



ANNEE 2011

N°

Mémoire du
DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
DE
MEDECINE GENERALE

Présenté et soutenu le :

à : CRETEIL

Par Interne
Née le 05/11/2008 à Créteil

SUJET DU MEMOIRE : Recueil organisé des traces d'apprentissages pour le DES de médecine générale 2008-2011

Tuteur : Dr Enseignant

Remerciements

Merci à tous, aux autres et tutti quanti....

Document de synthèse

Stages réalisés au cours du DES de médecine générale :

- Semestre Urgences : service d'accueil des urgences, Dr Cerfontaine, hôpital Marc Jacquet, Melun (novembre 2007- mai 2008)
- Semestre Médecine : service de médecine interne, Dr Lemaître, centre hospitalier de Juvisy-sur-Orge (mai 2008- novembre 2008)
- Semestre Médecine générale ambulatoire, niveau 1 : cabinet médical de groupe, Dr Leroux, Epinay-sous-Sénart (novembre 2008-mai 2009)
- Semestre Pédiatrie : service de pédiatrie générale, Dr Leblanc, hôpital Sud Francilien, Evry (mai 2009-novembre 2009)
- Semestre Médecine, CHU : service de médecine interne et gériatrie, Pr Paillaud, Hôpital Albert Chennevier, Créteil (novembre 2009-mai 2010)
- Semestre Médecine générale ambulatoire, niveau 2 : stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS), Dr Renard, Saint Maur des Fossés (mai 2010-novembre 2010)

Enseignements théoriques :

- Année 2007-2008 :
 - o Module « gestes et techniques »
 - o Situation complexe « le patient présentant une infection saisonnière »
 - o Situation complexe « le patient âgé douloureux »
 - o Situation complexe « le patient à risque cardio-vasculaire »
 - o Module « formation personnelle »
- Année 2008-2009 :
 - o Situation complexe « le patient migrant voyageur »
 - o Situation complexe « le patient toxicomane »
 - o Module « acteur de santé publique » : dépistage des troubles visuels chez le nourrisson
 - o Module « acteur de santé publique » : Education du patient hypertendu en médecine générale
 - o Séminaire « entrée dans la vie professionnelle »
 - o Module « communication »
 - o Module « prise en charge globale »
 - o Module « accompagnement de l'interne »
- Année 2009-2010 :
 - o Situation complexe « professionnalisme »
 - o Module « acteur de santé publique » : évaluation des pratiques professionnelles
 - o Séminaire « entrée dans la vie professionnelle »
 - o Module « communication »
 - o Module « prise en charge globale »

Thèse d'exercice :

- Titre : « Les femmes ne participant pas au dépistage organisé du cancer du sein en raison de la réalisation du dépistage individuel : exploration des représentations par focus groups. »
- Directeur de thèse : Dr Directeur.
- Soutenance le 21 octobre 2011

Obtention du master 1 de santé publique en 2010, faculté de médecine Paris 11

Communication orale : Congrès du CNGE à Rouen le 26/11/2010

« Les femmes ne participant pas au dépistage organisé du cancer du sein en raison de la réalisation du dépistage individuel : exploration des représentations par focus groups. »

Communication orale : Congrès de la Médecine Générale à Nice le 24/06/2011

« Comparaison des représentations explorées par focus groups des femmes ne participant pas au dépistage organisé du cancer du sein pour différents motifs »

Certification des compétences génériques obligatoires :

➤ **Prendre en charge un problème de santé non différencié en contexte de soins primaires :**

- Journal de bord hospitalier Urgences, prise en charge de l'angine, Item 1+2	32
- Journal de bord hospitalier Urgences, prise en charge de l'entorse de cheville, Item 1+5+7	35
- Stage hospitalier 1 ^{er} semestre aux Urgences, infection urinaire et contraception, RSCA n°1	59
- Journal de bord hospitalier Médecine interne, prise en charge de l'otite, Item 1+2+7	71
- Journal de bord hospitalier Médecine interne, prise en charge d'une hyperthyroïdie, Item 4+7+8	80
- Stage hospitalier 2 ^{ème} semestre en Médecine interne, prise en charge du diabète, RSCA n°2	101
- Journal de bord ambulatoire de niveau 1, prise en charge de la bronchiolite, PMI, Item 1+3	130
- Journal de bord ambulatoire de niveau 1, éruption cutanée, Item 1+7+8	143
- Journal de bord hospitalier Pédiatrie, prise en charge de la fièvre de l'enfant, Item 1+2	173
- Journal de bord hospitalier Gériatrie, insuffisance cardiaque du sujet âgé, Item 1+3+7	232
- Journal de bord ambulatoire de niveau 2, infection génitale chez une femme enceinte, Item 1+2+7	253
- Journal de bord ambulatoire de niveau 2, GEAP n°2, module « Prise en charge globale »	280
- Le patient toxicomane, RSCE n°5	376

➤ **Communiquer de façon efficiente avec le patient et son entourage :**

- Journal de bord hospitalier Urgences, AVC et refus d'hospitalisation, Item 4	56
- Journal de bord hospitalier Médecine interne, Découverte d'un lymphome, Item 4	69
- Journal de bord ambulatoire de niveau 1, intertrigo et inquiétudes, Item 4	120
- Journal de bord ambulatoire de niveau 1, problème relationnel en consultation, Item 4	133
- Journal de bord ambulatoire de niveau 1, découverte d'une leucémie, Item 4	144
- Stage ambulatoire de niveau 1, 3 ^{ème} semestre, prise en charge de la dépression, RSCA n° 4	161
- Journal de bord hospitalier Pédiatrie, fièvre à 3h du matin, Item 4	192
- Stage hospitalier 4 ^{ème} semestre en Pédiatrie, découverte d'une maladie de Crohn chez un enfant, RSCA n° 5	198
- Journal de bord hospitalier Gériatrie, douleur chez un patient cancéreux, Item 4	211
- Journal de bord ambulatoire de niveau 2, attaque de panique au cabinet médical, Item 4	275
- Journal de bord ambulatoire de niveau 2, dépression et difficultés relationnelles, Item 4	314

- Le patient âgé et douloureux, RSCE n° 6, professionnalisme.....	387
➤ <u>Prendre une décision adaptée en situation d'urgence et/ou en situation d'incertitude :</u>	
- Journal de bord hospitalier Urgences, prise en charge d'un infarctus du myocarde, Item 1+8.....	15
- Journal de bord hospitalier Urgences, prise en charge d'une pneumopathie, Item 1+7.....	28
- Journal de bord hospitalier Urgences, prise en charge de l'exacerbation de BPCO, Item 1+3+7.....	38
- Journal de bord hospitalier Urgences, prise en charge d'un accès palustre, Item 1+2+7.....	48
- Journal de bord hospitalier Médecine interne, prise en charge d'une dermo-hypodermite aigüe nécrosante, Item 1+7+8.....	74
- Journal de bord hospitalier Médecine interne, accident hémorragique lié aux AVK, Item 3+8.....	83
- Journal de bord hospitalier Médecine interne, prise en charge d'un délirium tremens, Item 1+7.....	98
- Journal de bord hospitalier Pédiatrie, dyspnée chez un enfant, Item 2+7+8.....	174
- Journal de bord hospitalier Pédiatrie, douleur abdominale chez un nourrisson, Item 1+6+7.....	184
- Journal de bord ambulatoire de niveau 2, découverte d'une hyperkaliémie, Item 1+7+6.....	267
- Journal de bord ambulatoire de niveau 2, douleur abdominale chez une personne âgée, Item 6.....	317
➤ <u>Exécuter avec sécurité les gestes les plus fréquents en soins primaires :</u>	
- Journal de bord hospitalier Urgences, extraction d'un corps étranger auriculaire, Item 1+2.....	13
- Journal de bord hospitalier Urgences, examen du genou, Item 4.....	14
- Journal de bord hospitalier Urgences, examen cavité buccale et herpès, Item 1+2+7.....	31
- Journal de bord hospitalier Urgences, réalisation d'un test de diagnostic rapide de l'angine, Item 1+2.....	32
- Journal de bord hospitalier Médecine interne, réalisation d'une ponction articulaire de genou, Item 1+7+8.....	97
- Journal de bord ambulatoire de niveau 1, retrait d'un bouchon de cérumen, Item 6+7+8.....	126
- Journal de bord ambulatoire de niveau 1, infiltration canal carpien, Item 1.....	141
- Stage ambulatoire de niveau 1, 3 ^{ème} semestre suivi de grossesse, RSCA n°3.....	149
- Journal de bord hospitalier Pédiatrie, conduite à tenir devant une brûlure, Item 1+7.....	174
- Journal de bord ambulatoire de niveau 2, excision d'un panaris, Item 1.....	304
- Journal de bord ambulatoire de niveau 2, prise en charge d'un ulcère de jambe, Item 1+7.....	306

➤ **Entreprendre et participer à des actions de santé publique :**

- Journal de bord hospitalier Pédiatrie, épidémie de Grippe A, Item 1+7.....	195
- Journal de bord hospitalier Gériatrie, examen des pieds d'un patient diabétique, Item 1+7.....	216
- Prise en charge du patient âgé et douloureux, RSCE n° 3.....	355
- Le patient migrant voyageur, RSCE n°4.....	366
- Education du patient hypertendu en médecine générale, module « acteur de santé publique ».....	395
- Dépistage des troubles visuels chez les nourrissons, module « acteur de santé publique ».....	404
- Evaluation de la prescription des IPP, module « acteur de santé publique ».....	412

➤ **Eduquer le patient à la gestion de sa santé et de sa maladie :**

- Journal de bord hospitalier Urgences, pancréatite et refus d'hospitalisation, Item 4+5.....	52
- Journal de bord hospitalier Médecine interne, hypoglycémie aux sulfamides et alcool, Item 1+2+7+8.....	75
- Journal de bord hospitalier Médecine interne, découverte d'un diabète et éducation, RSCA n°2.....	101
- Journal de bord ambulatoire de niveau 1, rhinopharyngite et DRP, Item 1+2+8.....	116
- Journal de bord ambulatoire de niveau 1, HTA et mauvaise tolérance médicamenteuse, Item 3.....	137
- Journal de bord ambulatoire de niveau 1, gastro-entérite du nourrisson, Item 4.....	139
- Stage hospitalier 4 ^{ème} semestre en Pédiatrie, découverte d'une maladie de Crohn, RSCA n°5.....	198
- Journal de bord ambulatoire de niveau 2, dépression, GEAP n°1, Module « prise en charge globale ».....	255
- Le patient présentant une infection saisonnière, RSCE n°1.....	333
- Le patient à risque cardio-vasculaire, RSCE n°2.....	344

➤ **Actualiser et développer ses compétences :**

- Journal de bord hospitalier Urgences, prise en charge de la migraine, Item 1+4+7.....	20
- Journal de bord hospitalier Urgences, gingivostomatite herpétique, Item 1+7.....	31
- Journal de bord hospitalier Urgences, prise en charge d'un hoquet rebelle, Item 1+7+8.....	34
- Journal de bord hospitalier Urgences, prise en charge de l'œdème de Quincke, Item 2+3+7.....	40
- Journal de bord hospitalier Médecine interne, prise en charge de l'érysipèle, Item 1+2+7.....	92
- Journal de bord ambulatoire de niveau 1, conjonctivite de l'enfant, Item 1+2+7.....	119
- Journal de bord ambulatoire de niveau 1, gestion de la dyspnée au cabinet, Item 6+8.....	128

- Journal de bord hospitalier Pédiatrie, infection urinaire haute chez l'enfant, Item 1+7+8	176
- Journal de bord hospitalier Gériatrie, rétrécissement aortique et OAP, Item 1+3+7	209
- Stage hospitalier 5 ^{ème} semestre en Gériatrie, polypathologie, RSCA n°6	236

➤ **Evaluer sa pratique :**

- Journal de bord hospitalier Urgences, prise en charge de l'entorse de cheville, Item 1+5+7	35
- Journal de bord hospitalier Urgences, conduite à tenir devant une perforation tympanique, Item 1+7+8	43
- Journal de bord hospitalier Médecine interne, prise en charge d'une exacerbation de BPCO, Item 1+7	72
- Journal de bord hospitalier Médecine interne, allergie à la pénicilline, Item 3	89
- Journal de bord ambulatoire de niveau 1, prise en charge de la cystite, Item 1+ 7+8	117
- Journal de bord hospitalier Pédiatrie, fièvre et éruption cutanée, Item 3	191
- Journal de bord hospitalier Gériatrie, maladie d'Alzheimer et psychotropes, Item 2+3	214
- Journal de bord hospitalier Gériatrie, maladie d'Alzheimer et anticholinestérasiques, Item 1+2+3	222
- Journal de bord hospitalier Gériatrie, insuffisance cardiaque et dérivés nitrés, Item 2+3+7	232
- Journal de bord hospitalier Gériatrie, diabète du sujet âgé, Item 1+2+7	233
- Evaluation de la prescription des IPP, module acteur de santé publique	412

Certification des compétences génériques non obligatoires :

➤ **Travailler en équipe et/ou en réseau lors des situations complexes aiguës ou chroniques.**

- Journal de bord hospitalier Urgences, oedème de Quincke, Item 2+5+8	40
- Journal de bord hospitalier Médecine interne, fascite nécrosante, Item 1+7+8	74
- Journal de bord hospitalier Médecine interne, thyroïdite de De Quervain, Item 1+4+7	80
- Stage ambulatoire de niveau 1, bronchiolite du nourrisson, PMI, Item 1+3	130
- Stage ambulatoire de niveau 1, pityriasis Rosé de Gibert, Item 1+7+8	143
- Stage hospitalier 4 ^{ème} semestre en Pédiatrie, maladie de Crohn, RSCA n°5	198
- Le patient âgé et douloureux, RSCE n°3	355

➤ **Assurer la continuité des soins pour toutes les catégories de la population**

- Journal de bord hospitalier Urgences, prise en charge d'un hoquet rebelle, Item 1+7+8	34
- Journal de bord hospitalier Médecine interne, AVC hémorragique, Item 3	79

- Journal de bord hospitalier Médecine interne, demande de convalescence, Item 5+8.....	86
- Journal de bord hospitalier Médecine interne, érysipèle, Item 1+2+7.....	92
- Journal de bord hospitalier Médecine interne, découverte d'une infection à VIH, Item 1+2+7	93
- Stage ambulatoire de niveau 1, découverte d'une leucémie, Item 4.....	144
- Journal de bord hospitalier Pédiatrie, abcès chez un nourrisson, Item 3.....	186
- Journal de bord hospitalier Pédiatrie, asthme de l'enfant, Item 1+2.....	194
- Journal de bord ambulatoire de niveau 2, gynécomastie, Item 1+7.....	327
- Le patient migrant et voyageur, RSCE n°4.....	366

➤ **Appliquer les dispositions réglementaires dans le respect des valeurs éthiques**

- Journal de bord hospitalier Urgences, refus d'hospitalisation, Item 4+5.....	52
- Stage ambulatoire de niveau 1, 3 ^{ème} semestre, syndrome dépressif, RSCA n°4.....	161
- Journal de bord hospitalier Gériatrie, cancer du poumon, Item 4.....	220
- Professionnalisme, RSCE n°6.....	387

➤ **Assurer la gestion administrative, financière, humaine et structurelle de l'entreprise médicale**

- Journal de bord hospitalier Pédiatrie, afflux aux urgences, Item 4.....	179
- Journal de bord hospitalier Pédiatrie, prise en charge de la grippe A, Item 1+7.....	195
- Journal de bord hospitalier Gériatrie, douleur chez un patient cancéreux, Item 4.....	211
- Journal de bord hospitalier Gériatrie, problème d'organisation du service, Item 4.....	227

Table des matières

Remerciements	2
Document de synthèse	3
Table des matières	10
1^{er} semestre : stage aux Urgences, hôpital de Melun	12
Journal de bord.....	12
RSCA n°1.....	59
2^{ème} semestre : stage en Médecine Interne, hôpital de Juvisy-sur-Orge	68
Journal de bord.....	68
RSCA n°2.....	101
3^{ème} semestre : stage ambulatoire de niveau 1 au cabinet médical d'Épinay-Sous-Sénart	114
Journal de bord.....	114
Module « communication ».....	141
Module « accompagnement de l'interne ».....	147
RSCA n°3.....	149
RSCA n°4.....	161
4^{ème} semestre : stage en Pédiatrie, hôpital d'Evry	172
Journal de bord.....	172
RSCA n°5.....	198
5^{ème} semestre : stage au département hospitalo-universitaire de gériatrie, CHU Albert Chennevier	207
Journal de bord.....	207
RSCA n°6.....	236
6^{ème} semestre : stage ambulatoire de niveau 2 : SASPAS au cabinet médical de Saint-Maur des Fossés	248
Journal de bord.....	248
GEAP n°1, module « prise en charge globale ».....	255
GEAP n°2, module « prise en charge globale ».....	280
Récits de situation complexe exemplaire : RSCE	333
RSCE n° 1 : le patient présentant une infection saisonnière.....	333
RSCE n° 2 : le patient à risque cardio-vasculaire.....	344
RSCE n°3 : le patient âgé et douloureux.....	355
RSCE n° 4 : le patient migrant voyageur.....	366
RSCE n°5 : le patient toxicomane.....	376
RSCA n°6 : professionnalisme.....	387
Module « acteur de santé publique »	395

Education du patient hypertendu en médecine générale.....	395
Dépistage des troubles visuels chez les nourrissons.....	404
Evaluation des pratiques professionnelles : prescription des IPP.....	412
Thèse d'exercice en médecine générale.....	420
Lexique.....	424

Journal de Bord

Stage dans le service des Urgences du Dr Cerfontaine de l'Hôpital Marc Jacquet à Melun

Novembre 2008-Avril 2009
(1^{er} semestre)

ITEMS:

ITEM1:

- Prise en charge d'une pancréatite aigüe, le 10/11/08
- Prise en charge d'une diarrhée fébrile au retour de voyage, le 14/05/08
- Prise en charge d'un accès palustre, le 21/11/08
- Prise en charge d'une salpingite, le 05/12/08
- Prise en charge d'un choc anaphylactique, le 11/12/08
- Prise en charge d'une intoxication médicamenteuse volontaire au valium, le 21/12/08
- Prise en charge d'une entorse de cheville, le 03/01/09
- Prise en charge d'une intoxication au paracétamol et tramadol, le 21/01/09
- Prise en charge d'une lombalgie aigüe, le 10/02/09
- Prise en charge d'un syndrome coronarien aigüe, le 19/02/09
- Prise en charge d'une crise migraineuse, le 07/03/09
- Prise en charge d'un accident de sevrage en alcool, le 18/03/09
- Prise en charge d'une colique néphrétique, le 12/03/09
- Prise en charge d'un accident exposant au sang, le 23/04/09

ITEM2

- Prescription de malarone le 21/11/08
- Prescription d'hémisuccinate d'hydrocortisone le 11/12/08
- Prescription d'anexate, le 21/12/08
- Prescription d'ixprim, le 03/01/09
- Prescription de N-acétylcystéine le 21/01/09
- Prescription de coltramyl, le 10/02/09
- Prescription de plavix, aspirine et héparine, le 19/02/09
- Prescription de valium, le 18/03/09
- Prescription d'un traitement post-exposition type combivir + kaletra, le 23/04/09

ITEM3

- Intoxication médicamenteuse au valium le 21/12/08
- Intoxication au paracétamol le 21/01/09
- Infarctus du myocarde et trithérapie antirétrovirale chez le patient sidéen, le 19/02/09
- Sevrage en benzodiazépine ; problème de la prescription de benzodiazépines au long cours chez l'éthylique chronique, le 18/03/09

ITEM4

- Difficultés d'aborder les MST aux urgences et difficultés liées à l'angoisse et à l'immaturation de Melle E, le 05/12/09.
- Difficulté de faire accepter l'arrêt de travail à Mme E, le 10/01/09
- Difficulté de la gestion de l'agressivité des patients douloureux au SAU, le 12/03/09
- Difficultés de gérer l'incertitude et l'anxiété liée à cette dernière, le 23/04/09

ITEM5:

- Rédaction d'une déclaration d'accident du travail le 10/01/09
- Rédaction d'un arrêt de travail, le 12/03/09

ITEM6

- Prise en charge d'une diarrhée fébrile au retour de voyage, le 21/11/08
- Prise en charge d'un choc anaphylactique, le 11/12/08
- Prise en charge d'une intoxication médicamenteuse volontaire au valium, le 21/12/08
- Prise en charge d'une intoxication au paracétamol et tramadol, le 21/01/09
- Prise en charge d'un syndrome coronarien aiguë, le 19/02/09
- Prise en charge d'une crise migraineuse, le 07/03/09
- Prise en charge d'un accident de sevrage en alcool, le 18/03/09
- Prise en charge d'une colique néphrétique, le 12/04/09
- Prise en charge d'un accident exposant au sang, le 23/04/09

ITEM7

- Examen d'une cheville traumatique, le 03/01/09
- Examen du patient lombalgique, le 10/02/09
- Suture d'une plaie frontale, le 18/03/09

ITEM8

Item non adapté au stage aux urgences.

ITEM9

- Conférence de consensus de la SNFGE sur la prise en charge de la pancréatite aiguë de 2001 ; le 10/11/08
- CMIT/SPILF : Voyage en pays tropical : Conseils avant le départ ; pathologie au retour : diarrhée, fièvre ; Recommandations pour la pratique clinique 2007 de la SPILF (révision de la Conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse de 1999) ; Traitement des accès palustres - Fiche de Bon Usage de la Commission des Anti-Infectieux - juin 2009 ; le 21/11/08
- CNGOF (Collège national de gynécologie obstétrique de langue française) ; prise en charge de la salpingite ; le 05/12/08
- Recommandation d'expert de la SRLF d'octobre 2006 sur les intoxications graves ; le 21/12/08
- Actualisation 2004 de la 5^e conférence de consensus de la SFMU de 1995 sur « L'ENTORSE DE CHEVILLE AU SERVICE D'URGENCE », le 03/01/09
- Recommandations HAS 2000, PRISE EN CHARGE DIAGNOSTIQUE ET THERAPEUTIQUE DES LOMBALGIES ET LOMBOSCIATIQUES COMMUNES DE MOINS DE TROIS MOIS, le 10/02/09
- Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie, 23 novembre 2006, HAS ; **Risque cardiovasculaire chez le patient infecté par le VIH**, Franck Boccara , Stéphane Ederhy, Sandra Janower, Guy Odi, Sylvie Lang, Ariel Cohen ; mt cardio 2005 ; 1 : 195-200 ; le 19/02/09
- Recommandations pour la pratique clinique « Prise en charge diagnostique et thérapeutique de la migraine chez l'adulte et chez l'enfant : aspects cliniques et économiques », ANAES, Octobre 2002, le 07/03/09
- Prise en charge du syndrome de sevrage d'alcool, Vorgehen beim Alkoholentzug D. Berdoza, C. Chapuisb, J.-B. Daepfen; Schweiz Med Forum 2005;5:235–240 ; SEVRAGE DU PATIENT ALCOOLODEPENDANT, Recommandations Haute Autorité de Santé 17/03/1999, le 18/03/09
- Actualisation 2008 de la 8^e conférence de consensus de la société française d'urgence médicale sur la prise en charge des coliques néphrétiques de l'adulte au SAU. 1999, le 12/04/09

- CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N°DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS/2008/91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le 23/04/09

ITEM10:

- Prise en charge d'une diarrhée fébrile et d'un accès palustre, le 21/11/08
- Prise en charge d'un choc anaphylactique le 11/12/08
- Prise en charge d'une intoxication médicamenteuse volontaire au valium, le 21/12/08
- Prise en charge d'un syndrome coronarien aigüe, le 19/01/09
- Prise en charge d'un accident exposant au sang, le 23/04/09

Le 10/11/08 Item 1 Prise en charge d'une pancréatite aigüe **et Item 9** *Conférence de consensus de la SNFGE sur la prise en charge de la pancréatite aigüe de 2001.*
<http://www.snfge.asso.fr/01-Bibliotheque/0C-Conferences-consensus/CC-Pancreatite-Aigüe-2001/CC-Pancreatite-Aigüe-2001.htm>

J'ai reçu aux urgences, Mr D., 45 ans, pour douleur abdominale épigastrique transfixiante, atroce, sans position antalgique.

Il s'agit d'un homme de 45 ans, aux antécédents de pancréatite aigüe il y a 5 ans, dans un contexte d'éthylisme chronique évalué à l'époque à environ 1l de vin par jour et 1 à 2 bières ; suite à cet épisode, le patient dit avoir diminué sa consommation à 1 quart de litre de vin par jour, mais n'a pas complètement arrêté ; de plus, il fume environ 1 paquet par jour depuis 20 ans. Il vit en appartement avec son épouse, avec qui il existe quelques tensions depuis qu'il est au chômage depuis maintenant 6 mois, il s'agit d'un ancien ouvrier du bâtiment.

L'examen clinique retrouvait une douleur atroce épigastrique transfixiante, reproduite à la palpation sans défense, ni contracture.

Le bilan biologique retrouvait un syndrome inflammatoire avec hyperleucocytose à 10000, crp 14 ; ionogramme sanguin normal ; bilan hépatique : cytolysse modérée prédominant sur les asat (2n) ; ggt à 10n ; bili et pal nles ; lipase à 10n ; ldh à 3n. GDS normaux.

Le diagnostic de poussée de pancréatite aigüe est donc retenu.

Un avis gastro est donc demandé. Avec l'aide de mon chef et de la gastro-entérologue, un traitement symptomatique est entrepris avec introduction d'une titration morphinique IV, le patient est mis à jeun ; un bilan de contrôle avec en plus une échographie abdominale et un scanner abdominal sont prévus le lendemain, et le patient est hospitalisé en gastro pour suite de la prise en charge, devant la présence d'un seul des critères de Ranson, posant l'indication d'une hospitalisation en salle.

Je n'avais encore jamais pris en charge de pancréatite aigüe. Il s'agit d'une inflammation du pancréas par autodigestion de la glande. Il s'agit d'une pathologie relativement fréquente et potentiellement grave. En France, on estime le nombre de cas annuels en France à 11 000 et l'incidence annuelle à 22/100 000 adultes. Le taux de mortalité globale est de 3,7 %, et 30% des malades séjourneront en unité de soins intensifs dont 1/3 nécessiteront une ventilation

assistée. Autant dire qu'il est primordial de poser le diagnostic le plus rapidement possible pour orienter le malade rapidement et permettre une prise en charge spécialisée optimale le plus vite possible.

Enquête prospective hospitalière de la SNFGE d'Avril 2000, reprise dans la conférence de consensus de la SNFGE de 2001.

Comment prend-on en charge la pancréatite aigue de Mr D ?

Conférence de consensus de la SNFGE sur la prise en charge de la pancréatite aigue de 2001. <http://www.snfge.asso.fr/01-Bibliotheque/0C-Conferences-consensus/CC-Pancreatite-Aigue-2001/CC-Pancreatite-Aigue-2001.htm>

Diagnostic positif de la PA

Les douleurs abdominales sont présentes dans près de 100 % des cas. Le début des douleurs représente le début de l'histoire de la maladie. Les autres signes cliniques (non spécifiques ou rares) n'ont pas d'intérêt pratique.

Le dosage de la lipasémie a une valeur diagnostique supérieure à celle de l'amylasémie. Un taux de 3N est considéré comme valeur seuil significative. **Toute douleur abdominale aiguë évocatrice associée à une élévation de la lipasémie supérieure à 3 N dans les 48 premières heures suivant le début des symptômes fait porter le diagnostic de PA.** Lorsque le diagnostic de PA est porté sur des signes cliniques et biologiques ce qui est le cas dans notre situation, il n'y a pas lieu de réaliser un examen d'imagerie pour le confirmer.

En cas de doute diagnostique, l'examen de référence est la tomodensitométrie avec injection de produit de contraste (TDM). Elle peut établir à elle seule le diagnostic de PA. Elle permet le diagnostic différentiel.

Diagnostic étiologique

En France, les deux causes les plus fréquentes de PA sont l'alcoolisme et la lithiase biliaire qui représentent chacune environ 40 % des cas.

→ Recherche de l'origine biliaire

L'origine biliaire de la PA est à rechercher en priorité en raison de sa fréquence et de l'existence d'un traitement spécifique. Les arguments cliniques en faveur d'une cause lithiasique sont l'âge supérieur à 50 ans et le sexe féminin (deux fois plus fréquent). Le meilleur marqueur biologique de PA biliaire est l'élévation des ALAT, qui doivent être dosées précocement. Au seuil de 3N, leur valeur prédictive positive est de 95 %. Ce n'était pas le cas, cliniquement ni biologiquement dans notre situation.

→ Diagnostic d'une PA non alcoolique non biliaire

Environ 20 % des PA ne sont ni d'origine biliaire ni d'origine alcoolique. L'exhaustivité et la répétition de l'enquête étiologique, en particulier en cas de PA récidivante, sont susceptibles de diminuer le pourcentage de PA dites idiopathiques.

L'interrogatoire et le contexte clinique permettent d'emblée d'évoquer une PA iatrogène (CPRE, postopératoire ou médicamenteuse). Les PA infectieuses peuvent être bactériennes, virales (VIH) ou parasitaires.

COMMENT ET A QUEL MOMENT ETABLIR LA GRAVITE D'UNE PANCREATITE AIGUË ?

La PA grave est définie par l'existence d'une défaillance d'organes et/ou par la survenue d'une complication locale à type de nécrose, d'abcès ou de pseudokyste. Elle est associée à une mortalité de 30 %. Les éléments d'appréciation de la gravité du pronostic doivent permettre de sélectionner et d'orienter les malades graves vers un service de réanimation, d'identifier ceux dont l'aggravation nécessitera une prise en charge différente et de définir des cohortes de malades homogènes statistiquement comparables

.../....

Journal de Bord

**Stage ambulatoire de Niveau 2 : SASPAS
au cabinet médical du Dr Vincent Renard à Saint-Maur-Des Fossés**

Mai 2010- Novembre 2010
(6^{ème} semestre)

.../....

12 mai 2011 :

Consultations :

- Mme GAT, 86 ans

Chute mécanique + fractures cotes antérieures droite. Strap refait. Amélioration des douleurs.

- M CHA, 45 ans

Diarrhée de retour de voyage au Japon, pas de fièvre. Traitement symptomatique. Information de reconsulter si persistance des symptômes au-delà de 5 jours.

- M. LAU, 76 ans

Item 1 Prise en charge d'une colique néphrétique Item 9 8^{ème} conférence de consensus : « prise en charge des coliques néphrétiques de l'adulte dans les services d'accueil et d'urgences », 1999 www.sfm.org/documents/consensus/cc_cna_court.pdf

Récidive de la douleur fosse lombaire droite malgré 48h de traitement par codéine. Examen clinique normal. Compte tenu de la persistance de la douleur et de l'antécédent de calcul urinaire : prescription d'un bilan biologique + échographie rénale. L'échographie rénale retrouve un calcul de 6.3 mm au niveau du rein droit. Ajout d'un AINS et réévaluation dans 48h. Surveillance température et tamisage des urines.

Ce patient de 76 ans a des antécédents de coronaropathie + stent en 2009. Il présente depuis 72h donc une douleur du flanc droit sans irradiation survenue au réveil. Cette douleur n'est pas insomniante. Il n'a aucun signe urinaire associé. Je n'ai pas retrouvé lors du 1^{er} examen clinique de douleur à l'ébranlement lombaire droit. La bandelette urinaire réalisée était négative. La seconde consultation a été réalisée par un médecin du cabinet qui n'a rien constaté à l'examen mais devant ce caractère atypique a préféré faire une échographie rénale

qui a confirmé la présence d'un calcul de 6.3 mm au niveau du rein droit. Cela m'a permis de réfléchir sur le diagnostic de colique néphrétique.

8^{ème} conférence de consensus : « prise en charge des coliques néphrétiques de l'adulte dans les services d'accueil et d'urgences », 1999

Clinique :

- expression variable
- douleur brutale, d'emblée maximale d'évolution paroxystique
- unilatérale, région lombaire, irradiation lombaires, antérieures, descendantes vers la fosse iliaque et les OGE
- signes digestifs : nausées, vomissements, iléus réflexe
- signes urinaires : dysurie, pollakiurie, impériosités plutôt en cas de calcul pelvien
- douleur à la palpation et ébranlement lombaire
- palpation des pouls fémoraux
- examen orifices herniaires
- auscultation cardiaque et respiratoire
- BU à la recherche hématurie, et créatininémie
- **absence d'hématurie dans 14.5% des cas. absence d'hématurie à l'ECBU dans 5.5% des cas. l'absence de sang à la BU n'exclut pas le diagnostic +++**

PRISE EN CHARGE THERAPEUTIQUE :

- apports hydriques à adapter selon la soif du patient. pas de bénéfice de la restriction ou hyperhydratation
- AINS : la voie IV supplante les autres voies par son délai d'action très bref. la voie rectale peut constituer une indication en cas de difficultés d'abord IV ou CI de la voie IM
- les antispasmodiques n'ont pas d'efficacité prouvée à ce jour
- le métoclopramide n'a pas montré d'efficacité dans le traitement de la colique néphrétique
- surveillance : tamisage urines++, et conserver le calcul, surveiller la température
- ASP : controversé : sensibilité 44.5% à 95%
- couple ASP + ECHO RENALE : Se de 92 à 96%
- AVIS UROLOGIQUE : fièvre, rupture voie excrétrice, insuffisance rénale obstructive, colique néphrétique hyperalgique, terrain : insuffisance rénale, uropathies, grossesse, rein unique, facteurs liés au calcul : ≥ 6 mm, calculs bilatéraux
- Le calcul sera traité dans un second temps :
 - sonde urétérale
 - néphrostomie percutanée
 - LEC

Donc il s'agissait du premier tableau clinique de colique néphrétique atypique que j'avais vu. En effet la douleur était atypique et il n'existait pas d'hématurie mais qui n'exclut pas le diagnostic et m'avait rassurée. J'ai rappelé le soir le patient qui m'expliquait que la codéine le soulageait mais que la douleur revenait. Finalement je lui ai demandé de reconsulter si la douleur persistait au-delà de 48h ce qu'il a fait. Je pense qu'il est important de reconvoquer surtout quand l'examen clinique est peu franc ou la douleur peu typique car finalement le patient avait raison même s'il décrivait une douleur différente de d'habitude.

M.LAU, est sous nisis, Kardégic et lasilix, en lisant le Vidal et en discutant avec mon maître de stage il n'existe pas finalement de contre-indication car de plus la fonction était quasi normale. J'ai donc prescrit un ionogramme de contrôle avec une créatinine afin de surveiller l'association AINS, IEC et diurétique.

.../...

RSCE n° 2
Le patient à risque cardio-vasculaire
T1, année 2009

Je revois ce jour Monsieur P.Rauner, 53 ans. Ce patient, agent commercial dans la téléphonie depuis de nombreuses années, est venu me consulter pour le contrôle de sa pression artérielle. Je lui avais trouvé des chiffres tensionnels un peu élevés à plusieurs reprises (environ 155/90) lorsqu'il était venu consulter à l'occasion pour des infections saisonnières. Lors de la précédente consultation, j'ai réussi à approfondir l'entretien ; j'ai appris que son père était décédé d'un infarctus du myocarde à 51 ans. Monsieur RAUNER a commencé à fumer à l'âge de 21 ans et il consomme environ ¾ de paquet par jour depuis 34 ans. Par ailleurs, il déclare boire 2 verres de boissons alcoolisées par repas. Il n'a pas d'activité sportive. Il ne prend aucun médicament. Il est marié sans enfant mais je ne connais pas sa femme. Il m'avait montré le bilan biologique qu'il avait fait en province l'année dernière et que je lui avais réclamé : **Glycémie à jeun : 1,03 g/l, Triglycérides : 2,30 g/l, Cholestérol total : 2,96 g/l, HDL Cholestérol : 0,37 g/l, LDL calculé à 2,13 g/l.** Vous aviez mesuré sa PA à **160/90**. Il revient aujourd'hui comme je lui avais demandé il y a 1 mois ; je lui avais dit qu'il fallait réévaluer l'ensemble de ses facteurs de risque cardiovasculaires avec un nouveau bilan biologique ; j'étais assez content d'avoir réussi à le motiver à revenir et à faire une prise de sang. Je crois en fait qu'il avait été sensibilisé par la survenue d'un infarctus chez un de ses amis, ce qui lui avait rappelé le décès de son père.

Je lui avais précisé qu'en fonction des résultats, je serais peut être amené à lui prescrire un ou deux médicaments dans le cadre d'un traitement à prendre de manière définitive. Il ne vous avait pas paru enchanté de cette perspective car il était content de ne pas prendre de médicaments, mais il avait été sensible à votre argumentaire. Vous aviez confirmé l'intérêt des précautions diététiques et vous lui avez revu avec lui la fiche résumant les précautions à observer.

C'est un patient rondouillard, un peu érythrosique, qui semble content de l'attention que je lui accorde lors des consultations, et qui n'hésite pas à donner son avis. Vous le faites entrer. Il vous salue et vous tend les résultats de son examen biologique ; "j'ai fait exactement ce que vous m'aviez dit, Docteur".

Les résultats sont les suivants : **Glycémie à jeun : 1,01 g/l, Triglycérides 2,05 g/l, Cholestérol total : 2,87 g/l, HDL Cholestérol 0,36 g/l soit un LDL calculé à 2.10 g/l.** "Alors, Docteur, c'est quand même mieux que la dernière fois ?" "C'est vrai que c'est un peu mieux ; avez-vous changé certaines de vos habitudes ?"

Nous discutons de ce qu'il fait au quotidien au plan hygiéno-diététique. Pendant ce temps, je l'invite à se déshabiller pour l'examen clinique. Il pèse 85 kg pour 1m 70 soit un IMC à 29.4. Son poids est stationnaire depuis plusieurs années. Son périmètre abdominal est à 101 cm.

L'examen clinique est peu contributif. L'auscultation cardiaque est normale avec une fréquence cardiaque à 80/mn, il n'y a aucun signe pathologique à l'ensemble de l'examen cardio-pulmonaire. La PA est mesurée à 155/90. Les pouls périphériques sont parfaits.

Pendant que le patient se rhabille, j'évalue son risque cardiovasculaire selon l'équation de Laurier : le RCV est de 21% pour un risque standard de 4% soit un excès de risque de 17%, compte non tenu de ses ATCD familiaux (avec l'équation de Framingham RCV à 31% pour un risque standard à 8%). Les risques modifiables se répartissent en tabac (35%), hypercholestérolémie (29%) et hypertension artérielle (29%).

« Monsieur RAUNER, l'amélioration de votre bilan est une très bonne chose. Mais, si l'on veut réduire le risque que vous fassiez dans l'avenir un accident cardiovasculaire et

notamment un infarctus, je suis sûr qu'il faut vous traiter avec des médicaments pour faire baisser votre cholestérol et votre pression artérielle. Est-ce que vous seriez d'accord pour suivre un tel traitement de manière définitive ? »

« Si vous estimez que c'est vraiment nécessaire, je vous fais confiance mais je ne veux pas qu'il y ait des désagréments avec le traitement. » « On choisira le traitement le plus adapté et il suffira de me dire si vous avez noté des inconvénients. Mais savez-vous quel est le traitement qui serait le plus utile pour vous ? »

« Ah, Docteur, je sais que vous encore me parler de la cigarette ! Je sais que c'est un problème, mais pour le moment, je ne suis pas encore prêt pour arrêter. » "J'ai bien entendu que vous n'êtes pas encore prêt à arrêter. Nous en reparlerons car l'arrêt du tabac réduirait le risque que vous fassiez un accident comme un infarctus en quelques mois. Et ça serait une efficacité supplémentaire encore plus importante que les médicaments.

Mais nous en reparlerons quand nous nous reverrons. Vous êtes d'accord pour me dire où vous en êtes de votre réflexion sur ce sujet ? » « De toutes façons, Docteur, que je le veuille ou non, je sais que vous m'en reparlerez ! Mais je suis d'accord pour y réfléchir »

« Très bien, on va faire comme ça. En attendant, je vais commencer par vous prescrire un médicament pour faire baisser votre cholestérol. On verra ensuite pour votre pression artérielle un peu trop forte. Il faudrait pour réduire au maximum votre risque cardiovasculaire, que votre cholestérol LDL que je vous voyez ici, dis je en l'entourant au stylo sur sa feuille de résultats, qui est actuellement à 2.00 descende à 1.30 g/l.

Vous allez bien sûr continuer à suivre les précautions diététiques dont nous avons déjà parlé et pour laquelle je vous avais donné la fiche. Êtes-vous d'accord pour essayer d'atteindre cet objectif avec les précautions et le médicament ? »

Après qu'il m'ait confirmé son accord et que je me sois assuré qu'il avait bien compris l'objectif, je lui prescris le traitement hypocholestérolémiant et un nouveau bilan biologique pour dans 2 mois.

« Alors à dans 2 mois, Monsieur RAUNER »

« Au revoir Docteur et merci. »

Nous avons listé les **questions** que nous posait la situation pour y répondre lors de la 2^{ème} séance:

- Quels sont les facteurs de risques cardio-vasculaires et ceux présents chez M.Rauner ?
- Comment évaluer le risque cardio-vasculaire chez M.Rauner ?
- Quel est le bilan de l'HTA de M.Rauner ?
- Quelles sont les conditions nécessaires pour traiter l'HTA de M.Rauner ?
- Quels sont dans cette situation les traitements à notre disposition, leurs effets secondaires et leurs contre-indications ?
- Y a-t-il une indication à la MAPA pour M.Rauner ?
- Comment interpréter le bilan lipidique de M.Rauner ?
- Quels sont pour M.Rauner les critères et les choix de traitement hypolipémiant ?
- Quels surveillance et bilan de suivi à adopter chez M.Rauner après prescription d'un traitement hypolipémiant ?
- Quelles sont les mesures hygiéno-diététiques à instaurer pour M.Rauner ?
- Comment amener M.Rauner au sevrage tabagique ?
- Comment annoncer la maladie chronique à M.Rauner ?

Objectifs de l'étude du RSCE pour pouvoir répondre à la situation de M.Rauner :

- Connaître les facteurs de risques cardio-vasculaires et savoir les rechercher chez un patient
- Connaître les notions de risque global et relatif
- Connaître les méthodes permettant le calcul du risque cardio-vasculaire
- Savoir diagnostiquer et prendre en charge l' HTA
- Savoir interpréter un bilan lipidique
- Savoir prendre en charge une dyslipidémie
- Connaître les contre-indications, indications, et effets secondaires des traitements hypolipémiants et anti-hypertenseurs
- Savoir planifier le suivi de ce patient
- Savoir hiérarchiser la prise en charge du patient à risque –cardiovasculaire
- Savoir sensibiliser le patient à ses facteurs de risques cardio-vasculaires

Synthèse :

- **Travail personnel : Facteurs de risque cardio-vasculaire et évaluation du risque cardio-vasculaire chez M. Rauner:**

Je connaissais les FDRCV principaux : HTA, diabète, dyslipidémie, tabac, obésité, sédentarité, âge et les ATCD familiaux.

Ce RSCE m'a permis de revoir les différents FDR en fonctions de leurs importances. Les recommandations européennes et américaines les ont classés en 3 groupes :

- Majeurs :

Age HTA Diabète Tabac Dyslipidémie

- Prédisposants :

Obésité Sédentarité Ménopause Précarité ATCD familiaux

- Discutés :

Hypertriglycéridémie Homocystéinémie Lipoprotéines Protéines de l'inflammation

On les retrouve dans les recommandations **de l'HAS 2004 « évaluation du risque cardiovasculaire global ».**

Mais les facteurs de risque utilisés pour le calcul du risque global définis par l' HAS et l'AFSSAPS sont (**Prise en charge de l' HTA essentielle, du diabète de type 2, du patient dyslipidémique**) :

Non modifiables :

- âge >50 ans homme et 60 ans chez la femme
- ATCD familiaux d'IDM ou de mort subite chez la mère < 65 ans ou parent du 1^{er} degré de sexe féminin
- ATCD familiaux d'IDM ou de mort subite chez le père < 55 ans ou parent du 1^{er} degré de sexe masculin

Modifiables :

- Tabac actif ou sevré de moins de 3 ans
- Diabète de type 2 traité ou non
- Dyslipidémie : LDL >1.6g/l, HDL<0.40g/L
- HTA traitée ou non

Un taux de HDL > 0.60g/L : on retire un facteur de risque de risque

Cependant, je ne connaissais pas les notions de risques cardio-vasculaires global et relatif.

-Le risque global : est la probabilité de survenue d'un évènement cardio-vasculaire sur une période de temps donné

-Le risque relatif : est la survenue d'un évènement cardio-vasculaire chez un sujet ayant un ou plusieurs facteurs de risque par rapport à la probabilité de survenue de ce même évènement en l'absence de ces facteurs de risques.

Il existe 2 équations afin d'évaluer ce risque global et je ne connaissais pas du tout aucune de ces équations que j'ai appris lors de ces séances.

- Equation de laurier et de Framingham

La seconde est tirée de la population d'une ville américaine du même nom qui est observée depuis plus de 40 ans, et qui a recensé l'ensemble des maladies survenues au cours de la période. La première est extrapolée de l'équation de Framingham pour être adaptée à la population, dont le risque global est inférieur.

Il existe un test réalisé par la faculté de Broussais Hôtel Dieu (site internet) qui permet de calculer le risque selon les 2 équations.

Il faut y rentrer l'âge du patient, son sexe, s'il existe un tabagisme, la pression artérielle systolique, le cholestérol total et HDL-cholestérol, l'existence d'un diabète, HVG.

Ce test donne le risque absolu et relatif du sujet. Cela est facilement utilisable donc par le médecin lors d'une consultation. Nous avons retrouvés les mêmes calculs de risque que dans le test.

- Pour M.Rauner :

Il s'agit d'un homme de 53 ans, qui a un antécédent familial chez son père d'infarctus à 51 ans, qui fume environ 25 PA, qui a une HTA de grade 1, une dyslipidémie mixte avec hypercholestérolémie et hypertriglycéridémie, un surpoids et qui est sédentaire. Il présente donc plusieurs facteurs de risque cardio-vasculaire et entre dans un objectif de prévention.

Le risque cardio vasculaire semble élevé et a été calculé dans ce RSCE avec 2 équations : laurier et Framingham et est retrouvé initialement à 21% et 31%.

Plusieurs FDRCV existent et sont classés par risque majeurs : HTA, dyslipidémie, âge, diabète type 2, tabagisme.

D'autres prédisposants : obésité, sédentarité, antécédents familiaux, précarité et enfin les FDRCV discutés : hypertriglycéridémie mais dont le rôle est de plus en plus prouvé, homocystéinémie, protéine inflammation etc....

Cependant d'après l'AFSSAPS et l' HAS certains sont utilisés dans le calcul du RCV global : âge, les ATCD familiaux cardio-vasculaires, le diabète, l' HTA, les dyslipidémies, le tabagisme. Certains sont à prendre en compte : microalbuminurie > 30 mg/24h pour le diabète et l' HTA, sédentarité, alcool, obésité abdominale ou obésité pour l' HTA.

- Définition du risque cardiovasculaire global et relatif :

Le 1^{er} est la probabilité de survenue d'un évènement cardio-vasculaire sur une période de temps donné. Le second est la survenue d'un évènement cardio-vasculaire chez un sujet ayant un ou plusieurs facteurs de risques par rapport à la probabilité de survenue de ce même évènement en l'absence de ces facteurs de risques.

- **Quel est le bilan de l'HTA de M.Rauner ?**
- **Quelles sont les conditions nécessaires pour traiter l'HTA de M.Rauner ?**
- **Quels sont dans cette situation les traitements à notre disposition, leurs effets secondaires et leurs contre-indications?**
- **Y a-t-il une indication à la MAPA pour M.Rauner ?**

- M. Rauner présente sur plusieurs consultations : au total 3 consultations mettant en évidence des chiffres tensionnels élevés ; chez lui une mesure ambulatoire de type MAPA peut être proposée afin d'affirmer que ce patient est hypertendu car : il présente des chiffres tensionnels limites et a peut-être un effet blouse blanche et nous avons un doute sur la permanence de cette HTA.
- En cas de doute sur l' HTA l'auto mesure est d'une grande aide. C'est une technique simple et plus précise que la MAPA pour affirmer le diagnostic d'HTA

Par ailleurs devant toute HTA un bilan est à effectuer d'après l' HAS

Hormis le bilan clinique, le bilan paraclinique est :

Ionogramme sanguin

Créatinine avec le calcul de clairance

Bilan lipidique et glucidique

ECG

BU à la recherche d'une hématurie et une protéinurie

Dans ce cas le bilan glucido lipidique a été effectué et retrouve une dyslipidémie mixte avec élévation du cholestérol total, Hdl cholestérol, baisse du HDL cholestérol et hypertriglycéridémie. Des questions se posent donc : faut-il le traiter et quand ?

Tout d'abord nous avons redéfini l' HTA: M. Rauner a une HTA de grade 1. D'après l' HAS il présente un risque élevé car HTA de grade 1 et 3 FDR associé au moins donc il faudra le traiter rapidement avec mise en place de MHD. En effet ses chiffres sont élevés au cours des 3 consultations mais nous avons peut-être un doute sur une HTA blouse blanche et ce patient présente plusieurs FDRCV donc il est important de savoir si cette HTA est réelle et permanente avant d'instaurer un traitement à vie et afin de mieux prendre en compte le risque cardio-vasculaire de ce patient.

Des mesures diététiques ont déjà été mises en place et doivent être instaurées également pour l' HTA : régime hyposodé < 6g/jour, activité physique régulière, arrêt du tabac, diminution de la consommation d'alcool, régime alimentaire riche en fruits et légumes.

Divers traitements existent avec 5 classes médicamenteuses : IEC, ARA2, Inhibiteurs calciques, diurétiques thiazidiques, et B-bloquants. Nous avons étudié pour chaque classe médicamenteuse leurs effets secondaires ainsi que leurs contre-indications. On démarrera par une monothérapie avec un contrôle à 4 semaines environ de l'efficacité par un diurétique thiazidique par exemple, avec pour objectif une TA <14/9 mm hg. Si à 4 semaines nous n'avons pas de réponse nous changerons de monothérapie, si la réponse est partielle nous opterons pour une bithérapie.

Tout d'abord on a redéfini l' HTA (HAS 2005) : 2 mesures au cabinet, sur 3 consultations sur 3 à 6 mois, chez un sujet au repos pendant quelques minutes avec un brassard adapté. On retrouve des chiffres élevés à 3 reprises. Cependant ceux-ci sont à la limite et on peut douter de la permanence de cette HTA. Comme M.Rauner a des FDRCV il est important de savoir si cette HTA est réelle et permanente et donc on peut proposer une MAPA. Je ne connaissais pas les indications. Cette séance m'a permis de mieux comprendre. Elle consiste à mesurer la pression artérielle sur 24h chez un patient à l'aide d'un petit boîtier en maintenant ses activités habituelles. L' HTA est définie le jour par TA>135/85mmhg et >125/75 mm hg la nuit et >130/80 mm hg sur 24 heures. Les principales indications que j'ignorais sont :

- **HTA blouse blanche**
- **Paroxystique**
- **Dysautonomie, HTOS**

- **HTA sévère**
- **HTA réfractaire**

Cependant l'auto-mesure est une technique de mesure de la pression artérielle plus précise que la MAPA et qui prend toute son importance. Elle consiste en la mesure de la pression artérielle au domicile du patient avec un appareil d'auto-mesures, au repos : 3 mesures le matin entre le lever et le petit déjeuner, 3 mesures le soir entre le dîner et le coucher, 3 jours de suite. Le patient inscrit les chiffres sur un relevé. Cette technique permet d'affirmer le diagnostic d'HTA de façon plus précise que la MAPA. Elle est également utilisée chez les patients dont l'HTA est variable et ceux dont le traitement est inefficace. Le médecin effectue la moyenne des 12 mesures. L'HTA est définie par une TA > 135/85 mm hg (au lieu de 140/90 au cabinet).

La liste des appareils d'auto-mesures est sur le site de l'AFSSAPS et a été validée en 2003.

En ce qui concerne l'HTA, je connaissais le bilan à effectuer. Cependant il manque la réalisation de la BU à la recherche d'une protéinurie et hématurie, ainsi qu'un ECG et un ionogramme et une créatinémie. Le bilan glucidolipidique étant déjà réalisé. Ces examens permettront de rechercher un retentissement rénal ou une cause rénale secondaire et un retentissement cardiaque. En ce qui concerne l'indication j'ai appris que les recommandations de l'HAS expliquent de traiter d'emblée dès lors que le patient est à haut risque : car **HTA + 3 FDR** (dyslipidémie, Tabac et ATCD familial, homme de plus de 53 ans).

Le problème est que M. Rauner n'est pas très compliant. Dans un premier temps on s'occupe de traiter sa dyslipidémie puis lors de la prochaine consultation on prescrira une MAPA puis on mettra très probablement en route, si la MAPA nous le confirme, une monothérapie anti hypertensive en complément de mesures hygiéno-diététiques déjà signalées. Nous avons décidé de débiter par exemple par un diurétique thiazidique car nous avons le choix et c'est un médicament peu cher et bien toléré. L'efficacité sera réévaluée sous 4 semaines et un contrôle du ionogramme sous environ 10 jours puis des contrôles réguliers. Le traitement à instaurer dépend :

- De la situation clinique
- Efficacité et tolérance
- Comorbidités
- Coût du traitement
- Les indications préférentielles sont :
 - **Sujet âgé : thiazidiques, inhibiteurs calciques**
 - **Néphropathie, diabète : IEC, ARA2**
 - **Post-IDM : IEC, BB, anti-aldostérone**
 - **Insuffisance cardiaque: diurétique, IEC, BB, anti-aldostérone**
 - **HVG : ARA2**
 - **AVC : thiazidique, IEC**
- Les classes :
 - **Diurétiques thiazidiques** : ce sont les médicaments les mieux validés dans l'HTA sont très efficaces. Leur contre-indication principales sont, l'insuffisance rénale, les obstacles urinaires, hypokaliémie, déshydratation, hyponatrémie et allergie. il faut surveiller régulièrement le ionogramme et la fonction rénale
 - **Les bêtabloquants** : ont beaucoup de contre-indications : asthme, troubles de conduction, bradycardie, insuffisance cardiaque non contrôlée. et effets indésirables : asthénie, bradycardie, troubles digestifs, impuissance.
 - **Inhibiteurs calciques** : dihydropyridines (exemple : amlor) et phénotiazidines (tildiem). Les seconds sont contre-indiqués en cas de troubles de conduction et d'insuffisance cardiaque. Effets secondaires principaux : œdème des membres

inférieurs, céphalée, flush par vasodilatation ; les second : troubles de la conduction surtout.

- **IEC/ARA2** : les contre-indications sont : la sténose de l'artère rénale, grossesse, allergie. On doit surveiller le ionogramme sanguin et la fonction rénale environ 10 jours après la prescription (risque d'ascension de la créatininémie et kaliémie). Un autre effet à ne pas négliger : toux sèche pour les IEC (15%)

- **Comment interpréter et traiter la dyslipidémie de M.Rauner ?**

Nous avons appris à interpréter un bilan lipidique : il existe une hypercholestérolémie à 2.96G/L, une élévation du LDL-cholestérol (>1.6G/l) et une baisse du HDL-cholestérol à 0.37 (<0.40G/l) ainsi qu'une hypertriglycéridémie >1.50 (2.30g/l)

Donc il existe une dyslipidémie mixte. J'ai appris que le bilan lipidique s'il était normal se réalise tous les 5 ans sauf : facteurs de risques-cardiovasculaires associées, prise de poids, changements des habitudes alimentaires ou mise en place d'un traitement qui modifie le bilan lipidique.

Je savais qu'il fallait débiter par des mesures hygiéno-diététiques pendant les 3 premiers mois. Cependant cette séance nous a permis de mieux les approfondir :

- Limitation des apports en acides gras saturés : produits laitiers (lait, fromage, beurre), viande, huile de palme, huile de coco
- Augmentation de la consommation d'acides gras mono et polyinsaturés : oméga 3 et 6 : poissons gras, huile végétales
- Augmentation de la consommation de fibres et de micronutriments présents dans les fruits et légumes
- Limitation du cholestérol alimentaire
- Pour les triglycérides : limitation de la consommation d'alcool (<2verres /jour chez la femme et <3/jour chez l'homme), éducation de la consommation de glucides simples.

En ce qui concerne les objectifs du LDL-cholestérol notre objectif est différent de celui dans le RCSE : M. R est à haut risque car risque de survenue d'un évènement coronarien dans les 10 ans est >20% donc l'objectif est d'après l'AFSSAPS 2005 : LDL <1g/l

Les autres indications : ATCD maladie cardio-vasculaire avérée et diabète de type 2 à haut risque. En dehors de ces indications nous avons appris que les objectifs dépendent du nombre de FDR associés :

- **0 FDR : LDL < 2.2g/l**
- **1 FDR : LDL < 1.9g/l**
- **2 FDR : LDL < 1.6g/l**
- **3 FDR : LDL < 1.3g/l**

Nous aurions pu continuer les MHD pendant 2 mois (dans le texte 1 mois) avant de conclure à l'échec. Par la suite il est nécessaire de débiter un traitement hypolipémiant. On utilisera en 1^{er} intention les statines. J'ai appris que les 2 risques principaux sont : hépatique et musculaire. On ne dose pas les CPK d'emblée mais seulement si : insuffisance rénale, hypothyroïdie, ATCD de maladie musculaire. On dosera les CPK si symptômes par la suite.

Pour le bilan de suivi nous avons vu qu'il fallait doser les enzymes hépatiques dans les 3 mois et arrêt si enzymes > 3N ainsi qu'un contrôle de l'efficacité par le dosage du LDL-cholestérol entre le 1^{er} et 3^{ème} mois puis à 1an. Donc le contrôle à 2 mois est adapté. Les autres traitements sont les fibrates et les résines chélatrices de sels biliaries ou les inhibiteurs de l'absorption intestinale de cholestérol mais sont utilisés en 2^{ème} intention sauf mauvaise tolérance des statines ou triglycérides élevés de façon isolée.

• **Comment amener M. Rauner à accepter le sevrage tabagique et quels en sont les moyens ?**

Nous avons conscience que M.R n'est pas prêt à arrêter mas il sait que le tabac est néfaste pour lui. Lors des prochaines consultations, il faut lui donner des informations sur :

- Les méfaits du tabac pour lui et son entourage : le tabac est responsable de 30% de l'ensemble des cancers
- Les bénéfices de l'arrêt
- Evaluation des dépendances
- Les différentes aides possibles : gommes à mâcher, timbre transdermique, bupropion dont le mode d'action est mal connu utilisé aux USA comme antidépresseurs et le champix qui est un agoniste partiel des récepteurs nicotiques

L'important est d'évaluer sa motivation au cours des prochaines consultations. Au total ces séances m'ont permis de voir le patient différemment. Je pensais qu'il fallait le traiter pour tous les facteurs de risques de suite sans hiérarchiser et prendre en compte les désirs et caractéristiques de la personnalité du patient. En effet maintenant j'ai compris comment prendre en charge ce type de patient. Tous d'abord nous avons recensé tous les FDRCV et avons calculé son risque global. Puis nous avons commencé par traiter l'hypercholestérolémie par les mesures hygiéno-diététiques car celle-ci était réelle et documentée. Enfin, nous instaurons un traitement au long cours car ces mesures sont insuffisantes. L' HTA n'était pas à traiter en urgence. J'ai appris qu'il était nécessaire de prendre son temps pour ce patient car c'est un gage de meilleure observance. Cela nous laisse le temps de faire une MAPA, de contrôler l'efficacité et la tolérance du traitement par statines, de démarrer les mesures hygiéno-diététiques puis de discuter ensuite de l'instauration d'un traitement antihypertenseur dans les meilleurs délais. C'est la même chose pour le tabac. Il me parait plus clair aujourd'hui de traiter les pathologies une à une et que le patient le comprenne bien que de se précipiter. Il faut prendre le temps de bien expliquer à M. Rauner que la prise en charge de ses facteurs de risque permettront de diminuer l'impact de survenue d'un accident cardiovasculaire et doit être appliquée pour chacun des facteur, et au long cours. Je pense que pour moi il s'agit de la chose la mieux comprise ici, avec bien sur les révisions en ce qui concerne la prise en charge des FDRCV.

Auto-évaluation :

	P	A	I
Problématisation et objectif d'étude :			
Pertinence des questions	P		
Adéquation des questions	P		
Précision et adéquations des objectifs d'étude	P		
Recherche documentaire :			
Adéquation de la recherche	P		
Pertinence des références	P		
Qualité des réponses	P		
Synthèse :			
Identification des points clés	P		
Acquisition des nouvelles compétences		A	
Utilité des traces apprentissage		A	

RSCE 2: Le patient à risque cardio-vasculaire

Quels sont les facteurs de risques cardio-vasculaires chez Mr R?

Emilie Ferrat
Emilie_frisouille@yahoo.fr
Vincent Renard
vincentrenard@free.fr

Définition:

- État clinique ou biologique qui augmente le risque de survenue d'un évènement cardio-vasculaire donné.
- Son association doit être statistiquement forte, graduelle et cohérente dans le temps, observée de façon similaire dans les études épidémiologiques, indépendante d'un autre facteur de risque

Les facteurs de risques cardio-vasculaires: (Grundy et al 1999)

- Facteurs de risques majeurs:**
 - Tabagisme (modifiable, indépendant)
 - HTA (modifiable, indépendant)
 - Élévation du cholestérol total, LDL-cholestérol (modifiable, indépendant)
 - Diabète de type 2 (modifiable, indépendant)
 - Surélévation du HDL-cholestérol (modifiable, indépendant)
 - Age
- Facteurs de risques prédisposants:**
 - Obésité androïde (rôle « indépendant » dans certaines études)
 - Sédentarité
 - Antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce
 - Origine géogénique (gradient nord-sud)
 - Présence de maladies
- Facteurs de risques discutés:**
 - Élévation des triglycérides (rôle « indépendant dans certaines études » hypertriglycéridémie, hypercholestérolémie, hyperlipoprotéine A marqueurs de l'athéromatose, facteurs infectieux)

Facteurs de risques utilisés pour étudier le risque cardio-vasculaire global (HAS, AFSSAPS):

- Facteurs de risques non modifiables:**
 - Age: Homme >50 ans, femme >60 ans
 - ATCD familiaux d'accidents cardio-vasculaire précoces:
 - IDM ou mort subite avant l'âge de 55 ans chez le père ou parent du 1^{er} degré de sexe masculin / IDM ou mort subite avant l'âge de 65 ans chez la mère ou parent de 1^{er} degré de sexe féminin
 - AVC < 45 ans
- Facteurs de risques modifiables:**
 - Tabagisme actuel ou sévère depuis moins de 3 ans
 - Diabète de type 2 traité ou non
 - Dyslipidémie: LDL-cholestérol ou $\geq 1.60g/l$ (4.1 mmol/l) / HDL-cholestérol < ou = 0.40 g/l (1.0 mmol/l)
 - HTA traitée ou non

Autres facteurs à prendre en compte lors de la prise en charge:

- HTA:**
 - Obésité abdominale (PA > 102 cm chez l'homme et 88 cm chez la femme) ou obésité: IMC > ou = 30 kg/m²
 - Sédentarité
 - Consommation excessive d'alcool
- Diabète et dyslipidémie:**
 - Micro-albuminurie > 30 mg/24h
 - HDL-cholestérol > ou = 0.60 g/l: facteur protecteur

Morbi-mortalité liée au FDRCV:

- Sexe:**
 - Le risque de survenue d'un AVC est multiplié par 1 facteur 1.5 chez l'homme et 3 pour l'IDM par rapport à la femme
- Âge:**
 - Le mortalité augmente avec l'âge: 44% des décès et 40% des pathologies chez les > de 75 ans sont liés à des maladies cardiovasculaires
- Diabète type 2:**
 - Le morbi-mortalité est multipliée par 2 à 3 chez l'homme et 4 à 5 chez la femme
- Dyslipidémie:**
 - Le taux de cholestérol total est corrélé de façon exponentielle avec le risque coronarien (étude Framingham et Prospect)
 - Le LDL joue un rôle prépondérant dans le développement et le développement de l'athérosclérose
 - La diminution du HDL-cholestérol multiplie par 4 le risque d'accidents cardiovasculaires
- HTA:**
 - Surcharge liée à la PAS
 - Mortalité liée à la PAS: 1 fois multipliée avec l'âge et 0.7 fois associée
 - Risque de décès 5 fois plus important si 1 ou 2 FDR associés
 - Risque de décès 10 fois plus important si 3 à 4 FDR
- Tabac:**
 - 14 % des maladies cardio-vasculaires chez l'homme sont attribuables au tabac
 - 2% des maladies cardio-vasculaires chez la femme sont attribuables au tabac
 - Le taux de mortalité par maladie CV liée au tabac est 30% en 1998 et de 40% chez l'homme et 15% chez la femme

Mortalité attribuable par FDR en 2000 dans les pays développés, OMS 2002

FDR	HOMMES (en %)	FEMMES (en %)
tabagisme	26,3	9,3
HTA	20,1	23,9
hypercholestérolémie	14,5	17,6
Surcharge pondérale	9,6	11,5
Apport insuffisant en fruits et légumes	7,6	7,4
sédentarité	6	6,7

Facteurs de risques majeurs, pour le calcul du RCV global chez M. RAUNER:

- Age > 50 ans: homme de 53 ans
- ATCD d'IDM chez son père à 51 ans (< 55 ans)
- Tabagisme actif: 25 PA
- HTA permanente grade 2
- Dyslipidémie: élévation du cholestérol total avec LDL-cholestérol > 1.6g/l et HDL-cholestérol < 0.4g/l

Autres facteurs de risque à prendre en compte chez M.RAUNER:

- Sédentarité
- Hypertriglycéridémie
- Surpoids de type androïde (périmètre abdominale à 101 cm)
- En conclusion: Mr Rauner présente de nombreux facteurs de risques cardio-vasculaires.

Bibliographie:

- Méthode d'évaluation du risque cardio-vasculaire global: ANAES, 2004
- Prise en charge thérapeutique du patient dyslipidémique: AFSSAPS, 2005
- Traitement médicamenteux du diabète de type 2: HAS et AFSSAPS, 2006
- prise en charge des patients adultes atteint d'HTA essentielle: HAS, 2005
- Les facteurs de risques cardio-vasculaire et leur prévention: collège national cardiologie, 2002
- Les facteurs de risques cardio-vasculaires: NSFSA, 2007

1. Evaluation des pratiques professionnelles : Prescription des IPP

- **Thème de l'évaluation des pratiques professionnelles :**

Evaluation de mes pratiques professionnelles sur la prescription des IPP chez l'adulte.

- **Type d'évaluation :**

Il s'agissait d'une évaluation individuelle sous la forme d'une auto-évaluation.

- **Objet de l'évaluation :**

L'évaluation de mes pratiques professionnelles était donc d'ordre thérapeutique puisque que j'évaluais mes prescriptions médicales.

- **Lieu, date de l'action et contexte :**

J'ai donc mené mon action de santé publique sur l'évaluation de mes pratiques professionnelles à l'hôpital Albert Chenevier dans le service de soins de suite de médecine interne et gériatrie durant la période de janvier à avril 2010.

J'ai sélectionné de façon aléatoire 10 dossiers de patients pendant la période considérée ayant dans leur traitement de sortie des IPP et dont l'ordonnance avait rédigée par moi-même.

- **Méthodologie de l'évaluation des pratiques professionnelles**

J'ai réalisé un audit des CRH de sortie des patients du SSR sortis de janvier à avril 2010 et des dossiers médicaux.

Les dossiers étaient sélectionnés de façon aléatoire : 10 dossiers de patients ayant dans leurs ordonnances de sortie écrite par moi-même des IPP. Le compte-rendu du patient était utilisé en l'absence du patient. Je devais pour chaque ordonnance de sortie de chaque dossier justifier le traitement, la posologie, la durée et le coût du traitement.

- **Référentiels :**

Les IPP chez l'adulte, HAS 2009

- **Esoméprazole :** Inexium, posologie à pleine dose : 40 mg/jour, posologie à demi-dose : 20 mg/jour, coût du traitement journalier à pleine dose : 1.09 euros et à demi-dose : 0.78 euros
- **Lansoprazole :** lanzor, posologie à pleine dose : 30 mg/jour, posologie à demi-dose : 15 mg/jour, coût du traitement journalier à pleine dose : 0.49 euros et 0.36 euros à demi-dose
- **Oméprazole :** Mopral, posologie à pleine dose : 20 mg/jour et posologie à demi-dose : 10 mg/jour, coût du traitement journalier 0.60 euros et 0.46 euros à demi-dose.

- **Pantoprazole :** Inipomp, posologie à pleine dose : 40 mg : jour et à demi-dose : 20mg/jour, coût du traitement journalier : 0.55 euros et à demi-dose 0.41 euros.
- **Rabéprazole :** Pariet, posologie à pleine dose 20 mg : jour et à demi-dose 10 mg/jour, coût du traitement journalier 1.35 euros et 0.73 euros à demi-dose.

Les IPP ont 3 indications :

- **RGO et œsophagite** → RGO : ½ dose pendant 4 semaines, œsophagite : pleine dose pendant 4 à 8 semaines. Prévention des récurrences d'œsophagite : 1/2 dose au long cours.
- **Prévention et traitement des lésions gastroduodénales** dues aux AINS chez les patients de plus de 65 ans sous AINS, en cas d'antécédents d'ulcère, ou traitement anti-agrégant, anticoagulant ou corticoïdes. → oméprazole : pleine dose et lanso/pantoprazole : demi-dose. En cas de traitement des lésions liées aux AINS : Lanso/oméprazole : pleine dose 4 à 8 semaines et ésoméprazole : ½ dose pendant 4 à 8 semaines.
- **Eradication d' *Helicobacter pylori* et traitement des ulcères gastro-duodénaux.** → Tous à dose pleine 2 fois par jour pendant 7 jours sauf ésoméprazole à demi-dose 2 fois par jour pendant 7 jours.
- **Ulcère gastro-duodéal HP- :** Tous sauf ésoméprazole à pleine dose pendant 4 à 8 semaines.

Il n'existe pas de différences d'efficacité et de tolérance entre les IPP.

Souvent les IPP sont utilisés hors AMM : dyspepsie fonctionnelle, prévention des lésions gastroduodénales chez les patients non à risque.

Recommandations de bonne pratique clinique : la prescription et antisécrétoires gastriques chez l'adulte, AFSSAPS 2007

En ce qui concerne la prescription des IPP chez un patient sous aspirine à faible dose : il n'y a pas d'argument suffisant pour recommander l'association systématique des IPP à l'aspirine à faible dose sauf s'il existe un antécédent d'hémorragie digestive (grade A).

- **Modalités d'utilisation du dossier médical :**

Les dossiers ont été sélectionnés donc au nombre de 10, de façon rétrospective c'est-à-dire que les patients étaient tous sortis d'hospitalisation. La sélection était aléatoire pendant la période de janvier à avril 2010. Leur ordonnance de sortie devait comporter des IPP et devait avoir été écrite par moi-même. Afin de comprendre la justification du traitement j'utilisais le dossier médical et le compte-rendu pour rechercher les informations médicales nécessaires. Le patient n'était donc pas présent lors de cette évaluation de mes pratiques.

- **Les résultats de l'EPP :**

- **Mme H, 82 ans :**

- ATCD : CMH, HTA, vessie neurologique, cancer du sein il y a 20 ans
- Traitement d'entrée : Inipomp 20 mg : 0.5 cp/jour au long cours
- Diagnostic dans le service : septicémie à E. coli
- Traitement de sortie : inxium 20 mg/jour au long cours

➤ **Mr P, 82 ans :**

- ATCD : cancer de la prostate avec métastases osseuses, hypertension artérielle
- Traitement à l'entrée : aucun
- Diagnostic dans le service : œsophagite ulcérée
- Traitement de sortie : inexistant 40mg/jour pendant 8 semaines

➤ **Mr C, 80 ans :**

- ATCD : maladie de parkinson, pacemaker, BPCO, maladie d'Alzheimer
- Traitement à l'entrée : pariet 20 : 1/jour au long cours, Kardégic 75 mg/jour
- Diagnostic dans le service : démence parkinsonienne
- Traitement de sortie : arrêt des IPP car pas d'indications

➤ **Mr R, 79 ans :**

- ATCD : diabète de type 2, AOMI, neuropathie diabétique
- Traitement : kardégic 160 mg/jour, inexistant 20 mg/jour
- Diagnostic à l'entrée : embolie pulmonaire
- Traitement de sortie : coumadine, kardégic, inexistant 20 mg/jour 3 mois

➤ **Mme B, 86 ans :**

- ATCD : rétrécissement aortique, HTA, AOMI
- Traitement à l'entrée : Kardégic 75 mg/jour
- Diagnostic dans le service : ischémie du membre inférieur droit
- Traitement de sortie : Ajout inexistant 20 mg/jour au long cours et coumadine

➤ **Mr A, 87 ans :**

- ATCD : cardiopathie ischémique, HTA
- Traitement à l'entrée : aspirine
- Diagnostic à l'entrée : gastrite ulcérée
- Traitement de sortie : inexistant 40 mg/jour au long cours

➤ **Mr C, 80 ans :**

- ATCD : ACFA, diabète de type 2, prothèse de hanche
- Traitement à l'entrée : préviscan
- Diagnostic à l'entrée : luxation de prothèse, hypoglycémie, AOMI, athérome carotidien
- Traitement de sortie : Ajout d'aspirine à dose antiagrégants + inexistant 20 mg/jour au long cours

➤ **Mme L, 80 ans :**

- ATCD : HTA, reflux gastro-œsophagien, AVC, bulbite
- Traitement à l'entrée : aspirine 100 mg/jour, inipomp 40 mg/jour
- Diagnostic dans le service : rééducation PTH droite

- Traitement de sortie : inexistant 20 mg au long cours

➤ **Mme R, 88 ans**

- ATCD : ACFA, diabète de type 2
- Traitement à l'entrée : Inexistant IV 40 mg * 2/jour + bi-antibiothérapie anti HP
- Diagnostic dans le service : péritonite sur ulcère perforé HP+, sténose bulbaire secondaire
- Traitement de sortie : inexistant 40 mg/jour 6 semaines et coumadine

• **Analyse des résultats et conclusion :**

Les indications sont respectées chez 5 patients sur 10 mais l'Esoméprazole utilisé chez 2 patients pour ulcère alors qu'il n'a pas l'indication dans l'ulcère. Les indications de traitements ne sont pas respectées chez 5 patients sur 10. Les posologies étaient respectées dans 7 cas sur 9 en comptant les patients ayant des anticoagulants et antiagrégants associés même si l'indication n'était pas justifiée selon l' HAS mais pour les 2 autres car la posologie prescrite était trop forte. La durée de traitement était respectée dans 2 cas sur 9 seulement. En ce qui concerne le coût de traitement, l'Esoméprazole a été prescrit à 9 patients sur les 9 alors qu'il s'agit d'un des IPP les plus coûteux. En effet l'Inexistant est utilisé à l'hôpital Henri Mondor mais c'est là le rôle des pharmacies hospitalières qui entre en ligne de compte car nous n'avions pas la possibilité de prescrire d'autres IPP donc par habitude je represcrivais celui-ci à la sortie des patients.

En ce qui concerne les sujets âgés sous AVK et anti-agrégant plaquettaire, chez qui j'ai ajouté un IPP à demi dose en prévention mais il n'y a pas de preuve d'efficacité même s'il existe un risque hémorragique plus élevé selon les recommandations de l'AFSSAPS.

Il existe une prescription abusive des IPP en France et que j'ai mise en évidence dans l'évaluation de mes pratiques professionnelles. En effet 1 patient sur 2 était sous IPP à l'entrée. Les indications n'étaient pas respectées près d'1 cas sur 2. La posologie était parfois trop élevée par rapport aux recommandations. La durée de traitement n'était quasiment jamais évaluée et je les maintenais au long cours. Je ne prenais également jamais en compte le coût du traitement. Par ailleurs la prescription des IPP n'est pas validée en prévention chez le sujet âgé lors de la prescription concomitante des AVK et antiagrégants plaquettaires. Je n'ai pas non plus réévalué le traitement par IPP chez les patients déjà traités. A la suite de ce travail j'ai donc établi un projet personnel car je me suis rendue compte que je ne réfléchissais pas réellement lors de mes prescriptions. Tout d'abord :

- Je dois poser l'indication à chaque fois de la nécessité du maintien ou de l'initiation des IPP
- Je dois définir la posologie à l'avance en adéquation avec les recommandations de l'HAS et de l'AFSSAPS
- Je dois définir la durée de traitement à chaque prescription afin de ne pas les prescrire au long cours
- Je dois prendre en compte le coût du traitement à la fois pour les patients mais aussi en termes de santé publique
- Je dois réévaluer à distance le traitement afin de reposer éventuellement l'indication du maintien ou de l'arrêt du traitement
- Je dois critiquer davantage des ordonnances antérieures des patients.

- **Synthèse :**

La consommation d'IPP ne cesse d'augmenter en France avec une augmentation de + 4.9 % en 2007. C'est pourquoi j'ai réalisé une auto-évaluation de mes pratiques en termes de prescription des IPP sur l'hôpital Albert Chennevier pendant la période de janvier à avril 2010. Les prescriptions étaient inadaptées dans 1 cas sur 2 avec le non respect de l'indication et ils étaient prescrits au long cours. Je ne réfléchissais pas en termes de coût de traitement et la posologie prescrite était très souvent supérieure aux posologies recommandées. L'Esoméprazole est un des IPP, les plus chers et n'a pas l'AMM dans le traitement de l'ulcère. Au total je trouve que les résultats de cette évaluation de mes pratiques professionnelles étaient plutôt médiocres. Cela m'a permis de me rendre compte de la nécessité de réaliser un effort personnel en matière de prescription. Finalement ce que je pensais bien faire et bien je ne le faisais pas « bien ». Il faut que je prenne le temps de lire et d'analyser les prescriptions médicales de mes patients, que je prescrive les IPP selon les indications de l'HAS et réfléchir également en termes de coût de traitement. Je trouve que cette évaluation est toutefois positive dans le cadre de ma progression personnelle en matière de prescription et de soins. J'émettrai seulement une remarque concernant les patients qui ont dans leurs traitements un anticoagulant et un antiagrégant plaquettaire. En France il n'est donc pas recommandé d'associer un IPP mais en effectuant des recherches, aux USA par exemple la prescription d'IPP est systématique afin de réduire le risque de survenue d'une hémorragie digestive.

- **Bhatt DL, Scheiman J, Abraham NS et coll. ACCF/ACG/AHA 2008 expert consensus document on reducing the gastrointestinal risks of antiplatelet therapy and NSAID use. A report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. *Circulation* 2008;118(18):1894-909.**

.../...

Prescription des IPP

Module santé publique :
Évaluation des pratiques professionnelles
E. Ferrat mail: emilie_frisouille@yahoo.fr
Tuteur: Dr Vincent Renard

Généralités:

- Thème: prescription des IPP chez l'adulte
- Type d'évaluation:
 - Individuelle
 - Auto-évaluation
- Objet: thérapeutique et préventive

Modalités de l'EPP:

- Hôpital A. Chennevier, Val de Marne
- Service de médecine interne et gériatrie, SSR
- Période: janvier à avril 2010
- Contexte: 10 dossiers choisis de façon aléatoire pendant la période considérée de patients ayant dans leurs traitements de sortie des IPP

Méthode utilisée:

- Audit des **CRH de sortie** des patients du SSR sortis de janvier à avril (étude rétrospective) et du dossier médical
- Sélection aléatoire de 10 dossiers de patients ayant sur leur ordonnance de sortie (écrite par moi-même) des IPP. Utilisation des CRH en l'absence du patient
- Justification du traitement, posologie, durée, coût traitement)

Référentiel: les IPP chez l'adulte; HAS 2009

molécule	Nom commercial	Posologie pleine dose	Posologie Demi-dose	Coût Journalier P Dose	Coût Journalier D Dose
esoméprazole	inexium	40 mg	20 mg	1.09 e	0.78 e
lanzoprazole	lanzor	30 mg	15 mg	0.49 e	0.36 e
oméprazole	mopral	20 mg	10 mg	0.60 e	0.46 e
pantoprazole	inipomp	40 mg	20 mg	0.55 e	0.41 e
rabéprazole	Pariet	20 mg	10 mg	1.35 e	0.73 e

Référentiel 1: HAS, 2009

- 3 indications:
 - RGO et œsophagite
 - Prévention et traitement des lésions gastroduodénales du aux AINS chez > 65ans sous AINS, ATCD ulcère, ou ttt par anti-agrégant, anticoagulant ou corticoïde
 - Éradication d' HP et traitements des ulcères gastro-intestinaux
- Pas de différence d'efficacité et de tolérance entre les IPP
- Hors AMM: dyspepsie fonctionnelle, prévention des lésions gastroduodénales chez les patients non à risque

Référentiel 2:

- RGO/œsophagite:
 - RGO: ½ dose 4 semaines
 - Œsophagite: pleine dose 4 à 8 semaines
 - Prévention récidive œsophagite : ½ dose long cours
- Prévention pendant ttt AINS:
 - Oméprazole: pleine dose
 - Lanzo/pantoprazole: demi-dose
- Traitement des lésions liées AINS:
 - Lanso/oméprazole: pleine dose 4 à 8 semaines
 - Ésoméprazole: ½ dose 4 à 8 semaines

Référentiel 3:

- Eradication HP+
 - Tous: pleine dose * 2/j 7jours
 - Ésoméprazole: ½ dose * 2/j 7jours
- Ulcère gastroduodénal HP- :
 - Tous sauf ésoméprazole à pleine dose 4 à 8 semaines

Référentiel 4:

- AFSSAPS 2007:
 - IPP et AFD:
 - Pas argument suffisant pour recommander association systématique IPP à Aspirine faible dose sauf si ATCD hémorragie digestive → systématique (grade A)

Résultats 1:

patient	ATCD	Traitement d'entrée: IPP/AVK/ anticoagulant	Diagnostic dans le service	Traitement de sortie
Mme H. 82 ans	DM1, HTA, vessie rétréc, cancer du sein II / 8-20 ans	Isipomp 20: ½ cp au long cours	Septicémie à E. coli	Ordonnance sortie: Inesum 20 1 cp au long cours
M. P. 82 ans	K prostate avec métas osseuses, HTA	0	Gastropathie ulcérée	Inesum 40mg/jour pendant 8 sem.
M. C. 80 ans	Parkinson, PM,BPCO, M.alzheimer	Parlet 20-10sur au long cours, Karédigic 75mg/j	Démence parkinsonienne	Ordonnance sortie: Arrêt des IPP pas d'indication
M.R. 79 ans	Diabète type 2, ADM, neuropathie diabétique	Karédigic 160 mg/jour Inesum 20mg/jour	Diagnostic d'embolie pulmonaire	Coumadine, Karédigic et Inesum 20mg/jour 3 mois
Mme B. 66 ans	RAC, HTA, ADM	Karédigic 75mg/jour	ischémie du membre inférieur droit	Ajout Inesum 20mg/jour long cours Coumadine

Résultats 2:

patient	ATCD	Traitement d'entrée: IPP/AVK/anticoagulant	Diagnostic dans le service	Traitement de sortie
M.A. 87 ans	Cardiopathie ischémique HTA	Inesum 20 mg/jour Flava, aspirine, coumadine	ICM, angio-dysplasie kardiaque, FA	Coumadine, Karédigic 75, Inesum 40mg/jour au long cours
Mme P. 87 ans	Cardiopathie ischémique HTA, M Alzheimer	Aspirine	Gastrie ulcérée	Inesum 40mg/jour long cours
M. C. 80 ans	ACFA, diabète de type 2, prothèse de hanche	Pravastatin	Localion de prothèse Hémolyse, sepsis, allérgie coumadin.	Ajout aspirine à dose antiaggrégante + Inesum 20mg/jour au long cours
Mme L. 88 ans	HTA, RGO + bulbair AVC	Aspirine 100mg/jour Isipomp 40mg/jour	Régénération IPM droite	Inesum 20mg au long cours
Mme R. 83 ans	ACFA, diabète type 2	Inesum 40 mg* 2jours + ½ antiarthrosique anti-IP	Parfonite sur ulcère perforé HCP, Cholestérol bulbair secondaire	Inesum 40 mg/jour 5 semaines Coumadine

Analyse résultats:

- Indications respectées: **5 patients sur 10** mais ésoméprazole utilisés chez 2 patients pour ulcère alors qu'il n'y a pas l'indication dans l'ulcère !!
- Indications non respectées: **5 patients sur 10**
- Posologie respectées dans **7 cas sur 9** (1 arrêt des IPP) en comptant les patients AVK+AAP même si indication pas justifiée selon l'HAS mais les 2 autres cas → posologie trop forte
- Durée de traitement respectées dans **2 cas sur 9**
- Coût de traitement: ésoméprazole prescrit à 9 sur 9 des patients sortis sous IPP alors qu'il s'agit d'un des IPP les plus coûteux → INEXIUM utilisé +++ à Henri Mondor (tôt des pharmacies hospitalières)
- Nuance: sujet âgé + AVK+ AAP → soit 3 patients sur 10 → décision d'ajout d'IPP à demi dose en prévention mais pas de preuve d'efficacité même si risque hémorragique + élevé (AFSSAPS,2007)

Conclusion:

- Prescription abusive des IPP → 1 patient sur 2 était sous IPP à l'entrée
- Indications non respectées près d'1 cas sur 2
- Posologie parfois trop élevée par rapport aux recommandations
- Durée de traitement quasiment jamais évaluée → maintien au long cours; peur de l'hémorragie digestive chez le sujet âgé +++
- Jamais de prise en compte du coût du traitement
- Prescription non validée en prévention AVK+ AAP et chez le sujet âgé
- Pas de réévaluation du traitement par IPP chez les patients déjà traités

Projet personnel:

- Réfléchir avant de prescrire ou renouveler l'ordonnance :
 - Poser l'indication+++ à chaque fois de la nécessité du maintien ou de l'initiation IPP
 - Définir la posologie à l' avance
 - Définir la durée de traitement
 - Prendre en compte le coût du traitement à la fois pour les patients et pour les dépenses de santé
 - Réévaluer à distance le traitement
 - Savoir critiquer les ordonnances antérieures des patients

Synthèse:

- Consommation d'IPP ↑ en France: + 4,9 % en 2007
- Autoévaluation de mes pratiques en terme de prescription des IPP sur l'hôpital Albert Chenevier de janvier à avril 2010.
- Prescriptions inadaptées dans 1 cas sur 2 avec non respect de l'indication et prescription au long cours. Absence de réflexion en terme de coût de traitement. Posologie plutôt trop élevée que l'inverse
- Esoméprazole: cher et pas d'indication dans l'ulcère !
- Résultat médiocre → **effort personnel en matière de prescription ++**
- Apprentissages:
 - « les choses que je croyais bien faire je les connais mal! »
 - Lire et analyser les prescriptions médicamenteuses des patients
 - Apprentissages des modalités de prescriptions des IPP
 - Prescrire en terme de coût de santé publique
 - Autocritique de mes pratiques → progression personnelle
- Travaux de recherche chez les sujets sous AVK+AAP → IPP systématique (www.Theheart.org)

Heart Failure: Assessment & Management: EURL ACCORDANCE 2008 expert consensus document on Helicobacter pylori eradication in patients with heart failure and GIAD use. A report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. Circulation 2008; 118: 1521-1529

.../...

Thèse

Titre : Les femmes ne participant pas au dépistage organisé du cancer du sein en raison de la réalisation du dépistage individuel : exploration des représentations par focus groups.

Le Dépistage organisé du cancer du sein (DOCS) impulsé par la DGS a été généralisé en 2004. L'objectif est une participation de 70% selon les recommandations européennes pour obtenir une baisse de la mortalité. Ce taux s'élevait à 52.8 % en 2008-2009 et à 45,8% dans le Val-de-Marne témoignant d'une participation insuffisante. La thèse de Marina Brodbeck soutenue en 2010 à la faculté de médecine de Créteil étudiait les motifs de non participation au DOCS dans le Val de Marne. La raison principale de non participation au DOCS était la réalisation du dépistage individuel (DI) (39.4%). Le but de notre étude était d'étudier les raisons et motivations des femmes non participantes au DOCS à réaliser le DI, à travers leurs représentations de la santé, de la féminité, du cancer et du dépistage du cancer du sein.

Nous avons réalisé 3 focus groups constitués de 4 à 6 femmes recrutées à partir du travail de Marina Brodbeck. Les femmes attachent une grande attention à leur santé et à un dépistage personnalisé. Pour elles, le sein est surtout l'organe de l'allaitement. Elles ont peur du cancer et plus spécifiquement de localisation gynécologique. La mammographie est bien connotée et acceptée. Elles ne connaissent pas parfaitement les modalités du DOCS : la double lecture est souvent ignorée, le courrier d'invitation leur semble peu explicite, elles expriment des doutes ou craintes concernant la fiabilité des centres ou des appareils de mammographies, et de la peur d'un changement de centre lors du passage au DOCS. La discordance entre la date de réception du courrier et la réalisation de leur dernière mammographie, le caractère généralisé non individuel constituent des freins importants au DOCS. Ces éléments pourraient conduire à des actions permettant d'améliorer la participation au DOCS notamment en y impliquant plus explicitement les médecins cliniciens.

Les femmes ne participant pas au dépistage organisé du cancer du sein: Exploration des représentations par focus groups

Emilie FERRAT et Mentoïom DJASSIBEL
21 Octobre 2010
Thèses de Médecine Générale
Directeur de Thèse: Dr Vincent Renard



Introduction

- DOCS généralisé en 2004
- Modalités: Femmes de 50 à 74 ans, tous les 2 ans, mammographie, PEC à 100%, double lecture
- Controverse mais efficacité: \searrow mortalité (20 à 35%)
- Taux de participation cible = 70%
- En France = 52,8% , Val de Marne = 45.8%
- Coexistence DO/DI

Inserm, 2003
IARC, 2002
Ferry, Ann Oncol, 2008
MVS, 2008-2009

Matériel et méthode

- 151 femmes (parmi 458) ont été recontactées
- Echantillonnage en 2 groupes: DI (53) et NDI NDO (98)
- Etude qualitative par focus groups
- 3 focus groups pour chacun des 2 travaux (4 à 7)
- Guide d'entretien: 5 thèmes
- Grille d'analyse par triangulation
 - 3 chercheurs
 - 2 méthodes d'analyse manuelle et informatique

Justification

- Dans la littérature: motifs socio économiques
- Thèse Dr Brodbeck: Etude quantitative dans le 94
 - 4 groupes:
 - Dépistage individuel (39,4%)
 - Opposante à tout dépistage
 - Opposante au DO
 - Oubli
- Objectif: étudier les raisons profondes de non participation au DOCS (représentations)

Von Rosenchild, Marina. Thèse de Médecine, Paris 12, 2010.

Groupe DI

- Les femmes ne participant pas au dépistage organisé du cancer du sein en raison de la réalisation du dépistage individuel : Exploration des représentations par focus groups

Emilie Ferrat

Résultats (1): La santé

- Définition de l'OMS
- Equilibre « fragile »
- Place « essentielle »
- Etat d'esprit
- Responsabilité face à leur santé
- Actions personnelles:
 - Hygiène de vie
 - Suivi gynécologique et dépistage

Résultats (2): La féminité

- Féminité: « une construction sociale »
- « Féminité » non synonyme de « femme »
- « Modèle » de la féminité:
 - Apparence extérieure
 - Féminité intérieure
 - Maternité
- Place importante du sein
- Organe de l'allaitement

Résultats (3): Le cancer

- Cancer décrit « en miroir » de la santé
- Maladie « des peurs »
- Crainte des cancers de localisation gynécologique
- Incertitudes face au « cancer »
- Rôle prépondérant de l'hérédité
- Moyen de lutter : la prévention
- Prévention du cancer du sein: suivi gynécologique, dépistage

Résultats (4) Dépistage du CS : une démarche structurée par le DI

- Suivi médical personnalisé
- Suivi antérieur avec le gynécologue
- Rôle de l'échographie
- Possibilité de choisir le centre de radiologie
- Age < 50 ans et rythme < 2 ans
- Mammographie fiable et sans « risques »

Résultats (5): Dépistage du CS le DOCS

- Courrier : « une piqûre de rappel » mais peu explicite
- Campagnes d'informations motivantes
- Gratuité non incitative → proposé aux femmes « défavorisées »
- Double lecture: soit ignorée, soit un « plus »
- Centres et appareils → fiables ?
- Crainte de changer de centre

Discussion (1)

- La santé :
 - Des femmes « actives », responsables de leur patrimoine génétique
- La féminité :
 - Le sein « fonction physiologique plus que symbolique »
- Le cancer :
 - Le sentiment de vulnérabilité → démarche préventive

Discussion (2)

- Le DI :
 - La femme « maîtresse de son destin » dans une approche normative
 - Le rôle central du gynécologue
 - Le dépistage sur « mesure »
 - L'intérêt du couple mammographie-échographie

Discussion (3)

- Le DOCS :
 - Dépréciation des dispositifs « collectifs »
 - Mauvaises connaissances
 - Doutes sur la qualité et les modalités
 - Frein majeur: délai → dernière mammographie / réception invitation

Confrontation: DI vs NDI-NDO

- Conception de la santé en adéquation avec le modèle sociétal
- Sein moins symbolique dans la féminité
- Sentiment plus élevé de « vulnérabilité » avec rôle important de la génétique
- Rôle central du gynécologue
- Les « raisons médicales » contre « les raisons personnelles » du groupe NDI-NDO

Conclusion et perspectives DI pour les femmes du groupe DI

- Des modifications du courrier d'invitation
- Insister sur la double lecture
- Création d'un dispositif de recueil des dates des dernières mammographies par l'ADOC
- Inciter le gynécologue à proposer le DOCS
- Replacer le médecin généraliste dans le DOCS

Lexique

AFSSAPS : agence française de sécurité sanitaire de produits de santé

Ag : antigène

AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

AMM : autorisation de mise sur le marché

APA : aide personnalisée à l'autonomie

ARA2 :

ASP : abdomen sans préparation

ATCD : antécédent

BPCO : bronchopathie chronique obstructive

BU : bandelette urinaire

CAE : conduit auditif externe

CAT : conduite à tenir

CMIT : collège de maladies infectieuses et tropicales

CMV : cytomégalovirus

CP : comprimé

CREAT : créatinine

CRP : protéine C réactive

CSST : centre de soins spécifique pour toxicomanes

DIM : dérangement intervertébral mineur

DRP : désobstruction rhino-pharyngée

ECBU : examen cytobactériologique des urines

ECG : électrocardiogramme

FQAP : fluoroquinolones actives sur le pneumocoque

HAS : haute autorité de santé

HP : hélicobacter pylori

GB : globules blancs

Hb : hémoglobine

HTA : hypertension artérielle

ID : immunodéprimé

IEC : inhibiteur enzyme de conversion

IONO : ionogramme

IPp : incapacité permanente partielle

IPP : inhibiteur de la pompe à protons

ITT : incapacité temporaire totale

IV : intraveineux

JDB : journal de bord

LLI : ligament latéral interne

MXT : méthotrexate

NFS : numération formule sanguine

OAP : œdème aigu du poumon

PC : perte de connaissance

PL : ponction lombaire

PO : per os

RSCA : récit d'une situation complexe authentique

RSCE : récit de situation complexe exemplaire

RGO : reflux gastro-œsophagien

SAO2 : saturation en oxygène

SAU : service d'accueil des urgences
SBHA : streptocoque bêta-hémolytique du groupe A
SCA : syndrome coronarien aigu
SFMU : société française médicale d'urgence
SMR : service médical rendu
T° : température
TDM : tomodensitométrie
TDR : test de diagnostic rapide
TR : toucher rectal
TSO : traitement de substitution oral
TTT : traitement
UHTCD : unité d'hospitalisation de très courte durée
VAT : vaccination anti tétanique
VVP : voie veineuse périphérique