indications opératoires codifiées (BMI > 40 ou > 35 avec comorbidité(s) associée(s) avec un âge de plus de 18 ans) et une préparation soutenue de l'équipe pluridisciplinaire, il arrive fréquemment que le suivi soit interrompu par le patient qui a atteint ses objectifs.

L'absence de remboursement des compléments nutritionnels ou vitaminiques entre également en compte dans la compliance au traitement.

L'organisation des soins actuels, l'absence de remboursement pour certaines consultations ou examens de suivi (diététiciennes, psychologues, compléments vitaminiques, dosage biologique à charge du patient) constituent un réel frein et une entrave à l'adhésion au long cours. Des arguments à prendre en considération chez une patientèle parfois défavorisée sur le plan économique. En attendant une amélioration des remboursements avec un suivi obligatoire pour les patients, le médecin traitant s'avère être le professionnel de la santé vers lequel se tourne le patient pour cette mission de suivi. Son rôle central dans sa relation avec son patient lui permet d'adresser le patient ayant des complications à l'équipe référente, et ainsi diminuer les perdus de vue et les catastrophes nutritionnelles...

Les complications nutritionnelles sont fréquentes et prévisibles, accessibles au dépistage et à la prévention. Les **déficits vitaminiques**, la **dénutrition** et les **hépatopathies** ne sont pas rares dans la pratique courante. Les situations particulières comme la **grossesse** ou l'**alcoolisme** après chirurgie bariatrique nécessitent un suivi biologique et clinique rapproché afin d'anticiper les potentielles complications parfois irréversibles. Le **complément vitaminique doit être maintenu à vie**, quelle que soit la chirurgie (restrictive ou malabsorptive) alors qu'il a longtemps été pensé qu'il devait être maintenu jusqu'à stabilisation pondérale.

La réhabilitation rapide après chirurgie (RAC), gold standard actuel, permet une sortie rapide de l'hôpital. Le traitement médicamenteux sera, dès lors, modifié en périopératoire et nécessitera une adaptation continue (dosage, galénique...).

La prise en charge multidisciplinaire pré et postopératoire est donc la pierre angulaire de la réussite de la chirurgie de l'obésité à long terme. Elle permet de prévenir les catastrophes nutritionnelles et médicales. Pour cela, la collaboration entre le médecin généraliste et l'équipe pluridisciplinaire doit se renforcer.

BIOLOGIE

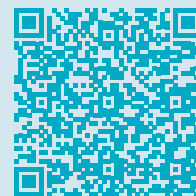
_ la 1^{ère} année à 3 mois et 9 mois

_ la 2^e année : 1x/6 mois ; puis 1X/ an

- | | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Hémoglobine | <input checked="" type="checkbox"/> TSH |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hématocrite | <input checked="" type="checkbox"/> T4 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Globules rouges | <input checked="" type="checkbox"/> TGO |
| <input checked="" type="checkbox"/> Globules blancs | <input checked="" type="checkbox"/> TGP |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ferritine | <input checked="" type="checkbox"/> Fer sérique |
| <input checked="" type="checkbox"/> Saturation transferrine | <input checked="" type="checkbox"/> Cholestérol |
| <input checked="" type="checkbox"/> Acide folique erythrocythaire | <input checked="" type="checkbox"/> Triglycérides |
| <input checked="" type="checkbox"/> Vit. B12 | <input checked="" type="checkbox"/> Vit. D |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glycémie à jeun | <input checked="" type="checkbox"/> Albumine |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hba1c, si diabète | <input checked="" type="checkbox"/> Pré-albumine |
| <input checked="" type="checkbox"/> Urée | <u>Au cas par cas :</u> |
| <input checked="" type="checkbox"/> Créatinine | <input checked="" type="checkbox"/> Vit. A |
| <input checked="" type="checkbox"/> Acide urique | <input checked="" type="checkbox"/> Vit. B1 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sodium | <input checked="" type="checkbox"/> Vit. E |
| <input checked="" type="checkbox"/> Potassium | <input checked="" type="checkbox"/> Sélénium |
| <input checked="" type="checkbox"/> Chlore | <input checked="" type="checkbox"/> Zinc |
| <input checked="" type="checkbox"/> Calcium | <input checked="" type="checkbox"/> Cuivre |
| <input checked="" type="checkbox"/> Magnésium | |

Que suivre en postopératoire ? Quels sont les signes cliniques à dépister ? Quelles biologies réaliser ? Quels médicaments doivent être adaptés en périopératoire ? Et à terme ? Quel est le volume alimentaire en postopératoire ? Et après 6 mois ? Comment le conseiller ?

Retrouvez toutes les réponses dans notre guide pratique de la chirurgie bariatrique à destination des médecins généralistes en scannant ce QR Code.





Clinique de l'obésité

- Horaires : Du lundi au vendredi de 8h30 à 12h30 et de 13h30 à 16h30
- Service des rendez-vous de la Clinique de l'obésité : 04 321 81 36

• Infirmière Référente de la Clinique de l'obésité :

04 321 72 23

• Secrétariat : 04 321 72 66 ou 04 321 87 79

• Coordination : D^r S. Hanoset 04 321 75 68
M^{me} A. Collignon 04 321 68 05

Nouveautés dans la prise en charge du diabète de type 1 et de type 2



Dr Marie **Strivay**
Chef de service,
Diabétologie-Endocrinologie

Dr Vincianne **Thielen**
Chef de service adjoint,
Diabétologie-Endocrinologie



La prise en charge du diabète s'est considérablement améliorée ces dernières années, grâce à d'importantes innovations technologiques, éducatives et pharmacologiques.

Celles-ci ont un impact positif sur le pronostic des patients en réduisant les complications chroniques mais aussi sur leur qualité de vie, ce qui est essentiel.

Nouveautés technologiques

Comme dans beaucoup d'autres domaines, la technologie s'est développée de façon exponentielle dans la prise en charge du diabète. Les dispositifs peuvent servir à la surveillance optimisée des glycémies à l'aide de capteurs, à l'administration d'insuline par différents modèles de pompe ou à l'aide de stylos à insuline connectés. Des applications et logiciels permettent également de proposer de la télésurveillance dans certains cas.



Actuellement, ces dispositifs sont principalement remboursés et proposés aux patients diabétiques de type 1, mais il est probable que leur usage s'étendra aux autres diabétiques dans les années à venir.

Auto-surveillance du diabète par capteurs

L'autosurveillance est un des piliers de la prise en charge des diabétiques. Elle permet au patient de s'approprier la gestion de sa maladie au quotidien et favorise la mise en place de bonnes habitudes alimentaires. Pour les patients sous insuline, elle est nécessaire à l'adaptation du traitement en sécurité.

Nous disposons de nombreux modèles de lecteurs de glycémie capillaire, qui ont des fonctionnalités variables et peuvent souvent être connectés à une application.

Depuis 2016, des capteurs du glucose interstitiel sont disponibles et remboursés, ce qui a réellement révolutionné le quotidien des patients diabétiques de type 1.

Le capteur est placé sous la peau dans le derme (il fait quelques millimètres), pour une durée variable de 7 jours à 14 jours selon les modèles. Il mesure en continu le taux de glucose du liquide interstitiel (GI). Il est associé à un transmetteur qui est collé sur la peau et permet de récupérer les données de mesure et de les communiquer au patient (par l'intermédiaire d'un lecteur ou d'un smartphone). Le patient dispose donc d'une estimation approximative de sa glycémie sanguine en temps réel. Il informe principalement sur les tendances (variations).



Tout est une question de point de vue...



Le niveau de glucose **est stable**
(variation <1 ou 2 mg/dL/mn)
Glucose interstitiel = Glycémie capillaire



Le niveau de glucose **augmente**
(variation <1 ou 2 mg/dL/mn)
Glucose interstitiel < Glycémie capillaire



Le niveau de glucose **diminue**
(variation <1 ou 2 mg/dL/mn)
Glucose interstitiel > Glycémie capillaire

Comment interpréter les flèches de tendance ?



Taux de glucose en **augmentation rapide**
(plus de 2 mg/dL par minute)



Taux de glucose en **augmentation**
(entre 1 et 2 mg/dL par minute)



Modification lente du taux de glucose
(moins de 1 mg/dL par minute)



Taux de glucose en **augmentation rapide**
(entre 1 et 2 mg/dL par minute)



Taux de glucose en **augmentation rapide**
(plus de 2 mg/dL par minute)

Le GI renseigne sur le sens de variation de la glycémie dans le temps et peut aider à identifier et à maîtriser les facteurs influençant ces variations (activité physique, stress, maladie notamment). En cas d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie, ou si les symptômes ressentis ne correspondent pas aux résultats obtenus par le capteur sous-cutané, il est utile de compléter la mesure du GI par une mesure de la glycémie capillaire.

Les capteurs sont complètement remboursés chez les patients diabétiques de type 1, et seulement partiellement pour les diabétiques sous injections multiples (en convention diabétique). Aucun remboursement n'est prévu pour les patients en trajet de soin diabétique.



Insulinothérapie par pompe

La majorité des patients diabétiques de type 1 sont traités par injections multiples d'insuline, selon un schéma d'administration de type basal prandial : une insuline à action prolongée pour couvrir les besoins "de base" et une insuline à action (ultra) rapide pour couvrir chaque repas glucidique, avec donc un minimum de 4 injections par jour.

Les patients qui ne parviennent pas à équilibrer leur diabète de façon satisfaisante peuvent bénéficier d'une insulinothérapie par pompe, qui permet souvent d'améliorer leur diabète et leur confort quotidien.

Les pompes à insuline infusent en continu l'insuline par voie sous-cutanée, via un cathéter sous-cutané. Elles ont connu, ces dernières années, des progrès technologiques considérables, les derniers étant les pompes automatisées et la pompe patch.

Pompe avec algorithme ou pompe "intelligente"

Grâce à un algorithme complexe, la pompe décide en continu et de façon totalement automatisée la quantité d'insuline administrée au patient, sur base des informations reçues du capteur qui mesure en continu le glucose du tissu sous-cutané. Ce sont des systèmes dit semi- "boucle fermée". On garde le terme "semi" car le patient doit toujours intervenir aux moments des repas pour annoncer les glucides qui vont être consommés.

Cette pompe à insuline est proposée aux patients diabétiques de type 1 instables (importante variabilité glycémique, alternance d'hyperglycémies et d'hypoglycémies, parfois peu symptomatiques). Les

améliorations sont parfois spectaculaires, tant en termes de stabilisation glycémique que de qualité de vie.

L'investissement du patient pour apprendre l'utilisation de ce système est important. Il doit être motivé et préparé de façon rigoureuse lors de formations en groupe et en ambulatoire dans le service de Diabétologie.

Pompe Patch

Comme son nom l'indique, il s'agit d'une pompe collée sur la peau, se distinguant des pompes utilisées jusqu'à présent par l'absence de tubulure, de "fil", entre la pompe et le site d'implantation du cathéter sous-cutané. La pompe mesure 5 cm de long et 4 cm de large et pèse 26g (35g si elle est remplie d'insuline). Elle se place à tout endroit où une injection d'insuline peut être réalisée.

La pompe est commandée par une tablette de style "smartphone" via la technologie Bluetooth.

L'arrivée de la pompe patch permet d'élargir le public cible :

- _ aux patients diabétiques de type 1 dont la taille, et donc le caractère peu discret, d'une pompe classique rebute (public plus jeune)
- _ aux patients diabétiques de type 1 traités par un schéma d'insulinothérapie de type "basal prandial" qui sont souvent amenés à devoir réaliser des injections supplémentaires d'insuline ultra-rapide en cas de collation glucidique ou de montée glycémique (dose de correction)

Si la pompe patch n'est pas amenée à remplacer la pompe classique, elle constitue indiscutablement une technologie innovante permettant d'améliorer la gestion du diabète et le confort de vie au quotidien.

Stylos à insuline connectés

Depuis peu, les patients sous insuline peuvent bénéficier de stylos dits "connectés", c'est-à-dire qu'ils peuvent garder en mémoire et transmettre leurs données à une application mobile. Cela peut aider dans la gestion quotidienne de différentes manières :

- _ pour les distraits qui ne savent plus s'ils ont fait leur injection ou non
- _ pour être prévenu en cas d'oubli d'injection à un repas par exemple
- _ pour collecter les données et les analyser avec son médecin

Ces stylos sont disponibles gratuitement dans les conventions diabétiques et proposés aux candidats sélectionnés et intéressés.

Éducation au comptage des glucides ou insulinothérapie fonctionnelle

Lancée aux États-Unis il y a une trentaine d'années, l'insulinothérapie fonctionnelle ou IF supplante peu à peu, chez les diabétiques de type 1, l'insulinothérapie dite conventionnelle, qui est basée sur un schéma établi par le diabétologue pour son patient en fonction de la glycémie à jeun et qui suppose que les repas du patient vont être stables d'un jour à l'autre en termes de glucides consommés.

L'insulinothérapie fonctionnelle, en revanche, a pour but de reproduire aussi exactement que possible le fonctionnement naturel du corps, en ajustant les doses d'insuline à la quantité de glucides effectivement ingérés pendant les repas.

Le patient pratiquant l'IF doit dès lors calculer les glucides qu'il va consommer.

C'est plus simple qu'il n'y paraît. En divisant le poids des aliments par 2, par exemple, pour le pain – une tartine fait en moyenne 40 g et contient 20 g de glucides – ou par 5 pour les féculents cuits, c'est-à-dire les pâtes, les pommes de terre et le riz, on couvre déjà 80 % des glucides de l'alimentation. Tout cela est très bien expliqué dans un petit dépliant "*Le Glucidomètre**" disponible sur le site de l'Association Belge du Diabète (ABD).

Une fois le nombre de glucides connu, le patient peut utiliser des applications qui l'aide à définir le nombre d'unités à réaliser en fonction des paramètres que le médecin aura définis et encodés dans l'application (Ratio et Sensibilité).

Nouveautés thérapeutiques

Les options thérapeutiques se sont multipliées ces vingt dernières années, tant dans le diabète de type 1 que dans le diabète de type 2.

Nous disposons maintenant de traitements supérieurs en termes d'efficacité, de tolérance et même de sécurité voire de protection cardio-rénale.



Des médicaments plus puissants

Nous faisons référence aux **incrétines**, qui sont à notre disposition depuis une dizaine d'années. Cette classe thérapeutique utilisée dans le diabète de type 2 permet des réductions d'HbA1c de parfois plus de 1,5 % et permet souvent de retarder le passage à une thérapie insulinaire. Cette classe a également pour avantages majeurs de favoriser une perte de poids (par l'intermédiaire d'un ralentissement de la vidange gastrique) et de ne pas favoriser les hypoglycémies (qui, si elles apparaissent, sont liées à d'autres médicaments). Elles ont été disponibles d'abord en injections bijournalières (Byetta) puis en une injection par jour (Victoza) et enfin en une injection hebdomadaire (Bydureon, Trulicity, Ozempic). Depuis quelques mois, nous disposons également d'une forme orale (Rybelsus), intéressante notamment pour les patients réfractaires aux injections.

Ces thérapies sont remboursées chez le patient diabétique de type 2 qui présente une HbA1c supérieure à 7,5 % malgré un traitement à base de metformine (associée ou non à d'autres médicaments antidiabétiques) et qui présente une obésité définie par un IMC (Indice de Masse Corporelle) supérieur à 30 kg/m².

Des médicaments qui réduisent le risque cardio-rénal

Ce sont les médicaments **inhibiteurs du SGLT-2** qui ont inauguré dans ce domaine (Jardiance, Forxiga, Invokana). Ils ont prouvé chez les patients diabétiques de type 2 qu'ils réduisaient de façon très significative le risque cardio-vasculaire, et de façon rapide puisque l'effet se marquait déjà après quelques mois de traitement. C'est essentiellement par l'effet positif sur l'état de compensation cardiaque qu'ils ont pu obtenir un meilleur pronostic cardio-vasculaire. Dans un deuxième temps, l'effet protecteur rénal a été confirmé et a encore augmenté l'intérêt de cette classe chez nos patients. Si on ajoute le bon PROFIL de tolérance (hormis les mycoses génitales) et l'effet positif sur le poids, cela explique pourquoi cette classe thérapeutique a de plus en plus d'intérêt pour nos patients.

Le remboursement (chez le patient diabétique de type 2 uniquement) peut être accepté si la valeur d'HbA1c est supérieure à 6,9 % sous traitement préalable par metformine.

Les **incrétines** ont également pour la plupart un effet positif sur le risque cardio-vasculaire, et sont donc particulièrement indiquées en cas d'antécédent ou de très haut risque cardio-vasculaire.

Les analogues de l'insuline de dernière génération

L'industrie pharmaceutique a élaboré ces 20 dernières années des insulines analogues de plus en plus adaptées à la physiologie. Elles permettent d'améliorer le contrôle du diabète et de réduire le risque d'hypoglycémie, ce qui reste l'effet secondaire le plus redouté par les patients.

Ces analogues ont remplacé progressivement les insulines humaines, qui ne sont plus prescrites que dans des cas bien particuliers (corticothérapie, gastroparésie diabétique).

Deux **analogues lents** sont disponibles depuis quelques années : la Toujeo (qui est de la Lantus concentrée à 300 UI/ml) et la Tresiba. Elles ont une durée d'action encore prolongée par rapport aux analogues lents de première génération (Lantus et Levemir), proche de 48 heures, permettant une meilleure couverture, tout en réduisant le risque d'hypoglycémie notamment nocturne. Elles sont remboursées pour tous les types de diabète qui nécessitent une couverture en insuline lente.

Des **analogues ultra-rapides** ont enfin été mis à disposition (Fiasp, Lyumjev), qui par rapport aux précédents (Novorapid, Humalog, Apidra), sont résorbés plus rapidement dans le tissu sous-cutané avec un délai d'action raccourci de 5 à 10 minutes. Cela permet surtout de réduire le pic hyperglycémique post-prandial. Ils sont remboursés également aussi bien dans le diabète de type 1 que dans le type 2, chez les adultes et les enfants.

CONCLUSION

La diabétologie est une discipline en pleine évolution, et toutes les innovations développées ces dernières années nous permettent de gagner en efficacité et en adhérence thérapeutique, en individualisant les approches pharmacologiques, éducatives et technologiques.

Le diabète reste une maladie chronique, sévère, nécessitant un suivi régulier et multidisciplinaire. La technologie et les médicaments doivent bien sûr toujours être associés aux contacts médicaux et éducatifs.



Contacts :

- **Rendez-vous : 04 321 61 50**
- **Secrétariat : 04 321 70 93**
- **04 321 83 81 (Convention diabétique)**

L'hématurie : point de vue du néphrologue et de l'urologue



Dr Olivier **Lavergne**
Urologue

Dr Martial **Moonen**
Néphrologue - Chef de service, Médecine
interne et maladies infectieuses



Dr Hubert **Nicolas**
Chef de Service,
Urologie - Président du Département
de Chirurgie

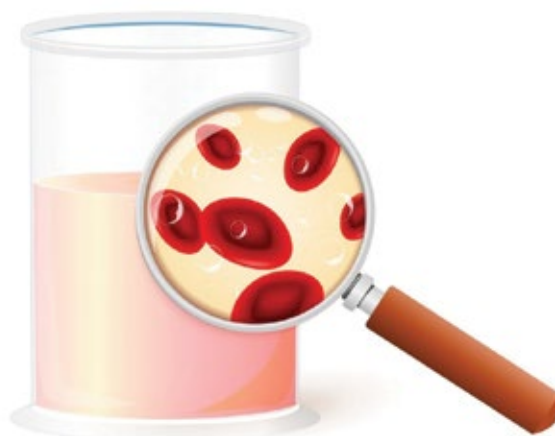
L'hématurie est un symptôme d'appel fréquent qui incite à référer le patient soit en urologie, soit en néphrologie. En fonction de la cause de l'hématurie, la prise en charge sera en effet différente. Si certaines étiologies peuvent sembler d'emblée évidentes, dans certains cas une démarche systématique de recherche étiologique est nécessaire.



Les causes de l'hématurie peuvent avoir pour origine l'ensemble de l'arbre urinaire. Nous distinguerons principalement les hématuries provenant de l'appareil urinaire haut : les reins, les cavités excrétrices et les uretères ; et les hématuries provenant de l'appareil urinaire bas : la vessie, la prostate, l'urètre.

Quel que soit le site d'origine de l'hématurie, il faudra faire la distinction entre une atteinte infectieuse (bactérie, mycobactérie, parasite, virus, champignon), une atteinte inflammatoire (glomérulonéphrite, pathologie systémique...), une atteinte tumorale ou néoplasique, une atteinte mécanique (lithiase...), une atteinte traumatique accidentelle ou iatrogène (procédures urologiques) ...

L'âge du patient, le caractère micro ou macroscopique de l'hématurie, le caractère permanent ou non, la fréquence, la durée, mais aussi les symptômes associés peuvent orienter le diagnostic.



Face à une hématurie microscopique, il est intéressant de s'assurer que l'analyse a été réalisée sur un prélèvement recolté de manière optimale : en dehors de la période menstruelle, à distance d'un exercice physique intense ou d'un traumatisme aigu. Si l'hématurie est confirmée, la recherche de signes évoquant une atteinte glomérulaire est nécessaire. Si ceux-ci ne sont pas présents, on recherchera les facteurs de risque carcinologiques et l'exploration sera complétée par une imagerie de l'arbre urinaire, y compris une cystoscopie si la cause n'est pas trouvée.

Il faut également toujours faire le diagnostic différentiel avec les fausses hématuries : menstruations, endométriose, médicamenteuses, pigmenturie...

Le premier outil de diagnostic est la tigelette urinaire. En cas de positivité pour le sang, il y a toujours lieu de faire une analyse quantitative de l'hématurie. Si le contrôle de laboratoire au microscope est négatif, on s'orientera vers une fausse hématurie. Si le contrôle est positif, la présence ou l'absence de signes associés seront d'une aide précieuse : douleurs abdominales unilatérales, présence de signes d'infection urinaire, autre marqueur pathologique sur la tigelette (leucocytes, nitrites, cylindres...). En cas d'infection urinaire, l'idéal est toujours de réaliser une culture urinaire pour confirmer l'infection avant de la traiter avec un traitement adapté. Il est toujours utile de reconstrôler l'urine au microscope environ six semaines après l'épisode aigu pour confirmer la disparition de l'hématurie.

Devant une hématurie macroscopique, l'aspect mérite d'être relevé : urines rosées, urines rouges, urines brunes, présence de caillots ? La présence de caillots dans l'urine signe pratiquement systématiquement une origine urologique. Dans ce cas, il est essentiel de prévoir rapidement un scanner abdomino-pelvien et un avis urologique. S'il n'y a pas de caillot, il faut rechercher des signes évoquant une origine glomérulaire : albuminurie présente, élévation de la créatinine sérique, présence de cylindres hématiques, présence de globules rouges dysmorphiques, hypertension artérielle, signe de surcharge hydrosodée. Dans ce cas, la référence en néphrologie est souhaitée rapidement.

En conclusion, toute hématurie qu'elle soit microscopique ou macroscopique nécessite une exploration et éventuellement une prise en charge. En dehors de cause évidente comme la lithiase rénale ou l'infection urinaire, toute hématurie doit être suivie et contrôlée. Devant la persistance de celle-ci, même face à un patient asymptomatique, le patient doit être référé soit vers l'urologue, soit vers le néphrologue en fonction des signes associés.



MST et infections de la sphère pelvienne. Quels bilan, mise au point et traitement ?



Dr Pierre **Carvelli**
Médecin spécialiste en formation
Gynécologie-Obstétrique



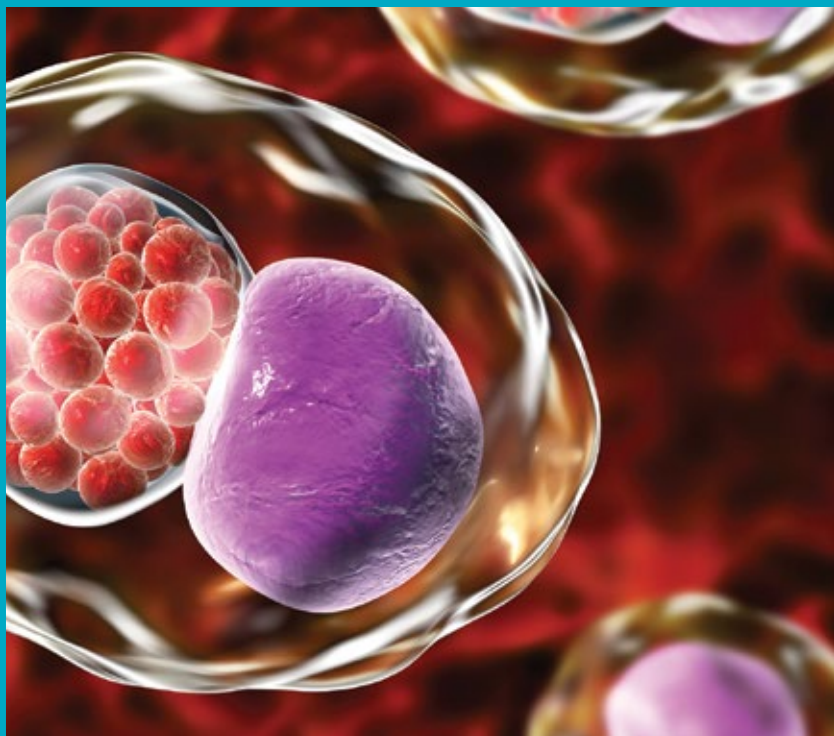
Dr Emilien **Grégoire**
Infectiologue



Pr Michelle **Nisolle**
Chef de service,
service universitaire de
Gynécologie-Obstétrique



Dr Jean-Marc **Senterre**
Chef de Service Adjoint
Biologie clinique



Les infections génitales hautes (IGH)

On retrouve les **endo-métrites**, les **infections tubaires** (salpingites) et les **collections purulentes** pelviennes caractérisant les formes compliquées : pyosalpinx, abcès tubo-ovariens, et pelvipéritonites. Les **endocervicites** sont souvent le point de départ, font anatomiquement partie des IGH et résultent habituellement d'une contamination par voie ascendante.⁽¹⁾

Étiologies

La contamination se fait quasi exclusivement par voie génitale ascendante. On distingue les germes sexuellement transmissibles de ceux issus de la flore vaginale et des infections nosocomiales.

Principaux germes transmis sexuellement :

– **Chlamydia trachomatis** (CT) : le risque de développer une IGH à partir d'une chlamydie urogénitale basse est mal connu⁽²⁾

- 20 % des femmes ainsi atteintes feraient une IGH,
- 3 % développeraient une stérilité séquellaire, CT étant le pathogène potentiellement le plus délétère pour les trompes de Fallope,
- 2 % une grossesse extra-utérine (GEU).

– **Gonocoque** : *Neisseria gonorrhoeae* (NG) est un diplocoque à Gram négatif très contagieux infectant essentiellement chez la femme le col utérin.

– **Mycoplasma genitalium** : (MG) jamais présent à l'état commensal dans la flore vaginale.⁽³⁾

Les autres germes : les aérobie, les entérobactéries, les streptocoques

(1) Bouquier J, Fauconnier A, Fraser W, Dumont A, Huchon C. Diagnostic d'une infection génitale haute. Quels critères cliniques, paracliniques ? Place de l'imagerie et de la coelioscopie ? J Obstet Gynecol Obstet Biol Reprod 2012;41:835-49.

(2) Paavonen J, Eggert-Kruse W. C. *trachomatis*: impact on human reproduction. Hum Reprod Update 1999;5:433-7.

(3) De Barbeyrac B, Bernet-Poggi C, Febrer F, Renaudin H, Dupon M, Bébéar C. Detection of *M. pneumoniae* and *M. genitalium* by polymerase chain reaction in clinical samples. Clin Infect Dis 1993;17(Suppl. 1):S83-9.

Diagnostic d'une infection génitale haute

– Signes fonctionnels et anamnèse : **douleurs pelviennes, leucorrhées**, douleurs de l'hypocondre, fièvre (rare en cas d'IGH non compliquée, >38.5, il faut rechercher un IGH compliqué), métrorragie, dyspareunie, signes urinaires, syndrome rectal. Recherche des facteurs favorisants : antécédents d'**IST, activité sexuelle**, mode de contraception, **DIU**, acte chirurgical, **exploration** endo-utérine, accouchement récent.

– **Le diagnostic clinique** d'une IGH non compliquée est souvent difficile : au spéculum, il existe souvent une cervicite. Le **toucher vaginal** révèle une douleur lors de la **palpation et mobilisation utérine** et/ou **annexielle**.

– Examens complémentaires :

- **Microbiologique** : indispensable ; consiste en un prélèvement endovaginal (recherche par PCR de CT, NG et MG + examen direct).
- **Examen biologique** : l'hyperleucocytose est plus souvent retrouvée dans les formes compliquées. La **CRP** est souvent majorée et son taux est corrélé à la sévérité de l'IGH.

• Imagerie :

- **Échographie** : plus sensible pour les formes compliquées. On retrouve des critères d'IGH : paroi tubaire, franges épaissies, aspect tubaire en roue dentée, abcès tuboovarien et un épanchement péritonéal. Examen de première ligne intéressant mais peu sensible.
- **Tomodensitométrie abdomino-pelvien** : utile dans le cadre des urgences pour les formes compliquées pour distinguer une autre origine de l'infection.
- **Cœlioscopie diagnostique** : permet de faire le **diagnostic**, de caractériser le type d'IGH, de faire les prélèvements bactériologiques et de donner un **pronostic** en constatant les adhérences déjà présentes et l'état des trompes. Elle permet des gestes **thérapeutiques** : drainage de la charge bactérienne, lever les adhérences... Mais elle n'aide pas au diagnostic des endométrites et salpingites et s'accompagne d'un risque de morbi-mortalité. Donc le recours à la cœlioscopie **ne doit pas être systématique** pour les formes non compliquées.

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) a publié des recommandations pour la pratique clinique qui comprennent un modèle diagnostique des IGH basé sur l'**interrogatoire**, l'**examen clinique** et l'**échographie**⁽⁴⁾ (Figure 1). Ce modèle est basé sur la présence d'un des deux critères majeurs de l'examen clinique que sont la **douleur à la mobilisation utérine** et la **douleur annexielle provoquée**.

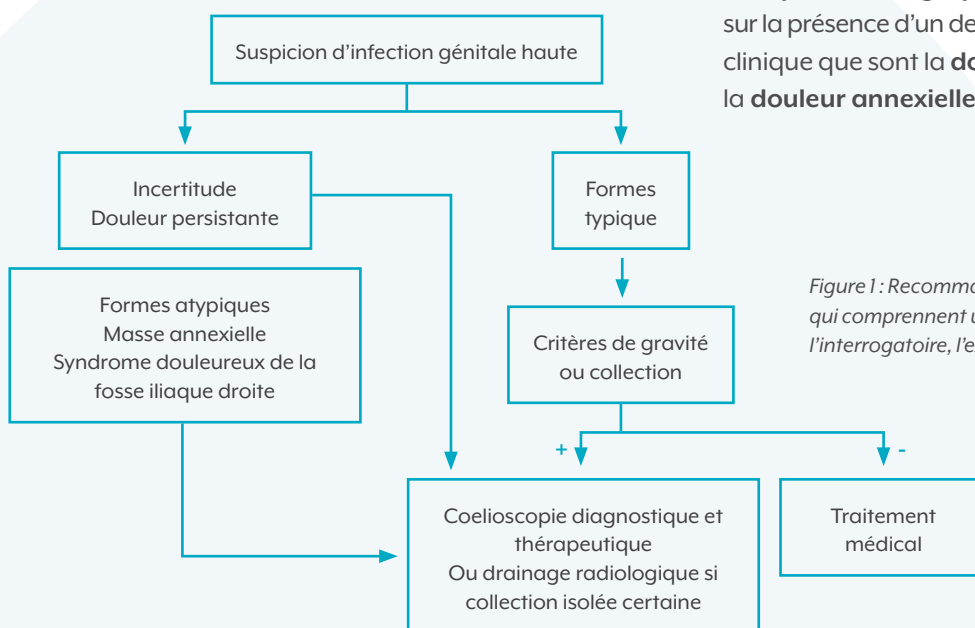


Figure 1 : Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) qui comprennent un modèle diagnostique des IGH basé sur l'interrogatoire, l'examen clinique et l'échographie.

(4) Judlin P, Huchon C, Quentin R, Bourret A, Garbin O, Derniaux E, et al. Infections génitales hautes. EMC - Gynécologie 2015;10(4):1-16 [Article 470-A-10].

Traitement et prise en charge

Pour les formes non compliquées, le traitement doit être débuté sur base clinique dès la suspicion évoquée pour limiter le risque de séquelles : stérilité tubaire, GEU, douleur pelvienne chronique.⁽⁵⁾

Une thérapie à large spectre, qui doit couvrir le chlamydia trachomatis, le neisseria gonorrhoeae, les anaérobies, les entérobactéries, les streptocoques et le mycoplasme genitalium, est administrée en ambulatoire.

Schéma antibiotique⁽⁶⁻⁷⁾ (alternatives Figure 2) :

- _ Ceftriaxone 500mg ou 1g IM 1 dose,
- _ Doxycycline 100mg 2x/J P,10/14 jours,
- _ Métronidazole 500mg 2x/J PO 10/14 jours,
- _ Réévaluation à J3-J5 : évolution clinique, qualité de l'observance, résultat microbiologique et adaptation du traitement si germe retrouvé.

Traitement du partenaire :

Le traitement du partenaire est systématique en cas d'infection à germe sexuellement transmissible. En cas de chlamydie, l'azithromycine monodose (1g en une prise unique). En cas de gonococcie, compte tenu des recommandations actuelles, injection intramusculaire de 500mg de ceftriaxone. Rapports sexuels protégés pendant 10 à 15 jours et jusque résolution des symptômes de PID.

Critères d'hospitalisation⁽⁵⁾ :

Incertitude diagnostique, sévérité de la présentation clinique (sepsis, intensité des douleurs), présence ou suspicion d'abcès tubo-ovarien, signes digestifs faisant anticiper une difficulté de prise orale, situation psychologique ou sociale faisant craindre une inobservance, grossesse, échec de traitement oral, patiente, immunodéprimée.

Suivi des patientes :

Le taux de récurrence est de 15-21 % avec un haut taux de réinfection, diminué par un suivi adéquat.

Potentielles complications à long terme : infertilité, douleur pelvienne chronique (30 %), risque de GEU. Toutes les patientes présentant un IGH doivent être testées pour chlamydia, gonocoque (mycoplasme genitalium), HIV, hépatites et syphilis.

Il est intéressant de prélever un frottis vaginal après 3-6 mois (germe banal), avant insertion d'un DIU, avant une IVG ou avant une hystéro-salpingographie. Une PCR vaginale 3 à 6 mois après une IGH due à une IST est proposée pour éliminer une infection persistante ou une réinfection.

(5) *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2019. J-L Brun et al.

(6) I.Kimberly A. Workowski et al. *Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021*. *MMWR Recomm Rep* 2021;70(No. 4)

(7) I.Savaris RF, Fuhrich DG, Maissiat J, Duarte RV, Ross J. *Antibiotic therapy for pelvic inflammatory disease*. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Aug 20;8(8):CD010285. doi: 10.1002/14651858.CD010285.pub3. PMID: 32820536; PMCID: PMC8094882.

	Antibiotiques	Posologie ^a	Voie	Durée ^b	Remarques	
Externe 1 ^{re} intention	ceftriaxone	1 g	IM	1 fois	Schéma couvrant NG, CT et anaérobies, ainsi que BGN et streptocoques sur 24 à 48 h	
	+ doxycycline	100 mg x 2/j	PO	10 j		
	+ métronidazole	500 mg x 2/j	PO	10 j		
Externe Alternatives	ofloxacin	200 mg x 2/j	PO	10 j	AMM pour ofloxacin à 400 mg/j, plutôt que littérature rapportant 800 mg/j	
	+ métronidazole	500 mg x 2/j	PO	10 j		
	+/- ceftriaxone ^c	1 g	IM	1 fois		
	lévofloxacin ^d	500 mg/j	PO	10 j	Pas d'AMM pour lévofloxacin, aussi efficace qu'ofloxacin	
	+ métronidazole	500 mg x 2/j	PO	10 j		
	+/- ceftriaxone ^c	1 g	IM	1 fois		
Hospitalisation 1 ^{re} intention	ceftriaxone	1 g/j	IV	1 fois	Schéma couvrant NG, CT et anaérobies, ainsi que BGN et streptocoques sur 24 à 48 h	
	+ doxycycline ^f	100 mg x 2/j	IV, PO	10 j		
	+ métronidazole ^f	500 mg x 2/j	IV, PO	10 j		
Hospitalisation Alternatives	doxycycline	100 mg x 2/j	IV, PO		Relais oral après 24 h d'amélioration ; céfoxitine efficace sur anaérobies	
	+ céfoxitine	2 g x 4/j	IV			
	<i>puis relais par</i> doxycycline	100 mg x 2/j	PO	10 jours		
	+ métronidazole	500 mg x 2/j	PO	10 jours		
	clindamycine	600 mg x 3/j	IV		Clindamycine efficace sur CT et anaérobies ; gentamicine efficace sur BGN et NG	
	+ gentamicine	5 mg/kg/j	IV			≤ 3 jours
<i>puis relais par</i> clindamycine	600 mg x 3/j	PO	10 jours			

Figure 2 : Antibiothérapie alternative du traitement des IGH non compliquées

Take home messages :

- _ Les signes d'appel d'IGH doivent conduire à un examen clinique gynécologique, un prélèvement vaginal microbiologique et une échographique gynécologique.
- _ Sans critère d'hospitalisation et sur base clinique, un traitement large spectre est mis en place.
- _ Les résultats microbiologiques orientent l'antibiothérapie et la nécessité de traiter le partenaire.
- _ Ce traitement et un suivi approprié permettent d'éviter un bon nombre de complications : abcès tubo-ovariens, infertilité, GEU et douleurs chroniques pelviennes.

Comment préparer au mieux votre patient à une intervention chirurgicale ?



Dr Sabine **Almer**
Chef de service adjoint, Gériatrie

Dr Christophe **Dugauquier**
Cardiologue



Dr Jean-Marc **Minon**
Thrombose-hémostase,
Président du Comité de transfusion

Éric **Müller**
Gestionnaire des séjours



Dr Ludovic **Royer**
Anesthésiste-réanimateur

L'évaluation préopératoire est une opportunité pour réduire le risque de morbidité per et post-opératoire. Elle permet d'anticiper les complications potentielles et de proposer des mesures préventives. Elle devrait commencer au cabinet du médecin traitant en concertation multidisciplinaire avec les médecins hospitaliers (anesthésiste, cardiologue, gériatre, chirurgien, hémostasien-médecine transfusionnelle).



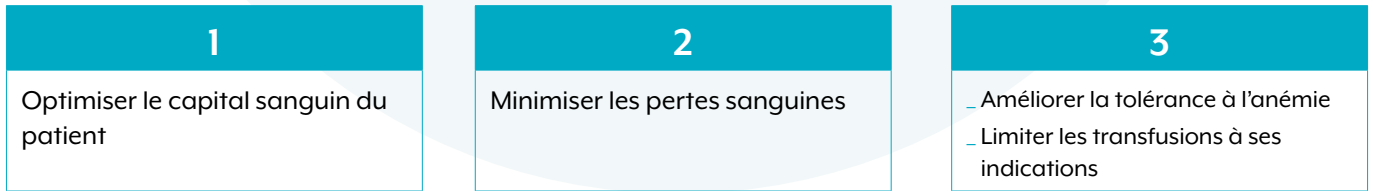
L'anémie et la transfusion sont associées avec la morbi-mortalité postopératoire et la durée de séjour. La sécurité du patient et l'amélioration de la qualité des soins nécessitent ainsi la mise en œuvre d'un programme de **gestion du sang du patient**. Celle-ci repose sur trois piliers :

- _ Le 1^{er} est l'**optimisation du capital sanguin du patient** en prenant en charge l'anémie préopératoire (la détecter, identifier les causes, la corriger avant l'intervention).
- _ Le 2^e pilier consiste à **minimiser les pertes sanguines** en prévenant et corrigeant les anomalies de l'hémostase par la gestion des anticoagulants, antiagrégants et interactions médicamenteuses aggravant saignement et anémie.
- _ Le 3^e pilier vise à **améliorer la tolérance à l'anémie** en optimisant le débit cardiaque, la ventilation, l'oxygénation, prévenir et traiter rapidement les infections, en proposant des alternatives à la transfusion.

La personne âgée est à risque accru de complications postopératoires et nécessite au-delà du bilan somatique usuel, une évaluation fonctionnelle approfondie. Enfin, au-delà de l'approche médicale, la satisfaction du patient repose également sur la bonne organisation administrative de son séjour à l'hôpital. Ces différents aspects seront détaillés par les différents intervenants.

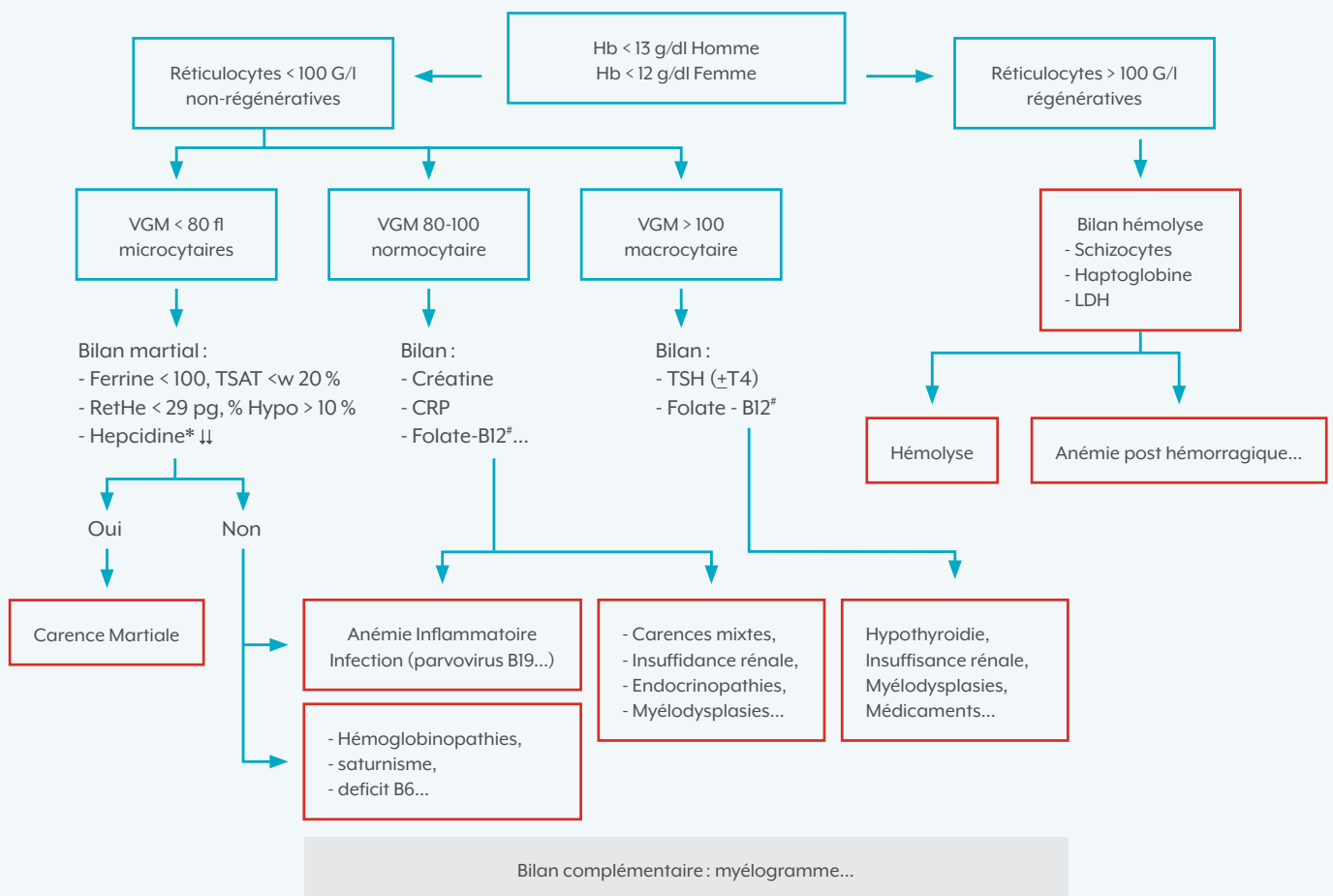
Les trois piliers de la gestion du sang du patient

Sécurité du patient



Dépistage de l'anémie et de la carence martiale préopératoires

Ce dépistage devrait être proposé systématiquement et suffisamment tôt (4 à 8 semaines) en cas de chirurgie à risque hémorragique. En l'absence de risque hémorragique, il convient également de rechercher l'anémie en cas de chirurgie majeure et en présence d'une fragilité.

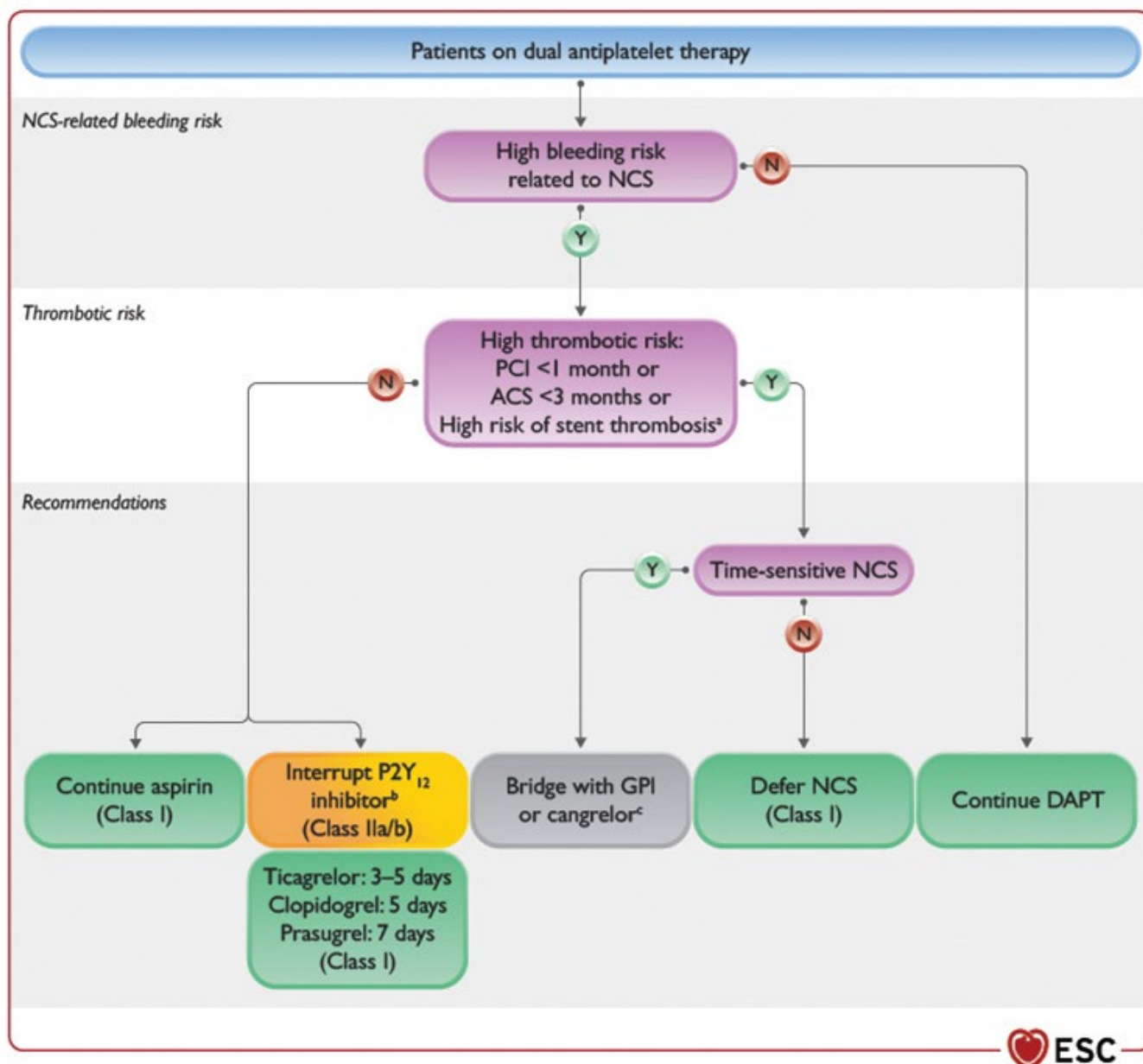


Une anémie sans cause évidente nécessite un bilan étiologique spécialisé. En présence d'une anémie carencielle, la supplémentation sera réalisée le plus tôt possible avant l'intervention.

Minimiser les pertes sanguines pendant la chirurgie

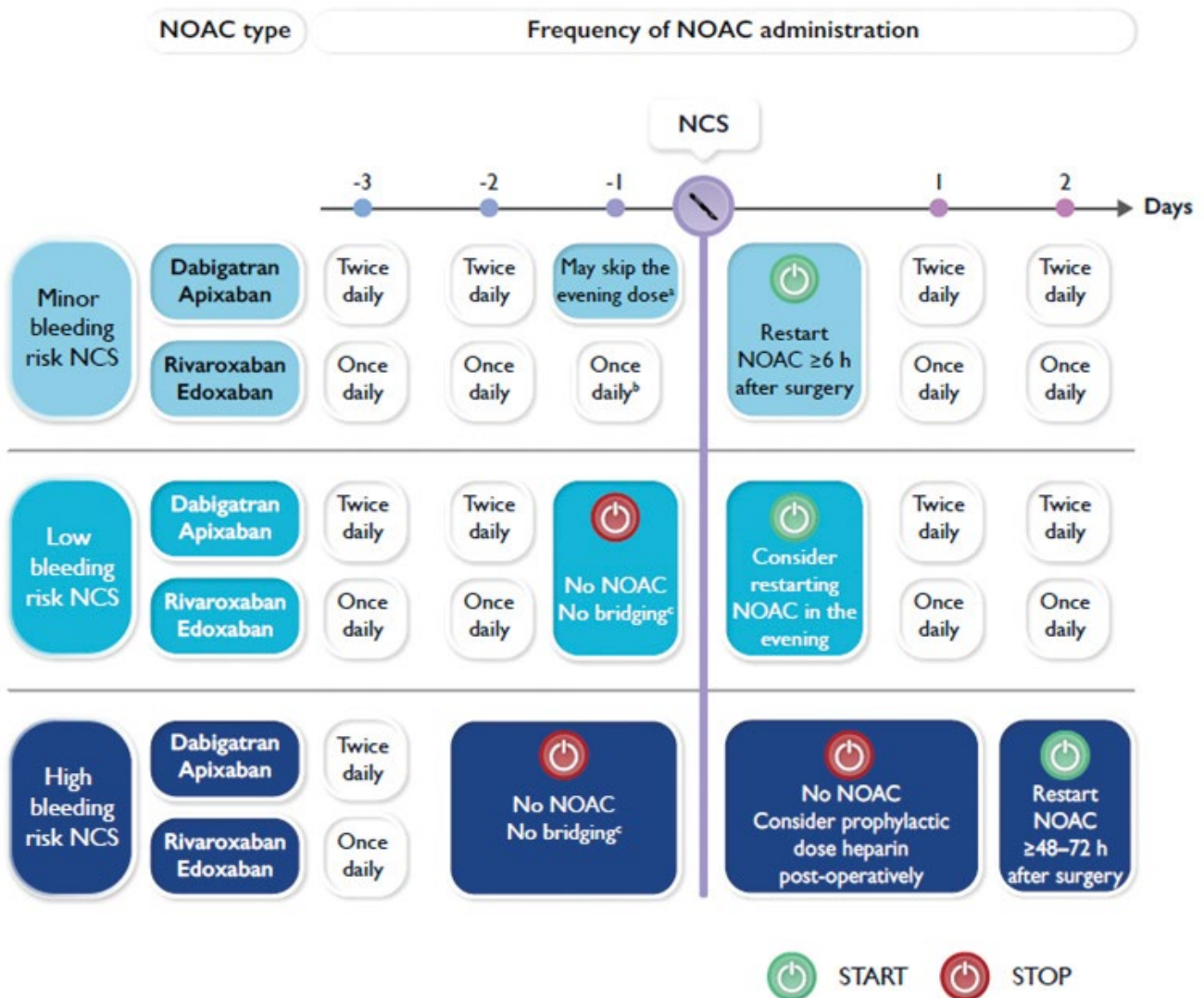
En présence d'une chirurgie programmée, notre rôle consiste à prévenir l'hémorragie en évaluant le risque hémorragique et en adaptant, le cas échéant, les traitements antiagrégants (AAP) et anticoagulants (AC). Cette adaptation tient compte également de l'indication du traitement initial. En cas de moindre doute, il ne faut pas hésiter à en discuter avec le confrère qui a instauré le traitement initial.

La plupart des chirurgies peuvent être réalisées sous aspirine "faible dose", donnée en prévention cardiovasculaire secondaire. En effet, elle ne majore pas de manière significative le risque hémorragique. Si l'interruption des AAP est indiquée, ils doivent être arrêtés de la manière suivante : dernière prise d'aspirine à J-3 (J0 le jour de l'acte invasif), J-5 pour le clopidogrel et ticagrelor, J-7 pour le prasugrel.



La durée d'interruption des anticoagulants sera modulée par la fonction rénale du patient. Le tableau repris ci-dessous est valable en présence d'une fonction rénale avec une clearance de la créatinine (Gault-Cockcroft) > 80 ml/min pour le dabigatran et > 50 ml/min pour l'apixaban, edoxaban et rivaroxaban. En deçà, les intervalles peuvent être allongés selon le risque/bénéfice de la procédure.

Stopping and re-initiation of NOAC therapy in elective NCS according to the periprocedural risk of bleeding in patients with normal renal function



Et le patient âgé ?

Les modifications physiologiques liées au vieillissement et les comorbidités jouent un rôle essentiel dans la tolérance des patients âgés aux interventions chirurgicales. L'évaluation préopératoire fonctionnelle au cabinet permet de préciser le risque péri-opératoire des patients âgés, et de conduire à la mise en place de mesures susceptibles de réduire l'incidence des complications.

L'outil des 6M est une base utile pour cette évaluation avec les mesures préventives qui en découlent.

Critères de fragilité (6 M)	Complications post opératoires (CPO) et outil de dépistage (OD)	Mesures préventives
1. Mémoire (Troubles cognitifs)	<ul style="list-style-type: none"> _ CPO doublées dans les 6 mois _ OD : miniCOG, MMSE... 	<ul style="list-style-type: none"> _ Hydratation, O2, maintien rythme jour-nuit, lunettes, appareil auditifs, _ Antalgie + arrêt psychotropes, bzd, antihist... _ Consultation gériatrique pro active (étude cochrane)
2. Moral (Dépression)	<ul style="list-style-type: none"> _ Mortalité augmentée (PAC), associée à une consommation accrue d'antalgiques _ OD : miniGDS (4 questions) 	Accompagnement psychologique (mais pas d'étude avec évidence)
3. Manger (Dénutrition)	<ul style="list-style-type: none"> _ Risque accru complications infectieuses (plaies, pulmonaires, urinaires) _ OD : MNA 	<ul style="list-style-type: none"> _ Intervention diététicienne _ Aide du centre de nutrition clinique (CNN) _ Suppléments nutritifs oraux 10 à 14 jours pré op (diminution morbidité et durée de l'hospitalisation)
4. Médication (Polymédication)	<ul style="list-style-type: none"> _ Danger des interactions _ Risque de confusion (BZD, antihist., antichoc...) _ OD : Stop & Start, critères de Beers 	<ul style="list-style-type: none"> _ Tri médicamenteux _ ATTENTION antichoc., antiPK, psychotropes, Bbloquants, AINS, qu'indolores, tegretol® ...
5. Maison (Dépendance fonctionnelle)	<ul style="list-style-type: none"> _ Dépendance = marqueur de mortalité accrue _ (Perte fonctionnelle post op pas claire) _ OD : ADL, IADL 	<ul style="list-style-type: none"> _ Stimulation, entourage _ Prise en charge ergothérapeutique
6. Mobilité	<ul style="list-style-type: none"> _ Augmentation des CPO et réadmissions dans les 30 jours, risque d'institutionnalisation _ OD : anamnèse (nombre de chute 6 mois) et vitesse de marche (test prédictif : > ou = 6 sec / 5 m -> CPO multipliées par 3) 	Psychothérapie multimodale

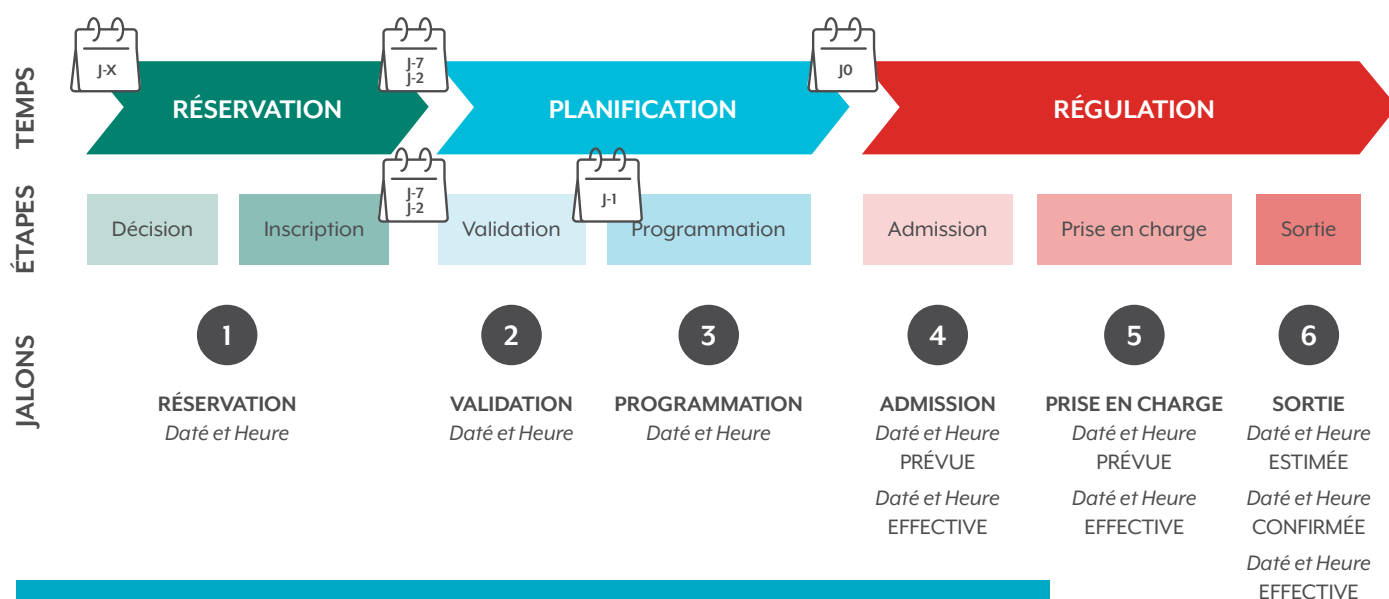
Source : adaptation d'un tableau de l'article "Evaluation préopératoire des patients âgés", revue médicale Suisse 449, 2014

La coordination de l'hospitalisation de vos patients

Le Centre de Coordination des Séjours (CSS), au service de l'ensemble des collaborateurs de l'hôpital, est un élément clé pour programmer et organiser l'admission de tout patient qui doit bénéficier d'un acte invasif ou d'une chirurgie programmée. Il optimise le trajet patient durant son séjour à l'hôpital.

Le CSS, en relation avec l'ensemble des parties prenantes (secrétariats, blocs opératoires, unités de soins, équipes médicales et soignantes, service sociale...):

- _ **Valide** les données relatives à l'hospitalisation de chaque patient
- _ **Programme** le séjour du patient (par exemple la veille de l'admission, le CCS contacte chaque patient pour l'informer de son heure d'admission en fonction de l'heure de son intervention chirurgicale
- _ **Régule** les hospitalisations programmées et urgentes



Le Centre de Coordination des Séjours est :

- _ Opérationnel la semaine de 8 à 18h, le week-end et les jours fériés de 8 à 16h
- _ Accessible la semaine au 04 321 52 35

Références

- _ Gestion du capital sanguin en pré, per et postopératoire et en obstétrique. Recommandation de bonne pratique, HAS, juillet 2022
- _ Gestion et prévention de l'anémie (hors hémorragie aigüe) chez le patient adulte de soins critiques. SFAR et SRLF, S Lasocki et al, 2019
- _ ESC Guidelines on cardiovascular and management of patients undergoing non-cardiac surgery, J Mehilli et al, EHJ 2022
- _ Evaluation préopératoire des patients âgés. M. Humbert et al, Rev Med Suisse 2014

Actualités en rythmologie



Dr Cynthia **Barbraud**
Cardiologue

Dr Jean-Manuel **Herzet**
Chef de service adjoint,
Cardiologie



Dr Pascale **Servais**
Chef de service adjoint,
Gériatrie

Évoquer l'actualité demande de se pencher sur l'histoire de la discipline évoquée dans cet article. La cardiologie évolue rapidement et on peut la raconter en trois épisodes.

Le premier âge de celle-ci était braqué sur les **pathologies valvulaires inflammatoires** dont le rhumatisme articulaire aigu et ses répercussions valvulaires. Les antibiotiques nous ont débarrassés de ces pathologies, du moins dans nos contrées.

Le deuxième âge s'est focalisé sur la **maladie coronarienne et la cardiopathie ischémique**. Le progrès des techniques de revascularisation par angioplastie et par chirurgie a permis de contrôler au mieux ces situations. Les traitements par statines et les campagnes de prévention, notamment du tabagisme, font diminuer l'incidence de celles-ci.

Nous sommes maintenant entrés dans le **troisième âge**, lié en grande partie à l'augmentation de l'espérance de vie, qui est celui des **pathologies dégénératives**. On citera entre autres les valvulopathies aortiques, l'insuffisance cardiaque et bien sûr la fibrillation auriculaire.

Concernant cette arythmie, les progrès ont été impressionnants.

Alors que la rythmologie commençait son essor en traitant les arythmies par ré-entrée, que ce soit des tachycardies nodales, des flutters ou des syndromes de Wolf-Parkinson-White, la révolution fut, une nouvelle fois, française.

Les travaux du Professeur Michel Haissaguerre à Bordeaux, à la fin des années 1990, ont ouvert la porte à une prise en charge invasive et efficace de cette pathologie qui est l'arythmie la plus fréquemment rencontrée. On considère qu'après soixante ans, une personne sur quatre est susceptible de souffrir de celle-ci.

Les progrès technologiques de l'isolation des veines pulmonaires ont été rapides et permettent maintenant un traitement efficace et sans complication.

Le laboratoire de rythmologie de l'hôpital de la Citadelle a été créé à l'initiative de Jean Boland, alors chef de service de cardiologie, et grâce au talent de Jean-Louis Waucquez.

Après une formation à l'Université de Maastricht, la mission de développer ces techniques a été confiée au Dr Jean-Manuel Herzet.

L'équipe de rythmologie a été renforcée par l'arrivée du Dr Liliana Stefan puis celle du Dr Cynthia Barbraud.

Suivant l'évolution rapide de la science, les techniques d'ablation ont évolué et nous avons eu à cœur de faire grandir la compétence et le volume d'activité du centre de rythmologie de la Citadelle.

Commençant, comme les autres laboratoires, par l'utilisation de la radiofréquence, nous avons développé une expertise en cryoablation.

À l'heure actuelle, nous sommes le seul centre francophone belge à disposer de la technique d'électroporation. Cette avancée permet un traitement encore plus efficace de la fibrillation auriculaire et diminue encore le risque de complication.

Mais notre activité ne se limite pas à cette seule arythmie.

Le Dr Liliana Stefan et le Dr Cynthia Barbraud ont acquis une expertise reconnue dans l'ablation des arythmies ventriculaires ainsi que dans la stimulation par pacemaker de la branche gauche du faisceau de His.

L'implantation de pacemakers sans sonde est aussi devenue une pratique régulière, ainsi que l'implantation de prothèses de fermeture de l'auricule gauche.

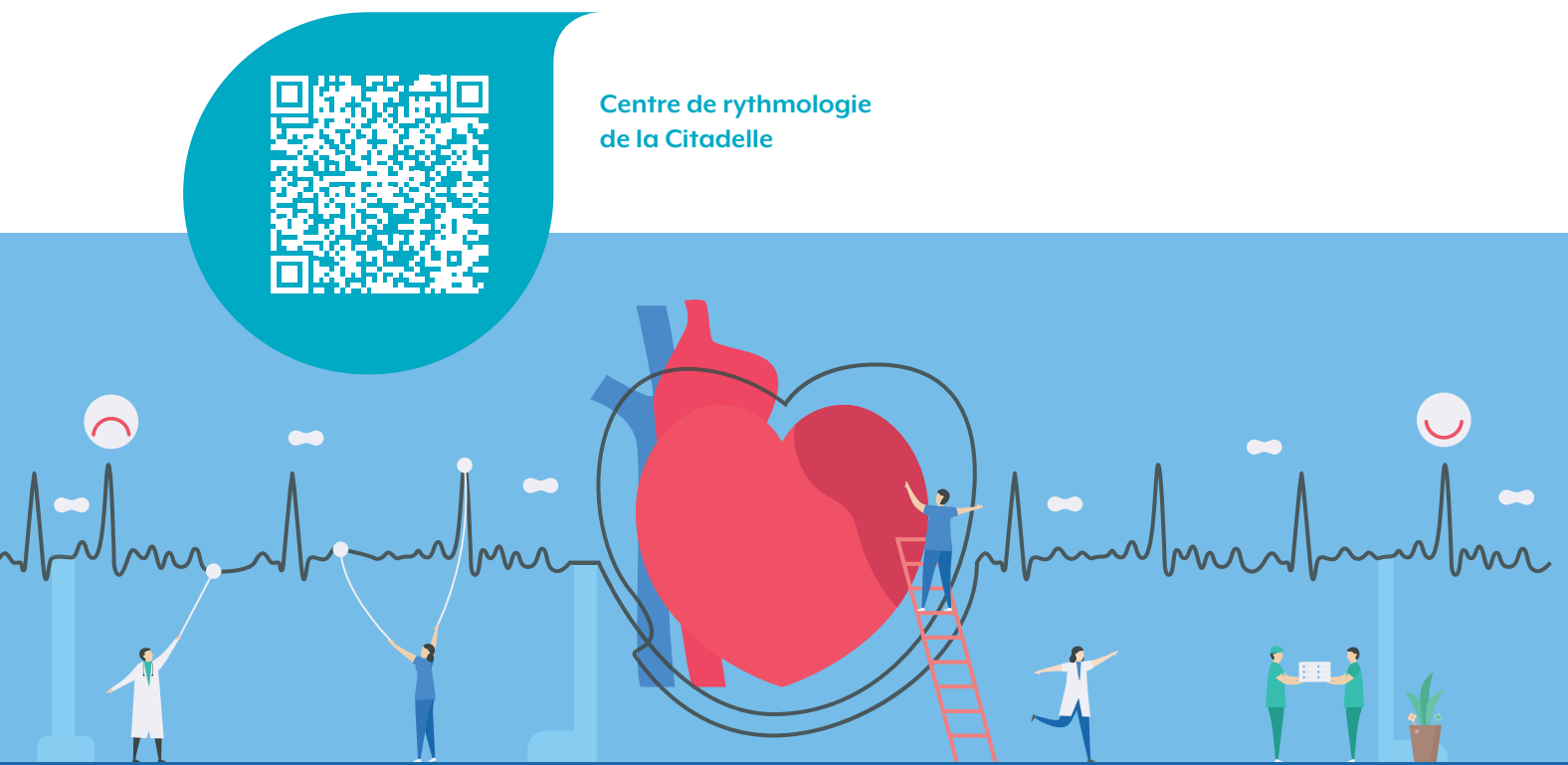
En collaboration avec nos collègues du centre de l'insuffisance cardiaque, développé par le Dr Pierre Troisfontaines, la resynchronisation et l'implantation de pacemakers défibrillants sont pratique courante.

Le développement de ces techniques et de ces compétences font que l'activité rythmologique croît de façon majeure et place l'hôpital de la Citadelle dans le peloton de tête de cette discipline.

Une meilleure prise en charge, axée sur le patient et dans son intérêt, est le but de cette croissance.



Centre de rythmologie
de la Citadelle



Séjours prolongés aux soins intensifs. Quelles suites pour les patients ?



Dr Sandrine **Boccar**
Pneumologue intensiviste

Jean-Marc **Grailet**
Psychologue



Adélaïde **Meis**
Infirmière SIAMU aux soins intensifs

Un séjour aux soins intensifs est souvent une étape déterminante dans la prise en charge d'un patient, dans la vie d'un être humain, avec des conséquences malheureusement parfois fatales. Le taux de survie aux soins intensifs est toutefois en augmentation ces dernières décennies, en rapport avec l'amélioration de la compréhension de certaines pathologies graves et le développement de techniques de support et de traitement de plus en plus élaborées et ciblées, permettant de suppléer aux fonctions vitales plus longtemps et de manière plus efficace. Cette épreuve n'en reste pas moins potentiellement traumatisante, pouvant laisser de lourdes séquelles et impacter ainsi la qualité de vie ultérieure du patient.



Le "Syndrome Post-Soins Intensifs" ou PICS (Post Intensive Care Syndrome)

Il s'agit d'une association de symptômes physiques, cognitifs et psychologiques pouvant toucher des patients ayant été plus ou moins longuement hospitalisés dans un service de soins intensifs. Sur le plan physique, il pourra persister une faiblesse musculaire importante (amyotrophie liée à l'effet catabolisant de la pathologie aiguë, aux traitements (sédatifs, curares), à l'immobilisation prolongée, à la polyneuropathie des soins intensifs) limitant la mobilité et l'autonomie fonctionnelle. Sur le plan cognitif, on retrouvera, par exemple, des troubles mnésiques, attentionnels, exécutifs et des pertes de fluidité du langage. Sur le plan psychologique, des troubles anxiodépressifs et un syndrome de stress post-traumatique (PTSD) ont été observés chez un bon nombre de patients, avec parfois la persistance d'hallucinations, de visions ou de cauchemars. Des troubles importants du sommeil ont été également rapportés. Ces signes et symptômes, notamment cognitifs et psychologiques, ne sont pas toujours évidents à détecter, sont parfois banalisés ou refoulés par le patient et/ou son entourage, ou encore masqués par un sentiment de gratitude que tout individu pourrait ressentir après avoir survécu à une expérience potentiellement mortelle.

En 2019, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) a lancé une étude, toujours en cours actuellement, sur la prévention du PICS (Étude 2019-12 (HSR) Prévention et prise en charge du syndrome post-soins intensifs (post-intensive care syndrome or PICS | KCE (fgov.be))).

En 2020, le Centre a publié un rapport sur le sujet à destination des médecins généralistes (Rapport sur le syndrome post-soins intensifs (PICS) à destination des médecins généralistes | KCE (fgov.be)), afin de les sensibiliser au problème et leur fournir une aide à son dépistage et à sa prise en charge.



Le PICS décrit comme tel fait son apparition dans la littérature en 2010 et la fréquence des publications depuis lors sur le sujet est en augmentation exponentielle, notamment ces deux dernières années en rapport avec la pandémie de Covid-19.

Différents tests cliniques et questionnaires ont été validés scientifiquement comme outils de dépistage des différentes composantes du PICS. Certains d'entre eux peuvent être rapidement réalisés dans un cabinet de consultation en médecine générale pour le dépistage. Un bilan plus complet requiert l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire.

Consultations post-soins intensifs

À l'instar de ce qui se fait déjà depuis plusieurs années notamment à l'Hôpital Erasme et au CHU de Liège en Wallonie, l'hôpital de la Citadelle a souhaité également mettre en place une consultation de suivi pour les patients ayant séjourné longuement aux soins intensifs. Cette consultation est généralement construite sous forme d'une évaluation du patient à travers des tests et questionnaires validés ainsi qu'une écoute et une discussion orientée sur le séjour et l'évolution globale depuis la sortie de l'hôpital. L'objectif est de pouvoir détecter un éventuel PICS et proposer au patient un soutien supplémentaire à la sortie ainsi que des pistes de prise en charge au médecin généraliste. Il ne s'agit en aucun cas de remplacer les prises en charge déjà proposées dans les centres de revalidation ou par le médecin généraliste, mais plutôt de les compléter au besoin. Un autre objectif est d'améliorer la communication entre les différents intervenants dans le suivi du patient après sa sortie des soins intensifs puis sa sortie de l'hôpital, là où le médecin généraliste occupe un rôle central.



L'équipe de "liaison post-soins intensifs" à l'hôpital de la Citadelle

C'est dans le courant de l'année 2021 que le projet est né au sein de notre institution, pour aboutir finalement à la constitution, début de l'année 2022, d'une équipe pluridisciplinaire composée de deux médecins (les docteurs Sandrine Boccar et Vincent Fraipont), trois infirmières (Adélaïde Meis, Laura Canesse et Catherine Denis), deux kinésithérapeutes (Marie-Noëlle Verhees et Youssef El Wadih) et un psychologue (Jean-Marc Grailet). L'équipe des diététiciens est également disponible si nécessaire. Nous avons choisi de proposer ce suivi aux patients ayant été hospitalisés plus de 6 jours dans notre service de soins intensifs. Ce suivi se fait sous forme d'une première évaluation juste avant la sortie de l'hôpital, puis d'une consultation programmée à trois mois de la sortie et réitérée au besoin (par exemple à 6 mois). Les consultations ont débuté en juillet dernier. Un rapport de consultation reprenant notamment les résultats des différents tests et une conclusion avec quelques pistes de prise en charge est rédigé à l'attention du médecin traitant et des médecins spécialistes impliqués dans le suivi des patients.

CONCLUSION

Le PICS était une entité méconnue il y a quelques années mais dont l'importance est de plus en plus reconnue notamment depuis la pandémie de Covid-19. La sensibilisation du personnel soignant hospitalier et du médecin traitant à cette problématique nous semble importante. À travers le suivi mis en place, nous espérons pouvoir apporter une aide supplémentaire dans la récupération de nos patients après leur séjour et renforcer la communication avec les médecins généralistes. Le recul actuel est encore trop limité pour faire des bilans, mais nous souhaitons également pouvoir, sur base des différents retours, apporter des améliorations à nos prises en charge durant le séjour afin de prévenir au mieux la persistance de ces séquelles.

Equipe de liaison post-soins intensifs

Médecins :



• Dr Sandrine Boccar



• Dr Vincent Fraipont

Infirmières :

- Adélaïde Meis
- Laura Canesse
- Catherine Denis

Kinésithérapeutes :

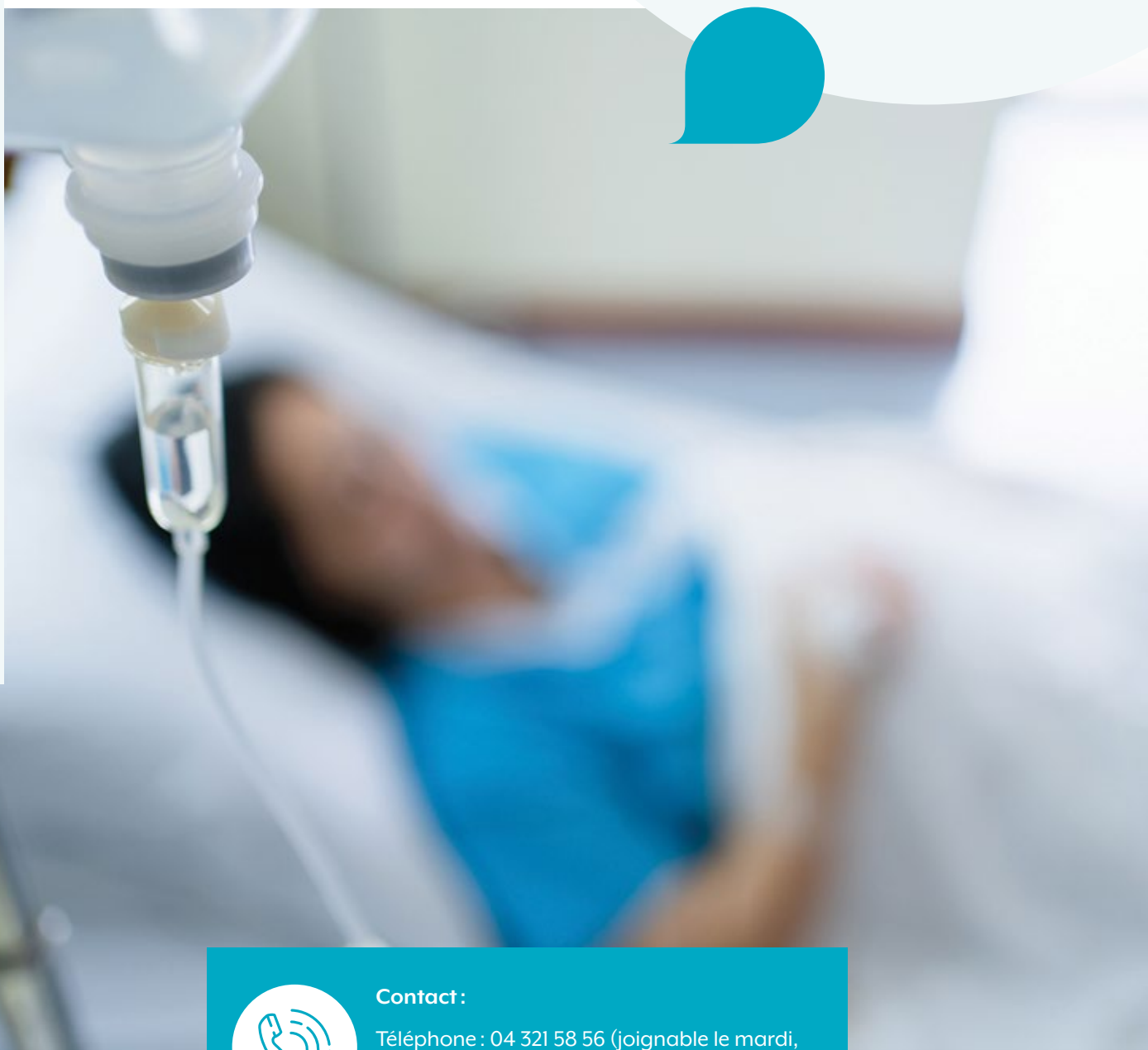
- Marie-Noëlle Verhees
- Youssef El Wadeh

Psychologue :

- Jean-Marc Grailet

Assistants administratives :

- Florence Dupont
- Maryse Demoitié



Contact :

Téléphone : 04 321 58 56 (joignable le mardi,
répondeur les autres jours)

E-mail : liaison.post.si@citadelle.be

Tendinopathies du membre supérieur : approche clinique, imagerie, traitement conservateur et chirurgical



Dr Radu **Amon**
Chirurgien orthopédique

Dr Didier **Clermont**
Chef de service, Chirurgie de la main et
des nerfs périphériques - Microchirurgie



Dr Jean-Marc **Lemaire**
Radiologue

Dr Éric **Partoune**
Chirurgien orthopédique



Dr Didier **Urbin-Choffray**
Chef de Service Adjoint, Médecine
physique et réadaptation - Rhumatologie

Dr Gert **Van den Bogaert**
Chirurgien orthopédique



Nous abordons dans cet article les tendinites du membre supérieur, principalement la Coiffe des rotateurs, le Tennis Elbow et la maladie de De Quervain. L'objectif premier est de donner un aperçu des différentes blessures ainsi que du processus pathologique qui en est à la base.

Nous présentons également les éléments essentiels du diagnostic, à savoir les tests cliniques et les examens radiologiques.

Enfin, nous proposons un aperçu des différentes étapes du traitement, les moyens conservateurs et les interventions chirurgicales.

L'épaule

Les tendinopathies de l'épaule font partie de ces pathologies fréquemment rencontrées en médecine générale.

Symptômes

D'une manière générale, les tendinopathies se caractérisent par des douleurs accrues par la sollicitation et lors de la palpation. L'amplitude articulaire reste normale ou subnormale.

Dans le cas particulier de l'épaule, le patient décrira souvent une douleur discrète voire absente au repos et accrue par l'élévation de l'épaule. On retrouve souvent une notion de réveil douloureux nocturne au décubitus homolatéral.

La tendinopathie peut être non fissuraire et uniquement algique ou alors fissuraire ou rompue et s'accompagnant alors d'une perte de force.

L'examen clinique

L'examen clinique commence par une étude des amplitudes articulaires. Une perte d'amplitude passive oriente davantage vers une épaule gelée ou une omarthrose. Un déficit actif pourrait être secondaire soit à une pathologie neurologique (par exemple une atteinte radiculaire) soit à une rupture de coiffe, ou encore avoir une origine fonctionnelle.

Les principaux tendons touchés sont :

- _ le **sus-épineux** (muscle abducteur de l'épaule) : on retrouve une douleur à la palpation sous-acromiale ainsi qu'une douleur ou une faiblesse lors du test de Jobe
- _ le **sous-épineux** (muscle rotateur externe) : la douleur à la palpation est plus postérieure, on note une douleur ou une faiblesse lors de la rotation externe contrariée (test de Patte)
- _ le **sous-scapulaire** (muscle rotateur interne) : douleur ou faiblesse en rotation interne, objectivée par le test de Gerber
- _ **tendinopathie de la longue portion du biceps** : douleur à la palpation du tendon, douleur lors du Palm Up Test de Gilcrest, signe de Popeye en cas de rupture du tendon

L'imagerie médicale

L'imagerie médicale occupe une place très importante dans le diagnostic des tendinopathies du membre supérieur.

Elle permet d'orienter le patient vers le traitement le plus adéquat .

Parmi toutes les techniques d'imagerie en notre possession (radiographie standard, échographie, scanner, arthroscanner, IRM...) seuls deux examens sont incontournables et sont à demander en première intention : la radiographie standard et l'échographie.

Ces deux examens pourront établir dans la plupart des cas un diagnostic sûr et précis.

L'IRM et l'arthroscanner sont des techniques de deuxième intention et ne devraient jamais être prescrites avant le binôme RX-échographie.

Radiographie :

- _ Exclusion arthrose gléno-humérale ; acromio-claviculaire
- _ Diminution espace sous-acromial

Échographie : signes de tendinose coiffe, biceps

Traitement

a. Conservateur

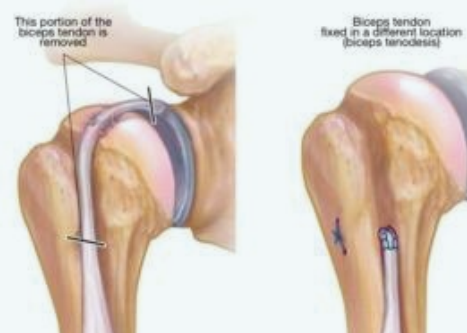
- _ Rééducation : exercices de recentrage de la tête humérale, travail des abaisseurs de l'épaule, apprentissage du passage non douloureux, proprioception
- _ Traitement par ondes de choc, radiales ou focales
- _ Infiltrations : surtout si bursite simple ou tendinopathie non fissuraire
- _ PRP ?
- _ Acide hyaluronique ?

b. Opératoire

Il n'y a pas beaucoup d'indications pour opérer une vraie tendinite d'épaule.

Essentiellement, deux exceptions se présentent :

- _ La tendinite de coiffe secondaire a un conflit mécanique : coincement contre un ostéophyte acromial ; ici on va enlever le bec acromial et débrider la coiffe
- _ La partie proximale du biceps qui est abimée suite à une instabilité dans la gouttière ou un arrachement partiel de son insertion sur le bourrelet supérieur ; ici nous pouvons faire un release (couper à l'insertion) ou enlever la partie tendino-tubéreuse et réinsérer sur l'humérus proximal ("ténodèse du biceps")



Le coude

Examen clinique

_ Épicondylite : la plupart du temps, celle-ci correspond à une atteinte du muscle 2^e radial, muscle extenseur du poignet.

L'examen clinique sera caractérisé par une douleur lors de certains mouvements bien précis qui sollicitent le tendon, une douleur à la palpation de l'épicondyle et une douleur à l'extension contrariée du poignet.

_ Épitrôchléite : correspond à une atteinte des fléchisseurs du poignet et des doigts et/ou du rond pronateur. Outre la douleur à la palpation, on retrouve une douleur à la flexion contrariée du poignet et des doigts et/ou à la pronation contrariée.

Traitement

a. Conservateur

Orthèse : différents modèles existent, soit faits sur mesure en matière thermo-moulée, immobilisant le poignet. D'autres modèles existent sur le marché de type "bracelet" ou autre à l'efficacité non prouvée.

_ La rééducation consiste en une rééducation excentrique progressive des muscles impliqués. Cette rééducation est souvent associée à un traitement par ondes de choc.

_ Ondes de choc, focales ou radiales.

_ Infiltrations : beaucoup moins utilisées qu'antérieurement, à réserver aux formes non fissuraires et réfractaires.

_ PRP : injection de plasma enrichi en plaquettes, pour les formes rebelles.

_ Acide hyaluronique ?

b. Opératoire

_ Release voie ouverte

_ Release percutané

_ Release par arthroscopie

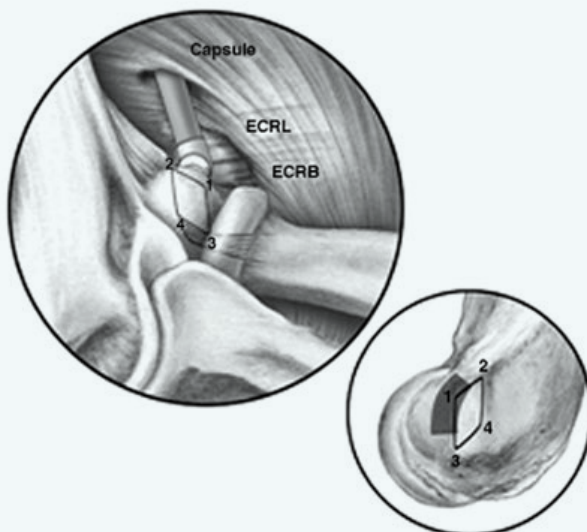


FIGURE 5. Step 1. Reprinted with permission from *Orthop Tech Review*. 2002;4:206.³⁴

Le poignet

Les principales tendinopathies du poignet / de la main sont le syndrome du croisement des extenseurs de poignet, la ténosynovite de “de Quervain” et les doigts à ressaut ou ressort.

Le syndrome du croisement des extenseurs de poignet

Clinique

- _ Douleur et rougeur 4 cm proximal du pli de poignet
- _ Crépitation de neige

Traitement

- _ Immobilisation, infiltration
- _ Release opératoire

Ténosynovite de “de Quervain”



Clinique

- _ Douleur styloïde radiale
- _ Jeunes femmes plus que les hommes
- _ Test de Finkelstein

Traitement

- _ Immobilisation / infiltration
- _ Ouvrir la coulisse APL/EPB

Les doigts à ressaut ou ressort

- _ Pathologie du grand adulte
- _ Plusieurs périodes successives
- _ Certaines sont congénitales

Troubles de la vision



Dr Florence **Maraite**
Ophtalmologue



Dr Ariane **Milet**
Ophtalmologue



Les plaintes de baisse d'acuité visuelle sont fréquentes tant chez les jeunes adultes que chez les personnes plus âgées. Les patients peuvent signaler la présence d'une tâche, noire ou colorée, d'ondulations ou de regarder "comme à travers une haie". Ces symptômes peuvent être apparus de façon brutale, progressive ou être de découverte fortuite à l'occasion de l'occlusion d'un œil.

L'ophtalmologue est le spécialiste à qui adresser ces patients. On ne peut s'empêcher de suspecter une sclérose en plaques si le patient est jeune ou un accident vasculaire cérébral si le patient est plus âgé. Il ne faut cependant pas perdre de vue qu'il existe de nombreuses causes ophtalmologiques à une perte de vision et que seul un examen complet réalisé par un ophtalmologue permettra une exploration réfléchie, d'adresser le patient au spécialiste approprié si nécessaire et d'entamer le traitement adéquat.

En effet, les techniques d'exploration en ophtalmologie se sont perfectionnées ces dernières années.

Elles permettent maintenant de déterminer avec précision quel tissu est atteint, de la cornée au nerf optique en passant par le cristallin et les différentes couches de la rétine (rétine neurosensorielle, épithélium pigmentaire, choroïde), permettant une prise en charge rapide et efficace.

Ainsi, une baisse d'acuité visuelle sans douleur ni rougeur sera explorée par l'étude du champ visuel (périmétrie), une tomographie en cohérence optique et si nécessaire une angiographie à la fluorescéine, un électrorétinogramme et des potentiels évoqués visuels.

La périmétrie (manuelle ou automatisée) nécessite une attention soutenue du patient. Son visage est placé au centre d'une coupole. Des points à luminosité variable vont apparaître à différents endroits de la coupole. Tout en gardant sa fixation sur un point central, le patient est invité à appuyer sur un bouton lorsqu'il les perçoit. Cet examen permettra en fonction de la présence de scotome central, arciforme ou hémianopique de diagnostiquer entre autres une névrite optique, une neuropathie alcool tabagique, un glaucome ou un accident vasculaire cérébral.

La tomographie en cohérence optique (OCT) utilise un faisceau lumineux pour établir une image selon différents degrés de réflectivité correspondant aux différentes couches cellulaires.

Les images obtenues ressemblent à la structure histologique et ont une résolution de 1 micron. Elles peuvent donc mettre en évidence les décollements séreux responsables des chorioretinopathies séreuses centrales du sujet jeune, les décollements de l'épithélium pigmentaire responsables de scotomes et métamorphopsies chez la personne âgée atteinte de dégénérescence maculaire et les atrophies des nerfs optiques d'origine compressive ou génétique.

Plus récemment, une nouvelle technologie d'OCT permet d'obtenir des images du flux sanguin dans les vaisseaux de la rétine (OCT-angiographie).

L'angiographie à la fluorescéine consiste en l'acquisition de photographies de la rétine et du nerf optique après l'injection intraveineuse d'un colorant fluorescent. En situation normale, les vaisseaux et capillaires rétiens sont imperméables à la fluorescéine. Les images vont permettre de mettre en évidence une occlusion d'artère ou de veine rétinienne, un œdème du nerf optique, un néovaisseau maculaire ou une vascularite.

L'électrorétinogramme multifocal (ERG) utilise une stimulation lumineuse générée sur un moniteur de télévision. Ces photons vont entraîner au niveau des photorécepteurs rétiens une cascade de réactions biochimiques transformant l'énergie lumineuse en énergie électrique. Des électrodes cutanées et placées sur la cornée permettent d'enregistrer cette réponse électrique des cellules rétiennes. L'électrorétinogramme multifocal permet ainsi de diagnostiquer la toxicité oculaire de certains médicaments (antipaludéens de synthèse) ainsi que les dystrophies rétiennes d'origine génétique.

Enfin, les potentiels évoqués visuels sont obtenus en demandant au sujet de fixer un écran sur lequel apparaît un damier. Les électrodes de recueil sont placées en regard des aires visuelles du cortex occipital. La réponse électrique du cortex provoquée par la stimulation visuelle est enregistrée et permet d'évaluer la fonction des voies visuelles (plus particulièrement les nerfs optiques). Cette réponse donne une information indispensable pour différencier une neuropathie optique inflammatoire des autres neuropathies optiques (carentielle, compressive, ischémique).

Un bilan ophtalmologique est donc indispensable chez un patient signalant une baisse d'acuité visuelle sans rougeur, douleur ou signe neurologique associé. Les causes ophtalmologiques sont en effet nombreuses. Lorsque la cause n'est pas directement liée à l'œil, la prise en charge sera réalisée conjointement avec l'ophtalmologue qui permettra de renseigner le spécialiste (neurologue, neurochirurgien, rhumatologue) sur l'évolution et l'efficacité du traitement entrepris.

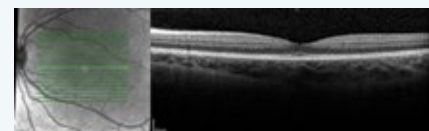
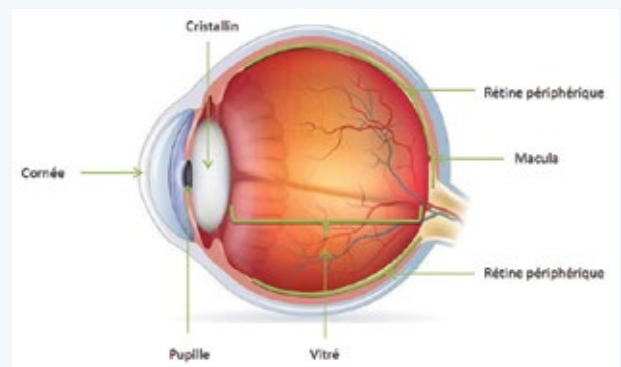


Image en coupe illustrant l'anatomie physiologique de la macula



Contacts :

- Rendez-vous : 04 321 61 62
- Secrétariat : 04 321 61 62

Troubles du sommeil.

L'impact des substances addictives sur le sommeil et l'utilité des thérapies cognitivo-comportementales



Dr Farhad **Baharloo**
Pneumologue

Laetitia **Beaudeau**
Psychologue



L'utilisation et/ou l'abus de substances psychoactives, médicamenteuses ou non-médicamenteuses impactent très fréquemment la qualité du sommeil. 70 % des personnes admises dans des institutions d'aide au sevrage de telles substances se plaignent de problèmes de sommeil.

En usage aigu, ces substances ont souvent un effet positif sur la latence et la continuité du sommeil. Toutefois, leur utilisation régulière altère progressivement la structure du sommeil. Par exemple, 10 % des personnes consommant de l'alcool le soir le font dans le but de faciliter l'endormissement. En effet, il y a très souvent un rapport bidirectionnel entre troubles du sommeil et substances psychoactives. Une tendance à l'insomnie, des angoisses par rapport à son sommeil ou encore une mauvaise perception de celui-ci incitent à faire recours aux substances qui, à leur tour, altèrent le sommeil.

Par ailleurs, la présence d'insomnie parmi les symptômes de sevrage après l'arrêt d'une substance psychoactive constitue un facteur de risque de récurrence. Il est important que le thérapeute en soit conscient et qu'il prenne des dispositions pour y pallier. Pour ce faire, il est parfois nécessaire de faire usage de médicaments psychotropes. Toutefois, cela doit être fait de façon contrôlée et suivie, et être combiné aux méthodes non-médicamenteuses. À cet effet, les thérapies cognitives et comportementales peuvent être d'une aide précieuse.

Les thérapies cognitives et comportementales ont démontré leur efficacité depuis de nombreuses années maintenant, que ce soit pour la prise en charge d'insomnie chronique primaire ou avec des comorbidités. Il s'agit d'une prise en charge brève (environ 6 séances) combinant des outils de prises en charge cognitives et comportementales classiques, adaptées aux problèmes de sommeil. Elles peuvent être proposées à une grande majorité des patients. D'ailleurs, la plupart des patients présentant une insomnie chronique et utilisant des psychotropes se présentent avec une demande de sevrage. Même après une longue utilisation, ce sevrage, en accord avec le médecin prescripteur, peut être envisagé et accompagné. Une personne utilisant des psychotropes, même en l'absence de troubles du sommeil résiduels, et souhaitant s'en sevrer peut également y avoir recours.

Unité des troubles du sommeil de la Citadelle

L'unité des troubles du sommeil est une structure spécialisée dans la prise en charge de troubles du sommeil et de l'éveil. Il s'agit d'une structure pluridisciplinaire qui inclut des médecins pneumologues, un neurologue, une psychologue et une équipe de huit infirmiers, tous spécialisés dans le domaine du sommeil.

Parmi les activités du centre, qui sont à la fois diagnostiques et thérapeutiques, on note principalement :

_ La prise en charge des troubles de la respiration durant le sommeil (notamment le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil)

- _ La prise en charge de l'insomnie chronique
- _ La prise en charge des parasomnies (notamment le bruxisme, la somniloquie, le somnambulisme, les cauchemars et terreurs nocturnes)
- _ La prise en charge du syndrome des jambes sans repos
- _ La prise en charge des mouvements périodiques des membres inférieurs durant le sommeil
- _ La prise en charge des hypersomnies et de l'hypersomnolence



Rendez-vous :

Polysomno adulte : 04 321 70 45

Secrétariat : 04 321 70 45

Partenaires

Ils nous soutiennent ...



Des avancées qui changent la vie des patients

Chez Pfizer, nous appliquons la science et nos ressources mondiales pour rendre accessibles au public des thérapies qui prolongent et améliorent la vie de façon significative. Nous nous efforçons d'être une référence de qualité, de sécurité et de valeur dans la découverte, le développement et la fabrication de produits de santé, y compris de médicaments et vaccins innovants. Chaque jour, les collaborateurs de Pfizer déploient leur énergie pour faire progresser dans le monde entier le bien-être, la prévention ainsi que des traitements et des remèdes qui s'attaquent aux maladies les plus redoutées de notre époque. Conformément à la responsabilité qui nous incombe en notre qualité de société biopharmaceutique parmi les plus innovantes qui soient, nous collaborons également avec les prestataires de santé, les gouvernements et les communautés locales pour soutenir et étendre l'accès à des soins fiables et abordables dans le monde entier. Depuis plus de 170 ans, nous œuvrons à faire la différence pour tous ceux qui nous font confiance.

www.pfizer.be



Committed to your health. Every Day.

Fondé en 1909, Mayoly est un laboratoire pharmaceutique français et international indépendant, spécialisé dans la Gastro-entérologie et la Dermo-cosmétique. Suite à l'intégration d'Ipsen Santé Familiale, l'entreprise combinée emploie plus de 2.200 personnes dans le monde et réalisera un chiffre d'affaires de 500 M€ en 2022, dont 65% à l'international dans plus de 100 pays. A horizon 2027, le Groupe Mayoly a pour objectif d'atteindre plus de 600 M€ de chiffre d'affaires et de devenir une référence mondiale de la santé grand public. Mayoly est un acteur industriel français engagé au quotidien dans l'accompagnement, la santé et le bien-être de ses patients.

www.mayoly-spindler.fr

THE **NRB** GROUP

Avec un chiffre d'affaires consolidé de 501,6 millions d'euros en 2021 et 3.300 collaborateurs, le Groupe NRB est un des principaux acteurs belges du secteur des TIC. NRB se positionne comme le partenaire TIC qui accompagne ses clients dans leur transformation digitale. Capitalisant sur l'évolution et l'innovation technologique, NRB entend leur offrir les meilleures solutions disponibles, adaptées à leur environnement. Dans ce contexte, NRB propose un large éventail de services informatiques qui s'articulent autour de quatre axes: consultance, software, infrastructure & hybrid cloud, et managed staffing. NRB s'adresse à une large gamme de secteurs d'activités: le secteur public et social, celui de l'énergie et des utilités publiques, le secteur financier ainsi que l'industrie et le secteur des biotechnologies. Une équipe est dédiée aux institutions et entreprises européennes et internationales. Les filiales du Groupe NRB offrent des solutions sectorielles spécifiques (soins de santé, secteur public local, PME) tout en bénéficiant de la taille, de l'infrastructure TIC et d'autres supports du groupe. En 2022, pour la deuxième année consécutive, NRB a décroché la certification Top Employer, une certification qui reconnaît ses pratiques RH innovantes et solides ainsi que son souci de fournir à ses collaborateurs un environnement de travail épanouissant et convivial.

www.nrb.be

AMGEN[®]

Astel Medica
Created by Life.

EIFFAGE
COLLIGNON

GSK

-Heel
Healthcare designed by nature

Lilly

MEDI-SPHERE
L'HEBDO DU GÉNÉRALISTE

REVENU GARANTI
ASSURANCES MMH
SCRL

omnipod
DASH[®]

Pfizer
Vaccines

Le SPÉCIALISTE
L'actualité des médecins spécialistes

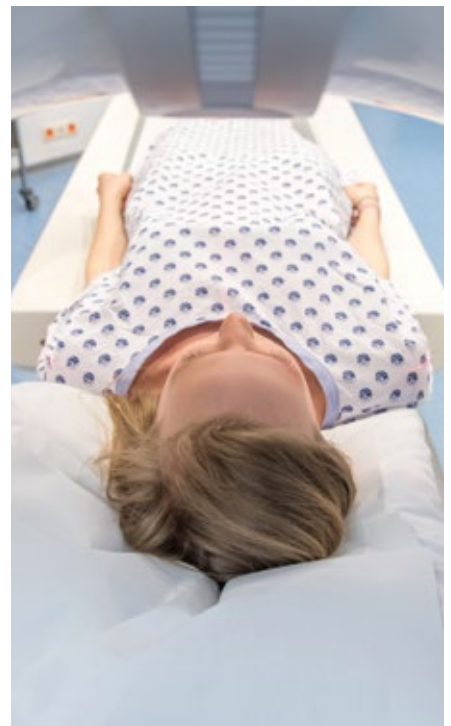
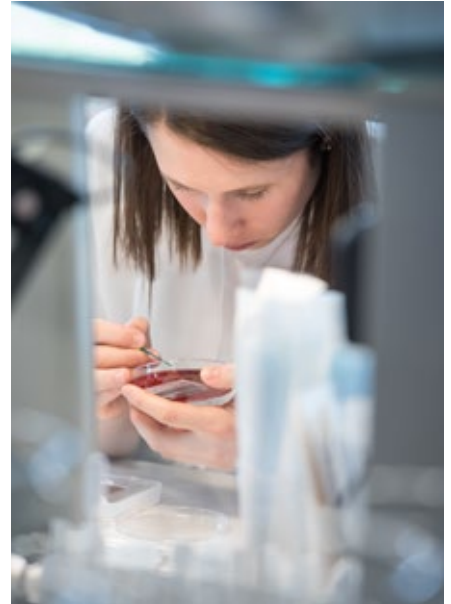
Tilman[®]

TRB | Your experience
Your expertise
Your expectations

win



www.citadelle.be/citadoc



Information médicale à l'attention des
médecins généralistes

CitaDoc