

GROUPE DE PAIRS DE L'AMICALE CANEUM

Compte rendu de la séance du 18/04/2019

Identifiant du groupe : 78110LEV001

Secrétaire : Dr Vernier

Modérateur : Dr Bonfils

Temps 1 exemples :

1* Problèmes soulevés par le groupe

- Dossier 1 : homme de 68 ans, douleur de l'épaule, tendinopathie calcifiante du sus-épineux, kiné, lettre rhumato. HAS 2005, radio systématique, écho si besoin et échographiste expérimenté.
- Dossier 2 : femme de 32 ans, attaque de panique 5 jours après une agression par des parents d'élève, atcd dépressifs. Anxiolytiques ponctuellement. Trouble anxieux grave HAS. Utilité des benzos en ponctuel. ITT malgré l'absence d'AT.
- Dossier 3 : Femme de 27 ans, tabagisme, angine, TDR+, amox. Infections ORL à répétition depuis son accouchement.
- Dossier 4 : Femme de 50 ans, crise de colique hépatique la veille. Echo vue, lithiase sans complications. Adressée au chirurgien.
- Dossier 5 : Femme de 83 ans, conflits familiaux, solitude. Palpitations motivant CS cardio, bourrelet septal à l'écho... Cardensiel. Sophro, benzodiazépines à petite dose. Prend occasionnellement des compléments protéinés. Fiche d'aide à la prescription sur ameli.fr
- Dossier 6 : Patiente de 77 ans aux ATCD de néoplasie mammaire et localisation cérébrale, radiothérapie et Xéloda. Retour de vomissements et AEG, hospitalisation, décès deux semaines plus tard
- Dossier 7 : Patient de 63 ans, stent aortique pour dissection, anti-hypertenseurs, aspirine. Angio-scanners répétés à l'issue desquels le patient n'est pas revu, non reconvoqué.
- Dossier 8 : Femme de 45 ans, Phadiatop + prescrit par l'ORL,
- Dossier 9 : homme de 65 ans, « flash » sur l'œil droit, mélanome uvéal, énucléation. Vient pour se faire expliquer le suivi (lésion du foie en cours d'exploration).
- Dossier 10 : Patiente de 69 ans, plusieurs atcd de pneumopathie sur DDB. A consulté pour épisode fébrile sans toux ni foyer : pyélonéphrite. Consultation de contrôle au décours
- Dossier 11 : Jeune de 13 ans collégien, cervicalgie dans un contexte potentiellement inquiétant (talalgie à bascule, père porteur d'une SPA). Diagnostic retenu de torticolis simple, cervicalgie bénigne
- Dossier 12 : Homme de 34 ans, dermite séborrhéique du cuir chevelu, traitement local

Questions à traiter :

- 1 . Balance bénéfique/risque et indication des AINS dans les tendinopathies de la coiffe des rotateurs
- 2 . Faut-il opérer toute lithiase vésiculaire symptomatique ?

Références bibliographiques supplémentaires apportées par le groupe

- Echo pulmonaire chez l'enfant dans le diagnostic de la pneumopathie
- Previscan désormais contre-indiqué en initiation de traitement (ANSM Décembre 2018)
- Paracétamol inopérant dans les gonarthroses et coxarthroses
- Calprotectine fécale dans le diagnostic des MICI (bonne VPN) (annexe 2)
- Sous déclaration des asthmes professionnels ++ (annexe 1)

Ecarts / à la pratique recommandée par l'HAS ...

Augmentin pour angine unilatérale fébrile

Temps 2 Synthèse des améliorations proposées du parcours et de la coordination des soins

- Dr Paul, Médecine Interne à Foch
- Sophrologie : Caroline Gautier à Chatou

Temps 3

1* **Synthèse des cas compliqués :** Rien ce mois-ci

- **compte rendu des thèmes abordés au cours de la séance précédente**

Curiosité de Gilbert :

Aucune surveillance biologique
Sauf suspicion d'une autre pathologie

HTA :

Surveillance tous les trois à cinq ans (HAS : ECG. Pas de recommandation spécifique pour l'ECG à l'effort)

Pour la prochaine fois : patient n°10 du 17 avril

Asthme professionnel : encore sous-déclaré !

Par **RÉCHANA VONGTHILATH***, **JEAN-CHARLES DALPHIN****

* Hôpitaux universitaires de Genève, 1205 Genève, Suisse. ** Service de pneumologie, oncologie thoracique et allergologie respiratoire, CHRU, 25030 Besançon Cedex. jean-charles.dalphin@univ-foamte.fr

La prévalence de l'asthme en France est en hausse depuis les dernières décennies ; elle est actuellement de 7 % contre 2 % il y a environ 30 ans, suggérant le rôle de l'environnement. Ainsi, 17,6 % des cas adultes sont dus à une exposition professionnelle,¹ mais cette entité reste sous-diagnostiquée et donc sous-déclarée en maladie professionnelle. Le caractère professionnel d'un asthme est un facteur de gravité. Les dépenses en soins de santé et les coûts indirects qu'il génère sont plus importants que ceux de l'asthme non lié au travail.² Deux entités³ : l'asthme exacerbé au travail et l'asthme professionnel (AP). Dans le premier cas, un asthme pré-existant ou concomitant (allergique saisonnier par exemple) est aggravé par des situations ou stimuli présents sur le lieu de travail (par exemple : un effort, des irritants) mais n'est pas causé par ceux-ci.

Sa prévalence est estimée à 21,5 % chez les asthmatiques.

L'AP, induit *de novo* par des agents professionnels, est de 2 types :⁴

- avec période de latence (allergique) : survenant après un temps nécessaire à l'acquisition d'une sensibilisation ;
- sans latence : moins fréquent et plus précoce, appelé syndrome d'irritation bronchique (SIB) ou *Reactive Airways Dysfunction Syndrome (RADS)*, il n'est pas d'origine allergique (absence de sensibilisation immunologique).

ÉTIOLOGIES

Dans l'AP avec période de latence, l'agent causal (identifié ou non) doit être spécifique du lieu de travail.⁵ Plus de 400 substances sensibilisantes ont été incriminées. On distingue les protéines de haut poids moléculaire (PM) d'origine

animale ou végétale (farine, latex...) et les produits chimiques de faible PM. Les premières induisent directement la synthèse d'IgE spécifiques, tandis que les secondes doivent se lier à des protéines de plus haut PM pour provoquer une réaction immunologique (tableau). À eux seuls, 6 métiers sont à l'origine de plus de la moitié des AP en France⁶

- boulangers (20 % ; farine de blé et seigle) ;
- métiers de la santé (10 % ; latex, aldéhydes, ammoniums quaternaires) ;
- coiffeurs (8 % ; persulfates alcalins) ;
- peintres (8 % ; isocyanates) ;
- travailleurs du bois (5 %) ;
- personnels de nettoyage (5 % ; acariens, latex, ammoniums quaternaires).

Tout agent irritant peut être responsable d'un AP par SIB : gaz (chlore, dioxyde de soufre), produits chimiques organiques (isocyanates, acide aldéhyde, pesticides, solvants) ou mélange mal défini (fumée de soudure et gaz d'échappement diesel).

Les symptômes succèdent à une seule exposition massive ou à des contacts répétés à de plus faibles doses.

APPROCHE DIAGNOSTIQUE

L'interrogatoire est centré sur l'enquête professionnelle.

La maladie est à évoquer systématiquement devant tout asthme apparaissant ou s'aggravant chez un sujet en activité. En général, les symptômes surviennent sur les lieux de travail et s'améliorent pendant les week-ends, voire disparaissent lors des congés prolongés.

TABLEAU PRINCIPAUX AGENTS ÉTIOLOGIQUES INCRIMINÉS DANS L'ASTHME PROFESSIONNEL⁶

Agent	Profession
De haut poids moléculaire	
Céréales, farine	Boulangers
Latex	Travailleurs de la santé
Animaux	Techniciens de laboratoires, vétérinaires et assistants
De bas poids moléculaire	
Isocyanates	Peintres en carrosserie automobile
Métaux	Professions du bâtiment, de raffineries de métaux, de soudure
Persulfates alcalins	Coiffeurs
Colles et résines	Chirurgiens dentistes, prothésistes dentaires, professions du bâtiment
Colorants réactifs	Travailleurs du textile, de l'industrie alimentaire
Bois	Travailleurs du bois
Biocides	Travailleurs de la santé, personnels de nettoyage

L'ESSENTIEL

➤ Un asthme sur 6 est attribuable à une exposition professionnelle chez l'adulte.

➤ Le diagnostic d'AP repose sur un interrogatoire rigoureux et un bilan fonctionnel respiratoire exhaustif.

➤ Une approche multidisciplinaire est nécessaire pour établir une relation de causalité entre l'agent professionnel et l'asthme.

➤ Prévention et dépistage précoce par le généraliste sont essentiels pour améliorer le pronostic.

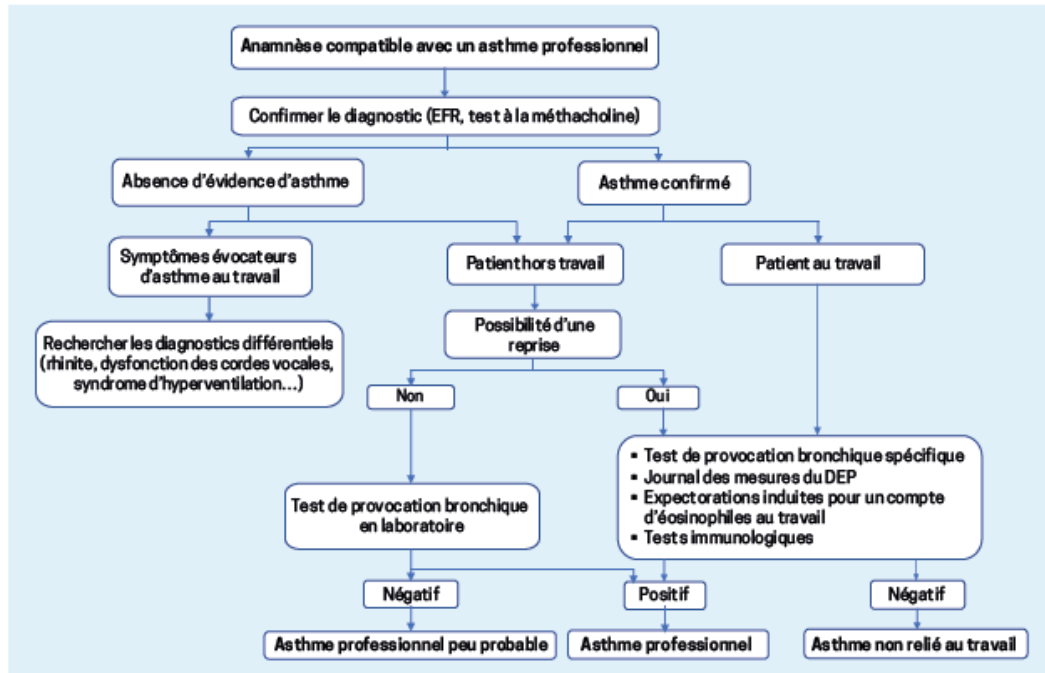


Figure Algorithme diagnostique de l'asthme professionnel, adapté de Lemièrre, et al.⁵

Ainsi leur chronologie prend toute son importance ; on recherche également une période de latence.

La crise peut être typique, avec dyspnée paroxystique et sibilances, ou se manifester comme une oppression thoracique isolée ou une toux irritative. Une rhino-conjonctivite, souvent associée, précède généralement de quelques mois à années l'asthme, en particulier en cas d'agents de haut PM. Les symptômes surviennent immédiatement dès le début du travail ou bien de façon retardée (4 à 12 h) ou lors du retour au domicile.

Après l'enquête (conditions de travail ++), le diagnostic peut être confirmé :

- aux EFR par un trouble ventilatoire obstructif réversible après administration d'un bronchodilatateur ;

- *via* un test de provocation bronchique à la méthacholine, indiqué si les EFR sont normales, montrant une hyper-réactivité bronchique non spécifique à la spirométrie. Il faut le répéter pendant la période d'exposition au travail (un résultat négatif n'exclut pas le diagnostic d'AP chez le travailleur retiré du milieu professionnel).

Une fois l'asthme confirmé, le caractère professionnel doit être établi (figure).

Un test de provocation bronchique spécifique à l'agent causal est l'examen de référence, permettant d'établir une relation dose-effet ; cependant, il n'est réalisé que dans certains centres hospitaliers, soit en cabine (où le sujet reproduit de façon la plus fidèle possible son activité), soit à l'aide de générateurs

d'allergènes. S'il est négatif, le diagnostic d'AP est improbable, mais des faux négatifs existent (mauvais agent testé, concentration ou durée d'exposition trop faible).

Un journal des mesures du DEP est alors utile : en pratique, le sujet le répète plusieurs fois par jour en dehors et sur les lieux de travail (au moins le matin au réveil, à la prise du poste, à la fin, et au moment du coucher, durant 4 semaines au minimum, dont 2 en dehors du travail).

Des mesures non invasives de l'inflammation bronchique (expectorations induites à la recherche d'une bronchite à éosinophiles ou mesure d'oxyde nitrique exhalé [FeNO]) aident à distinguer asthme professionnel, aggravé par

l'activité professionnelle ou induit par un irritant. LAP est en effet associé à une hausse du taux d'éosinophiles dans les expectorations durant les périodes au travail. **Enfin, une sensibilisation immunologique** peut être mise en évidence par des tests cutanés ou une mesure des IgE spécifiques pour les agents de haut PM (et pour certains de bas PM). Le résultat est à interpréter avec prudence. Très souvent, des tests commerciaux ne sont pas disponibles.

PRISE EN CHARGE

Outre la thérapie de fond, l'éviction du facteur déclenchant est essentielle et réduit la sévérité de la maladie.

Ainsi, le médecin du travail participe à la prévention *via* des mesures collectives (par exemple, remplacer des gants en latex par des gants en vinyle) et de protection individuelle (port d'un masque filtrant). Il peut aussi aider à envisager un aména-

gement de poste, voire un reclassement professionnel.

Le pronostic est d'autant plus défavorable que, lors du diagnostic, l'ancienneté de la maladie est importante et le degré d'hyperréactivité bronchique sévère. Plus de la moitié des travailleurs qui ne sont plus soumis à l'exposition professionnelle continuent à être symptomatiques. Un suivi pneumologique avec évaluation clinique et EFR est indispensable afin d'apprécier la sévérité et le contrôle de la maladie.

L'asthme peut remettre en cause l'aptitude du salarié à son poste. Pour les jeunes, on peut discuter d'emblée d'une nouvelle orientation professionnelle. Le salarié peut également envisager soit un reclassement, soit des aménagements ; il peut aussi bénéficier de la reconnaissance en maladie professionnelle, pouvant aboutir à une réparation du préjudice en capital ou en rente en cas d'incapacité permanente.

En revanche, pour les sujets ayant un SIB, la poursuite du travail est possible si leur asthme est bien traité et contrôlé. ☞

Liens d'intérêts : R. Vongthilath : Novartis, Don du souffle. J.C. Dalphin n'a pas transmis de déclaration de lien d'intérêts.

RÉFÉRENCES

1. Torén K, Blanc PD. Asthma caused by occupational exposures is common - a systematic analysis of estimates of the population-attributable fraction. *BMC Pulm Med* 2009;9:7.
2. Miedinger D, Malo JL, Ghazzo H et al. Factors influencing duration of exposure with symptoms and costs of occupational asthma. *Eur Respir J* 2010;36:728-34.
3. Dao A, Bernstein DL. Occupational exposure and asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2011;107:468-75.
4. Vandenas O, Malo JL. Definitions and types of work-related asthma: a nosological approach. *Eur Respir J* 2003;21:706-12.
5. Lamière C, Cartier A. Asthme professionnel avec et sans période de latence. EMC (Elsevier Masson), Pathologie professionnelle et de l'environnement 2016;11:1-10 [article 16-535 G-20].
6. Amelle J, Larbanois A, Descatha A, Vandenas O. Épidémiologie et étiologies de l'asthme professionnel. *Rev Mal Respir* 2006;23:726-40.

Annexe 2

I Repères pratiques

69,00 € NR



V. GUINARD-SAMUEL
Centre d'Exploration digestive de l'Enfant,
BOULOGNE-BILLANCOURT

Quand prescrire un dosage de la calprotectine fécale ?

La calprotectine est une protéine relarguée par les polynucléaires neutrophiles impliqués dans l'inflammation muqueuse intestinale. Stable dans les matières fécales, elle peut être dosée sur échantillon et reflète de façon particulièrement fiable le degré d'inflammation de la muqueuse. Ainsi, la calprotectine fécale est constamment élevée en cas de maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI) en poussée. Sa valeur prédictive négative pour exclure une MICI est proche de 100 %.

Le dosage de la calprotectine par test ELISA est réalisé en routine par les laboratoires de ville et à l'hôpital, ou sur des kits de diagnostic rapide vendus en pharmacie (fig. 1). En France, le test est à la charge du patient, sauf lorsqu'il est réalisé en milieu hospitalier.

En pratique clinique, on peut résumer l'intérêt de ce dosage à 3 situations, convergent vers l'objectif de réduire les explorations endoscopiques :

- exclure une étiologie inflammatoire dans le cadre de douleurs abdominales récurrentes dont l'origine fonctionnelle n'est pas d'emblée certaine et, de façon corollaire, sélectionner les patients pour lesquels un bilan endoscopique est indiqué ;
- distinguer les symptômes fonctionnels d'une inflammation active chez un patient suivi pour MICI ;
- évaluer de façon non invasive la guérison de la muqueuse des patients suivis pour MICI.

Les MICI comprennent la maladie de Crohn (MC) et la rectocolite hémorragique (RCH). Pour certains patients difficiles à classer a été définie la notion de colite indéterminée, non pertinente dans le cadre de cette mise au point.

La symptomatologie révélant une RCH comporte de façon presque systématique des rectorragies récurrentes (90 % [1]), le plus souvent sous la forme d'une diarrhée glairo-sanglante d'intensité croissante. Dans ce contexte, le bilan endoscopique devient rapidement justifié, et le dosage de la calprotectine n'a pas de grand intérêt diagnostique.

Au contraire, la majorité des patients (environ 80 % [1]) atteints de MC ne présentent pas de rectorragies lors de la poussée inaugurale. Ainsi, la présentation clinique d'une MC débutante peut être aspécifique, constituée de douleurs abdominales récurrentes parfois isolées. L'infléchissement pondéral, signe le plus constamment retrouvé chez l'enfant (avec les douleurs abdominales), peut être modéré. Enfin, les examens de biologie standard, comme la CRP, peuvent être normaux. Dans une large cohorte pédiatrique anglaise, seuls 25 % des enfants atteints de Crohn présentaient au diagnostic la triade classique douleurs abdominales récurrentes - diarrhée - amaigrissement [2]. Près de la moitié des patients avaient un transit normal.

En cas de forte suspicion clinique ou de suspicion clinique étayée par une anomalie biologique évocatrice (élévation de la CRP, hypoalbuminémie), la réalisation d'endoscopies

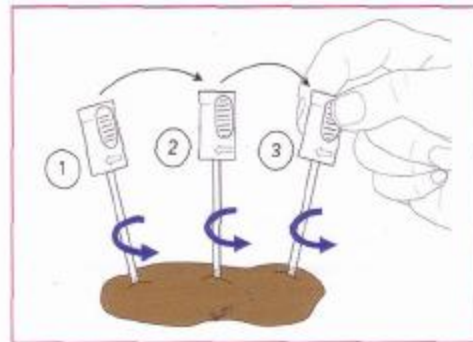


Fig. 1 : Schéma illustrant la technique de prélèvement pour un test de dosage rapide de la calprotectine, réalisable à domicile avec lecture de la cassette par le biais d'un smartphone.

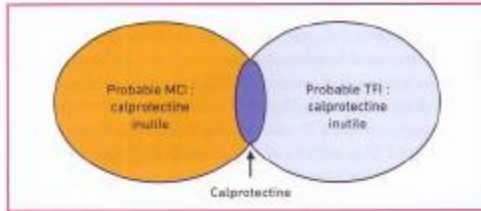


Fig. 2 : Diagnostic différentiel entre MICI et TFI : intérêt de la calprotectine.

Symptômes isolés justifiant un dosage de la calprotectine	Dosage de la calprotectine inutile
<ul style="list-style-type: none"> ● DA récurrentes en fosse iliaque droite ● Diarrhée chronique ● Amaigrissement ● DA intenses ou insomniantes ● Symptôme digestif dans le cadre d'une pathologie à risque de MICI : cholangite auto-immune, arthrite juvénile... 	<p>Forte suspicion de MICI :</p> <ul style="list-style-type: none"> – lésions périnéales – amaigrissement massif – atteinte extradiigestive spécifique – rectorragies chroniques – hypoalbuminémie, élévation de la CRP <p>Forte suspicion de TFI :</p> <ul style="list-style-type: none"> – symptomatologie digestive chronique, peu intense, sans retentissement sur la croissance

Tableau 1 : Exemples de symptômes justifiant ou non un dosage de la calprotectine fécale.

digestives haute et basse sera d'emblée indiquée, et le dosage de la calprotectine n'impactera pas les décisions diagnostiques.

C'est en cas de faible suspicion clinique de MICI (situation où le diagnostic différentiel avec un trouble fonctionnel intestinal se pose (fig. 2)) que le dosage de la calprotectine revêt tout son intérêt : par l'excellence de sa valeur prédictive négative, un dosage normal de calprotectine fécale permettra d'éviter des explorations invasives. Nous établissons une liste (non exhaustive) des situations cliniques correspondantes dans le **tableau 1**.

Quelles valeurs limites faut-il retenir pour le dosage de la calprotectine ?

Un *cutoff* de 50 µg/g confère une sensibilité de 100 % pour le diagnostic de MICI, mais une spécificité insuffisante, rapportée entre 44 et 94 % [2]. Ainsi, on risque d'explorer à tort un grand nombre de patient atteint de troubles fonctionnels intestinaux (TFI) en considérant tout résultat supérieur à 50 µg/g comme pathologique. La spécificité devient satisfaisante au-dessus de 150 µg/g.

En pratique, un premier dosage compris entre 50 et 150 ne peut être interprété de façon isolée. En l'absence d'élément clinique

POINTS FORTS

- Une calprotectine négative permet de confirmer une étiologie fonctionnelle dans les cas atypiques où le diagnostic différentiel avec une MICI se poserait.
- Une calprotectine positive permet un dépistage précoce des MICI paucisymptomatiques.
- Il existe une zone de doute entre 50 et 150 µg/g pour laquelle analyse clinique, avis spécialisé et souvent patience s'imposent.
- Bien utilisée, la calprotectine permet probablement de réduire le nombre d'endoscopies pratiquées.
- Le dosage de la calprotectine n'est pas pris en charge, en France, par l'Assurance maladie.

supplémentaire, on préconisera un avis gastroentérologique, et éventuellement un contrôle de calprotectine à distance. Un taux supérieur à 150 µg/g sera généralement considéré comme un élément suffisant pour pratiquer une exploration endoscopique.

■ TFI au cours d'une MICI

La prévalence des TFI associés aux MICI est de l'ordre de 25 % chez l'enfant [3]. Chez un patient suivi pour MICI asymptomatique, ou présentant des symptômes digestifs aspécifiques (diarrhée modérée, douleurs abdominales périombilicales) sans signes généraux ni anomalie biologique, le dosage de la calprotectine permettra d'évaluer l'activité inflammatoire sans procéder systématiquement à une endoscopie.

BIBLIOGRAPHIE

1. SAWCZENKO A, SANDHU BK. Presenting features of inflammatory bowel disease in Great Britain and Ireland. *Arch Dis Child*, 2003;88:995-1000.
2. WAUGH N, CUSACKS E, ROYLE P *et al*. Faecal calprotectin testing for differentiating amongst inflammatory and non-inflammatory bowel diseases: systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*, 2013;17:xy-xxix,1-211.
3. WATSON KL Jr, Kim SC, BOYLE BM *et al*. Prevalence and impact of functional abdominal pain disorders in children with inflammatory bowel diseases (IBD+FPD). *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2017;65:212-217.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.