

1. LES CAS CLINIQUES EXPOSES

- Cas clinique du Dr Laborne

Traumatisme du pouce / problèmes posés : indications de l'IRM en traumatologie , CAT devant une douleur post traumatique de la main à radio normale

Ménorragie / problème posé : quels sont les ttt progestatifs les moins thromboemboliques

- Cas clinique du Dr Bonfils

Diarrhée chez l'enfant / pas de problème

- Cas clinique du Dr Tran

Bilan de surveillance d'une HTA / problèmes posés : rythme des FO , meilleur fréquence des ECG , prix d'une NFS

- Cas clinique du Dr Patron

Pneumopathie chez un enfant de 11 ans / pas de problème

- Cas clinique du Dr Molinié

Furoncle du visage / problèmes posés : risque des AINS dans les pathologies infectieuses , tenue d'un dossier médical , interrogatoire d'un nouveau patient

- Cas clinique du Dr Gaudry-Viel

Bronchite « traînante » / problèmes posés : prise de la température au cabinet , indication de la cortisone en cure courte dans les pathologies ORL aigues

- Cas clinique du Dr Piriou

Renouvellement « par procuration » chez un patient poly-médicamenté / problèmes posés : que faire ? comment refuser ?

- Cas clinique du Dr Zagdoun

Prolongation d'un accident du travail / pas de problème

- Cas clinique du Dr Maury

Rhinopharyngite / problèmes posés : intérêt des vasoconstricteurs

2. LES PROBLEMES A RESOUDRE POUR LE MOIS PROCHAIN

- suivi d'une HTA traitée et équilibrée
- Quelles informations doivent figurer sur le dossier informatique

3. LES RECHERCHES DE LA SEANCE PRECEDENTE

- Comparaison du rapport bénéfique / risque du paracétamol versus paracétamol+ dextropropoxyphène :

En pratique , il vaut mieux différencier les douleurs aiguës et chroniques .

Douleurs aiguës : Dans les douleurs aiguës les choix s'opèrent entre l'Ibuprofène (400 mg par prise , 3 à 4 fois par jour) , ou le Paracétamol (500 à 1000 mg par prise , 3 à 4 fois par jour) . La préférence est donnée au Paracétamol dans la majorité des cas (lombalgies aiguës par ex.) , et à l'AINS quand sa plus grande efficacité est établie ou quand sa composante inflammatoire est importante (chirurgie dentaire , dysménorrhée) . Mais il faut tenir compte du risque accru d'hémorragie de AINS .

L'adjonction de 60 mg de Codéine au Paracétamol ne paraît pas augmenter de manière notable l'efficacité du Paracétamol . L'association provoque par contre des effets indésirables plus importants . Il en est de même de l'association Tramadol + Paracétamol . Le Tramadol seul et l'association Dextropropoxyphène + Paracétamol ont en outre une efficacité inférieure à celle de l'Ibuprofène . En post op , la Dihydrocodéine n'a pas été comparée aux autres antalgiques .

Il n'a pas été démontré de manière rigoureuse que l'association Paracétamol + Ibuprofène aient un effet antalgique additif dans les douleurs aiguës , et que donc leur association soit utile .

Douleurs chroniques non cancéreuses et non spécifiques : l'évaluation des antalgiques dans ces indications est très limitée . Dans les lombalgies chroniques et les douleurs liées à l'arthrose qui représentent une part importante de douleurs chroniques vues en ambulatoire , la référence reste souvent le Paracétamol ; les AINS restent une alternative de seconde ligne , sauf peut être en cas d'arthrose très douloureuse .

Le recours à une association Paracétamol + antalgique opiacé faible , ou Tramadol , ou Dihydrocodéine après échec du Paracétamol seul doit être accompagné d'informations claires : la supériorité antalgique de ces traitements sur le Paracétamol seul est incertaine ou modeste (Codéine) ; les opiacés faibles ont des effets secondaires parfois gênants ; et ils exposent au risque d'usage abusif ou tout au moins prolongé , avec création d'un état de dépendance .

En cas d'échec du Paracétamol seul , l'association Paracétamol + Codéine peut être considérée comme la référence . La posologie est à réviser régulièrement selon la balance bénéfique / risque .

En l'absence d'évaluation il n'est pas justifié d'associer Paracétamol avec un AINS dans les douleurs chroniques . (Revue Prescrire Juillet /Août 2003 / Tome 23n° 241 , cf).

- Quel AINS a le meilleur rapport bénéfice / risque dans le traitement de pathologies ostéo articulaires

Recommandations et références (Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale , Le Concours Médical , supp au n°42 du 14 déc 1996)

Dans les rhumatismes inflammatoires chroniques, la posologie minimale efficace d'AINS doit être recherchée en fonction de l'état clinique (posologie la plus faible susceptible de contrôler la douleur et/ou la raideur). Lors des rémissions, l'attitude la plus rationnelle est l'arrêt du traitement avec reprise en cas de rechute (accord professionnel fort) .

Dans les lombalgies et/ou lombosciatalgies aiguës, et les rhumatismes abarticulaires en poussée, une réévaluation clinique est nécessaire avant de prolonger éventuellement le traitement au-delà d'une dizaine de jours .

Il n'est pas conseillé de poursuivre un traitement par AINS au long cours **dans les lombalgies et radiculalgies chroniques** .

Dans les pathologies arthrosiques, les AINS peuvent être prescrits en cas de poussée douloureuse aiguë, après échec des antalgiques et des autres thérapeutiques. Il n'est pas conseillé de poursuivre un traitement par AINS au long cours dans les pathologies dégénératives en dehors des poussées douloureuses .

La meilleure **prévention des complications gastro-duodénales** sévères (ulcère gastro-duodéal, hémorragie digestive, perforation) est d'éviter la prescription chez les sujets à risque (sujets âgés de plus de 65 ans, antécédents d'ulcère gastro-duodéal , intolérance). Ces complications peuvent survenir à la phase précoce du traitement (premier mois), et sont dose-dépendantes. Pour cette raison, il ne faut pas prescrire d'AINS à des doses supérieures aux doses recommandées ni associer deux AINS. Ces prescriptions sont inefficaces et augmentent les risques de complications gastro-duodénales graves.

Lorsque la prescription d'un AINS est nécessaire chez un sujet à risque, un traitement préventif par Misoprostol (Cytotec) peut être utilisé à la dose recommandée par l'AMM. Si le Misoprostol peut réduire les risques de complications, il ne met pas totalement les patients à l'abri de complications gastro-duodénales graves, et la surveillance doit être maintenue. Reste inconnu l'intérêt d'un traitement préventif au long cours ou au contraire pour des durées très brèves (inférieures à une semaine), ce dernier cas correspondant à des situations cliniques fréquentes.

Il n'existe aucun traitement capable de prévenir totalement les complications gastro-duodénales graves chez les patients prenant des AINS.

Les indications de l'endoscopie et la conduite à tenir selon les résultats devraient faire l'objet d'une conférence de consensus.

Les AINS doivent être évités chez les **sujets à risque d'insuffisance rénale aiguë fonctionnelle** (âge > 75 ans , traitements par les diurétiques, traitement par les inhibiteurs de l'enzyme de conversion, déshydratation, régimes désodés, insuffisance cardiaque, rénale, ou hépatique). En cas de nécessité, il est logique d'éviter de prescrire des produits à demi-vie longue.

Chez **les sujets de plus de 70 ans** qui ont des risques digestifs et des risques élevés d'insuffisance rénale aiguë fonctionnelle ainsi que d'interactions médicamenteuses, il convient de respecter les recommandations suivantes :

1. réduire les doses en fonction du poids ;
2. éviter les molécules à demi-vie longue ;
3. éviter les indoliques, qui augmentent le risque de chutes ;
4. s'assurer impérativement que la clairance de la créatinine (obtenue facilement à partir de la créatininémie par la formule de Cockcroft ou l'abaque Kampman) est supérieure à 30 ml/min avant de commencer le traitement ;
5. prescrire un protecteur gastro-duodéal efficace (le Misoprostol est le plus justifié dans l'état actuel des connaissances et le seul à avoir l'AMM) ;
6. surveiller la pression artérielle si le sujet est hypertendu, ainsi que la prise de poids et la survenue d'œdèmes des membres inférieurs .

Toute prescription d'AINS doit faire l'objet d'une estimation du rapport bénéfice/risque en fonction de l'existence de facteurs de risque (qui peuvent d'ailleurs être intriqués) et de l'indication.

Il peut être dangereux d'associer un traitement AINS par voie générale à de l'aspirine à doses supérieures à 500 mg/j et aux AINS à doses antalgiques.

Il faut mettre en garde les patients vis-à-vis des interactions potentiellement dangereuses avec certains médicaments en vente libre, en particulier l'aspirine et les AINS à doses antalgiques.

La prise d'AINS chez les patients traités par antivitamine K ou par héparine à dose anticoagulante est fortement déconseillée.

La voie intramusculaire doit être limitée aux tout premiers jours du traitement voire au premier jour, délai au-delà duquel son intérêt est de nature essentiellement psychologique .

Il faut éviter en pratique courante (et donc en dehors de certains cas résistants de polyarthrite rhumatoïde, lupus érythémateux disséminé, connectivites, néoplasies, ou autres maladies inflammatoires systémiques évolutives) d'associer les traitements AINS et la corticothérapie surtout à une posologie quotidienne supérieure ou égale à 10 mg (équivalent prednisone) .

Comparaison de l'efficacité des différents AINS

De nombreux cliniciens insistent sur la variabilité de l'efficacité des différents AINS selon les patients sans qu'aucune explication ne soit apparente. Les études comparant l'efficacité des divers AINS sont hétérogènes par leur qualité, les indications, les formes galéniques et les dosages utilisés. La plupart ont comparé les effets de deux AINS seulement.

La dépendance vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique et les biais de publication en faveur des résultats positifs s'ajoutent aux éléments précédents pour rendre très difficile, de façon objective, la comparaison globale de tous les AINS sur le plan de l'efficacité .

Comparaison des effets secondaires

Certains effets indésirables sont observés plus fréquemment avec certaines familles d'AINS. Les troubles neurosensoriels (céphalées, vertiges, sensation de tête vide, troubles du sommeil) ont été observés plus souvent dans la famille des Indoliques.

La Phénylbutazone a un risque de toxicité médullaire avec atteinte d'une ou plusieurs lignées sanguines, un effet de potentialisation des antivitamine K (AVK), un risque de rétention hydrosodée ainsi qu'une toxicité rénale, hépatique, cutanée digestive. Ces risques sont à l'origine de la restriction de ses indications, qui sont limitées au traitement symptomatique de courte durée (moins de sept jours) des poussées aiguës d'arthrites microcristallines (notamment la goutte), et au traitement symptomatique de certains rhumatismes inflammatoires chroniques (notamment la spondylarthrite ankylosante). Un contrôle

hématologique est recommandé toutes les deux à quatre semaines. La posologie ne doit pas dépasser 600 mg par jour exprimés en Phénylbutazone.

Hormis ces différences bien établies, la comparaison des effets digestifs a fait l'objet de plusieurs études. De grandes études épidémiologiques de type cas-témoins et une méta-analyse ont apporté des éléments sur la toxicité digestive individuelle de chaque AINS. L'hétérogénéité des études rend difficile toute conclusion. Les autres effets secondaires, en particulier rénaux, ne sont pas assez documentés et font l'objet de données trop contradictoires pour pouvoir être comparés.

4. TEMPS LIBRE

- Technique du « by-pass » : shunt chirurgicale d'une partie du grêle , effet II : malabsorption des graisses , Clinique de Pontoise (cf P. Patron)
- Claude cherche un ophtalmo pédiatrique