

Printemps médical de Bourgogne et de Franche-Comté

34^{ème} édition

Samedi 8 juin 2024

*Palais des Congrès
BEAUNE*



L'allergologie



Liste des exposants

- URPS
- Laboratoire MODILAC
- Collège Bourguignon des Généralistes Enseignants (CBGE)
- Laboratoire PFIZER VACCINS
- CPTS Sud Côte d'Or
- Laboratoire FILIERIS
- Dispositif d'Appui à la Coordination de Côte d'or (DAC 21)
- Laboratoire STALLERGENES
- Pôle d'Equilibre Territorial et Rural (PETR) de Pays de Langres
- Laboratoire S.V.R
- Laboratoire A.L.K
- MSD France
- Laboratoire Mead Johnson nutrition
- Laboratoire MENARINI
- CPAM 21
- Département Saône et Loire
- Laboratoire ASTRA ZENECA

EDITO



34 ric-rac !

Alors que se profile l'édition 2024 de notre congrès à tous, jeunes et moins jeunes généralistes de Bourgogne et de Franche-Comté, c'est avec toujours autant de plaisir que je vous souhaite, au nom de l'équipe, la bienvenue !

Les douze du PMBFC n'auront pas démerité pour que, cette année encore, nous puissions décliner les sujets pressentis depuis deux ans déjà !

La vie d'un congrès n'est pas linéaire : après la pandémie en 2020, puis les protocoles sanitaires qui nous ont fait manquer, à dix jours près, l'édition 2021, nous avons pu nous relancer en 2022. Je vous avais déjà sensibilisé sur l'investissement que représente une telle manifestation. Mais sans le facteur humain, rien ne serait non plus. Ainsi le départ de Nathalie RAVOT (que je remercie ici pour son travail) nous a contraint finalement à reporter l'édition d'un an. Il nous a fallu nous remobiliser, recruter une nouvelle perle, adapter les statuts, reprendre contact avec les partenaires, les congressistes, les orateurs... Tout ceci dans un contexte professionnel qui pourrait être meilleur.

Mais quelle aventure humaine que de préparer une telle journée à vous présenter !

L'avenir-même du congrès n'est pas encore pérenne, et cette 34^{ème} édition « passe ric-rac » ! Toutefois, la fréquentation de plus en plus marquée des plus jeunes d'entre nous est porteuse d'espoir, car la finalité ultime est votre présence.

Nous souhaitons que vous éprouverez du plaisir aujourd'hui à venir vous former et partager ces quelques heures aux côtés de vos consœurs, vos confrères, vos amis.

Dr Arnaud GOUGET,
Président du Comité d'organisation
et scientifique du PM B-FC.

Comité d'Organisation du
**Printemps médical
de Bourgogne et de Franche-Comté**
Palais des Congrès - 21200 BEAUNE
pmbfc.contact@gmail.com



Comité scientifique :

Pr Sylvain AUDIA	membre actif
Dr Anne DAUTRICHE	administratrice
Pr Hervé DEVILLIERS	administrateur
Dr Raphaël GALÉA	vice-président
Pr Arnaud GOUGET	président
Dr Véronique JOST	secrétaire générale
Dr Anne-Sophie LANG	membre actif
Dr Thierry LEPETZ	trésorier
Dr Claude PLASSARD	membre actif
Dr Marina RABEC	membre actif
Dr Claire ZABAWA	membre actif

Coordination :

Adèle CARRÉ



**Printemps Médical de Bourgogne
et de Franche Comté**

213 rue de Bourbon – 71250 Sigy le Château
pmbfc.contact@gmail.com

www.pmbfc.fr

8h :
Accueil des participants avec remise des pochettes du congrès

9h – 9h30

Salle RUDE

LA DERMATOLOGIE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Ludivine ROSSIN
Médecin Généraliste - Côte d'or



Comment différencier un bouton d'un autre bouton ?

Les pathologies cutané-muqueuses rencontrées en médecine générale peuvent régulièrement nous laisser perplexes.

Papules, macules, nouures, ulcérations, pétéchies, pustules, vésicules, bulles... squameuses ou non, prurigineuses ou non, érythémateuses ou non ... une panoplie de lésions élémentaires dermatologiques que nous rencontrons quotidiennement dans notre pratique.

Le quizz photos que nous vous proposons vous permettra de vous aguerrir à cet exercice, parfois d'équilibriste, de reconnaissance de nombreuses pathologies cutané-muqueuses retrouvées en médecine générale. Il vous permettra d'approfondir vos connaissances dans ce domaine, d'autant plus intéressant en contexte de difficulté d'accès aux spécialistes.

Retrouvez les résumés du P.M. B-FC sur notre site :

www.pmbfc.fr

Salle CARNOT

LA RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE : UNE MONTAGNE À GRAVIR ?

Docteur José-Philippe MORENO
Médecin généraliste
Bourgogne Franche Comté



Introduction : La recherche en soins primaires se développe depuis la création en 2008 de la filière universitaire de médecine générale. Il est primordial que les médecins et professionnels de santé de soins primaires s'emparent et s'investissent dans cette recherche parce qu'elle permet de répondre à des problématiques de santé populationnelle comme peut l'être tout le champ de la prévention par exemple. Ces travaux de recherches en soins primaires permettent de valoriser le travail en équipe auprès de l'équipe elle-même, les institutions, la communauté scientifique et surtout les patients. C'est-à-dire le savoir-faire des équipes de soins primaires ! Or, même si les initiés comme les enseignants-chercheurs la pratiquent au quotidien, elle peut paraître abstraite, contraignante et difficile à mettre en œuvre par les professionnels de santé désireux mais non habitués à produire des travaux de recherche.

Objectifs : L'objectif principal est de dédramatiser la recherche en médecine générale. L'objectif secondaire est de rassurer les futurs investigateurs, promoteurs et professionnels de santé. Les objectifs tertiaires sont d'initier des travaux de recherche de taille adéquate et en rapport avec les capacités du ou des professionnels de santé et de l'équipe de soins primaires ; de développer son réseau local de recherche en soins primaires ; de connaître les aspects réglementaires de base ; de connaître les personnes ressources sur la région Bourgogne/Franche-Comté sur lesquelles il est possible de s'appuyer pour développer ses projets ; d'allier ces projets de recherche avec les obligations institutionnelles de type « accord conventionnel interprofessionnel (ACI) » ou autres ; d'obtenir des financements et de connaître les moyens de valoriser ses travaux.

Discussion : Cette présentation évoquera les bases et la manière d'articuler recherche et attendus de la part des institutions. La théorie sera imagée par des exemples concrets. L'ensemble servira de base de discussion et pour répondre aux questions des professionnels de santé.

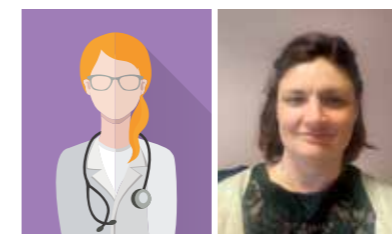
Conclusion : La mise en place de la recherche en soins primaires doit être progressive afin d'en maîtriser la méthodologie, le

fonctionnement, le timing. Cette progressivité permettra à l'équipe de soins primaires de s'adapter et de connaître tout l'intérêt à effectuer de la recherche en soins primaires. L'apprentissage de la méthodologie de projet peut aussi permettre aux équipes de développer leurs propres actions au sein de leur projet de santé ou des attendus des caisses d'assurance maladie dans le cadre des ACI.

Auditorium

RÔLE DU BIOLOGISTE MÉDICAL DANS LE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE DE L'ALLERGIE

Docteur Stéphanie FRANCOIS
Biologiste – CHU Dijon
Docteur Sarah COURT DEVILERS
Allergologue – Dijon



Quelle soit respiratoire, alimentaire, médicamenteuse, aux venins d'hyménoptères, le diagnostic d'allergie d'IgE médiée pour un patient donné est un diagnostic du médecin traitant devant la démonstration d'une relation de cause à effet entre les signes cliniques spécifiques de l'allergie qui se manifestent chez le patient et son exposition à un ou plusieurs allergènes.

Pour être allergique, immunologiquement une sensibilisation préalable est nécessaire ; mais une sensibilisation seule ne suffit pas à poser le diagnostic d'allergie.

Une sensibilisation à un allergène peut être mise en évidence par un résultat positif d'un test cutané à l'allergène pratiqué par l'allergologue (prick test) ou un résultat positif de dosage d'IgE spécifiques de l'allergène.

Au sein du laboratoire d'analyse de biologie médicale, le biologiste médical en réalisant des dosages d'IgE spécifiques d'allergène à partir du sérum prélevé chez le patient, met en évidence une sensibilisation à l'allergène.

Ces dosages d'IgE spécifiques d'allergènes sont remboursés par la sécurité sociale selon des règles de non-cumul de dosages qui suivent une stratégie : dans un premier temps, les tests dits de dépistage de l'allergie peuvent être prescrits puis dans un second temps les tests d'identification du ou des allergènes en cause.

Tout résultat biologique doit être confronté à la clinique du patient.

RÔLE DU CLINICIEN DEVANT UNE SUSPICION D'ALLERGIE

Toute allergie ou suspicion d'allergie doit donner lieu à la mise en place de mesures sécuritaires pour le patient, afin d'éviter une récurrence, ou s'il présente une récurrence qu'il puisse utiliser un traitement adéquat.

Dans l'allergie respiratoire, il conviendra d'avoir un traitement d'éviction adapté, des mesures de traitement symptomatique adaptée à la saisonnalité de l'allergène, et s'il présente des symptômes respiratoires (asthme) avoir un traitement adapté (Beta 2 mimétique courte durée d'action, traitement mixte corticoïde inhalé associé à un B2 longue durée d'action).

Dans l'allergie alimentaire, si la suspicion d'allergie est fondée, il faut impérativement prescrire une trousse d'urgence à votre patient, comprenant un stylo auto injecteur d'adrénaline et des antihistaminiques. Si le patient est asthmatique, y ajouter du salbutamol. L'utilisation de ces médicaments doit être clairement expliquée et montrée.

Pour les piqûres d'hyménoptères (guêpe, abeille...) seule une réaction généralisée (urticaire généralisée, vomissements, chute de tension, malaise ...) nécessitera un bilan allergologique, et la mise en place d'un traitement par immunothérapie. La trousse d'urgence sera limitée à ces cas.

Il n'y a pas d'urgence à consulter un allergologue, il y a urgence à instaurer une trousse d'urgence et l'expliquer au patient.

Salle DAVOUT : ATELIER 9h - 9h55

LA MAPA EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Claire ZABAWA
Médecin généraliste - Côte d'or



L'hypertension artérielle (HTA) est un facteur de risque cardiovasculaire majeur et modifiable, dont la prévalence augmente progressivement avec l'âge. Non traitée, elle est responsable d'atteintes cardiaques, neuro-vasculaires, ophtalmologiques, rénales et de décès. La baisse de la pression artérielle (PA) réduit significativement la morbi-mortalité associée à l'HTA. Pourtant, un patient hypertendu sur deux ignore sa pathologie et seulement 51 % des patients sous traitement antihypertenseur atteindraient leurs objectifs tensionnels.

Auditorium

**QUAND L'ALLERGIE TOUCHE
LE TUBE DIGESTIF****Docteur Raphaelae MAUDINAS***Gastro pédiatre - CHU Dijon***Docteur Lilia BENJELLOUL***Allergologue - CHU Dijon*

L'allergie alimentaire est une pathologie qui préoccupe le médecin de par sa potentielle sévérité et son expression variée.

On distingue deux mécanismes de l'allergie : IGE et non IGE médié.

Dans l'allergie IGE médiée, l'expression clinique associe une atteinte cutanée (urticaire, œdème), et/ou digestive (nausées – vomissement), et/ou respiratoire (toux-bronchospasme) et cardiovasculaire. Les réactions anaphylactiques sont redoutées avec les fruits à coque, l'arachide et les produits de la mer. Des facteurs déclenchants ou aggravants tels que le sport, la prise de médicaments (AINS, beta bloquant...) ou d'alcool sont recherchés systématiquement. La biologie moléculaire permet de mieux caractériser l'allergie.

On différencie des profils d'allergie modérée, comme le syndrome oral avec l'allergie croisée pollens-aliments végétaux, des profils sévères avec des allergènes majeurs thermorésistants à risque d'anaphylaxie. La prise en charge comprend l'identification de l'allergène, l'explication de la trousse d'urgence et l'induction de tolérance orale.

Dans l'allergie non IGE médiée, l'œsophagite à éosinophiles doit être évoquée devant des difficultés alimentaires, des dysphagies aux solides car leur prise en charge évite la sténose œsophagienne. Les traitements possibles sont les IPP, le Budésonide topique, les régimes d'éviction et les biothérapies.

Les syndromes d'entéropathies aux protéines alimentaires (SEIPA), sont révélés par des vomissements ou diarrhées, rectorragies différés de plusieurs heures par rapport à l'ingestion, sans signes cutanés, cardio respiratoires associés. L'intensité des troubles digestifs nécessite des antiémétiques puissants (ondansétron) et des corticoïdes.

Une consultation spécialisée est indispensable pour poser le diagnostic précis et adapter la prise en charge surtout lors d'allergies multiples.

10h – 10h20

Salle RUDE

**CORTICOTHÉRAPIE COURTE OU
PROLONGÉE : MYTHES ET RÉALITÉS****Professeur Hervé DEVILLIERS***Médecin interne - CHU Dijon*

La corticothérapie est un traitement couramment utilisé qui n'a à ce jour pas d'équivalent dans beaucoup d'indications.

Une cure courte (moins de 15 jours) peut être proposée dans l'asthme, certaines affections ORL (laryngite de l'enfant, paralysie faciale à frigore...) ou rhumatologiques (arthropathie microcristalline, lombosciatalgie ...). Dans cette situation, le problème essentiel est le respect d'une indication raisonnée et des précautions d'emploi.

Une cure longue sera constamment à l'origine d'effets indésirables, quelles que soient la nature et l'observance des règles hygiéno-diététiques proposées au patient. Dans ce domaine, le bon sens et l'adaptation au profil du patient prévaut actuellement sur le dogme du « sans sucre sans sel ». En pratique, il faut éviter d'imposer un régime trop restrictif à des patients âgés et dénutris, et limiter les conséquences de l'hyperphagie chez le bon vivant. En dehors de l'insuffisance cardiaque, de l'HTA et de l'insuffisance rénale, l'intérêt du régime peu salé n'est pas démontré. La lipodystrophie, responsable du « cou de bison », et du « faciès cushingoïde » n'est pas influencée par les apports sodés ou caloriques, et régresse habituellement à la diminution du traitement. L'information du patient est essentielle, et doit mentionner la contre-indication aux vaccins vivants (ROR, BCG, fièvre jaune), la recommandation de tous les autres vaccins (en particulier la grippe saisonnière), le risque infectieux et la nécessité d'une surveillance clinique et biologique régulière.

La prévention de l'ostéoporose dans les situations à risque fait appel à l'exercice physique, à la supplémentation vitamino-calcique et parfois au traitement par biphosphonates. La supplémentation potassique, la protection gastrique par IPP peuvent être proposées mais ne sont pas systématiques. Les autres complications à connaître incluent les modifications du comportement et de l'humeur, l'intolérance au glucose ou l'aggravation d'un diabète, la myopathie cortisonée ou l'apparition d'une cataracte et d'un glaucome.

Enfin, l'arrêt d'une corticothérapie prolongée nécessite une décroissance progressive pour limiter le risque de syndrome de sevrage et de rechute de la maladie inflammatoire. L'insuffisance surrénalienne est dépistée en première intention par un dosage de cortisolémie à jeun à l'arrêt du traitement si celui-ci a été prolongé plus de trois mois, ou en cas de signe évocateur d'insuffisance surrénalienne à l'arrêt du traitement (fatigue, hypotension, malaise).

Salle CARNOT

**LE TRAITEMENT DE L'INSUFFISANCE
CARDIAQUE EN 2024 FACE AUX VIEUX
PRÉJUGÉS THÉRAPEUTIQUES :
QUE PEUT-ON S'AUTORISER
AUJOURD'HUI EN AMBULATOIRE ?****Docteur Nicolas SALVE***Cardiologue - Dijon*

Les patients atteints d'insuffisance cardiaque sont devenus plus nombreux, plus âgés et plus difficiles à gérer.

Cette pathologie est responsable de nombreuses hospitalisations potentiellement évitables et d'années de vie perdues.

Aujourd'hui, il est établi que la congestion persistante est associée à un plus mauvais pronostic et un haut risque de réhospitalisation pour événements cardiovasculaires ou non. Son contrôle est une nécessité absolue.

Par ailleurs, le traitement pharmacologique de l'insuffisance cardiaque a fait de nets progrès. Les gliflozines ont fait leur preuve de réduction de la morbidité dans l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection ventriculaire gauche > 50 %.

En cas d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection ventriculaire gauche inférieure à 50 %, le traitement comporte aujourd'hui quatre classes thérapeutiques incontournables (« 4 fantastiques ») : bêtabloquant, inhibiteur d'enzyme de conversion ou antagoniste des récepteurs d'angiotensine II ou valsartan/sacubitril, minéralocorticoïde. Ces classes doivent être introduites le plus rapidement possible pour réduire les événements mais certaines situations rendent leur utilisation difficile.

L'insuffisance rénale est fréquemment associée (20-50%). Cette comorbidité limite l'introduction des traitements mais

les nombreux patients tirent pleinement bénéfice de ces thérapeutiques, à condition de les adapter.

L'aggravation de l'insuffisance rénale est beaucoup plus souvent liée à la congestion veineuse qu'à d'autres causes en particulier une pression artérielle assez basse.

Les recommandations concernant l'hyperkaliémie ont évolué vers plus de tolérance au sujet de la kaliémie compte tenu des bénéfices attendus des traitements en termes de réduction d'événements. Ainsi, le traitement n'est pas modifié jusqu'à une kaliémie à 5,5 mmol/l, adapté ou réduit entre 5,5 et 6 mmol/l.

La pression artérielle plutôt basse est courante (et souvent bien tolérée) en cas de fraction d'éjection ventriculaire gauche altérée et favorisée par le traitement. Si elle n'est pas bien tolérée, il convient de réduire ou d'arrêter les médicaments extracardiaques ou arrêter/réduire le diurétique afin de privilégier les classes thérapeutiques recommandées.

Enfin, la prescription de bêtabloquants est devenue plus permissive en présence d'une BPCO.

Auditorium

**URTICAIRE : MAIS EST-CE VRAIMENT
DE L'ALLERGIE ?****Docteur Aurélie MILLIERE***Allergologue libérale - Dijon*

Messages clé :

Urticaire aiguë : exploration allergologique uniquement si le contexte oriente dans ce sens

Urticaire chronique : pas de bilan allergologique

L'urticaire, (nom féminin !), est caractérisée par une éruption papuleuse, œdémateuse, qui a comme principales caractéristiques d'être mobile et fugace.

(Fugacité : chaque lésion dure quelques min à quelques heures et disparaît en 24h, pendant que d'autres apparaissent, pas de lésion fixée plus de 24h)

Mobilité : les lésions « voyagent » sur le corps

Un épisode d'**urticaire aiguë** est souvent mis sur le compte d'une allergie. Or, les causes d'un tel épisode sont majoritairement non allergiques : viral, médicamenteux, physique, lié au soleil, ... un interrogatoire précis de la chronologie des symptômes est

Il peut arriver que les ANA soient positifs mais qu'aucune spécificité ne soit identifiée : cette situation s'observe dans 5% de la population générale, au cours de maladies auto-immunes spécifiques d'organe (thyroïdite par exemple), au cours d'infections virales, d'hémopathies lymphoïdes ou du fait de la prise de certains traitements. Ainsi, la présence d'ANA ne traduit pas systématiquement une MAI. A ce titre, la mise en évidence d'anticorps anti-DFS70, dont le dosage n'est effectué que par certains laboratoires, n'a aucune valeur pathologique, et permettrait plutôt d'exclure une MAI.

A l'inverse, les ANA sont absents dans des maladies auto-immunes systémiques comme les vascularites (maladie de Horton par exemple) ou au cours de maladies systémiques comme la sarcoïdose.

Ainsi, le dosage des ANA est utile pour préciser certaines situations cliniques évocatrices de MAI. A l'inverse, leur recherche en débrouillage de manifestations peu spécifiques comme une asthénie isolée par exemple, n'aura que peu d'intérêt, la découverte d'ANA, sans spécificité, complexifiant inutilement la situation.

et parfois même des signes d'épuisement. Ces symptômes sont déclenchés par des infections virales, des allergènes ou des irritants environnementaux tels que la fumée de tabac.

Un bilan complet avec la réalisation des tests allergologiques et des EFR (dès que l'âge de l'enfant le permet) sont à organiser.

Le traitement de l'asthme peut impliquer l'utilisation de médicaments inhalés, tels que les bronchodilatateurs et les corticostéroïdes, sont souvent utilisés pour contrôler les symptômes. Un plan d'action pour l'asthme, élaboré avec un professionnel de la santé, peut aider à gérer les crises et à prévenir les exacerbations. Le traitement de l'asthme chez les enfants vise généralement à contrôler les symptômes et à prévenir les exacerbations.

Il est important que les parents et les soignants travaillent en étroite collaboration avec les médecins pour élaborer un plan de traitement individualisé pour leur enfant asthmatique, et pour surveiller attentivement les symptômes et ajuster le traitement au besoin. Avec un traitement approprié et une bonne gestion, la plupart des enfants asthmatiques peuvent mener une vie active et normale.

Auditorium

ASTHME DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT

Docteur Simon DIB

Pneumo pédiatre libéral - Dijon / Beaune



L'asthme de l'enfant est une maladie respiratoire inflammatoire chronique qui provoque des symptômes comprenant une respiration sifflante, une toux, une oppression thoracique et des difficultés à respirer. Ces symptômes, intermittents ou persistants, légers ou graves, sont causés par l'inflammation et le rétrécissement des voies respiratoires. Ils peuvent être déclenchés par divers facteurs tels que les allergies, les infections respiratoires, l'exercice physique, les irritants environnementaux (fumée de tabac, pollution de l'air) et le stress émotionnel.

L'asthme du nourrisson est une affection respiratoire qui affecte les nourrissons et les jeunes enfants (après trois bronchiolites). Les symptômes peuvent être similaires à ceux d'autres affections respiratoires courantes chez les jeunes enfants. Ils peuvent inclure une respiration sifflante, une toux persistante, une respiration rapide ou difficile, des difficultés à manger et à dormir,

11h45 – 12h15

Salle RUDE

LES COURBES AUXOLOGIQUES

Docteur Jean-Vital DE MOLEON

Pédiatre - CHU de Dijon



On ne peut pas prétendre traverser un océan sans bateau !

On ne peut pas prétendre faire un bon vin blanc sans chardonnay !

On ne peut pas prétendre s'occuper d'enfants si on ne s'occupe pas de leur croissance !

Et le moyen essentiel de suivre leur croissance reste une feuille de papier avec des courbes dessus, qui sera plus efficace, et plus efficiente que tous les examens paracliniques possibles.

Malheureusement cantonnée à la fin du carnet de santé, alors qu'elle devrait être en première page, malheureusement miniaturisée, la courbe de croissance nécessite un peu de temps et de bons yeux pour la réaliser. Mais la rentabilité sera à la mesure des efforts.

Quelques points essentiels de son analyse permettent de gagner

du temps, de l'argent (à la sécu en évitant des examens inutiles), de préciser tout à la fois diagnostic et pronostic... tout en se rapprochant des étiologies.

En quelques minutes, je m'engage à vous expliquer que :

- La normalité n'est pas la moyenne.
- L'analyse du poids en fonction de l'âge n'a pas beaucoup d'intérêt.
- La croissance est un phénomène dynamique.

Avec ces quelques outils, il vous sera aisé de savoir quels patients doivent bénéficier de quel suivi (simple surveillance, paraclinique, avis spécialisé), et de quel type de suivi (hormonal, nutritionnel, etc...). Mais aussi de rassurer les parents Ou de les inciter à consulter... car une courbe de croissance est un élément qui se partage.

Salle CARNOT

ABC DES DYSTHYROIDIES ET DES NODULES THYROÏDIENS

Docteur Lucie HERGOTT

Endocrinologue Foucherans (39)



1. L'hypothyroïdie

En cas de symptômes évocateurs, l'examen de 1^{ère} intention est le dosage de la thyroïdostimuline (TSH), complétée si élevée, par un dosage de T4L.

L'étiologie la plus fréquente est la thyroïdite lymphocytaire chronique ou thyroïdite de Hashimoto, 5 à 10 fois plus fréquente chez les femmes entre 30 et 50 ans, d'origine auto-immune avec anticorps anti-thyroperoxydase (anti-TPO) positifs.

L'échographie pourra montrer un goître hétérogène hypervasculaire en phase aiguë puis un aspect hétérogène pseudo-nodulaire avec évolution vers l'atrophie thyroïdienne en phase chronique.

Les autres causes d'hypothyroïdie sont :

- iatrogènes :
 - post-chirurgicale,
 - médicamenteuses (amiodarone +++, lithium...)
 - Immunothérapies ;
- séquentaires (thyroïdite de De Quervain, du post-partum) ;
- congénitales ;
- par carence iodée.

Le traitement passe par la substitution par levothyroxine d'emblée si TSH supérieure à 10 mUI/L ; discuté si TSH entre 4 et 10 mUI/L ; et surveillé par TSH 6 à 8 semaines après instauration/changement de posologie.

2. L'hyperthyroïdie

Elle se manifeste par un syndrome de thyrotoxicose plus ou moins marqué, confirmé par une TSH effondrée.

L'étiologie la plus fréquente est la maladie de Basedow avec anticorps anti-récepteur de la TSH (TRAK) positifs. Dans ce cas, aucun examen complémentaire n'est nécessaire. Le traitement de première intention est médical par anti-thyroïdiens de synthèse, pendant 18 mois jusqu'à négativation des anticorps.

Dans le cas d'une récurrence, pourra se discuter un traitement radical : irathérapie ou chirurgie.

Les autres étiologies d'hyperthyroïdie sont :

- Thyroïdite du post-partum ;
- Thyroïdite de Hashimoto dans sa phase initiale ;
- Goître multinodulaire toxique ou adénome toxique
- Hyperthyroïdie iatrogène : iode (contre-indication à l'amiodarone), immunothérapies.
- Thyroïdite subaiguë de De Quervain.

Les TRAK sont négatifs ; échographie et scintigraphie thyroïdiennes permettront le diagnostic étiologique.

3. Cas particulier de la grossesse

- Chez une patiente hypothyroïdienne, les besoins peuvent augmenter, d'où une surveillance plus rapprochée.

- L'hyperthyroïdie gestationnelle transitoire du début de grossesse, est due à une stimulation des récepteurs à la TSH au 1^{er} trimestre par l'HCG (effet TSH-like). La négativité des TRAK élimine la maladie de Basedow. L'évolution est spontanément résolutive en fin de 1^{er} trimestre.

4. Goître et nodules

L'objectif des examens complémentaires est de rechercher un nodule autonome ou un nodule suspect de malignité.

La scintigraphie thyroïdienne est indiquée uniquement en cas de TSH basse.

L'échographie thyroïdienne permet de classer les nodules selon la classification EU-TIRADS.

Une cytoponction sera réalisée pour les nodules EU-TIRADS 3 de plus de 20 mm (risque de malignité de 2 à 4%), les nodules EU-TIRADS 4 de plus de 15 mm (risque de malignité de 6 à 17%) et les nodules EU-TIRADS 5 de plus de 10 mm (risque de malignité de 26 à 87%).

La surveillance pourra être allégée progressivement.

Le recours à la chirurgie sera réservé aux nodules suspects ou en cas de signe compressif.

Auditorium

PAS DE CORTICOIDES DANS L'ALLERGIE, AH BON ?

Docteur Sarah COURT DEVILLIERS
Allergologue libérale - Dijon



Les médicaments corticoïdes sont un outil indispensable dans l'arsenal du traitement des maladies atopiques (eczéma, asthme, allergies respiratoires) et pseudo allergiques (urticaire). Mais la galénique utilisée doit être adaptée à la pathologie, en prenant en compte les effets à court, moyen et surtout long terme.

L'utilisation des corticoïdes systémiques (per os ou injectable) devrait être réservée à des situations particulières : inflammation intense et incontrôlable, lors des exacerbations, malgré un traitement de fond bien conduit, et bien pris.

Cette utilisation doit être limitée au minimum, du fait d'effets indésirables à long terme (ostéoporose, cataracte, diabète, etc...) et même à court terme (surinfection, nécrose au point d'injection, ...). Il existe également un risque accru d'automédication avec les risques que l'on connaît.

Alors quels corticoïdes utiliser ?

Les dermocorticoïdes ont toute leur place dans la prise en charge de la dermatite atopique. Ils doivent être utilisés en quantité suffisante, et en complément des autres mesures (émollients, prévention de la sécheresse cutanée, ...)

Les corticoïdes nasaux sont recommandés dans la rhinite chronique ou saisonnière. Ils doivent être pris correctement, précocement, et de façon prolongée parfois (dans l'attente d'un traitement plus adapté comme l'immunothérapie, seul traitement curatif de l'allergie).

Les cortico stéroïdes inhalés sont le traitement de référence dans l'asthme, allergique ou non. Ils peuvent être associé à des beta 2 mimétiques de longue durée d'action, parfois de courte durée d'action. La prise en charge d'une rhinite associée, des facteurs d'inflammation (tabac, pollution intérieure, ...) sont des corollaires.

Quand ne pas les utiliser ?

Dans la prise en charge de l'allergie alimentaire, les corticoïdes oraux n'ont absolument pas leur place. Ils sont d'ailleurs sortis des

PAI (protocole d'accueil individualisé) pour la prise en charge des allergies alimentaires en milieu ordinaire. Ils retardent l'utilisation de l'adrénaline, et les dernières études montrent qu'ils n'ont pas d'intérêt pour anticiper une éventuelle réaction biphasique.

Dans la prise en charge des pathologies cutanées, urticaire ou dermatite atopiques, les corticoïdes oraux ne devraient pas être prescrits. Ils peuvent transitoirement soulager, mais avec un effet rebond à l'arrêt qui est souvent plus sévère que le tableau initial. Des traitements plus adaptés doivent être proposés dans ce cas aux patients.

Dans la prise en charge de l'asthme, ils doivent être utilisés lors d'une exacerbation. Celle-ci doit faire réévaluer le traitement de fond de l'asthme. 2 prises de corticoïdes par an peuvent signer un asthme sévère.

Salle DAVOUT : ATELIER 14h - 14h30

PLAIES ET TRAUMATISMES ASSOCIÉS LES PLUS COURANTS EN CABINET DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteurs Pierre Yves DUPONT, Alain DUVERNAY, Raphaël GALEA
Médecins généralistes - Saône et Loire



La gestion des plaies et traumatismes associés, sans être quotidienne en médecine générale, est fréquente.

Ce motif de consultation, relevant par essence du soin non programmé, mobilise des capacités d'organisation, de gestion de matériel, d'exercice de nos compétences et leur entretien. La prise en charge de ce motif de consultation est un enjeu pertinent pour nos patients dans la difficulté d'accès aux soins que nous connaissons (aux services d'urgences notamment), dans notre cabinet médical mais aussi dans l'exercice, en garde, de la permanence de soins.

Cet atelier abordera les plaies simples et leur traumatisme parfois associé, qui ne nécessitent aucun recours spécialisé urgent.

Au-delà de préconisations communes à l'ensemble des plaies rencontrées, le Dr Alain Duvernay (Chirurgien Plasticien) et le Dr Pierre-Yves Dupont (Médecin Urgentiste) vous présenteront les enjeux d'anamnèse, d'exploration et de prise en charge des

plaies du visage, du cuir chevelu et de la main, de l'enfant comme de l'adulte et leur traumatologie couramment associée.

Ces deux praticiens évoqueront :

- le matériel de suture minimal et non pléthorique dont disposer.
- les plaies à ne pas suturer... et leur cicatrisation dirigée.
- la place des innovations en analgésie : anesthésie à la bombe de froid, perspectives du Methoxyflurane.
- l'ablation des bijoux sans coupe bague.
- l'apport des « Strips-Colle ».
- l'usage des stylets hémostatiques pour les plaies mais aussi l'évacuation des hématomes sous-unguéaux.
- la pertinence des Tétanos Quick Test.
- les durées d'antibiothérapies probabilistes et les délais d'ablation des points de suture.

La deuxième partie de l'atelier permettra de vous exercer à suturer et utiliser les différents outils sus-cités, avec la démonstration des trucs et astuces (et petit matériel en tout genre!) permettant de faciliter la prise en charge des plaies en médecine générale.

L'enjeu d'équilibre économique n'est pas des moindres en médecine générale ; nous vous remettons, au terme de cette intervention, un support reprenant le coût des matériels présentés, les cotations associées, avec l'estimation du temps pour les soins prodigués.

14h35 – 14h55

Salle RUDE

TÉLÉDERMATOLOGIE : CHANGEMENT DE PARADIGME

Docteur Jean FRIEDEL
*Attaché de télédermatologie
Ancien chef de service
Centre hospitalier William MOREY Chalon sur Saône*



La télédermatologie a été initialement conçue pour aider quelques grands vieillards hospitalisés et dépendants des moyens de transport à bénéficier d'un diagnostic à distance pour quelques lésions bien identifiées et bien photographiées, et cela dans le but de limiter les besoins en déplacements. A Chalon-sur-Saône nous avons démarré en 2004 et cela pendant 9 ans par une session de consultation de 11 à 15 malades chaque semaine, à partir du centre hospitalier de Louhans, le procédé s'ouvrant vite à des consultants externes.

20 ans plus tard, avec le développement de notre système organisé sur un secteur incluant la Saône-et-Loire nord et ouest, un bon tiers oriental de la Nièvre, un bout méridional de l'Yonne et des demandeurs du sud Jura par l'Agence Régionale de Santé de Bourgogne Franche-Comté, nous envisageons de répondre à 4 experts à environ 5000 demandes pour l'année à venir (4132 en 2023) à partir d'un réseau de 100 à 120 médecins et infirmiers requérants réguliers : l'exposé détaille les caractéristiques de la population des malades, les types de demandes et ce que nous avons pu en faire, et notamment quel impact un tel service rendu a pu avoir sur l'exercice de consultation externe, de petite chirurgie et d'hospitalisation de notre service. Nous précisons les conditions d'un exercice utile.

Nous montrons que la télédermatologie, initialement prévu par le Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 comme étant un service individuel rendu à chaque malade et prévu d'être l'objet d'un remboursement d'acte par la Sécurité Sociale, est en passe de devenir, du moins dans notre région et avec notre réseau, un des principaux moyens d'échanges entre les médecins généralistes et un panel d'experts de notre spécialité. Se pose la question de la généralisation de ce type d'échanges à tous les spécialistes libéraux et sa pertinence.

Salle CARNOT

EVALUATION NUTRITIONNELLE PRÉOPÉRATOIRE : L'AFFAIRE DE TOUS !

Docteur Julienne GRILLOT
*Gastroentérologue et Nutritionniste
Chalon-sur-Saône*



La dénutrition est fréquente et touche de 20 à 50 % des malades devant bénéficier d'un acte chirurgical et est associée de manière indépendante à une augmentation de la morbi/mortalité.

Plus particulièrement, en chirurgie digestive, près de la moitié des patients présente une dénutrition (Correia et al. 2001). Il est depuis longtemps bien établi que pour les patients chez qui une intervention chirurgicale est programmée, une dénutrition préalable est associée à une plus grande fréquence de complications postopératoires : infections, retard de cicatrisation, perte musculaire, augmentation de la durée de séjour, de la mortalité et des coûts hospitaliers.

Salle DAVOUT : ATELIER 14h35 - 14h55

PLAIES ET TRAUMATISMES ASSOCIÉS EN MG

Docteurs Pierre Yves DUPONT,
Alain DUVERNAY, Raphaël GALEA
Médecins généralistes - Saône et Loire



La gestion des plaies et traumatismes associés, sans être quotidienne en médecine générale, est fréquente.

Ce motif de consultation, relevant par essence du soin non programmé, mobilise des capacités d'organisation, de gestion de matériel, d'exercice de nos compétences et leur entretien. La prise en charge de ce motif de consultation est un enjeu pertinent pour nos patients dans la difficulté d'accès aux soins que nous connaissons (aux services d'urgences notamment), dans notre cabinet médical mais aussi dans l'exercice, en garde, de la permanence de soins.

Cet atelier abordera les plaies simples et leur traumatisme parfois associé, qui ne nécessitent aucun recours spécialisé urgent.

Au-delà de préconisations communes à l'ensemble des plaies rencontrées, le Dr Alain Duvernay (Chirurgien Plasticien) et le Dr Pierre-Yves Dupont (Médecin Urgentiste) vous présenteront les enjeux d'anamnèse, d'exploration et de prise en charge des plaies du visage, du cuir chevelu et de la main, de l'enfant comme de l'adulte et leur traumatologie couramment associée.

Ces deux praticiens évoqueront :

- le matériel de suture minimal et non pléthorique dont disposer.
- les plaies à ne pas suturer... et leur cicatrisation dirigée.
- la place des innovations en analgésie : anesthésie à la bombe de froid, perspectives du Methoxyflurane.
- l'ablation des bijoux sans coupe bague.
- l'apport des « Strips-Colle ».
- l'usage des stylets hémostatiques pour les plaies mais aussi l'évacuation des hématomes sousunguéaux.
- la pertinence des Tétanos Quick Test.
- les durées d'antibiothérapies probabilistes et les délais d'ablation des points de suture.

La deuxième partie de l'atelier permettra de vous exercer à suturer et utiliser les différents outils sus-cités, avec la démonstration des

trucs et astuces (et petit matériel en tout genre!) permettant de faciliter la prise en charge des plaies en médecine générale.

L'enjeu d'équilibre économique n'est pas des moindres en médecine général ; nous vous remettons, au terme de cette intervention, un support reprenant le coût des matériels présentés, les cotations associées, avec l'estimation du temps pour les soins prodigués.

Pause 1/2h et visite des stands

15h25 – 15h45

Salle RUDE

NOUVELLES RECOMMANDATIONS DANS L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Docteur Marina RABEC

Néphrologue - Dijon



La veille de la journée mondiale de lutte contre l'HTA, Santé Publique France nous a annoncé des chiffres assez préoccupants. Un adulte sur 3 est hypertendu et 1 sur 4 a une PA non contrôlée. Il existe en France 17 millions d'hypertendus et 1 hypertendu sur 2 ne sait pas qu'il est hypertendu.

Nous avons 17 millions d'hypertendus à traiter et le médecin généraliste reste l'acteur principal dans la prise en charge de cette pathologie.

En 2023, la Société Européenne d'HTA (ESH) a publié les guidelines sur la prise en charge de l'HTA

Deux sociétés ont participé à la rédaction de ces recommandations, la société internationale d'HTA (ISH) et l'association européenne de néphrologues (ERA) qui apporte une vision différente dans la prise en charge.

Concernant la classification, rien de nouveau. Pour le diagnostic, la mesure de la PA au cabinet est suffisante à condition de la vérifier sur deux visites et dans des bonnes conditions. En cas de doute diagnostique, la MAPA reste l'examen de référence, et l'auto-mesure correctement réalisée sur minimum sur 3 jours, idéalement 7 jours.

Pour la cible tensionnelle : 140-130 mmHg pour la systolique et entre 80 et 70 mmHg pour la diastolique, sauf dans certaines conditions, comme les patients fragiles. La nouveauté est que

nous avons maintenant une deadline de trois mois pour équilibrer un patient hypertendu.

Comment y arriver ? Toujours commencer par une bithérapie sauf exception, poursuivre une surveillance minimum mensuelle pour titrer le traitement, associer différentes classes thérapeutiques à faible dose. Les bêtabloquants, classe thérapeutique oubliée les dernières années, revient sur scène. Elle reste importante dans la prise en charge de certains cas y compris chez les patients BPCO ou l'utilisation de bêtabloquants diminue la mortalité.

Pour l'HTA résistante, les néphrologues ont apporté une vision intéressante, notamment la recommandation d'associer différents diurétiques.

Le diagnostic de l'HTA secondaire est simplifié, surtout pour l'hyperaldostéronisme primaire, première cause d'HTA secondaire. Pour le dépistage, un simple dosage de RENINE sans la nécessité d'arrêter le traitement en cours sauf pour les patients sous bêtabloquants.

La prise en charge des patients en oncologie, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, et les patients âgés, sera détaillée.

Salle CARNOT

LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE ET LES RÉSEAUX SOCIAUX ETHIQUE ET DÉONTOLOGIE- SECRET MÉDICAL

Docteur Olivier MAIZIERES

Conseiller de l'Ordre des Médecins 21



L'éthique est tirée du mot grec « ethos » qui signifie « manière de vivre ». Elle s'intéresse aux comportements humains et à la conduite des individus en société.

La déontologie est l'ensemble des règles et des devoirs régissant une profession.

Pour les Médecins, c'est l'Ordre des médecins qui est le GARANT du Code de Déontologie.

Le Secret Médical correspond au respect par le médecin de la confidentialité des informations – médicales ou non – qu'il est amené à connaître dans le cadre de ses relations professionnelles avec un malade.

Il est du domaine de la déontologie et de l'éthique.

Il peut et doit être rompu dans certaines circonstances.

Les réseaux sociaux désignent des plateformes internet permettant des interactions sociales en temps réel.

Les réseaux sociaux ont des avantages mais aussi des inconvénients.

Il est établi en jurisprudence que la liberté d'expression sur les réseaux sociaux n'est pas sans limite.

La personne publique peut-elle se retrancher derrière la « sphère privée » pour s'affranchir de ses obligations déontologiques ?

Mon propos sera illustré par quelques exemples concrets.

Il y a donc une implication déontologique et juridique lorsque vous correspondez via les réseaux sociaux DONC attention à ce que vous écrivez ou postez.

Auditorium

LA PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA DERMATITE ATOPIQUE

Docteur Magali BOURREL BOUTTAZ

Dermatologue



La dermatite atopique (eczéma atopique) est la première maladie du bébé. Le risque d'avoir un bébé atteint est de 15 % quand aucun des deux parents n'a le terrain atopique, ce risque s'élève à 70% quand les deux parents l'ont. Le terrain atopique comprend outre l'eczéma, l'asthme, la rhino conjonctivite et les allergies alimentaires. Elle touche actuellement plus de 4 millions de patients en France. Si elle tend à diminuer à partir de 5 ans, les études récentes montrent une relation entre la sévérité de l'eczéma du petit, la persistance à l'âge adulte, et l'addition de l'asthme et des allergies alimentaires. Les complications d'un eczéma modéré et sévère non maîtrisé sont de plus en plus nombreuses : troubles du sommeil, manifestations allergiques, troubles anxio-dépressifs, chute de l'estime de soi, troubles du comportement avec repli sur soi ou agressivité, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, pratique moins fréquente d'activité sportive, limitation à la sexualité, discrimination à l'embauche Et pourtant 80 % des enfants ne sont pas traités ou pas assez... Maladie du monde moderne, l'eczéma atopique, parce qu'il touche le bébé et impacte des parents jeunes, est soumis aux rumeurs, préjugés, jugements de valeurs, mais aussi aux discours discordants des soignants. Très vite les parents disent « ça ne sert à rien de traiter, ça revient tout le temps ».

La question est donc : pourquoi le traitement est-il jugé inefficace ?

- Parce que les parents n'ont pas compris quel est le problème
- Parce que les soignants ne sont pas formés à le faire comprendre

Expliquer c'est bien, faire comprendre c'est mieux.

C'est tout l'enjeu du médecin généraliste, premier recours des parents devant le problème de leur enfant, de faire comprendre le problème constitutionnel de cette peau, comment s'y adapter et faire les soins en sécurité.

Bienvenue dans cette formation.

15h50 – 16h20

Salle RUDE

LA VITESSE DE SÉDIMENTATION (VS) : ON CONTINUE OU PAS ?

Docteur Sylvain AUDIA

service de Médecine Interne et Immunologie
Clinique, Médecine Interne 1, CHU Dijon-Bourgogne ;
Centre de Référence Constitutif des Cytopénies
Auto-Immunes ; Centre de Référence Constitutif des
Maladies Auto-Immunes Rares de l'adulte.



La vitesse de sédimentation (VS) est un examen biologique très largement prescrit lors de bilan de « débrouillage » devant des situations cliniques peu claires. Elle est rarement mesurée de façon isolée et souvent redondante avec d'autres examens (CRP, fibrinogène, électrophorèse des protéines sériques). Seule la normalité de la VS est utile, permettant parfois d'éviter la réalisation d'autres investigations. Lorsqu'elle est accélérée, elle génère souvent plus de questions que de réponses, du fait des différents paramètres qui l'influencent. Les conditions pré-analytiques, tels que la température ambiante, le remplissage incomplet du tube, ou son délai d'acheminement vont perturber le résultat. De nombreux paramètres biologiques influencent la VS : le syndrome inflammatoire évidemment, ainsi que l'augmentation des immunoglobulines, qu'elle soit monoclonale ou polyclonale expliquent la plupart des accélérations de la VS. Elle est également plus élevée avec l'âge et chez la femme, ce qui impose de reconsidérer les normes dans ces situations. À l'inverse, l'hyperleucocytose, la polyglobulie, ou des anomalies morphologiques des globules rouges diminuent la VS.

Ainsi, pour la pratique quotidienne en Médecine Générale, la prescription de la VS peut être remplacée par un dosage de la CRP, éventuellement associé un dosage du fibrinogène, si on recherche un syndrome inflammatoire. Ces dosages sont en effet plus fiables, reproductibles et faciles à suivre dans le temps.

Si on suspecte une hémopathie lymphoïde, myélome ou maladie de Waldenström par exemple, le dépistage d'une gammopathie monoclonale sera effectué par une électrophorèse des protéines sériques (EPS). De même, l'EPS sera utile si la problématique est la recherche d'une élévation polyclonale des immunoglobulines dans un contexte de suspicion de maladie auto-immune.

Bien que la vitesse de sédimentation soit peu coûteuse (B4 soit 1,04€), les examens complémentaires qu'elle suscite lorsqu'elle est anormale augmentent finalement le coût de la prise en charge. La CRP (B8 soit 2,08€), le fibrinogène (B15 soit 3,9€) et l'EPS (B47 soit 12,2€) permettent de répondre à des questions cliniques précises et orientent la suite de la démarche diagnostique. Pour toutes ces raisons, oublions la VS !

LE POINT SUR LE CALENDRIER VACCINAL

Docteur Michel DUONG

Département d'Infectiologie - CHU Dijon



Le calendrier vaccinal fixe les vaccinations applicables aux personnes résidant en France en fonction de leur âge, émet les recommandations vaccinales « générales » et les recommandations vaccinales « particulières » propres à des conditions spéciales (immunodépression, grossesse ou situations à risque accru de transmission) ou à des expositions professionnelles.

Un point sera fait sur les évolutions récentes du calendrier vaccinal selon les différents groupes d'âge de la population. Seront abordées, les recommandations de :

- La vaccination contre les rotavirus et contre le méningocoque du groupe B de la petite enfance
- La vaccination contre les papillomavirus des adolescents
- Le rappel de la vaccination contre la coqueluche au cours de la grossesse
- La vaccination contre le pneumocoque chez l'adulte à risque
- La vaccination contre le zona chez le sujet âgé

L'ECG DANS LE CERTIFICAT MÉDICAL D'APTITUDE AU SPORT

Professeur Charles GUENANCIA

service de Cardiologie - CHU Dijon



L'électrocardiogramme (ECG) occupe une place cruciale dans l'évaluation préalable à la pratique du sport, en particulier chez les individus présentant des facteurs de risque cardiaque ou des antécédents médicaux complexes. En tant que médecins généralistes, il est essentiel de comprendre les indications, les éléments clés de la lecture de l'ECG et son importance dans la détermination de l'aptitude à l'exercice physique.

Le cadre légal ne mentionne pas la réalisation d'un ECG, mais demande de porter une « attention particulière » à l'examen cardiologique pour l'alpinisme, la spéléologie, le rugby à VII et le rugby à XV. La Société Française de Cardiologie recommande la réalisation d'un ECG pour la pratique en compétition tous les 3 ans entre 12 et 20 ans, puis tous les 5 ans entre 20 et 35 ans. Après 35 ans, l'examen recommandé est le test d'effort, à discuter en fonction du type de sport et des facteurs de risque associés. Le Collège National des Généralistes Enseignants estime cependant que le manque de spécificité, le faible niveau de preuve en termes de bénéfice individuel et le coût élevé ne permettent pas de recommander un ECG systématique tous les 2 ans entre 12 et 35 ans. Cependant, il doit être réalisé chez les personnes présentant des facteurs de risque cardiovasculaire tels que l'hypertension, le diabète, l'obésité, le tabagisme et les antécédents personnels et familiaux de maladies cardiaques.

Les anomalies électrocardiographiques les plus couramment rencontrées comprennent des troubles de la repolarisation, l'hypertrophie ventriculaire gauche, les troubles de la conduction intraventriculaire, les blocs de branche et les arythmies supraventriculaires. L'identification de ces anomalies est cruciale pour évaluer le risque de mort subite d'origine cardiaque pendant l'exercice.

Les signes électrocardiographiques de l'hypertrophie ventriculaire gauche, tels que l'augmentation de l'amplitude des ondes R et la profondeur des ondes S dans les dérivations précordiales, doivent être interprétés avec soin chez les athlètes, car ils peuvent être le résultat d'une adaptation physiologique à l'entraînement. Dans ce contexte, l'intégration de données cliniques, d'examens complémentaires et d'antécédents familiaux revêt une importance capitale.

Les médecins généralistes doivent être en mesure de reconnaître les ECG anormaux et de référer les patients aux spécialistes en cardiologie pour une évaluation approfondie lorsque cela est nécessaire. De plus, il est essentiel de surveiller régulièrement les patients présentant des anomalies électrocardiographiques, car celles-ci peuvent évoluer avec le temps.

Salle CARNOT

LE MÉDECIN CONSEIL : UN PARTENAIRE, MAIS QUEL PARTENAIRE ?

Docteur Marie-Anne VEROT

Médecin conseil Régional Adjoint - Direction régionale
du Service Médical Bourgogne Franche - Comté



FOCUS INDEMNITÉS JOURNALIÈRES : POUR MON PATIENT EN ARRÊT DE TRAVAIL UNE REPRISE DE TRAVAIL S'AVÈRE DIFFICILE

ET SI JE CONTACTAIS LE MEDECIN-CONSEIL ?

Indemnités journalières, temps partiel thérapeutique, invalidité, faisons le point :

- Les Indemnités Journalières (IJ) sont un revenu de substitution justifié tant qu'une affection est évolutive :
 - Soins en cours et thérapeutique active en cours d'ajustement
- Dès le début d'un arrêt, les modalités de reprise de travail sont à évoquer :
 - Reprise envisageable au poste antérieur ?
 - Rendez-vous à demander au médecin du travail par votre patient.
 - En cas d'affection longue : évoquer la perspective de la reprise permet de l'inscrire parmi les objectifs de rétablissement. Au fil de l'évolution : démarches d'adaptation de poste ou reclassement.
- Lorsque l'affection est stabilisée :
 - Il n'y a plus d'évolution significative
 - Aucune évolution n'est à prévoir à court ou moyen terme
 - Soit une reprise est possible : directement ou avec aménagement de poste ou avec recherche d'un emploi dans une autre entreprise.
 - Soit la reprise n'est pas possible : le revenu de substitution est alors l'invalidité.

Échanger avec le médecin-conseil permet de vous aider à orienter votre patient en cas de doute.

Le Service du Contrôle Médical, expert médical de l'Assurance maladie exerce ses missions dans trois domaines :

- Le contrôle des prestations servies aux assurés.
- L'accompagnement des offreurs de soins.
- La lutte contre la fraude.

Auditorium

LE PAI EN 2024 : MISE EN PLACE À L'ÉCOLE ET EN EAJE (ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT)

Docteur Jean-Marc RAME

Allergologue

Pilote du Projet ANGELE : Allergies complexes : prise en charge Globale, diététique et environnementale
Et Coordonnateur du RAFT : Réseau d'Allergologie de Franche-comté



Les clés pour permettre un accès optimisé des enfants allergiques alimentaires (et autres) à l'école (et autres collectivités) !

a : Réseau d'Allergologie de Franche-comté (RAFT), b : ANAFORCAL Bourgogne-Franche-Comté, c : ALLERGODIET

Bien accueillir un enfant allergique passe par la rédaction d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI), téléchargeable sur le site du ministère (1). Le médecin doit renseigner la conduite à tenir (fiche standard ou fiche spécifique 1 ou 2) dans la colonne de gauche et le document de liaison correspondant dans la colonne de droite. Ce document est discuté avec les parents, qu'ils transmettront pour validation et signature au service de santé de la structure via le chef d'établissement. Afin de renseigner le PAI de façon précise et exhaustive, le diagnostic allergologique doit aboutir à :

- Quel(s) aliment(s) est(sont) précisément en cause : préciser par exemple le fruit à coque (pas forcément tous !), la bonne tolérance de l'aliment cuit (œuf principalement), son appartenance à la liste des 14 allergènes à déclaration obligatoire (ADO), la tolérance de l'étiquetage de précaution (« traces », « fabriqué dans un atelier... », l'éviction de ces mentions est un frein sévère au bon accueil, mais ne protègent pas le consommateur !), Plus une éviction sera large et imprécise, plus l'enfant sera pénalisé !

- L'existence d'une trousse d'urgence et sa composition sont précisées avec idéalement une éducation des parents voire de l'enfant à la bonne utilisation des traitements dans les bonnes indications. La manipulation de stylos auto-injectables de démonstration permet l'acquisition des gestes adéquats.
- Le renseignement du document de liaison complète la conduite à tenir et apporte de précieux renseignements au service de santé qui adaptera le PAI en fonction des contraintes et possibilités de l'établissement.

Il convient de bien expliquer aux parents, la difficulté que représente l'accueil d'un allergique avec ses spécificités pour une collectivité et la chance de disposer d'un outil de dialogue reconnu comme le PAI. Pour bien le renseigner, le recours à un praticien rompu à la prise en charge de l'allergie alimentaire (ou aux venins) est parfois très utile, de même qu'avec le médecin ou infirmier de la structure (Education Nationale et PMI pour les plus petits). De plus, les situations sont diverses : la restauration dépend de la commune jusqu'à la fin de l'école primaire, du département au collège, puis de la région au lycée.

Le cadre réglementaire est maintenant bien défini : l'affichage des 14 ADO est une obligation européenne depuis 2015 en collectivité. Le défenseur des droits a rappelé l'obligation d'accueillir tous les enfants (y compris les allergiques) en restauration collective si elle existe et le caractère discriminant du panier-repas systématisé aux allergiques (3).

Le RAFT structure unique en France, propose des formations gratuites aux personnels concernés. Il a développé avec les groupes de travail spécialisés de la Société Française d'Allergologie des outils destinés à ces personnels, téléchargeables sur le site d'ALLERGODIET, onglet : RESSOURCES>restauration collective 2.

En cas de difficulté, il convient de bien identifier les acteurs concernés et de bien connaître leurs rôles respectifs. La solution se trouvera toujours dans le dialogue et le respect de ces acteurs dont les moyens sont parfois limités. Au besoin, le RAFT pourra contribuer à ce dialogue.

1 : <https://eduscol.education.fr/1207/poursuite-de-la-scolarité-avec-des-traitements-médicaux-particuliers>
2 : <https://allergodiet.org/>
3 : https://juridique.defenseurdesdroits.fr/doc_num.php?explnum_id=22031

Retrouvez les résumés du P.M. B-FC sur notre site :

www.pmbfc.fr

16h20 – 16h50

Auditorium

SUJET D'ACTUALITÉ : LES ÉCRANS

Professeur Jean-Michel PINOIT

Psychiatre - Dijon



Fin du congrès

Notes

PRINTEMPS MEDICAL DE BOURGOGNE ET DE FRANCHE COMTE – Samedi 08 juin 2024 – PALAIS DES CONGRES DE BEAUNE

8 h 00 – Accueil des participants - remise des pochettes du congrès

fil rouge : l'allergologie

Horaires	Salle RUDE	Salle CARNOT	Auditorium (fil rouge)	Salle Davout
9h – 9h30 (30 mn)	Dermatologie courante en médecine générale Dr Ludvine ROSSIN	La recherche en MG : Quoi ? Comment ? Pourquoi ? Par qui ? Dr José-Philippe MORENO	Suspicion d'allergie : que faire avant d'adresser à l'allergologue ? Dr Stéphanie FRANCOIS / Dr Sarah COURT DEVILLIERS	Atelier La MAPA (55 mn)
9h35 – 9h55 (20 mn)	Surpoids pédiatrique : reperage et prise en charge Dr Elise PIGNOL	Gammopathie monoclonale : Quel patient adresser ? Quel suivi ? Dr Alin TURCU	Quand l'allergie touche le tube digestif Dr Raphaëlle MAUDINAS Dr Lilia BENMELLOUN	Dr Claire ZABAWA (55 mn)
Changement de salle				
10h – 10h20 (20 mn)	Corticothérapie courte et prolongée : erreurs à ne pas commettre. Pr Hervé DEVILLIERS	Le traitement de l'insuffisance cardiaque en 2024 face aux vieux préjugés thérapeutiques Dr Nicolas SALVE	Urticaire : mais est-ce vraiment de l'allergie ? Dr Aurélie MILLIERE	
Changement de salle				
10h20 – 10h45	Pause gourmande et visite des stands			
10h45 - 11h15 (30 mn)	TSA et TDAH : une nouvelle épidémie ? Pr Jean Michel PINOIT	Les pansements des troubles cutanés (vignettes /photos cas cliniques) Dr Joséphine MOREAU	Allergie à des médicaments : exemple des antibiotiques et des vaccins Dr Georgia DALAMPIRA / Dr Aurélie GRANDVILLEMIN	Atelier Dépistage des troubles neuro-sensoriels chez l'enfant (55 mn)
Changement de salle				
11h20 – 11h 40 (20 mn)	CBD and Co Dr Alexis ROUX	Anticorps anti-nucléaires « c'est quoi, c'est quand, pourquoi ? » Pr Sylvain AUDIA	Asthme du nourrisson et de l'enfant Dr Simon DIB	Dr Anne Laure BONIS
Changement de salle				
11h45 - 12h15 (30 mn)	L'essentiel de l'essentiel en pédiatrie : l'auxologie, analyse des courbes de croissance Dr Jean-Vital DE MONLEON	ABC des dysthyroïdies et des nodules pour le généraliste Dr Lucie HERGOTT	La désensibilisation médecin AMAFORCAL	
Changement de salle				
12h20 - 12h40	Auditorium - Intervention du Pr Arnaud GOUJET, président du P.M. B.F.C			
12h45 - 14h00 REPAS ET VISITE DES STANDS				
14h - 14h30 (30 mn)	Somnolence et législation : du devoir à la responsabilité Dr Alexandre PELLETTIER	Extrasystoles ventriculaires : quand réagir ? Dr Alexandra MARTEL BOURCIER	Pas de corticoïdes dans l'allergie ! Ah bon ? Dr Sarah COURT DEVILLIERS	Plates et traumatismes associés en MG Atelier <u>théorique puis</u> Atelier <u>pratique</u>
Changement de salle				
14h35 - 14h55 (20 mn)	La télédermatologie : changement de paradigme Dr Jean FRIEDEL	Evaluation nutritionnelle préopératoire : l'affaire de tous ! Dr Julienne GRILLOT	Huiles essentielles et cosmétiques : les nouvelles sources d'allergie de contact Dr Philippe AURIOL	Dr Pierre-Yves DUPONT Dr Raphaël GALEA Dr Alain DUVERNAY (30 et 20 mn)
Changement de salle				
14h55 – 15h25	Pause gourmande et visite des stands			
15h25 - 15h45 (20 mn)	Nouvelles recommandations dans l'hypertension artérielle Dr Marina RABEC	Le médecin généraliste et les réseaux sociaux Ethique et déontologie - secret médical Dr Olivier MAIZIERES	Prise en charge de la dermatite atopique sévère : quoi de neuf en 2024 ? Dr Magali BOURREL BOUTTAZ	
Changement de salle				
15h50 – 16h20 (30 mn)	- La VS, on continue ou pas ? Pr Sylvain AUDIA - Point sur le calendrier vaccinal Dr Michel DUONG - L'ECG dans le certificat médical d'aptitude au sport Pr Charles GUENANCA	Le médecin conseil : Un partenaire, mais quel partenaire ? Dr Marie-Anne VEROOT	Le PAI en 2024 : mise en place à l'école et en EAJE (établissement d'accueil du jeune enfant) Dr Jean-Marc RAME	
Changement de salle				
16h25 - 16h50	Auditorium - Sujet d'actualité : Les écrans Pr Jean-Michel PINOIT			
16h50- 17h00	Remise des prix et clôture du congrès			