



# LE QUOTIDIEN DU MEDECIN

www.quotimed.com - N° 8724  
MARDI 9 MARS 2010



## LANGUEDOC-ROUSSILLON

Le Dr Hélène Mandroux défie Frêche

PAGE 4



## LA FMC AU QUOTIDIEN

Les méningites lymphomateuses

PAGE 7



## SALON DE GENÈVE

Les nouveautés françaises

PAGE 10

# L'eldorado des maisons de santé

Contre la désertification médicale, les maisons de santé pluridisciplinaires sont souvent présentées comme la panacée en matière d'organisation des soins de premier recours et de service rendu à la population. Si l'exercice sous le même toit présente de nombreux avantages, pour les professionnels comme pour les patients, il n'est pas la solution miracle à tous les maux des libéraux. Reportage dans la maison de santé de Saint-Amand-en-Puisaye, dans la Nièvre. **PAGE 3**

## L'alimentation de la mère influence les gènes placentaires

Le contrôle des différences morphologiques entre les sexes

PAGE 5

## La chimiothérapie, un progrès dans le cancer prostatique localisé

Baisse du PSA  $\leq 0,2$  ng/ml dans les formes à haut risque métastatique

PAGE 6

## Le danger criant des baladeurs

Jeudi, la Journée nationale de l'audition

PAGE 9



## Inégaux devant la dialyse

D'importantes disparités régionales subsistent dans la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale, notamment dans l'accès, souhaitable pour le plus grand nombre, aux méthodes de dialyse autonome.

S. TOUBON/« LE QUOTIDIEN »

PAGE 8

## L'HISTOIRE DU JOUR

### Traîtresse pantoufle

Nous sommes à Trinité-et-Tobago, dans les Caraïbes. Un homme, qui a maintenant 61 ans, se sait diabétique depuis quinze années. Diabète d'ailleurs compliqué d'une neuropathie au niveau des pieds. C'est précisément à cause d'un pied qu'il consulte à St-Augustine. Que lui arrive-t-il ? Il montre le dessous de son pied gauche : il présente un ulcère au niveau de la tête du premier métatarsien. Cet ulcère est d'ailleurs présent depuis trois semaines. On l'interroge : y a-t-il eu un traumatisme au niveau de ce pied ? Non, pas à sa connaissance. Cet homme marche habituellement dans des pantoufles à semelles de caoutchouc. On examine avec soin la pantoufle gauche. Et, dans la semelle, juste à l'endroit où appuie la tête du premier métatarsien (au niveau de l'ulcère), on découvre un corps étranger qui était jusque-là passé inaperçu. En raison de sa neuropathie, ce patient avait été incapable de sentir l'objet en question. On retire donc le corps étranger et, six semaines plus tard, l'ulcère est totalement cicatrisé.

Cette observation rappelle que des chaussures non adaptées, de même que des objets étrangers perforant la semelle, sont des causes connues de traumatisme des pieds diabétiques. Et qu'une inspection régulière des pieds et des chaussures est essentielle pour minimiser les risques.

> Dr EMMANUEL DE VIEL

Surujpal Teelicksingh et Vijay Naraynsingh. *New England Journal of Medicine* du 4 mars 2010.

40<sup>e</sup> ANNEE - 21, RUE CAMILLE-DESMOULINS, 92789 ISSY-LES-MOULINEAUX CEDEX 9 - TEL. : 01. 73. 28. 12. 70 - ISSN 0399 - 2659 - CPPAP 0412 T 81257

**CHONDROSULF<sup>®</sup> 400** Chondroïtine sulfate sodique. **FORMES et PRÉSENTATIONS** Gélule (vert et bleu) : Boîte de 84. Granulés pour suspension buvable : Sachets, boîte de 84. **COMPOSITION** Gélule : Chondroïtine sulfate sodique, 400 mg - Excipient : stéarate de magnésium. Enveloppe de la gélule : gélatine, dioxyde de titane, indigotine, jaune de quinoléine. Granulé : Chondroïtine sulfate sodique, 400 mg - Excipient : acide citrique, saccharine sodique, arôme orange, jaune orangé S, sorbitol, q.s.p. pour un sachet de 2 g. **INDICATIONS THERAPEUTIQUES** Traitement symptomatique à effet différé de l'arthrose de la hanche et du genou. **POSOLOGIE et MODE D'ADMINISTRATION** Réservé à l'adulte (plus de 15 ans). Mode d'administration : Voie orale. Gélules à avaler telles quelles avec un grand verre d'eau. Sachet : Boire après dissolution complète du sachet dans un grand verre d'eau. Posologie : 3 gélules ou 3 sachets à 400 mg, soit 1200 mg par jour. Fréquence d'administration : La posologie est à répartir en 3 prises par jour. Les gélules ou les sachets sont à prendre au moment des repas. Durée d'administration : La durée du traitement sera modulée en fonction des résultats cliniques en sachant que l'effet est retardé de 2 mois environ et qu'il peut persister après l'arrêt du traitement. **CONTRE-INDICATIONS** Ce médicament est contre-indiqué dans les situations suivantes : antécédents d'allergie à l'un des composants, enfants de moins de 15 ans. **GROSSESSE et ALLAITEMENT** En l'absence de données dans l'espèce humaine, ne pas prescrire chez la femme enceinte, ou qui allaite. **EFFETS INDÉSIRABLES** Effets cutanés : des cas d'érythèmes, d'urticaire, d'eczéma, d'éruption maculo-papuleuse associés ou non à un prurit et/ou à un œdème ont été rapportés. Effets digestifs : rares cas de nausées, vomissements. Affection du système nerveux, fréquence inconnue : vertiges. **SURDOSAGE** Aucun signe clinique et biologique n'a été observé à l'occasion d'une ingestion massive de Chondrosulf<sup>®</sup>. Toutefois, en cas d'apparition d'effets indésirables liés à un surdosage, instaurer un traitement symptomatique. **PROPRIÉTÉS PHARMACOLOGIQUES** Pharmacodynamie : AUTRES MÉDICAMENTS DE DÉSORDRES MUSCULO-SQUELETTIQUES. Code ATC / M09A-X02 (M : muscle et squelette). *In vitro*, la chondroïtine sulfate a une action inhibitrice sur l'élastase, médiateur de la dégradation du cartilage. Elle stimule la synthèse des protéoglycanes par les chondrocytes en culture. Pharmacocinétique : Chez l'animal, la concentration de la chondroïtine sulfate marquée permet d'estimer l'absorption à 66 % avec présence de produit marqué dans le liquide synovial et le cartilage. Chez l'homme, l'absorption intestinale est rapide. Elle a été évaluée à 13 % sous forme d'un composé de haut poids moléculaire et 20 % sous forme d'un composé de poids moléculaire inférieur. L'effet clinique de la chondroïtine sulfate est lent, retardé et rémanent. **AMM** 335 9173 (1993) 84 gélules 335 915.0 (1993) 84 sachets. **PRIX** 21,31 € (84 gélules ou 84 sachets). Remb Séc Soc. à 35 % Agréé coll.

Traitement symptomatique à effet différé  
de l'arthrose de la hanche  
et du genou

# L'ArticulAction

# Chondrosulf<sup>®</sup> 400

Chondroïtine sulfate (ACS4 - ACS6)

Visualisa, st. Avril 2009

GENEVRIER PHARMATOLOGIE B.P. 47 • 06901 Sophia-Antipolis Cedex • Tél. : 04.92.91.15.60 • Fax : 04.92.91.15.30 - www.laboratoires-genevrier.com

# Insuffisance rénale chronique terminale Privilégier l'autonomie des patients

Le « Bulletin épidémiologique hebdomadaire » de l'InVS consacre son numéro de cette semaine\* à l'insuffisance rénale chronique terminale, qui touche un Français sur 1 000. Faute d'une transplantation rénale, associée à une meilleure qualité de vie, les patients devraient bénéficier plus facilement des méthodes de dialyse autonomes.



En 2009, 37 000 patients en insuffisance rénale terminale étaient traités par dialyse

IL EXISTE dans le système français une grande variété de modes de traitement pour les patients insuffisants rénaux chroniques, des traitements de suppléance (dialyse péritonéale, hémodialyse) à la transplantation rénale. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) définissent une politique de prise en charge globale « fondée sur l'utilisation des compétences en privilégiant la proximité et l'autonomie », indique le Pr Maurice Laville (hôpital Édouard-Herriot, Lyon) dans l'éditorial du « BEH ». « Cette évolution tend à réduire l'hétérogénéité de l'accès aux différentes méthodes selon les lieux ou les équipes, en imposant aux établissements la pratique d'au moins trois méthodes (centre, autodialyse et domicile) », explique le néphrologue. Toutefois, selon les données fournies par le registre REIN (Réseau épidémiologie et information en néphrologie, mis en place en 2002 pour contribuer à l'élaboration et l'évaluation de stratégies sanitaires), d'importantes disparités régionales persistent dans le traitement des patients dialysés. Ces disparités s'observent en ce qui

concerne la première séance de dialyse (un quart des patients débutent la dialyse dans des conditions d'urgence), la répartition entre les différentes modalités de traitement et l'inscription sur la liste d'attente de greffe.

En fait, note le Pr Laville, de nombreux éléments peuvent infléchir l'orientation initiale d'un patient, « qu'il s'agisse de la disponibilité des méthodes – pas toujours équivalente si l'on tient compte de la proximité du domicile – de l'expérience des équipes, voire de considérations plus matérielles ».

**Une personne sur 1000.** À partir des données de 22 régions, on estime qu'en France, au 1<sup>er</sup> janvier 2009, 68 000 personnes recevaient un traitement de suppléance par dialyse ou greffe rénale (soit plus d'une personne pour 1000). Près de la moitié (37 000, soit 54 %) sont traitées par dialyse, l'autre moitié ont un greffon rénal. Le nombre de personnes ayant débuté un traitement de suppléance en 2008 était d'environ 9300, soit 147 personnes par million d'habitants par an.

Comme dans d'autres pays européens, on observe une stabilisation de l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale chez les personnes de moins de 75 ans.

Le premier traitement peut être la dialyse (97 % des cas) ou une greffe rénale d'emblée. « Globalement, la proportion de patients traités par méthodes autonomes, à domicile et hors centre, décroît régulièrement », regrette le Pr Laville. Cette tendance ne s'explique ni par une modification de la répartition des causes d'insuffisance rénale, ni par la fréquence des comorbidités à l'entrée en dialyse qui reste stable après ajustement sur l'âge. Il semblerait en outre qu'il y ait « plutôt moins de complications cardiovasculaires et d'anémie » et que la dialyse tende à être commencée plus tôt.

**Le risque de l'urgence.** Cependant, l'âge à l'entrée en dialyse augmente de manière constante : souvent moins autonomes, les patients âgés sont plus exposés au risque de démarrer la dialyse en urgence. « Ce dernier risque concerne un

quart des patients et divise par quatre les possibilités d'orientation en dialyse hors centre, d'où l'importance d'une prise en charge précoce, multifactorielle et renforcée chez les sujets âgés ou porteurs de comorbidités », ajoute le Pr Laville. Or, le démarrage de la dialyse en urgence, étudiée dans une enquête sur 5921 patients ayant démarré un traitement de suppléance par dialyse en 2006 dans 15 régions, est associé à des « résultats défavorables ».

Le Pr Laville s'interroge sur les

« conséquences combinées des évolutions réglementaires et des modes de financement des différentes méthodes de traitement ». Selon lui, la mise en place de la T2A a incité certains établissements à utiliser au maximum leurs ressources de traitement en centre et en dialyse médicalisée. La réglementation devrait évoluer « pour faciliter et promouvoir les méthodes de dialyse autonomes ».

> STÉPHANIE HASENDAHL

\* 9 mars 2010, N° 9-10.

## Une meilleure qualité de vie chez les greffés

Deux études multirégionales ont été menées en 2005 et 2007 auprès des patients de plus de 18 ans, dialysés et greffés, afin d'estimer leur niveau de qualité de vie (QV). Au total, 832 patients dialysés et 1 061 patients transplantés rénaux ont été inclus. Les transplantés sont plus jeunes que les dialysés, moins souvent diabétiques et, par ailleurs, plus nombreux à fumer. L'ancienneté du traitement suivi est plus grande chez les transplantés, ce qui traduit « l'avantage majeur en terme de survie conférée par la greffe ».

Les scores bruts de QV sont plus élevés chez les greffés. Les différences entre patients greffés et dialysés varient de 10 points (santé mentale) jusqu'à plus de 30 points (limitations dues à l'état physique). Chez les dialysés, les facteurs le plus souvent associés aux différentes dimensions de QV sont le sexe, l'âge, l'ancienneté de la maladie et le fait d'être en activité professionnelle. La présence d'une comorbidité et leur nombre diminuent le niveau de QV. Chez les transplantés, les effets secondaires des traitements ont un effet « délétère marqué ».

Conformément à la littérature, les différences de niveau de QV entre patients mettent en évidence les apports bénéfiques de la greffe rénale, même chez le sujet âgé. « Toutes les mesures possibles pour améliorer l'accès à la greffe et réduire le temps passé en dialyse devraient être mises en œuvre », notent les auteurs de cette enquête.

Ils recommandent toutefois des actions susceptibles de renforcer la QV chez les dialysés : améliorer les possibilités de choix du type de dialyse, favoriser l'autonomie du patient, assurer un contrôle du statut nutritionnel ainsi qu'une prise en charge des comorbidités et de la douleur. Chez les greffés, ils soulignent l'importance d'un meilleur suivi des effets secondaires des traitements (peur de rejet du greffon surtout chez les greffés récents) et suggèrent de porter attention à la reprise d'une activité professionnelle ainsi qu'à la prise en charge du surpoids et des troubles dépressifs.

## Journée mondiale du rein le 11 mars Dr Brigitte Lantz : attention aux diabétiques



« Trop de patients sont adressés au néphrologue au stade de la dialyse »

**Néphrologue à l'hôpital Necker (Paris) et responsable de la communication à la Fondation du rein, Brigitte Lantz rappelle l'importance de mieux informer les professionnels de santé et le grand public sur les maladies rénales et encourage la prévention chez les personnes à risque, dont les diabétiques. En France, 30 % des patients dialysés chroniques et 40 % des patients entrés en dialyse en 2009 sont diabétiques.**

**LE QUOTIDIEN DU MÉDECIN – En France, 3 millions de personnes sont concernées par les maladies rénales. Comment peut-on faire taire ces chiffres ?**

**Dr BRIGITTE LANTZ** – Parmi ces 3 millions de personnes, certaines sont arrivées au stade d'insuffisance rénale terminale et ont besoin d'un traitement de suppléance, 37 000 sont traitées par dialyse et plus de 30 000 ont un greffon rénal. Les maladies rénales représentent 2 % du budget de l'assurance-maladie. Malheureusement, leur prévention est loin d'être satisfaisante. Si l'on détectait précocement ces maladies, on pourrait freiner pour beaucoup leur évolution, voire en guérir certaines. Le coût le plus important est généré par le traitement de suppléance rénale par dialyse.

Cela passe par une meilleure communication au sujet de ces maladies, auprès du grand public et des professionnels de santé... Tout à fait. C'est d'ailleurs ce que fait la Fondation du rein dans les campagnes d'information. La Journée mondiale du rein est aussi l'occasion de rappeler l'importance de la prévention de ces maladies et de sensibiliser la population au don de rein. Richard

Berry, le président d'honneur de la fondation et de la journée mondiale, est d'ailleurs très concerné par ce sujet, puisqu'il a lui-même donné l'un de ses reins à sa sœur, Marie. Il faut savoir qu'un patient greffé coûte annuellement moins cher à l'assurance-maladie qu'un patient dialysé. Sans parler du bénéfice de la qualité de vie puisqu'un patient greffé vit quasiment normalement.

### LA PRÉVENTION EST LOIN D'ÊTRE SATISFAISANTE

**La Journée mondiale du rein est consacrée cette année au diabète. Pouvez-vous nous en dire plus ?**

Le diabète est une cause majeure de complication rénale et d'insuffisance rénale chronique. Il y a de plus en plus de personnes diabétiques dans le monde, en raison des modes de vie qui changent, notamment en termes d'alimentation et de sédentarité. Il faut donc dépister les complications rénales du diabète précocement. C'est possible en détectant dans les urines la présence anormale de microalbumine. Des médicaments

aujourd'hui existent, qui permettent de ralentir la progression de cette atteinte rénale.

**À qui s'adresse le message de prévention ?**

Il s'adresse avant tout aux patients, aux généralistes, qui voient beaucoup de diabétiques et de personnes hypertendues, aux diabétologues et aux cardiologues. Ce sont les deux maladies qui entraînent le plus de complications rénales et les principales causes de mise en dialyse. À l'heure actuelle, une personne sur deux de plus de 60 ans qui commence la dialyse est diabétique ou hypertendue. On voit encore trop fréquemment des patients qui sont adressés au néphrologue au stade de la dialyse. Il est beaucoup trop tard pour qu'ils soient pris en charge dans de bonnes conditions.

**Quels sont les progrès à faire encore dans le domaine de la recherche ?**

Il y a encore beaucoup de progrès à faire dans tous les domaines de la recherche ! En 2009, la Fondation du rein a consacré près de 300 000 euros à des subventions pour la recherche. Nous avons entrepris une superbe collaboration

de recherche dans le domaine de la thérapie génique et de la thérapie cellulaire, dans les maladies rénales. Grâce au Téléthon et à l'AFM (Association française des myopathies), qui a donné 100 000 euros, nous avons pu offrir des subventions à deux chercheurs prometteurs. Elles seront remises, en présence de la ministre de la Santé, qui ouvre le colloque de Journée mondiale du rein, organisé en collaboration avec la Société de néphrologie à l'occasion de son cinquantenaire.

**Quel est le programme de cette journée ?**

Le matin, l'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (AVIESAN) organise une rencontre-débat à l'Académie nationale de médecine avec des associations de malades et la Fondation du rein, autour du thème de la néphropathie diabétique. L'après-midi aura lieu le colloque à la Sorbonne, consacré à la dialyse hors centre. Développer les techniques hors centre et la dialyse péritonéale permettrait de faire des économies pour l'assurance-maladie, mais aussi de rendre les patients plus autonomes.

> PROPOS RECUEILLIS PAR JESSIE CONVERS