

# Citadoc

Information médicale à l'attention des médecins généralistes



Samedi  
26 novembre 2016  
Palais des Congrès - Liège

**27<sup>e</sup>** JOURNÉE MÉDICALE  
DU CHR DE LA CITADELLE

Novembre 2016

# Programme

de la 27<sup>e</sup> journée médicale du CHR de la Citadelle



## EXPOSÉS SCIENTIFIQUES *Président : Dr L. Collignon - Modérateur : Dr C. Desplanque*

### Matin

- 8h30 :** Accueil
- 9h00 :** Exploration radiologique du rachis lombaire et de ses pathologies  
*Dr L. Collignon*
- 9h30 :** Nouveautés en contraception  
*Dr A. Firquet*
- 10h00 :** Choix de la thérapie infectieuse en cas d'infection respiratoire à répétition chez l'adulte dans la BPCO  
*Dr E. Firre*
- 10h30 :** Pause
- 11h00 :** Faut-il traiter l'hyperuricémie asymptomatique ?  
*Dr M. Milicevic*
- 11h30 :** Maladies inflammatoires chroniques intestinales : quel rôle le médecin généraliste peut-il jouer ?  
*Dr A. Vijverman*
- 12h00 :** Les maladies éruptives de l'enfant  
*Dr J. Frère*
- 
- 12h30 :** Nouveautés à destination du médecin généraliste sur le site web du CHR
- 12h45 :** Walking dinner



## EXPOSÉS D'ÉTHIQUE *Président : Dr J. L. Pepin - Modérateur : Dr J.-M. Leva*

### Après-midi

- 14h00 :** La garde : avis et évolution en médecine hospitalière  
*Dr S. Degesves - Dr M. Vergnion*
- 14h30 :** Quels leviers pour dessiner le futur de la santé en Wallonie ?  
*Dr A. Boucquiau, Cheffe de Cabinet du Ministre - M. Prévot, Ministre wallon de la Santé*
- 15h00 :** Médecine générale : enjeux et représentation  
*Dr G. Delrée, Président du FAG*
- 15h30 :** Pause
- 15h50 :** Informatique médicale du généraliste : enjeux et perspectives  
*Dr P. Jongen*
- 16h20 :** La médecine générale en mutation : perspectives sociologiques  
*Mme Slomian, assistante / doctorante CRIS (Centre de recherche et d'interventions sociologiques – ULg)*
- 16h50 :** Conclusion
- 17h00 :** Clôture



Chères Consœurs,  
Chers Confrères,

C'est avec un plaisir partagé que le CHR de la Citadelle tient sa 27<sup>e</sup> journée médicale le samedi 26 novembre 2016.

Elle sera d'une part consacrée à des sujets qui touchent au quotidien des acteurs de la médecine générale. Les avis de nos spécialistes feront l'objet de débats constructifs lors des séances de questions/réponses. En fin de matinée, les nouvelles fonctionnalités du site internet du CHR seront dévoilées, notamment la possibilité pour les médecins traitants de prendre les rendez-vous en ligne pour leurs patients.

L'après-midi sera dédiée à une réflexion sur le rôle de la garde médicale, en confrontant les avis de l'hôpital à ceux de la médecine générale. Cette réflexion sera suivie d'exposés sur le rôle du médecin généraliste, au moment où nos gouvernants préparent des modifications législatives qui vont impacter le fonctionnement de la première ligne de soins, et sera complétée par les informations du Dr Anne Boucquiau qui exerce la fonction de cheffe de cabinet du Ministre Maxime Prevot pour le pôle Santé et Action Sociale.

Bonne lecture,

C. Desplanque, J.-M. Leva, pour les médecins généralistes,  
L. Collignon, Président du Conseil médical,  
et J. L. Pepin, Directeur médical.

**Citadoc**

Information médicale à l'attention des médecins généralistes  
Novembre 2016

Éditeur responsable: Dr Jean Louis Pepin

Gestion du projet et réalisation graphique: PYM

Comité de rédaction: Nicolas Berg, Laurent Collignon, Christian Gillard, Frederic Goffin, Eric Lecoq, Jean-Michel Leva, Jean-Paul Misson, Jean-Louis Pepin, Jean-Marc Senterre, Xavier Warling

Coordination au CHR: Service Communication

Crédit photos: Shutterstock

**Le contenu de chaque article est sous la responsabilité de son auteur.**

**Merci à toutes celles et ceux qui ont contribué à la réalisation de ce numéro!**

CHR de la CITADELLE - Boulevard du 12<sup>e</sup> de Ligne, 1 - B-4000 Liège  
Tél. 04 225 61 11

[www.chrcitadelle.be](http://www.chrcitadelle.be)

## Sommaire



p.2

### EXPOSÉS SCIENTIFIQUES

- › Exploration radiologique du rachis lombaire et de ses pathologies ..... 2
- › Choix de la thérapie infectieuse en cas d'infection respiratoire à répétition chez l'adulte dans la BPCO ..... 4
- › Faut-il traiter l'hyperuricémie asymptomatique ? ..... 6
- › Maladies inflammatoires chroniques intestinales : quel rôle le médecin généraliste peut-il jouer ? ..... 8
- › Les maladies éruptives de l'enfant ..... 11



p.14

### EXPOSÉS D'ÉTHIQUE

- › La garde : avis et évolution en médecine hospitalière ..... 14
- › Médecine générale : enjeux et représentation ..... 16
- › La médecine générale en mutation : perspectives sociologiques ..... 18



# Exploration radiologique du rachis lombaire et de ses pathologies

Dr L. Collignon

La lombalgie est définie par une douleur lombaire qui est limitée par une zone du bas du dos se situant entre la 12<sup>e</sup> côte et le pli fessier.

Les lombalgies sont classées :

- **selon la durée d'évolution** en lombalgies aiguës (moins de 1 mois d'évolution), lombalgies sub-aiguës (de 1 à 3 mois d'évolution), lombalgies chroniques (plus de 3 mois d'évolution). À cette classification, s'ajoutent les lombalgies récurrentes ou récidivantes.
- **selon les causes** en lombalgies spécifiques résultant d'une cause bien identifiée (tumeur, infection, rhumatisme inflammatoire, etc.) et nécessitant un traitement spécifique et en lombalgies non spécifiques dont les causes sont intrinsèques et multiples.
- **selon la présence ou non d'une irradiation dans les membres inférieurs**

Selon une revue systématique de la littérature publiée en 2012 <sup>(1)</sup> et analysant 165 études, la prévalence ponctuelle de la lombalgie est estimée à 18,3 % ± 11,7%, la prévalence sur 1 mois à 30,8% ± 12,7% et la prévalence sur 1 an 38 % ± 19,4% en population générale adulte.

En France, la prévalence annuelle d'une lombalgie quelle que soit sa durée peut être estimée à un peu plus de la moitié de la population.

Dans tous les pays industrialisés, le coût économique lié aux lombalgies est important et représenté en Allemagne 2,2% du produit intérieur brut <sup>(2)</sup>.

En présence d'une douleur lombaire, la première étape de tri diagnostique consiste à s'assurer qu'il n'existe pas d'argument en faveur d'une origine organique. C'est là que l'imagerie médicale peut intervenir comme aide au diagnostic clinique.

"Peut" et non pas "doit" car dans beaucoup de cas de lombalgie aiguë, en dehors d'un contexte traumatique aigu, l'imagerie n'est pas immédiatement nécessaire (tableau 1).

80 à 90 % des patients chez lesquels apparaît une lombalgie guérissent dans les 2 premiers mois. Il convient néanmoins d'être attentif à la présence d'un ou plusieurs signaux d'alarme qui exigent un bilan extensif et une prise en charge rapide obligatoires ("reds flags" selon les guide lines) (tableau 2).

Plutôt que de se lancer dans une vaine énumération des différentes pathologies qui peuvent affecter la colonne lombaire, il paraît plus utile d'analyser les outils dont nous disposons afin de voir quand les utiliser. Ces outils sont au nombre de 5 : radiographie standard, scanner (ou tomodensitométrie), IRM, SPECT-CT, PET-CT.

## Radiographies standard

**Avantages :** grande disponibilité, faible irradiation, faible coût.

**Désavantages :** peu sensible, non spécifique, faussement rassurante.

La radiographie standard présente un intérêt chez les sujets jeunes (<20ans) chez qui on découvre facilement les spondylolisthésis, maladies de Scheurman, scolioses, etc.

Elle est également utile chez les patients plus

TABLEAU 1

Problème clinique	Examen	Recommandation (grade)	Commentaires	Dose
<b>Rachis lombaire</b>				
Douleur lombaire chronique sans signe d'infection ou de tumeur	RS	Non indiqué initialement [C]	Les évolutions dégénératives sont courantes et non spécifiques. Des radiographies du rachis lombaire, incluant la charnière thoraco-lombaire et les articulations sacro-iliaques, sont recommandées si une exploration est pratiquée. Les autres incidences (par exemple : sacro-iliaques) ne sont justifiées que s'il existe une suspicion clinique de spondylarthropathie. En règle habituelle, il n'est pas nécessaire de faire d'autres examens de radiologie, ni de les répéter en l'absence d'évolution clinique (accord professionnel). La radiographie présente un intérêt surtout chez les patients jeunes (moins de 20 ans), spondylolisthésis, spondylarthrite ankylosante, etc. ou âgés (> 55 ans, par exemple).	II
	IRM ou TDM	Indiqué seulement dans des cas particuliers [C]	L'indication d'une TDM, d'une IRM, doit demeurer restrictive, en fonction de contexte clinique. Ces examens doivent nécessairement être précédés du bilan radiologique standard. Il n'y a plus lieu de prescrire de myélographie ou de myéloscanner qui sont rendus obsolètes par l'IRM. Il n'est pas recommandé de réaliser de nouveaux examens dans l'année qui suit la réalisation des premiers, sauf évolution des symptômes ou pour s'assurer de l'absence de contre-indications d'une thérapeutique nouvelle (par exemple : manipulation vertébrale).	0 II/III
				07 C

TABLEAU 2

Problème clinique	Examen	Recommandation (grade)	Commentaires	Dose
Lombalgie dans un contexte particulier ou éventuellement assortie de signes de gravité comme : ▸ début < 20, > 55 ans ▸ syndrome de la queue de cheval ▸ déficit sensitif ou moteur des membres inférieurs ▸ antécédents de cancer ▸ VIH ▸ perte de poids ▸ syndrome septique ▸ usage de drogue par voie intraveineuse ▸ cortico-thérapie ▸ douleurs inflammatoires	IRM	Indiqué [B]	Ces cas relèvent d'un avis spécialisé rapide, que le recours à l'imagerie ne doit pas retarder. L'IRM est l'examen le plus efficace. Des clichés simples normaux peuvent être faussement rassurants.	0
				08 C

âgés (>55ans) pour la fréquence des tassements ostéoporotiques. Elle permet un bilan global éclairant sur l'état d'avancement d'une dégénérescence.

Sa spécificité est faible : il y a peu (voire pas) de corrélation entre des ostéophytes, un pincement discal et la symptomatologie. La prévalence de la dégénérescence discale dans la population d'âge supérieur à 60 ans est estimée autour de 90%.

Sa sensibilité est faible également : métastases, infection, maladies inflammatoires, etc.

Elle garde tout son intérêt pour les contrôles pré-opératoires (épreuves dynamiques à la recherche d'une instabilité) et post-opératoires (position du matériel).

### CT-Scanner (tomodensitométrie : TDM)

**Avantages :** bonne disponibilité, sensible, spécifique.

**Désavantages :** irradiation plus importante, coût.

Le scanner reste un excellent outil permettant de mettre en évidence une compression radiculaire (tableau 4). Cet examen doit impérativement être orienté par la clinique (côté, niveau) afin d'éviter les faux-positifs (tout débord discal n'est pas symptomatique). Afin de limiter l'irradiation, et à défaut de pouvoir convertir les examens TDM en IRM, les pistes proposées sont la diminution de la dose (en utilisant des algorithmes de reconstruction itérative) et la réduction de la longueur de spire d'acquisition (éviter le "scanner de la colonne lombaire").

### IRM

**Avantages :** le plus sensible et spécifique, non irradiant, même coût que le scanner.

**Désavantages :** faible disponibilité, contre-indications.

L'IRM est l'examen de choix à tout point de vue : meilleure visualisation des pathologies discales (hydratation du disque, débord discal et signe de compression avec la séquence myelographique, extension vers l'espace épidual dans les pathologies néoplasiques, œdème intravertébral, etc.).

Le coût par examen est identique à celui du scanner (malgré un appareillage plus coûteux et un temps d'examen plus long).

Malheureusement, il y a deux écueils importants :

- › les contre-indications (tableau 5) dont la claustrophobie qui est assez fréquente.
- › la disponibilité. Le nombre de machines est nettement insuffisant et les délais d'attente sont très longs (malgré des consultations de 7h à 18h30 et 7j/7).

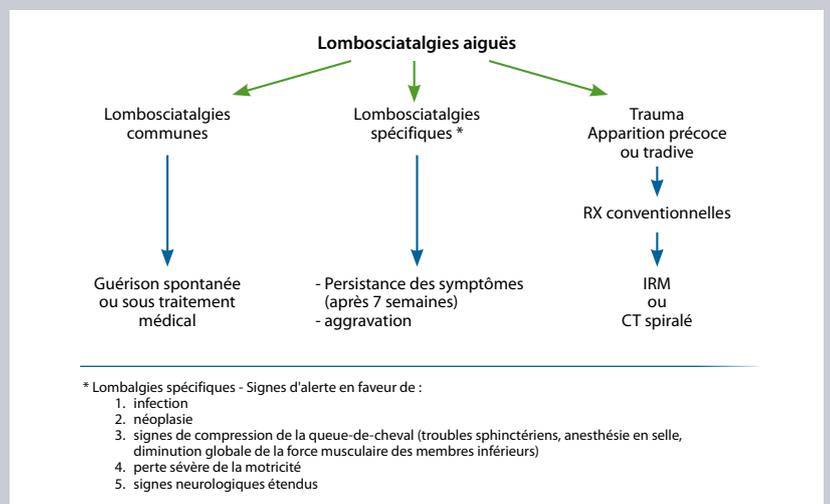
### SPECT-CT

Le SPECT-CT permet de coupler l'excellente sensibilité de la scintigraphie à l'excellente spécificité du CT, centré sur l'anomalie scintigraphique (s'il y en a une...), dans les domaines de l'oncologie, de la traumatologie, de l'orthopédie, de la rhumatologie, et

**TABLEAU 3**

Problème clinique	Examen	Recommandation (grade)	Commentaires	Dose
Lombalgie aiguë, lombo-radicalgie mécanique	RS	Indiqué seulement dans des cas particuliers [C]	Les douleurs lombaires aiguës sont généralement liées à une pathologie qui ne peut être diagnostiquée sur une radiographie simple (exception faite du tassement ostéoporotique). Une radiographie simple normale peut être faussement rassurante. En dehors de la recherche d'une lombalgie dite symptomatique ou urgente (cf. 08C), il n'y a pas lieu de demander d'examen d'imagerie dans les sept premières semaines d'évolution, sauf quand les modalités du traitement choisi (comme manipulation et infiltration) exigent d'éliminer une lombalgie spécifique.	II
	IRM ou TDM	Non indiqué initialement [B]	En cas d'échec du traitement médical, la mise en évidence d'une hernie discale ou autre facteur compressif nécessite une IRM ou une TDM. L'IRM, non irradiante, avec un champ de visualisation plus large visualisant l'espace sous-arachnoïdien, est préférable, surtout chez le sujet jeune. IRM ou TDM sont nécessaires avant toute intervention chirurgicale ou radioguidée (injection épidual par exemple). Les récurrences douloureuses postopératoires requièrent en général une IRM.	II 0
Problèmes pré- et postopératoires en cas de placement matériel d'ostéosynthèse et de suivi	RS	Indiqué [C]	Applicable dans un cadre pré- et postopératoire en cas de placement de matériel d'ostéosynthèse et de suivi du rachis.	II

**TABLEAU 4 : Arbre décisionnel**



**TABLEAU 5 : Rappel des contre-indications de l'IRM**

- › Pacemaker et valve cardiaque métallique
- › Neuro-stimulateur
- › Stent vasculaire de moins de 6 semaines
- › Pompe implantée
- › C.E. métallique intra-oculaire
- › Implant cochléaire
- › tatouage extensif et piercing
- › Obésité majeure
- › Claustrophobie

même des pathologies infectieuses osseuses. Avec un intérêt particulier pour les douleurs post-traumatiques persistantes avec radiographies standards négatives.

### PET-CT

Examen de seconde intention uniquement et dans un cadre oncologique.

Enfin, mentionnons le versant thérapeutique bénéficiant de l'imagerie médicale et concernant le rachis lombaire :

- › les infiltrations sous contrôle tomodensitométrie (possibles également sous contrôle scopique standard). Ces infiltrations peuvent être foraminales, épiduals ou concerner les articulations postérieures.
- › les vertébroplasties, plus rares et réservées aux fractures tassements invalidantes. ■

(1) Hoy D, Bain C, Williams G et al. (2012) Systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum* ; 64:2028-37.4).

(2) Heijink R, Noethen M, Renaud T, Koopmanschap M, Polder J (2008) Cost of illness: an international comparison. Australia, Canada, France, Germany and The Netherlands. *Health Policy*; 88:49-91.



# Choix de la thérapie infectieuse en cas d'infection respiratoire à répétition chez l'adulte dans la BPCO

Dr E. Firre



Pathologie extrêmement fréquente dans nos régions septentrionales, avec des taux de prévalence atteignant plus de 10% dans la population générale et 50% des patients tabagiques, la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) est une affection bien connue des praticiens hospitaliers et ambulatoires, et fait l'objet de prise en charge complexe, qu'elle se présente dans sa forme aiguë ou chronique.

L'étiologie est multifactorielle, comportant l'exposition au tabac, à la pollution ou même certaines expositions professionnelles. La prise en charge est multidisciplinaire et s'adaptera au profil du patient, tant somatique que psychologique.

L'objet de cette présentation est de préciser l'attitude optimale à adopter lors de récurrences d'infections respiratoires chez ces patients au terrain fragilisé.

## Terrain

Dans la BPCO, l'inflammation chronique aboutit finalement à un remodelage structurel de l'architecture pulmonaire, à une dysfonction ciliaire, à un excès de production de mucus et à une phagocytose locale altérée. Cet ensemble d'altération compromet les défenses naturelles de l'hôte et facilite la colonisation bactérienne.

## Microbiologie

Les bactéries potentiellement pathogènes rencontrées le plus fréquemment sont le *Streptococcus pneumoniae*, l'*Haemophilus influenzae* et le *Moraxella catarrhalis*. Elles constituent la triade infernale bien connue des cliniciens. Le virus respiratoire le plus fréquemment retrouvé, cause de nombreuses exacerbations infectieuses, est le virus respiratoire syncytial.

Cependant, il existe aussi la possibilité d'infections à d'autres germes tels que des anaérobies (provenant de la cavité buccale, à la faveur de micro-aspirations), ou des bactéries atypiques.

## Diagnostic

La distinction entre l'emphysème et la bronchite chronique, les deux sous-types cliniques s'enchevêtrant très fréquemment, n'a pas grande importance d'un point de vue de la prise en charge étant donné que celle-ci est relativement similaire dans l'une et l'autre situation. La gradation de la sévérité de la pathologie, notamment au moyen de la spirométrie, en revanche,

permet d'orienter le traitement à proposer au patient. Le scanner thoracique reste l'examen idéal pour évaluer les altérations structurelles pulmonaires.

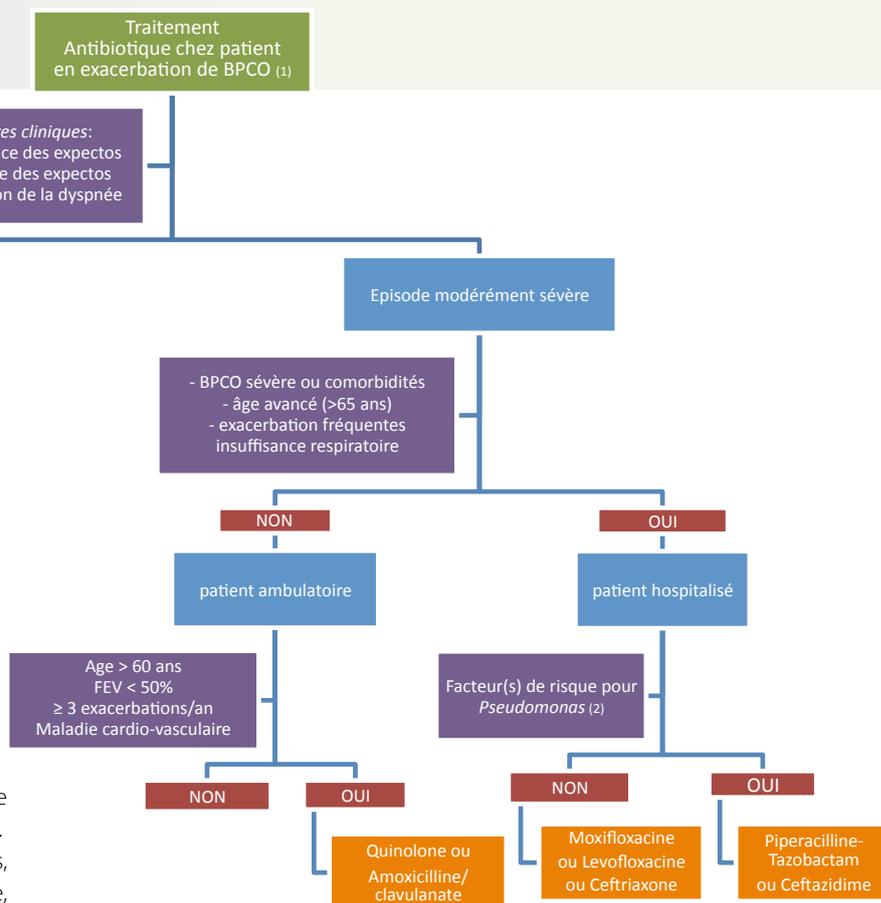
La difficulté principale réside plutôt, lors des infections récurrentes, dans l'identification du ou, plus rarement, des germes pathogènes responsables de l'exacerbation. La qualité des expectorations est très variable dans la littérature (23-83%). Néanmoins, en médecine ambulatoire, il est vivement conseillé de s'efforcer d'obtenir un prélèvement de la meilleure qualité possible et, idéalement, aidé par un aérosol de liquide physiologique et de la kinésithérapie respiratoire. Cela est parfois possible, notamment en maison de repos et de soin. L'interprétation reste toutefois délicate, particulièrement en cas de mise en évidence de germes dont la pathogénicité n'est pas évidente (*Enterococcus spp*, *Staphylococcus coagulans-négatives*, *Candida spp*, etc.). De plus, nous savons maintenant que les patients présentant des altérations structurelles pulmonaires hébergent certaines bactéries colonisantes dans leurs voies respiratoires inférieures. Il existe même une corrélation entre le degré de dégradation fonctionnelle pulmonaire et la probabilité de colonisation par certains germes tels le *Pseudomonas aeruginosa* et les *Enterobacteriaceae*. Des exacerbations polymicrobiennes surviennent chez les patients dont la fonction pulmonaire est sévèrement dégradée. Les germes atypiques sont, quant à eux, plus rarement retrouvés comme cause d'exacerbation de BPCO.

Enfin, notons que plusieurs autres virus respiratoires peuvent être la cause d'exacerbations, tels le coronavirus, l'adénovirus, le para-influenza, l'influenza, le métapneumovirus. Les co-infections viro-bactériennes produisent généralement des exacerbations plus importantes, plus éosinophiles, et causent des dégradations cliniquement plus importantes et plus prolongées.

## Traitement

Nous nous concentrerons ici sur les traitements anti-infectieux empiriques ou ciblés à appliquer en cas d'exacerbation dont l'origine infectieuse est prouvée ou suffisamment suspecte pour initier une thérapie anti-infectieuse. Le clinicien peut avoir recours à la classification d'Anthonisen pour faciliter la prise de décision.

Il est bien établi qu'une bonne prise en charge chronique réduit le nombre d'exacerbations justifiant la prescription d'antibiotiques. Il est donc primordial



de suivre le patient régulièrement pour s'assurer de l'adaptation du traitement et de la bonne compliance. En cas d'exacerbation, dans la plupart des cas, l'administration de corticoïdes est indispensable, mais ne s'accompagne pas d'emblée d'un traitement antibiotique.

## Antibiotiques

Bien qu'il existe des arguments forts, prouvant la réduction de la mortalité et plaidant pour l'administration précoce d'antibiotiques chez les patients hospitalisés, l'évidence est nettement moins grande pour les patients ambulatoires. Le choix est donc plus délicat.

Il semble en tout cas, selon plusieurs études et méta-analyses, que l'administration d'antibiotiques de première ligne prolonge la durée médiane entre l'épisode en cours et la prochaine exacerbation, et améliore quelque peu la réponse globale de la prise en charge thérapeutique. Le taux de rechute précoce (dans les 14 jours) serait réduit de 32% à 19% selon une étude rétrospective de 270 patients. Quoiqu'il en soit, l'intérêt des antibiotiques chez ces patients paraît plus limité.

## Qui traiter ?

Selon les auteurs des guidelines GOLD, l'association des trois critères suivants est proposée pour l'initiation d'une antibiothérapie chez un patient souffrant de BPCO :

- 1 Dyspnée majorée +
- 2 Augmentation du volume des expectorations
- 3 Augmentation du caractère purulent des expectorations

La présence des critères 1 et 3 ou 2 et 3 est également suffisante. Enfin, une exacerbation sévère requérant une ventilation mécanique est également considérée comme suffisante.

Essentiellement, c'est donc l'aspect des exacerbations qui reste le meilleur guide de la nécessité d'antibiotiques dans le cadre d'une exacerbation de BPCO.

## Le choix des antibiotiques

Dans les principales études de cohortes randomisées, les antibiotiques de première ligne ont été testés (amoxicilline ± acide clavulanique, Macrolides, céphalosporines de 2<sup>e</sup> génération, Quinolones, TMP-SMX, Tétracyclines). Hormis un taux probablement supérieur de rechute avec l'amoxicilline seule, ces antibiothérapies présentent une efficacité similaire. En effet, l'augmentation de la fréquence de production de  $\beta$ -lactamases chez les pathogènes principaux entraîne une nécessaire association de l'acide clavulanique. Un résumé de ces recommandations est proposé dans le schéma ci-dessus. Il n'est pas inutile de rappeler que l'amoxicilline, associée au clavulanate, s'administre toujours en minimum trois prises quotidiennes (hormis pour la forme retard de l'Augmentin®).

## CONCLUSION

L'administration raisonnée d'antibiotiques dans les exacerbations de bronchopathie chronique obstructive permet, vu la fréquence de cette pathologie, de diminuer fortement l'exposition abusive de cette population aux anti-infectieux, et donc de réduire d'autant l'apparition de résistance. Il existe également de nombreuses prescriptions phyto-thérapeutiques qui sont largement en mesure de répondre à la prise en charge des patients ne rentrant pas dans les critères d'antibiothérapie, au côté des bronchodilatateurs et des éventuelles corticothérapies. ■

(1) Si des antibiotiques ont été administrés durant les 3 mois précédents, utiliser une autre classe d'AB.

(2) FDR pour le *Pseudomonas* : <4 épisodes d'antibiotiques dans l'année précédente, hospitalisation dans les 90 jours, antécédent de culture pour le *Pseudomonas*, FEV1 < 50%.



# Faut-il traiter l'hyperuricémie asymptomatique ?

Dr M. Milicevic

## Introduction

L'hyperuricémie est fréquente dans nos populations, notamment chez les patients insuffisants rénaux, mais également chez les diabétiques, les hypertendus ou ceux présentant un syndrome métabolique. L'élévation du taux d'acide urique (AU) dans le sang résulte, en règle générale, soit d'une augmentation de sa production, soit d'une diminution de son élimination, ou encore de la combinaison de ces deux mécanismes.

Les formes symptomatiques les plus fréquentes de l'hyperuricémie sont la goutte, la colique néphrétique liée à une lithiase urinaire d'acide urique et la néphropathie hyperuricémiante/goutteuse aiguë ou chronique. Par ailleurs, de nombreuses études suggèrent qu'actuellement, l'hyperuricémie serait un possible facteur de risque de développement d'une hypertension artérielle (HTA), d'une insuffisance rénale, d'un syndrome métabolique et même, probablement, de maladies cardio-vasculaires.

L'objectif de cet exposé est de discuter, grâce aux données récentes de la littérature, de l'intérêt de traiter une hyperuricémie, même asymptomatique, dans le but de réduire le risque rénal et/ou cardio-vasculaire, ainsi que le risque de développer une pathologie goutteuse ou lithiasique.

## Définitions et épidémiologie

L'uricémie normale est  $< 6$  mg /dl. L'excrétion urinaire est d'environ 1g d'AU par 24 heures.

L'hyperuricémie est fréquemment rencontrée dans nos populations, avec une incidence et une prévalence plus élevées chez l'homme que chez la femme.

Notamment, l'incidence de la pathologie goutteuse s'accroît avec l'âge avec un taux appréciable dès 30 ans chez l'homme, et seulement après 50 ans chez la femme. Les manifestations symptomatiques de l'hyperuricémie surviennent environ deux décennies après l'augmentation initiale du taux sanguin d'AU. Cette observation suggère l'existence d'une longue période d'hyperuricémie asymptomatique précédant la survenue de phénomènes goutteux en l'occurrence.

## Conséquences cliniques potentielles

### 1) Pathologies liées aux dépôts de cristaux d'AU : goutte, néphropathie "goutteuse" et lithiase urinaire.

Les études épidémiologiques ont démontré que ces manifestations symptomatiques ne survenaient que chez un tiers des patients présentant une hyperuricémie chronique.

En ce qui concerne la **pathologie goutteuse**, il existe une corrélation évidente entre le degré d'hyperuricémie (durée et sévérité) et le risque de goutte.

Pour ce qui est de la **maladie rénale chronique**, il existe une association avec l'hyperuricémie, bien que la détérioration de la fonction rénale est attribuée, en général, à d'autres facteurs de risque ; un rôle causal de l'hyperuricémie n'a pas encore été déterminé. Historiquement, il était reconnu qu'une hyperuricémie persistante pouvait, par le biais d'une atteinte tubulo-interstitielle, entraîner une insuffisance rénale lente et progressive.

Enfin, le risque de **lithiase d'AU** est majoré en cas d'excrétion urinaire augmentée d'AU.

### 2) Pathologies non liées aux dépôts de cristaux d'AU

#### Hyperuricémie et HTA

L'HTA est fréquemment associée à l'hyperuricémie. Le rôle pathogène de celle-ci se jouerait au niveau de la microcirculation rénale (vasoconstriction), la fonction endothéliale (inhibition) et le système rénine angiotensine-aldostérone (activation).

L'hyperuricémie serait prédictive du développement d'une HTA chez les enfants et les adultes.

#### Hyperuricémie et risque cardio-vasculaire

L'AU est, depuis des décennies, associé à la pathologie cardio-vasculaire. Plusieurs études ont noté une relation entre l'hyperuricémie et l'incidence de pathologies cardio-vasculaires et de mortalité, notamment chez l'insuffisant rénal chronique aux stades 3 et 4. Cependant, l'hyperuricémie n'est pas encore reconnue comme facteur de risque de maladie cardio-vasculaire, et ne constitue donc pas une cible thérapeutique potentielle. Elle constituerait plutôt un marqueur de risque.

## Hyperuricémie et insuffisance rénale

Comme mentionné plus haut, il existe une association entre l'hyperuricémie et la maladie rénale chronique, mais l'hyperuricémie n'a pas encore prouvé un quelconque rôle causal. Quelques études ont cependant démontré que l'AU intervient dans le développement d'une insuffisance rénale, et dans la progression vers l'insuffisance rénale terminale.

## La question tant attendue : faut-il traiter l'hyperuricémie asymptomatique ?

Le plus souvent, lorsqu'un traitement hypo-uricémiant est envisagé, l'approche thérapeutique porte sur l'inhibition de la synthèse d'AU par les inhibiteurs de la xanthine oxydase (IXO). Les deux molécules disponibles à ce jour sont l'allopurinol et le fébuxostat (tableau 1).

**Il faut savoir qu'à ce jour, débiter un traitement par IXO ne fait pas partie des recommandations de bonnes pratiques dans les situations asymptomatiques**, malgré les diverses corrélations clinico-biologiques mises en évidence par de nombreuses études. Celles-ci n'ont jamais caché leurs limites et recommandaient toujours d'analyser avec précaution la pertinence des résultats.

Signalons, par ailleurs, la possibilité d'effets secondaires très inconfortables, surtout avec l'allopurinol.

## CONCLUSION ET DISCUSSION

L'hyperuricémie est associée à la goutte. Elle semble également rencontrée, de façon indéniable, en présence d'une HTA, d'un syndrome métabolique, de complications cardio-vasculaires ou d'une insuffisance rénale. L'AU n'a cependant jamais vraiment été démontré, chez l'homme, comme étant un facteur causal direct de ces pathologies.

De nombreux arguments tendent à orienter le praticien vers le choix de traiter une hyperuricémie asymptomatique, d'autant que le fébuxostat apparaît moins "dangereux" que l'allopurinol.

Cependant, selon les données actuelles de la littérature, les recommandations internationales ne proposent toujours pas de traiter une hyperuricémie asymptomatique.

Dans ce contexte, que l'hyperuricémie soit symptomatique ou non, on insistera sur l'importance des règles hygiéno-diététiques (tableau 2). Elles ne seront probablement pas suffisantes à corriger une hyperuricémie sévère, mais elles aideront, dans les cas plus modérés, à atteindre une valeur cible < 6 mg/dl. Ensuite, pour autant que l'état clinique du patient le permette, il faudra revoir les doses d'éventuels diurétiques à la baisse (thiazidiques et de l'anse), ces molécules étant bien connues pour leur effet hyperuricémiant.

TABLEAU 1 : Différences physico-chimiques entre fébuxostat et allopurinol

	Fébuxostat	Allopurinol
Structure chimique	Non purinique	Purinique
Mécanisme d'inhibition	Liaison forte au site enzymatique de la xanthine oxydase	Substrat de la xanthine oxydase avec inhibition faible
Sélectivité	Absolue pour la xanthine oxydase	Non spécifique
Métabolisme	Hépatique	En oxypurinol, avec demi-vie longue
Élimination	Rénale et hépatique	Principalement rénale

Enfin, l'instauration d'un traitement hypo-uricémiant devra se discuter au cas par cas en fonction de l'âge, de la sévérité des comorbidités et du taux d'AU. Il paraît logique de commencer à traiter une uricémie sévère (> 13 mg/dl chez l'homme, > 10 mg/dl chez la femme) au vu du risque théorique de précipitation tissulaire, et des méfaits potentiels d'une hyperuricémie significative prolongée non traitée. Dans ce contexte, le premier choix en Belgique demeure, en l'absence d'allergie antérieure, l'allopurinol.

De nombreuses études sont encore nécessaires afin de déterminer quel profil de patients est redevable d'un traitement hypo-uricémiant pour des taux pathologiques d'AU, mais moins élevés que ceux énoncés ci-dessus. ■

TABLEAU 2 : Principales sources d'acide urique pour 100g d'aliments

› Ris de veau : 990 mg › Rognons et foie de veau : 290 mg › Cerveau : 195 mg
› Viande : 110 mg › Volaille : 90 mg › Jambon : 75 mg
› Anchois : 465 mg › Sardine : 360 mg › Thon et hareng : 225 mg › Truite : 165 mg › Saumon, coquillages : 120 mg › Crustacés : 130 mg
› Légumes (en général) : 50 mg
Un apport excessif en protéines animales, en graisse, en fructose (sodas sucrés) et en alcool (bière et alcool fort surtout) doit être évité car générant de l'acide urique. Les crustacés et les mollusques sont également à consommer avec modération (huîtres, homard, crabe, etc.).



# Maladies inflammatoires chroniques intestinales : quel rôle le médecin généraliste peut-il jouer ?

Dr A. Vijverman

La rectocolite ulcéro-hémorragique (RCH) et la maladie de Crohn (MC) sont des maladies chroniques complexes (tableau 1). Elles augmentent peu ou pas la mortalité, mais en raison de leur survenue tôt dans la vie et de leur chronicité, elles induisent une morbidité élevée qui altère la qualité de vie des malades. Durant la dernière décennie, d'importants progrès ont été faits dans la compréhension, la prise en charge et les objectifs de traitement des MICI.

plus seulement de rémission clinique mais aussi de "mucosal healing" (cicatrisation muqueuse).

Même si la complexité de la prise en charge de ces maladies nécessite l'aide d'un gastroentérologue (GE), le médecin généraliste (MG) garde un rôle clé permettant d'offrir un soutien médical optimal et personnalisé au patient.

## 1) Rôle dans le diagnostic

S'il suspecte une MICI, le médecin traitant peut débiter la mise au point en demandant une prise de sang (CRP, ferritine, pANCA, ASCA, vitamine B12) et une analyse de selles (coproculture + calprotectine). La réalisation d'une échographie abdominale peut souvent être utile. L'iléo-coloscopie, du ressort du gastroentérologue, reste toutefois l'examen de base pour confirmer le diagnostic.

## 2) Réflexes en cas de poussée

En cas de poussée chez un patient porteur d'une MICI, le MG s'assurera de l'absence de complications justifiant une hospitalisation (abcès, fistule, occlusion pour la MC; poussée sévère ou colite aiguë grave pour la RCH). Il demandera un bilan sanguin et une coproculture à la recherche d'une surinfection par clostridium difficile avant d'adresser le patient au GE référent qui jugera de la nécessité d'adapter le traitement de fond en fonction de l'évolution de la maladie et de sa sévérité.

## 3) Education et information du patient

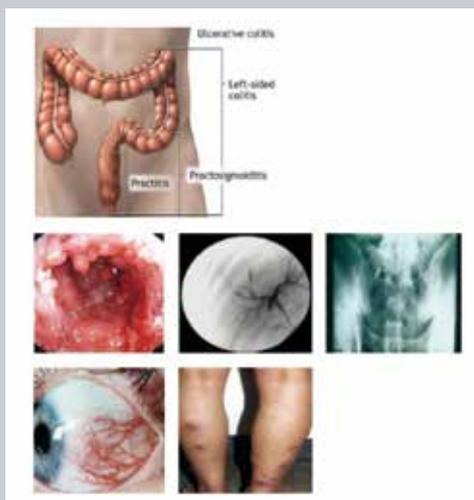
L'information sur la maladie et les traitements sera développée à chaque visite en favorisant l'autonomisation du patient et en insistant sur l'observance. Un soin particulier doit être apporté à informer les patients que, sauf exception, leur maladie est compatible avec une existence normale ou proche de la normale (scolarité, activité physique, vie sexuelle et familiale, choix du métier, loisirs). Le médecin traitant doit notamment déceler les fausses idées et les peurs alimentaires du patient qui ne sont pas justifiées.

## 4) Motiver au sevrage tabagique

Le tabac a des effets opposés au cours des MICI : il protège contre la RCH mais favorise le développement de la MC et aggrave nettement son évolution (nombre de poussées augmenté d'environ 50%, prescription d'une corticothérapie systémique plus fréquente de même que celle des immunosuppresseurs, réponse

TABLEAU 1 :

### Rectocolite ulcéro-hémorragique (RCH)



### Crohn (MC)



L'hypothèse physiopathologique actuellement dominante pour les MICI est celle d'une prédisposition génétique à développer une "suractivation" du système immunitaire intestinal sous l'influence d'antigènes bactériens du microbiote intestinal induisant des lésions inflammatoires responsables des dégâts anatomiques. Les immunosuppresseurs et anti-TNF (tumeur-nécrosis factor) représentent la pierre angulaire du traitement de ces maladies. Plus récemment, les inhibiteurs sélectifs de recirculation lymphocytaire sont venus élargir l'éventail thérapeutique disponible.

Ces traitements sont introduits de plus en plus tôt et chez une plus grande proportion de malades avec l'espoir de changer l'histoire naturelle de la maladie en évitant le dommage tissulaire intestinal et les complications (résection chirurgicale et cancer). Les objectifs thérapeutiques ont donc évolué, ne parlant

aux anti TNF moins bonne, risque d'être opéré et de récurrence post opératoire augmenté).

## 5) Gestion et suivi des traitements

La prescription de ces traitements relève en général de la responsabilité du médecin spécialiste mais le MG se doit de connaître les recommandations de suivi et les principaux effets secondaires possibles.

Les effets secondaires des **corticoïdes** sont bien connus. Une attention particulière au risque d'ostéoporose est préconisée. Une mesure de la densité minérale osseuse ne doit pas être systématique mais est recommandée chez certains patients où il existe d'autres facteurs de risque associés. Une supplémentation en calcium et en vitamine D doit être systématiquement associée. Dans la mesure du possible, on essaiera de privilégier les traitements topiques dont les effets systémiques sont limités (budésonide ou béclo méthasone).

**Les 5 amino-salicylates** : Ils sont en général bien tolérés. La survenue de pancréatite ou hépatite toxique est possible. De rares cas d'insuffisance rénale ont été rapportés (risque inférieur à 1/500) justifiant une surveillance de la fonction rénale 2x/an.

**Les immunosuppresseurs** (Thiopurines : Imuran®, Purinéthol® ; Méthotrexate®) occupent aujourd'hui une place importante dans le traitement des MICI.

**Méthotrexate** : Les principaux risques sont la cytopénie, la pneumopathie d'hypersensibilité et la toxicité hépatique. Il est abortif et tératogène ; une contraception adéquate est impérative. Il ne doit jamais être utilisé en association avec le Bactrim®.

**Thiopurines**: Les effets secondaires les plus fréquents sont l'intolérance digestive, la pancréatite aiguë (3% des patients) et la toxicité hématologique pouvant être sévère et justifiant une surveillance très rapprochée de l'hémogramme. Il est formellement contre-indiqué de prescrire un traitement concomitant par allopurinol. La toxicité hépatique est plus rare. Les études de suivi ont montré une faible augmentation du risque de lymphome et une augmentation du risque de cancer de la peau. Dès lors, une surveillance annuelle en dermatologie semble indiquée.

**Les Anti TNF alpha** (tableau 2) Bien entendu, il convient de respecter les contre-indications des Anti TNF (infection sévère évolutive, décompensation cardiaque, affection neurologique démyélinisante, affection néoplasique récente), mais la principale préoccupation est la lutte contre le risque infectieux inhérent à ce type de thérapeutique. Des consignes précises ont été éditées pour la prévention de la tuberculose et un dépistage doit systématiquement être réalisé. Il faudra également se méfier de la varicelle, du risque de réactivation d'une hépatite B, d'une infection à CMV ou encore d'une infection HPV chez

TABLEAU 2 : Anti-TNFs disponibles

	Adalimumab (Humira®)	Golimumab (Simponi®)	Infliximab (Remicade®, Biosimilaires)
<b>Structure</b>	mAb humain 	mAb humain 	mAb avec un Fab murin et Fc humain 
<b>Administration</b>	Sous-cutané à la maison	Sous-cutané à la maison	Intraveineux à l'hôpital
<b>Indication</b>	RCH / MC	RCH	RCH / MC
<b>Dose d'induction</b>	160/80 mg semaines 0 et 2	200 mg semaine 0 et 100 mg semaine 2	5 mg/kg semaines 0, 2 et 6
<b>Dose d'entretien</b>	40 mg toutes les 2 semaines	50 mg chaque mois ou 100 mg chaque mois (si le poids > 80 kg)	5 mg/kg toutes les 8 semaines

la jeune femme. Le sur risque de cancers solides et de lymphomes est controversé.

**Le vedolizumab** (Entyvio®) est un anticorps monoclonal humanisé qui agit en bloquant l'intégrine  $\alpha 4-\beta 7$  qui est une molécule clé permettant l'acheminement de cellules de l'immunité - les lymphocytes - au niveau du tube digestif au cours des MICI. Le profil de sécurité semble excellent, mais par analogie aux anti TNF, les mêmes mesures de dépistage et de suivi sont actuellement recommandées.

Etant donné l'accroissement léger du risque d'infection sous traitement immunosuppresseur ou biothérapie, un programme de vaccination est actuellement proposé dans le cadre de recommandations européennes. L'administration de vaccins vivants est formellement contre indiquée sous traitement IS ou biologique (tableau 3). En cas de présence de l'Ag HBs ou de la positivité du DNA viral B à la PCR, un traitement anti-viral prophylactique devra être instauré avant la mise en route du traitement immunomodulateur.

TABLEAU 3 : Vaccination pour les patients atteints de MICI

Vaccins de routine	Vaccins à discuter
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Tétanos</li> <li>› Diphtérie</li> <li>› Poliomyélite</li> <li>› Rougeole - Oreillon - Rubéole</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Human papilloma virus</li> <li>› Varicelle</li> </ul>
Vaccins systématiquement recommandés	Vaccins liés à des voyages
<ul style="list-style-type: none"> <li>› Pneumocoque</li> <li>› Influenza</li> <li>› Hépatites A et B</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Fièvre Typhoïde</li> <li>› Fièvre Jaune</li> <li>› Encéphalite japonaise</li> <li>› Méningite à méningocoque</li> <li>› Encéphalite due aux tiques</li> <li>› Rage</li> <li>› Tuberculose</li> <li>› Cholera</li> </ul>

**Attention ! Vaccins vivants en rouge : PAS pendant un traitement avec des anti-TNF !**

Pour les patients considérés à risque (tabagisme, maladie étendue, âge jeune au diagnostic, atteintes duodénales, rectales et ano-périnéales), une combothérapie (IS + anti TNF) sera en général proposée d'emblée.





# Les maladies éruptives de l'enfant

Dr J. Frère

Les maladies éruptives surviennent principalement chez l'enfant, car elles représentent, pour la plupart, la primo-infection due à divers agents infectieux. Elles confèrent, ensuite, une immunité acquise qui peut être définitive si elle est entretenue par des contacts infra-cliniques réguliers avec l'agent causal.

Maladies généralement sans gravité, elles sont très souvent contagieuses voire épidémiques, et peuvent représenter une menace pour des sujets réceptifs plus vulnérables (immuno-supprimés, femmes enceintes). De plus, il faut aussi pouvoir identifier les maladies éruptives plus rares qui sont le reflet d'une affection sévère.

L'exanthème, défini comme l'apparition de lésions cutanées ou *rash*, s'accompagne parfois d'un énanthème ou atteinte des muqueuses. L'étiologie d'un exanthème, accompagné ou non de fièvre, est majoritairement virale. L'éruption virale est polymorphe mais les deux principaux aspects observés sont l'éruption maculo-papuleuse et l'éruption vésiculeuse. La première correspond à des macules érythémateuses plus ou moins surélevées, éléments séparés plus ou moins larges et parfois confluents. De très nombreux agents infectieux peuvent être impliqués. Les vésicules sont, quant à elles, aisément reconnaissables et orientent vers l'herpès simplex ou zoster et, les entérovirus.

Un *rash* scarlatiniforme, même si une origine virale ne peut être exclue, oriente rapidement vers une infection bactérienne et le plus souvent vers le streptocoque du groupe A. Il se distingue par de larges plaques rouge foncé, voire purpuriques, avec un aspect chaud et grenu à la palpation.

## Les affections bactériennes

**Le purpura méningococcémique** est une affection rare mais redoutable et potentiellement létale. Le degré de suspicion doit être élevé et motiver une prise en charge rapide. Survenant en toutes saisons et à tous les âges, il se caractérise par l'apparition brutale de lésions papuleuses purpuriques qui s'élargissent et s'étendent, promptement, à l'ensemble du corps. L'enfant est septique. L'administration d'antibiotiques intraveineux doit être précoce pour améliorer le devenir du patient. La vaccination universelle contre le méningocoque du groupe C en a modifié l'incidence.

Affection bactérienne qui reste fréquente, **la scarlatine** est liée à l'infection par le streptocoque du groupe A. Elle survient essentiellement chez les enfants en âge scolaire et se manifeste par une pharyngite fébrile

brutale accompagnée d'un *rash* scarlatiniforme, plus marqué au niveau des plis (signe de Pastia), d'une altération plus ou moins sévère de l'état général et de symptômes digestifs. L'évolution est rapidement favorable sous pénicilline ou aminopénicilline orale. La contagiosité est maximale au début de l'affection mais est abolie après 24 heures d'antibiothérapie.

**Le choc toxique** est une affection rare. Un des signes est une érythrodermie plutôt qu'un *rash*.

## Les affections virales

Les infections virales à l'origine d'une éruption cutanée sont très nombreuses. Certains virus sont responsables de tableaux cliniques caractéristiques et facilement identifiables. Le tableau 1 reprend les spécificités de quatre maladies éruptives classiques du jeune enfant.

La vaccination universelle a nettement diminué l'incidence de **la Rubéole** et de **la Rougeole**, deux maladies éruptives bien connues. Cependant, des cas peuvent toujours survenir, dépendant de la couverture vaccinale et des flux migratoires. Les caractéristiques sémiologiques des deux entités sont reprises au tableau 1. Les enfants atteints de rougeole ont souvent un état général altéré, ils sont irritables et accablés. Les complications peuvent être sévères comme la méningo-encéphalite ou la pan-encéphalite sclérosante subaiguë.

**TABLEAU 1 : Caractéristiques sémiologiques de quatre maladies éruptives**

	Rougeole	Rubéole	Mégalérythème épidémique	Exanthème subit
Virus	Famille paromyxaviridae	Famille togavirus	Parvovirus B19	HHV6 ou HHV7
Exanthème	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Maculo-papule</li> <li>› Morbilliforme</li> <li>› Confluence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Maculo-papule</li> <li>› Parfois morbilliforme</li> <li>› Rosé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Erythème joue</li> <li>› Extension membres inférieurs : réticulé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Maculo-papule</li> <li>› Rose pâle</li> </ul>
Topographie	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Visage</li> <li>› En arrière des oreilles</li> <li>› Tronc et membres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Visage</li> <li>› Tronc</li> <li>› Membres (fesses)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Visage</li> <li>› Membres (pas tronc)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>› Visage</li> <li>› Tronc</li> <li>› Membres</li> </ul>
Enanthème	Tâche de Koplik	Plus rare	Parfois lésions aphtoïdes	Petites papules érythémateuses palais mou
Prodrome	Fièvre élevée, catarrhe oculo-nasal	Fièvre modérée	Absent	Fièvre disparaissant avec éruption
Âge	Nourrissons et adolescents	Nourrissons et adolescents	Scolaire	Pré-scolaire

La rubéole a un décours et une présentation généralement plus bénins. La gravité de cette affection est l'atteinte materno-fœtale et le syndrome de rubéole congénitale. Cette entité motive la vaccination universelle contre la rubéole.

La **roséole**, appelée également exanthème subit ou sixième maladie, est une infection virale courante chez les jeunes nourrissons.

L'évolution très particulière de la fièvre et de l'éruption permet assez facilement le diagnostic. L'incubation, silencieuse, dure 3 à 5 jours. Elle est suivie d'une phase de virémie uniquement marquée par de la fièvre importante (39/40°C) qui dure généralement 3 jours. Cette fièvre isolée se complique fréquemment de convulsions fébriles. L'examen clinique montre inconstamment une pharyngite vésiculeuse et des adénopathies cervicales, à ce stade. La phase éruptive apparaît au 3<sup>e</sup> jour : la fièvre chute brutalement, et simultanément, apparaissent sur le tronc et les membres des macules ou maculo-papules rosées très pales respectant la face. L'enfant recouvre un état général normal. L'éruption ne dure jamais plus de 48 heures, peut passer inaperçue tant elle est pale et discrète, et, disparaît sans desquamation ni hyperpigmentation.

Le **mégalérythème épidémique** ou cinquième maladie est lié au **parvovirus B19**. Maladie saisonnière survenant à la fin de l'hiver et au printemps, elle se marque uniquement par sa phase d'état, l'éruption. Celle-ci évolue en trois stades ; d'abord un érythème maculo-papuleux des joues "en paire de claques", ensuite, 3 à 4 jours plus tard, apparaissent des macules rosées et réticulées sur les membres en "dentelle", légèrement prurigineuses, et, finalement, l'éruption s'efface en une dizaine de jours, avec rappel occasionnel à la chaleur ou au soleil. La fièvre est discrète (38°C) ou absente. Il s'agit d'une affection bénigne dont le diagnostic repose sur la clinique.

Chez les individus atteints d'une maladie hémolytique chronique, le parvovirus B19 peut engendrer une crise érythroblastopénique aiguë en dehors de toute éruption. Il faut aussi éviter la contamination pendant la grossesse qui peut s'accompagner d'un faible risque d'anasarque fœtal. Cependant, la contagiosité est significative 1 à 5 jours avant la survenue de l'éruption, rendant la prévention de l'infection plus complexe.

La maladie **Pied-main-bouche** est une infection survenant en saison estivale chez les enfants d'âge préscolaire. Les entérovirus et plus particulièrement le coxsackie A16 ou l'entérovirus 71 en sont les principaux agents responsables. Elle se caractérise par la survenue de vésicules à contenu clair ou citrin cernées d'un liseré rouge, ou de maculo-papules rouges situées au niveau des mains et des pieds et de vésicules et lésions érosives douloureuses de la bouche et des lèvres. La difficulté principale liée à cette affection est le refus alimentaire suite à la douleur engendrée par les lésions

buccales. Une couverture par antidouleur systématique peut éviter la dysphagie et l'anorexie. Le décours est généralement favorable sans traitement spécifique.

D'une année à l'autre, l'incidence de ces deux dernières entités varient selon l'épidémiologie locale.

Les infections à entérovirus sont à différencier de la **varicelle**, autre éruption vésiculeuse. Le *rash* généralisé prédomine alors au niveau du tronc. Il est composé de lésions maculo-papuleuses qui deviennent vésiculeuses et croûteuses et, dont les éléments d'âge et d'aspect différents cohabitent dans un même territoire cutané. Les lésions laissent place à des cicatrices hypo ou hyper-pigmentées. Un énanthème de type vésicules ou lésions érosives sur les muqueuses buccale et génitale accompagne généralement l'atteinte cutanée. L'affection guérit habituellement en 7 à 10 jours. Les complications de types surinfections bactériennes ne sont pas si rares et peuvent être sévères. L'administration d'AINS favorise la survenue de fasciite nécrosante et doit être proscrite en cas de varicelle.

Par ailleurs, de nouvelles maladies ont été décrites :

**la maladie de Kawasaki**, de rencontre occasionnelle et d'origine mystérieuse, et **la maladie de Gianotti-Crosti**, expression assez fréquente de diverses infections virales (EBV). La première est une vascularite systémique, d'apparition brutale et dont le risque majeur est le développement d'anévrisme coronarien. Le diagnostic repose sur un faisceau de critères cliniques. La présence de cinq d'entre eux est indispensable pour confirmer le syndrome. L'étiologie en est toujours indéterminée actuellement.

**La maladie de Gianotti-Crosti** se caractérise par la survenue d'une éruption faite de papules rosées ou rouges, parfois purpuriques, de petites tailles, situées classiquement sur les joues, les coudes et les genoux. Parfois, on observe de larges placards rouges et surélevés par coalescence de ces lésions. Elles guérissent sans cicatrice en 2 à 4 semaines. Il n'y a pas d'atteinte des muqueuses. L'enfant conserve un bon état général, la fièvre est modérée voir absente. Le décours est habituellement favorable.

## CONCLUSION

Les maladies éruptives sont fréquentes chez l'enfant. Les caractéristiques de l'éruption, les signes et symptômes associés, l'âge de l'enfant, les circonstances de survenue, le contexte épidémiologique et le carnet de vaccination permettent généralement d'orienter le diagnostic ainsi que la prise en charge. Le cortège biologique permet d'approcher le diagnostic dans les cas atypiques, mais, doit toujours être interprété en conjonction avec la clinique et l'épidémiologie. ■

### Références

- › Bodemer et al., Ann Dermatol Venerol, 2002.
- › Dictionnaire de Pédiatrie Weber, 3<sup>e</sup> édition, 2015.
- › « Maladies éruptives, purpura et dermites de l'enfant », Jean-Bernard Girodias, CHU Sainte-Justine, 2010.
- › Red Book 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics.

A series of horizontal dotted lines for writing notes.



# La garde : avis et évolution en médecine hospitalière

Dr S. Degesves et Dr M. Vergnion

Les services d'urgence ont toujours été au centre des discussions passionnées entre la médecine de première ligne et la médecine hospitalière. Sentiments de frustration, de détournements de prise en charge de patients, de manque de communications marquaient nos rencontres jusqu'il y a peu. Il faut dire que la fréquentation des services d'urgence ne cesse d'augmenter et la cause en est souvent attribuée à l'augmentation des cas ambulatoires dits de médecine générale, ce qui a interpellé nos ministres de la santé successifs. Le collègue de médecine d'urgence doit d'ailleurs fréquemment répondre à des interpellations des autorités à ce sujet mais il faut noter que l'absence d'enregistrement empêchait jusqu'à maintenant d'y répondre correctement.

## Historique du service des urgences du CHR de la Citadelle

À la fermeture des URC et URM de l'hôpital de Bavière, les patients se sont naturellement dirigés vers le service des urgences de l'hôpital de la Citadelle nouvellement construit.

La fréquentation a connu alors une croissance exponentielle et il est devenu un des premiers services de Belgique avec celui de Saint-Pierre à Bruxelles avec plus de 60 000 admissions par an.

Rapidement, il s'est avéré que l'architecture de l'ancien service n'était plus adaptée à un tel afflux et un tout nouveau service sera inauguré en 1998. Cette croissance connaîtra une pause lors de l'ouverture du

service des urgences de Saint-Joseph qui va absorber les appels du "100" de la ville en raison de son avantage en terme de temps de parcours calculé par la centrale. Mais bientôt, la progression va reprendre pour atteindre actuellement plus de 80 000 admissions avec une fréquentation importante de cas ambulatoires, ce qui a nécessité de construire une nouvelle aile au service où sont situées les urgences B ainsi que les urgences pédiatriques afin de répondre aux directives d'un chemin particulier pour les enfants.

L'ouverture d'un service d'urgence au niveau du nouvel hôpital du Mont Léglia aura pour conséquence de ramener vers le CHR les patients "112" du centre ville au vu du changement de localisation géographique.

## Organisation actuelle

Nous avons tenté de séparer les circuits des patients alités, souvent plus gravement atteints, des cas ambulatoires. Au niveau adulte, le service est divisé en une partie A composée de 22 chambres individuelles et d'une chambre d'isolement, et d'un service ambulatoire B composé de 6 cabinets de consultations polyvalents ainsi que de locaux logistiques comme la salle de plâtre ou de suture.

Au niveau pédiatrique, une salle d'attente dédiée permet un accueil spécifique des enfants qui seront aussi examinés dans 6 chambres d'examen.

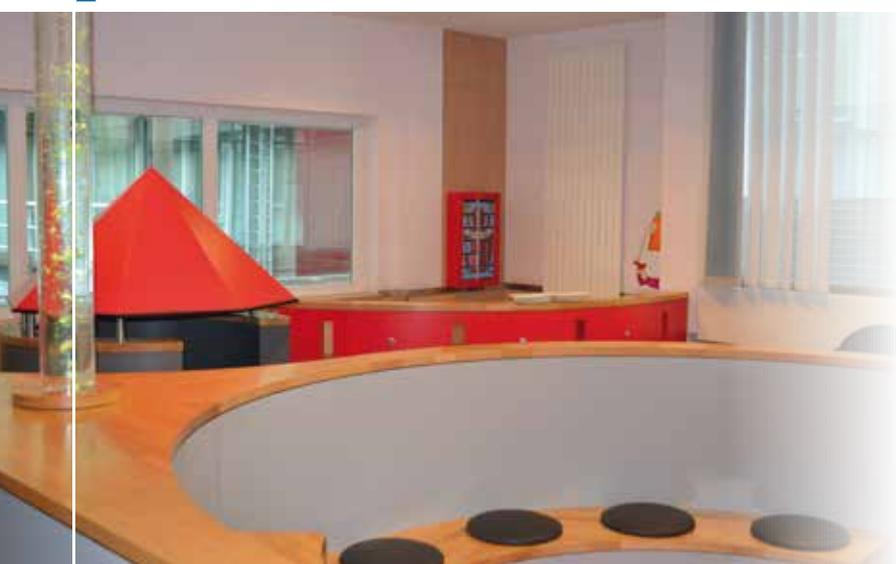
Au vu de l'augmentation de la fréquentation, le staff des médecins urgentistes s'est fortement agrandi avec une tendance nette vers la professionnalisation. Le service dispose ainsi de plus de 20 collaborateurs spécialistes possédant la compétence particulière en soins d'urgence et maintenant spécialistes de soins d'urgence (SMU) depuis l'avènement de la spécialité. Cela permet une permanence de médecins en journée et en nuit.

Il faut noter que l'analyse par audit externe de nos profils de fréquentation a permis d'adapter les horaires en fonction de la charge de travail, tant au niveau médical qu'infirmier.

Ceux-ci sont au nombre de plus de 50 ETP.

Il faut noter que la présence de médecins généralistes dans le service a diminué fortement en raison de l'évolution de la législation étant donné que ceux-ci doivent disposer du Brevet de Médecine Aiguë (BMA)

Urgences pédiatriques, salle d'attente.



pour prester et qu'actuellement, cette formation a disparu.

Par ailleurs, l'avènement du poste de garde sur Liège n'a pas diminué de façon significative le nombre d'admissions durant ses heures d'ouverture.

Depuis 2015, notre service a été reconnu Trauma Center suite à l'accréditation allemande et permet la prise en charge de nombreux patients polytraumatisés.

## Des causes de l'augmentation de cas de la première ligne

Bien que jamais vraiment analysées de façon scientifique, les causes de l'augmentation de ce type de cas ont été attribuées à différentes causes comme :

- ) L'impatience des patients à obtenir rapidement ce qu'ils souhaitent;
- ) L'absence de paiements immédiats;
- ) Le désir de voir un spécialiste immédiatement ou d'accéder aux moyens thérapeutiques et diagnostiques hospitaliers;
- ) Le délai trop important des consultations spécialisées ou d'exams complémentaires;
- ) Le "shopping" médical;
- ) Le souhait d'une consultation en pédiatrie directement;
- ) L'organisation de la garde dans certains secteurs;
- ) L'organisation du plateau B qui a créé un appel d'air.

Il serait intéressant de pouvoir objectiver réellement au niveau national comme au niveau local l'importance réelle de ces facteurs afin de mieux y répondre en terme organisationnel entre les services d'urgence et ceux de première ligne. En effet, une mesure comme l'augmentation substantielle des honoraires à charge du patient s'il n'est pas référé par le "112" ou un médecin traitant n'a pas eu l'effet escompté. L'argument de dire que le patient ne paie pas ne tient pas au vu de l'excellent taux des recouvrements des factures.

De plus, contrairement aux souhaits du Ministère de la Santé qui veut réorienter ces patients, les urgentistes sont sous la pression de plus en plus importante de la justice et le nombre d'affaires passées ou en cours concernant des prises en charge est en augmentation.

Un autre sujet de préoccupation est naturellement la pénurie de médecins généralistes qui a abouti à la réflexion sur la nuit profonde dans les régions défavorisées et la prise en charge des patients (après tri assuré par le personnel soignant du CHU) d'un certain nombre de patients par les services d'urgence.

## De l'évolution de médecine d'urgence

Quoiqu'il en soit, le Ministère de la Santé s'est toujours préoccupé de cette situation et cette législature devait

voir l'application d'une série de mesures proposées dans la déclaration de politique de Maggie De Block concernant la coopération entre les postes de garde et les services d'urgence ainsi que la création d'un numéro d'appel unique de première ligne (1733).

Différents postes de garde financés existent en Belgique, soit liés particulièrement à un SU ou décentralisés et ayant conclu des accords avec différents hôpitaux comme c'est le cas à Liège.

Le souhait de Madame la Ministre d'améliorer la collaboration passera au travers de modifications du financement des centres en favorisant les centres attachés aux services d'urgence et sans doute par une modification de la tarification au niveau des services d'urgence.

Depuis 2016, le budget alloué aux postes de garde est gelé et en attente de l'analyse de l'étude du KCE par une *Task Force* mise en place par Madame la Ministre. Répondant à plusieurs interpellations parlementaires en juin 2016, elle n'a précisé ni les tendances envisagées ni les délais de mise en place des mesures prises.

Quant au financement des services d'urgence, celui-ci varie très peu en fonction de la lourdeur de mise au point et du nombre d'admissions bien qu'un enregistrement systématique obligatoire soit maintenant d'application. Par ailleurs, le financement du service en dehors des honoraires concernant principalement le personnel soignant et administratif ainsi que les frais de fonctionnement n'est pas toujours proportionnel à l'activité ; ce qui défavorise les grands services comme le nôtre. Un mode de calcul du financement un peu plus avantageux a été mis en place mais reste tout à fait insuffisant.

## De l'amélioration de la communication

Ce point a toujours été évoqué par les médecins généralistes et continue à l'être malgré les nombreuses améliorations portées et l'obligation de rédaction d'un courrier lié à l'honoraire.

Cependant, l'identification du médecin traitant n'est pas toujours facile dans une population souvent paupérisée et peu fidèle dans le domaine, ce qui rend parfois aléatoire l'envoi correct des courriers.

La collaboration avec les cercles de médecine générale dans le cadre du projet SYLOS a permis de jeter les ponts d'une meilleure communication entre les deux lignes, chacun faisant pour son compte le bilan des améliorations à apporter.

En fonction des décisions qui seront prises, le développement d'une communication optimale représentera un challenge essentiel à la prise en charge des patients. ■



# Médecine générale : enjeux et représentation

Dr G. Delrée

Je suis généraliste, ainsi que mon épouse avec qui je travaille, je suis aussi impliqué dans la vie de mon cercle et président du FAGW (Fédération des Associations de Généralistes de Wallonie). À ce titre je m'interroge de plus en plus sur l'avenir de notre belle profession: parviendra-t-elle à améliorer son attractivité ainsi qu'à garder les jeunes dans ses rangs? Sera-t-elle à la hauteur de ce qu'on attend d'elle? Mes confrères se doutent-ils de ce qui se prépare dans les sphères décisionnelles, qu'elles soient fédérales ou régionales? La médecine générale est à un tournant. On attend d'elle qu'elle contribue à relever le défi du vieillissement de la population, de l'explosion du nombre de malades chroniques, le tout avec efficacité et économie, austérité oblige. Une inertie existe en ce qui concerne des concepts réputés incontournables, tels que l'informatisation et la multidisciplinarité. Sumerh, dossier médical informatisé partagé, assistéo, glissements de compétences, réforme de l'accréditation voire des modalités de rémunérations des médecins, hospitalisation à domicile, etc. sont autant de changements qui risquent de modifier considérablement notre métier. S'en préoccupe-t-on suffisamment? Non. Les généralistes ont le nez dans le guidon, ils ne parviennent pas suffisamment à prendre le recul nécessaire. Certes il ne faut pas céder précipitamment à toutes les modes éphémères mais il devient urgent de prendre le temps de réfléchir à ce que sera demain le métier de médecin généraliste.

Mais que font nos représentants? Les syndicats médicaux, les cercles, le FAGW et les autres? Ils tentent de suivre et d'éviter que ne se creuse un fossé entre eux et la base trop occupée à travailler. Hélas, force est de constater que ce travail et ces enjeux ne sont pas assez connus ni reconnus. Un taux d'abstention coupable des médecins wallons lors des dernières élections syndicales a mis nos syndicats en minorité dans les instances fédérales. Leurs dotations financières en ont été diminuées d'autant et le rajeunissement des cadres et des chevilles ouvrières, tant souhaitée par nos défenseurs, fait cruellement défaut. Comment pourront-ils relever le double défi d'informer les médecins et de les défendre? Or, c'est un travail titanesque, chronophage, qui mérite d'être honoré dignement et qui doit être professionnalisé, épaulé par une équipe. Sans cela, impossible d'attirer des jeunes pour nous défendre. Impossible de vous donner satisfaction.

Dans les Cercles de médecine générale, la problématique est semblable. Certains ont franchi le cap de la bande de copains pour une structure plus organisée, voire soutenue par des employés. Mais le renouvellement et le rajeunissement des cadres est problématique. Comment dès lors être au courant et acteur de l'inexorable mutation de notre métier? Pourra-t-on éviter un atterrissage douloureux pour ceux qui sont restés sur le quai?







# La médecine générale en mutation : perspectives sociologiques

Dr C. Slomian

Evoquer la "médecine générale en mutation" n'est pas une idée neuve. Pour autant, elle prend tout son sens dans le contexte actuel où toute une série de réponses politiques sont proposées afin de répondre aux contraintes sociodémographiques et économiques qui pèsent sur le système de santé belge. La pression budgétaire induite par la complexification des technologies médicales, le vieillissement de la population (y compris de la population active de médecins<sup>(1)</sup>) et l'importance accrue des maladies chroniques et du nombre de patients polypathologiques a ainsi conduit les autorités à proposer des solutions qui permettront, selon elles, de garantir la viabilité du système de santé tout en maintenant un haut niveau de qualité des soins. Ces solutions touchent à la fois la pratique médicale et l'organisation de la profession médicale. Ces deux aspects seront abordés successivement, le dernier se basant sur l'exemple de la garde en médecine générale.

De manière générale, en ce qui concerne les changements et réformes, on a ainsi vu apparaître ces dernières années la loi relative aux droits du patient, le Plan d'Action e-Santé 2013-2018, le plan conjoint en faveur des maladies chroniques ou encore le projet de réforme de l'Arrêté Royal n°78 relatif à l'exercice des professions de santé, pour ne citer que quelques exemples. La particularité à laquelle nous assistons aujourd'hui réside dans l'accélération des mesures qui sont prises et dans la convergence de celles-ci vers un objectif commun : positionner le patient, acteur de ses soins, "au centre" d'un système de santé intégré dans lequel le médecin généraliste occuperait un rôle pivot, d'intermédiaire entre les professionnels de la santé qui gravitent autour du patient.

## Médecin expert, patient profane

Dans les années 50, le sociologue américain Talcott Parsons<sup>(2)</sup> s'est intéressé aux rôles respectifs du médecin et du malade. Selon lui, le médecin est la figure de l'expert, détenteur exclusif du savoir médical, il est un agent de légitimation qui va pouvoir attester que le patient est dans l'incapacité d'honorer les rôles sociaux qu'il occupe habituellement du fait de sa maladie. La maladie est ainsi considérée comme une forme de déviance. Le malade n'est pas responsable de sa situation, mais il doit souhaiter aller mieux et doit faire appel à un technicien compétent : le médecin.

Ce dernier a un *ethos* professionnel de la disponibilité permanente<sup>(3)</sup>, il consacre sa vie à sa profession.

Le patient, quant à lui, est considéré comme profane à tous points de vue. Il n'est pas qualifié pour savoir ce qu'il y a lieu de faire ni comment le faire. Il est soumis à l'autorité du médecin, a un rôle passif, mais doit néanmoins coopérer avec le professionnel pour aller mieux. Le malade est donc impuissant, incompétent, et peut avoir des réactions irrationnelles étant donné la charge émotionnelle supportée du fait d'être coupé de ses activités, distractions et plaisirs.

## Patient expert, médecin accompagnateur

Depuis la description parsonienne des rôles respectifs du médecin et du malade et de leur articulation, plusieurs notions sont apparues progressivement et remettent en question cette vision de la pratique médicale. En ce qui concerne le patient, on parle d'*empowerment*, de patient partenaire, de patient-expert<sup>(4)</sup>, de patient acteur de ses soins. Du côté des professionnels, on évoque la multidisciplinarité, le *coaching*, l'accompagnement du patient. Ces évolutions marquent un tournant dans le référentiel normatif mobilisé pour faire référence à la figure du patient et à celle du médecin. Un changement de paradigme s'opère petit à petit.

Ces derniers temps, l'État belge a consacré ce changement de paradigme et ces nouveaux référentiels normatifs dans les décisions politiques, réformes et projets mis en œuvre, notamment par rapport à la médecine générale. Les notions de multidisciplinarité en ce qui concerne les professionnels et d'autonomisation du côté du patient sont au cœur des documents politiques, et notamment du projet de réforme de l'Arrêté Royal n°78 qui propose un "nouveau modèle de soins".

Un des éléments centraux de ce nouveau modèle est la notion de gestion des soins en mode pilote/copilote. "Le patient dirige, les prestataires de soins sont copilotes et définissent le cap à suivre, tandis que le médecin généraliste de référence veille à la cohérence et à la continuité de l'ensemble"<sup>(5)</sup>. Ce nouveau projet qui a pour ambition la modification du cadre légal consacre pleinement ce qui était déjà prégnant et palpable jusqu'alors : la volonté de l'État de conférer un nouveau rôle au médecin généraliste. La concrétisation de cette

(1) 60,2% des médecins généralistes belges ont plus de 50 ans (Service Public Fédéral Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, 2016, Statistiques annuelles des professionnels des soins de santé en Belgique. Nombre de professionnels au 31/12/2015 et influx 2015).

(2) Parsons T., 1955, « Structure médicale et processus dynamique : le cas de la pratique médicale moderne » in Herzlich C., 1970, *Médecine et société*, Mouton, Paris, pp. 197-238.

(3) Sarradon-Eck A., 2010, « Qui mieux que nous ? » *Les ambivalences du "généraliste-pivot" du système de soins* » in Bloy G., Schweyer F.-X., 2010, *Singuliers généralistes*, Presses de l'EHESP, Paris.

(4) Boudier F., Bensebaa F., Jablanczy A., 2012, *L'émergence du patient-expert : une perturbation innovante*, Innovations, 39(3), pp.13-25.

(5) <http://ar78.be/trois%20pilliers.html>

politique passe par la redéfinition des compétences des professionnels de la santé, compétences dont ceux-ci devront pouvoir effectivement attester par le biais de mécanismes de contrôle.

Les patients, quant à eux, sont perçus comme étant de plus en plus exigeants selon les médecins. Ils formulent d'autres demandes, ont davantage accès au savoir médical, notamment grâce à Internet. Ils deviennent parfois de véritables patients-experts. De ce fait, les médecins sont amenés de plus en plus régulièrement à devoir axer leurs activités et le temps de consultation sur l'éducation du patient et parfois la correction de son "modèle explicatif"<sup>(6)</sup>. Le rapport entre professionnel et profane est donc modifié. Le médecin n'est plus le seul détenteur du savoir médical et le patient n'est plus toujours exempté de ses responsabilités habituelles. Certaines maladies chroniques n'empêchent pas le patient de travailler et de poursuivre des activités de loisir. Elles demandent de plus en plus une participation active du patient dans la gestion quotidienne de sa maladie. Le projet de modification de l'AR n°78 acte ce changement de paradigme en ce qu'il prévoit que le médecin soit un accompagnateur du patient, lui-même autogestionnaire de ses soins.

Dans un contexte de complexification des cas médicaux à gérer (chronicisation et patients polyopathologiques), il est de plus en plus difficile pour les médecins généralistes de conserver une vision holistique et globale des patients, d'autant plus lorsque la relation médecin-patient évolue vers l'accompagnement d'un patient expert et est saupoudrée de nouvelles tâches administratives à réaliser à l'aide d'outils informatiques. La gestion conjointe des demandes étatiques, de celles des patients et de la complexité médicale met les médecins sous pression. L'incertitude<sup>(7)</sup> qui entoure leur pratique de leur point de vue est en effet grandissante.

### La garde comme illustration d'une régulation professionnelle

Le malaise qui accompagne la question de la garde en médecine générale permet de comprendre les changements macrosociologiques qui correspondent à une évolution en termes d'organisation et de régulation de la profession.

Pour comprendre la disparition progressive de l'*ethos* de la disponibilité permanente au sein de la profession médicale, il faut se pencher sur la valeur accordée au travail dans notre société. Si le travail reste une valeur centrale à l'heure actuelle, on constate également que le temps hors travail, le temps de loisir, est de plus en plus valorisé. Dès lors, la question de la conciliation vie privée / vie professionnelle a pris une place prépondérante, encore accentuée par la féminisation<sup>(8)</sup> de la profession médicale.

Le souci de trouver un équilibre entre vie privée et vie professionnelle rend difficile l'organisation de la garde. À cet égard, il est important de souligner que la disponibilité des médecins généralistes était un trait caractéristique de la profession, un *ethos* professionnel institutionnalisé qui s'est progressivement étiolé. Dès lors, la génération des médecins aujourd'hui proches de la retraite subit de plein fouet ce virage normatif. Assurant un grand nombre de gardes durant leurs premières années de pratique, ils se retrouvent à devoir en assurer tout autant, voire davantage à l'heure actuelle étant donné la friolité des jeunes médecins à adhérer à cette norme de disponibilité qui faisait autrefois référence dans la profession.



La garde est donc un point sensible, qui mérite d'être mis en perspective avec l'objectif des réformes actuelles. Une consultation dans le cadre d'un rôle de garde est tout à fait particulière en ce que le patient se trouve face à un médecin qu'il ne connaît parfois pas. Ce médecin dispose certes d'informations contenues dans les dossiers médicaux, notamment dans le SumEHR. Pour autant, la médecine générale se base sur une relation thérapeutique marquée par la confiance réciproque, développée au fil du temps, et sur une approche holistique du patient, possible grâce à une connaissance approfondie du contexte social, familial, professionnel, médical, dans lequel il évolue. Le médecin de garde, qui voit parfois le patient une seule et unique fois, n'a donc pas la possibilité d'accompagner le patient comme le suggère la réforme.

En outre, plusieurs solutions ont été mises en place pour palier au problème de l'organisation de la garde, telles que le tri ou encore les postes médicaux de garde (PMG). À cet égard, le Centre Fédéral d'Expertise des

(6) Herzlich C., Adam P., 2014, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Armand Colin, Paris.

(7) Bloy G., Schweyer F.-X., 2010, *Singuliers généralistes*. Presses de l'EHESP, Paris.

(8) Lapeyre N., Robelet M., 2007, *Les mutations des modes d'organisation du travail au regard de la féminisation. L'expérience des jeunes médecins généralistes*, *Sociologies pratiques*, 14(1), pp. 19-30.



A series of horizontal dotted lines for writing notes.

Information médicale à l'attention des médecins généralistes



**CHR** Liège **CITADELLE  
CHATEAU  
ROUGE  
SAINTE  
ROSALIE**  
VOTRE SANTÉ, NOTRE MÉTIER

[www.chrcitadelle.be](http://www.chrcitadelle.be)

