

GROUPE DE PAIRS DE L'AMICALE CANEUM

Compte rendu de la séance du 22/04/2010

Secrétaire : Dr FRECHILLA

Modérateur : Dr MAURY

Temps 1 exemples :

•Problèmes soulevés par le groupe

- Dossier 1 : femme de 66 ans asthmatique, RCH pour renouvellement de traitement : réduction du traitement asthmatique, tous les 3 mois (HAS recommandation du suivi du traitement asthmatique)
- Dossier 2 : femme de 39 ans qui consulte pour « gros cou », nodule thyroïdien de 27 mm, cyto-ponction prévue : intérêt du dosage de la T4 pour hypothyroïdie frustrée
- Dossier 3 : femme de 82 ans, pour renouvellement de traitement, plaintes somatiques variées et déprime, néoplasie mammaire avec métastases multiples, sous chimiothérapie, sous Gardenal : quand arrêter le Gardenal ? Comment arrêter une chimiothérapie ? Arrêt d'un traitement prescrit par un autre médecin ?
- Dossier 4 : femme de 77 ans traitée par antibiotique (3 gr d'amoxicilline pendant 6 jours) pour une bronchite : quand faut-il faire une radio des poumons ?
- Dossier 5 : femme de 42 ans, consulte pour certificat, douleurs abdominales et prise de poids : conduite à tenir devant une masse abdominale et/ou devant une prise de poids
- Dossier 6 : femme de 88 ans pour renouvellement, éventration et douleur de l'épaule droite et gonarthrose soulagée par Brexin : intervention pour éventration à 88 ans, comment arrêter le Brexin ?

Question 1 : Indication du dosage de la T3 et/ou de la T4 ?

Question 2 : Bilan à faire devant une prise de poids inexplicée chez la femme non ménopausée.

•Références bibliographiques supplémentaires apportées par le groupe

Etude PIPO

Site de recherche médicale à utiliser pendant la consultation

Mandat de protection future (loi du 5 mars 2007) : organise la protection juridique d'un mandant, à faire chez un notaire (Bulletin du Conseil de l'Ordre des Médecin, janvier-février 2010)

Indication de la MAPA/holter : éliminer un effet blouse blanche et évaluation d'une

résistance à une tri-thérapie.

Rôle protecteur de la Metformine dans l'insuffisance cardiaque.

Indication de l'aspirine en prévention primaire : patient à haut risque cardiovasculaire (clairance < 60 ml ou albuminurie > 300 mg/24H, DNID depuis plus de 10 ans et 2 facteurs de risque cardiovasculaires)

Faculté Médicale virtuelle francophone :
<http://www.med.univ-rennes1.fr/siteumvf/>

Sites internet de qualité :

<http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/home.php?Ing=FR>
<http://www.lecrat.org/sommaireFR.php3>
http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/conseils-aux-voyageurs_909/index.html
http://www.inrs.fr/htm/tableaux_des_maladies_professionnelles.html
<http://www.invs.sante.fr/surveillance/mdo/dispositif.htm>
<http://www.centres-antipoison.net/>
<http://www.centres-pharmacovigilance.net/>
<http://www.ameli.fr/>
https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/pow/idcplg?ldcService=SS_GET_PAGE&nodeId=660
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/sd_668980/toutes-nos-publications-ligne-principale?portal=c_6737
<http://www.minerva-ebm.be/fr/home.asp>

•Ecart / à la pratique recommandée par l'HAS ...

Temps 2

•Synthèse des améliorations proposées du parcours et de la coordination des soins
Dr MONPEYSSSEN – cytoponction thyroïdienne à Versailles
Mme BEZERT, infirmière Stomathérapeute : clinique de l'Europe

Temps 3

- synthèse des cas compliqués :**
- compte rendu des thèmes abordés au cours de la séance précédente**
- autres...**

Synthèse des cas compliqués :

Réponses aux questions posées lors de la séance précédente :

1-Stratégie de refus face à une demande d'antibiotique :

Etude PAAIR (annexe 1)

2-Conduite à tenir devant une dorsalgie aigue non traumatique ?

Explorations radiologiques systématiques

Penser à une origine viscérale intra-thoracique et sus-mésocolique.

Collège français des enseignants en rhumatologie : cahier 2005

<http://www.med.univ-rennes1.fr/cerf/edicerf/strat/SR106.html> (annexe 2)

Choix du cas clinique pour la prochaine fois : 10ème du 14 avril 2010

ANNEXE 1 : ETUDE PAAIR 2

Prescription ambulatoire des antibiotiques dans les infections respiratoires hautes et basses de l'adulte en médecine générale

PAAIR 2

Étude contrôlée randomisée

Vincent RENARD. DUERMIG Créteil

Etude Paair 2 après Paair 1

PAAIR 1

Étude qualitative et quantitative

Constats :

Application insuffisante des recommandations

Prescription importante des antibiotiques

Situations existantes où la non prescription est difficile

PAAIR 1

Etude qualitative et quantitative

Application en consultation par 30 MG enseignants un référentiel de non prescription d'antibiotiques

Quand l'application du référentiel pose problème, production de 2 cahiers/mois décrivant les situations in vivo, une conforme et une non-conforme au référentiel

Par cette pratique réflexive

– Identification de 11 situations à problèmes

– Elaboration et description des stratégies utilisées pour tenter d'appliquer tout de même les recommandations

Résultats : Situations à problèmes Le patient

1/ Souhaite des antibiotiques (explicite ou implicite)

2/ Fait référence à des expériences passées vécues à tort ou à raison comme des échecs médicaux

3/ A déjà commencé les antibiotiques

4/ Renvoie à des expériences douloureuses personnelles ou familiales

5/ A déjà consulté une ou plusieurs fois pour ce même épisode

6/ Met implicitement ou explicitement en concurrence plusieurs médecins et parfois le médecin avec lui même

Résultats : Situations à problèmes

Le médecin

7/ Le patient lui paraît fatigué ou très fatigué

8/ Perçoit des risques particuliers

9/ A une faible certitude sur l'origine virale

10/ A une conviction « forte » et opposée aux recommandations dans ce cas précis

11/ La prescription d'antibiotiques n'est pas le principal problème de la consultation

Stratégies de conviction : La consultation inversée !

Prendre très tôt la décision de ne pas prescrire, puis la négocier tout le long de la consultation

Faire expliciter la demande

– repérer très tôt que la non prescription risque de poser problème

– partir des craintes et des représentations des patients

Faire un examen précis ritualisé et commenté dès le début

Expliquer précisément les différences entre virus et bactéries

Expliquer l'action des antibiotiques

Informé sur les effets nocifs « potentiels » des antibiotiques pour le patient et la collectivité

Proposer une étiologie non infectieuse de « rechange »

Stratégies d'application

Proposer une alternative thérapeutique

Proposer une « mise en attente » avec réévaluation de la situation en cas de persistance

Faire une prescription différée de 3, 4, 5, 6, 7 ...jours ?

ANNEXE 2 :

<http://www.med.univ-rennes1.fr/cerf/edicerf/strat/SR106.html>

111. DORSALGIE, LOMBALGIE.

Les dorsalgies et lombalgies sont des plaintes extrêmement fréquentes en pratique médicale courante.

L'examen clinique recherchera des signes infectieux, des signes radiculaires ou des signes médullaires.

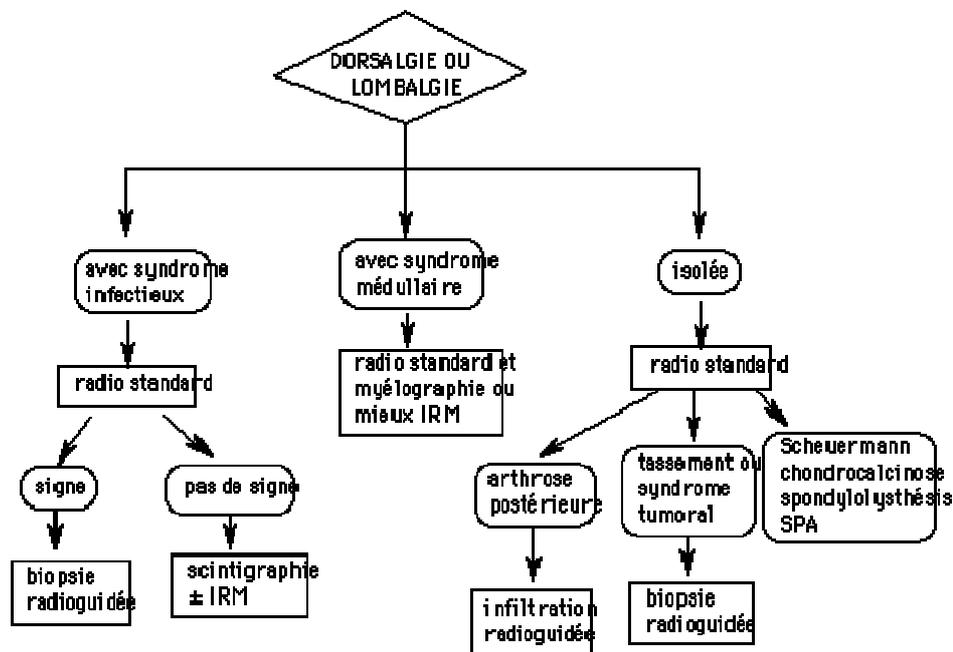
L'existence d'un de ces signes conditionnera les examens choisis ou l'enchaînement des examens choisis pour arriver au diagnostic.

D'un point de vue pratique, il semble important d'isoler la lombosciatique des autres lombalgies et

dorsalgies. Une conférence de consensus (1990) ayant eu pour sujet la lombosciatique, la stratégie appliquée dans ce cadre pathologique est parfaitement définie.

PLACE DES DIFFERENTS EXAMENS D'IMAGERIE

La lombalgie et la dorsalgie isolées ne répondant pas au traitement médical amèneront à prescrire des radiographies du rachis de face et de profil. C'est le résultat de cet examen qui permettra de définir les autres examens nécessaires. Algorithme 111.1.

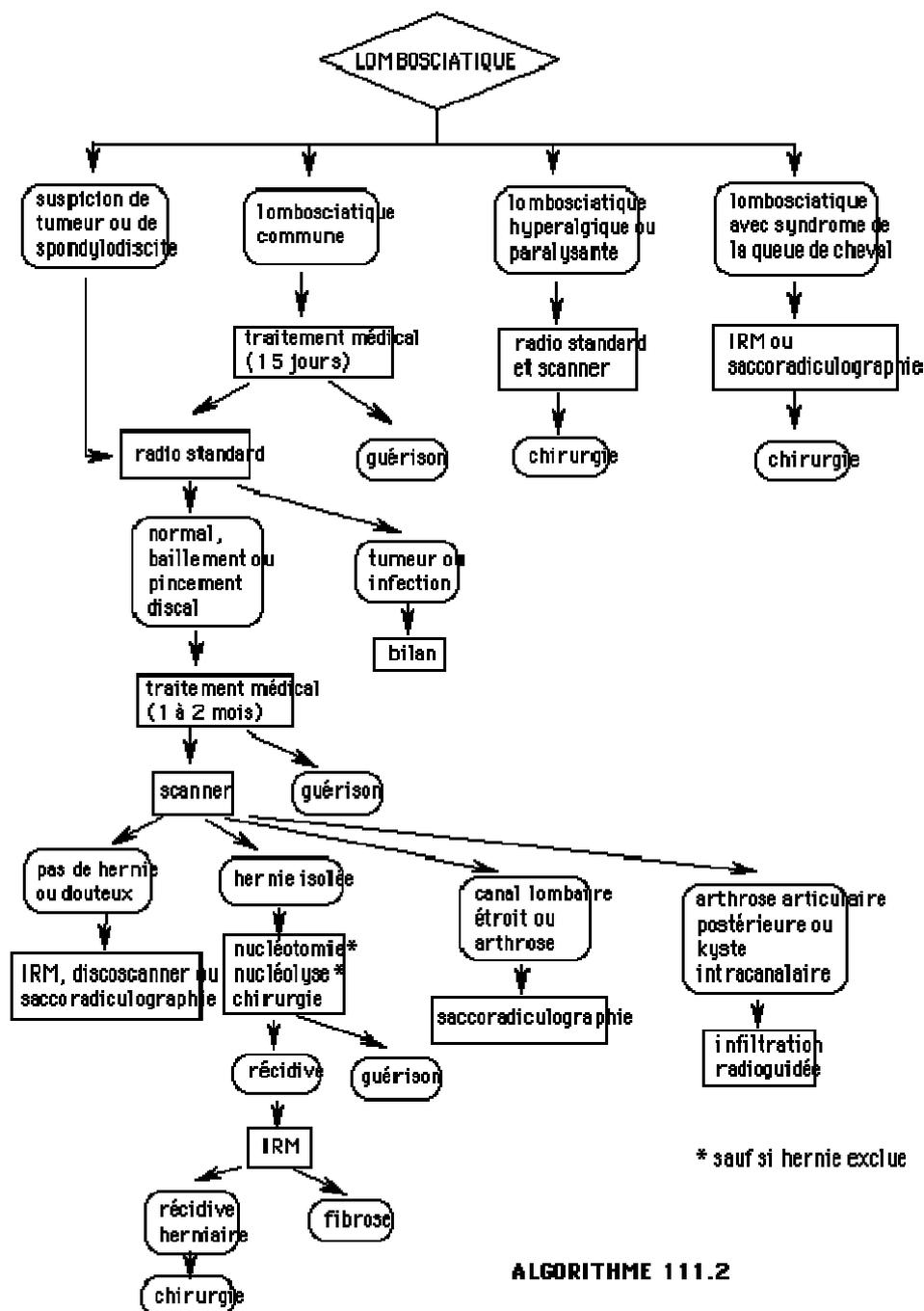


ALGORITHME 111.1

En cas de dorsalgie ou de lombalgie avec syndrome infectieux et raideur, la radio standard face et profil permettra de rechercher les signes de spondylodiscite. Si elle confirme le diagnostic, la biopsie radioguidée permettra de retrouver le germe. Si la radiographie n'est pas démonstrative, le niveau de l'atteinte sera recherché par les examens plus sensibles que sont la scintigraphie et l'IRM.

En cas de dorsalgie ou de lombalgie avec syndrome médullaire, après la radio standard, l'IRM est l'examen le plus performant. En l'absence d'IRM, la myélographie peut être utilisée.

La lombosciatique discale est la pathologie rachidienne la plus fréquente. Algorithme 111.2.



ALGORITHME 111.2

Si l'on s'agit d'une sciaticque hyperalgique ou paralysante, on demandera d'emblée une radio standard et un scanner en pré-opératoire. Si la lombosciatique est associée à un syndrome de la queue de cheval, comme pour les compressions médullaires, on préférera réaliser une IRM ou à défaut une sacroradiculographie avant la levée d'obstacle par le chirurgien.

La lombosciatique commune est heureusement plus fréquente. A priori, les radios ne sont pas nécessaires immédiatement et ne doivent être prescrites qu'après 15 jours de traitement médical si la sciaticque demeure. La radio standard doit comporter le cliché dorso-lombo-pelvi-fémoral debout et le rachis lombaire de profil debout. La plupart du temps, les anomalies sont à peine visibles ; un pincement discal est le résultat d'une discopathie évoluée, le baillement témoin d'une hernie discale aiguë est rarement vu. La guérison par le repos et le traitement médical est habituelle. Si malgré le traitement médical la sciaticque persiste ou s'aggrave, le scanner est alors indiqué. Si le scanner montre une hernie isolée, on pourra proposer un geste chirurgical ou percutané si la hernie n'est pas exclue. Si le canal lombaire est étroit ou qu'une arthrose est associée à la hernie, on sera en droit de préciser la nature des compressions par une sacroradiculographie. Si on n'observe pas de hernie mais une arthrose interapophysaire

postérieure ou un kyste intracanalair, on pourra prescrire une infiltration radioguidée. Enfin, si le scanner est douteux les meilleurs examens pour lever le doute sur une pathologie discale sont l'IRM et la discographie ou à défaut la saccoradiculographie.

Un cas particulier est la sciatique post-opératoire. Elle nécessite une IRM qui permettra de différencier une récurrence herniaire d'une fibrose.

DIAGNOSTICS À ÉVOQUER EN FONCTION DES SIGNES RADIOLOGIQUES

| EXAMENS | SIGNES | DIAGNOSTICS |
|--------------------------|--|--|
| radio standard du rachis | épaississement des parties molles paravertébrales (fuseau) | - traumatisme - tumeur maligne - spondylodiscite - hémangiome |
| radio standard du rachis | ossification ligamentaire | - spondylarthrite ankylosante |
| radio standard du rachis | disque pincé | - spondylodiscite - discopathie dégénérative - Scheuermann |
| radio standard du rachis | bâillement discal | - hernie discale |
| radio standard du rachis | disque calcifié | - discopathie dégénérative - chondrocalcinose - ochronose |
| radio standard du rachis | irrégularité des plateaux adjacents | - spondylodiscite (gêode et érosion) - arthrose (condensation) |
| radio standard du rachis | lyse vertébrale | - spondylite isolée - tumeur maligne - myélome - hémangiome - ostéopétrose - fluorose |
| radio standard du rachis | raréfaction osseuse | - ostéoporose - ostéomalacie - hyperparathyroïdie |
| radio standard du rachis | vertèbre grillagée à trame épaissie | - angiome vertébral - métastase du cancer du rein |
| radio standard du rachis | dépression centrale des plateau | - drépanocytose |
| radio standard du rachis | condensation de la vertèbre | - métastase - îlot condensant - splénomégalie myéloïde - Hodgkin, - Paget - ostéome ostéoïde |
| radio standard du rachis | hypertrophie du corps vertébral | Paget |
| radio standard du rachis | tassement vertébral | - ostéoporose - ostéomalacie - tumeur maligne métastatique - hémangiome - spondylite - hémopathie |

| | | |
|--------------------------|--|---|
| radic standard iu rachis | lyse d'un pédicule | - métastase - lémopathie maligne - kyste anévrysmal - ostéoblastome - tumeur intrarachidienne |
| radic standard iu rachis | élargissement de la distance interpédiculaire, amincissement d'un pédicule, élargissement d'un trou de conjugaison, scaloping vertébral postérieur | tumeur intrarachidienne |
| radic standard ie face | absence d'élargissement interpédiculaire lombaire, visibilité bilatérale des interlignes articulaires postérieurs sur plus de 3 étages | - canal lombaire étroit |
| scanner du rachis | déformation asymétrique et postérieure du disque (densité de 70 UH) | - hernie discale |
| scanner du rachis | mesure du diamètre antéro-postérieur du canal < 12 mm | - canal lombaire étroit |
| scanner du rachis | mesure des diamètres antéro-postérieurs des récessus latéraux < 3 mm | - canaux radiculaires étroits |
| myélographie du rachis | grosse moelle hémorrhagique, effilement progressif des espaces périmédullaires | - tumeur intramédullaire |
| myélographie du rachis | élargissement de l'espace homolatéral périmédullaire de part et d'autre de la lésion ou arrêt cupuliforme avec élargissement sus-jacent de l'espace périmédullaire | - compression intradurale extra-médullaire |
| myélographie du rachis | refoulement de la colonne opaque avec amincissement de l'espace périmédullaire contralatéral ou arrêt avec refoulement et amincissement de l'espace périmédullaire homolatéral | - compression médullaire extra-durale |
| saccoradiculographie | augmentation du calibre d'une racine avec amputation d'une gaine radiculaire et déviation des gaines radiculaires des étages sus-jacents | - hernie discale avec compression radiculaire |
| IRM ie la moelle | poche de signal intramédullaire d'intensité identique au LCR en T1 et en T2 | - syringomyélie |
| IRM ie la moelle | masse intramédullaire prenant le gadolinium en T1 | - tumeur intramédullaire |
| IRM ie la moelle | masse extra-médullaire prenant le gadolinium en T1 | - tumeur extra-médullaire |
| IRM ie la moelle | pincement discal avec hyposignal discal et vertébral en T1 et hypersignal en T2 | spondylodiscite |
| IRM ie la moelle | pincement discal avec hyposignal discal et vertébral en T1 et hyposignal en T2 | - arthrose |
| IRM ie la moelle | hyposignal discal | - dégénérescence discale |
| IRM ie la moelle | hypersignal nucléaire refoulant le ligament vertébral postérieur | - hernie discale |
| IRM ie la moelle | hyposignal en T1 et signal hétérogène en T2 au niveau d'un corps vertébral | - signe non spécifique (tumeur, Paget, infection, fracture) |