# Printemps médical de Bourgogne et de Franche-Comté

34<sup>ème</sup> 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

#### 34è Printemps médical de Bourgogne et de Franche-Comté



# **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 démérité 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 avions 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<sup>ème</sup> 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 :

Adèle CARRÉ

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:



#### Printemps Médical de Bourgogne et de Franche Comté

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

www.pmbfc.fr

Conception/Impression : Imp. Schenck - Tournus 7

3

#### 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 cutanéo-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 cutanéo-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 connaitre les aspects réglementaires de base; de connaitre 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 interprofessionnelle (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

#### 34<sup>è</sup> Printemps médical de Bourgogne et de Franche-Comté

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

#### **Auditorium**

des ACI.

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

Docteur Stéphanie FRANCOIS

Biologiste – CHU Dijon

Docteur Sarah COURT DEVILIERS

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 récidive, ou s'il présente une récidive 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 piqures 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.



L'HTA est diagnostiquée et prise en charge en soins premiers. Il s'agit du premier motif de consultation en médecine générale et plus de 90 % des patients hypertendus sont suivis exclusivement par un médecin généraliste. Le dépistage de l'HTA est réalisé au cabinet médical par des mesures de PA en consultation. Malheureusement, ces mesures de PA sont peu fiables et sont sources d'erreurs diagnostiques. Les sociétés savantes recommandent donc la réalisation de mesures ambulatoires de PA. Ces mesures ambulatoires ont une meilleure reproductibilité et permettent d'identifier les patients présentant une « HTA blouse blanche/pseudo-résistante » (PA élevée au cabinet médical mais dans les normes en dehors du cabinet médical) ou une « HTA masquée/non contrôlée masquée » (PA dans les normes au cabinet médical mais élevée en dehors).

Deux types de mesures ambulatoires de PA sont validées pour le diagnostic et le suivi des patients hypertendus : l'automesure tensionnelle (AMT) et la mesure ambulatoire de pression artérielle sur 24 heures (MAPA). Même si l'AMT est largement utilisée en médecine générale, la MAPA a démontré sa supériorité diagnostique et pronostique. La MAPA est mieux corrélée au risque d'atteinte d'organe-cible et mesure la PA nocturne, facteur important de morbi-mortalité cardiovasculaire. Plusieurs profils tensionnels ont ainsi été décrits en fonction des variations tensionnelles nycthémérales : l'HTA diurne (moyenne des PA en période diurne > 135/85 mmHg), l'HTA nocturne (moyenne des PA en période nocturne > 120/70 mmHg) et l'HTA sur 24 heures (moyenne des PA sur 24 heures > 130/80 mmHg). La MAPA permet également d'analyser la variation de PA entre la période diurne et nocturne (phénomène de dipping). Ces différents profils tensionnels sont associés à des niveaux de risque cardiovasculaire différents

La MAPA est un outil pratique, utilisable et pertinent en soins courants. Elle permet de mieux appréhender le risque cardiovasculaire de chaque patient et d'optimiser le diagnostic et la prise en charge thérapeutique des patients hypertendus. C'est la stratégie la plus coût-efficace. Les initiatives locales de déploiement d'appareils de MAPA au sein de la région Bourgogne Franche-Comté ont amélioré l'accès à l'outil.

L'atelier abordera différents aspects pragmatiques relatifs à l'utilisation de la MAPA en médecine générale :

- ses **indications** préférentielles
- ses contre-indications
- les conditions de **pose** et de **dépose** de l'appareil
- les **critères de validité** des enregistrements
- l'analyse des **résultats**
- les différents profils tensionnels et
- les variations tensionnelles nocturnes : profils « reverse dipper/non dipper/dipper/extreme dipper »

9h35 - 9h55

Salle RUDE

#### SURPOIDS PÉDIATRIQUE : REPÉRAGE ET PRISE EN CHARGE

#### **Docteur Elise PIGNOL**

médecin endocrinologue-nutritionniste en charge de la coordination médicale du RéPPOP-BFC



Le surpoids pédiatrique, comprenant l'obésité de l'enfant, touche aujourd'hui en Bourgogne Franche Comté en moyenne un enfant sur cinq. Le réseau de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique, le RéPPOP-BFC, a pour mission de participer en région à la stabilisation de cette prévalence, de favoriser le repérage précoce du surpoids, et de développer le parcours de soin de l'enfant en situation de surpoids ou d'obésité. Appréhender l'obésité pédiatrique comme une véritable maladie chronique de l'enfant pour mieux la prendre en charge, c'est ce que nous proposons, aussi bien pour les acteurs libéraux, hospitaliers, qu'institutionnels : comprendre les mécanismes qui conduisent au développement du surpoids, apprendre à repérer les signes d'alerte sur la courbe de croissance pondérale, travailler l'annonce diagnostique, envisager les grands principes d'une prise en charge pluriprofessionnelle, découvrir des outils pratiques, et bien plus encore!

Notes

#### Salle CARNOT

# GAMMAPATHIE MONOCLONALE QUELS PATIENTS ADRESSER? QUEL SUIVI?

Docteur Alin TURCU Médecin interne - Dijon



Les gammapathies monoclonales résultent de la prolifération clonale de lymphocytes ou de plasmocytes ayant comme conséquence la synthèse d'une immunoglobuline (anticorps) monoclonale. En l'absence de masse tumorale identifiable ou de retentissement clinique, il s'agit d'une gammapathie monoclonale de signification indéterminée (GMSI). Cette anomalie peut évoluer vers un myélome multiple, un autre syndrome lymphoprolifératif ou une amylose AL. La GMSI nécessite une surveillance simple alors qu'un traitement antitumoral peut être nécessaire en cas de pathologie lymphoproliférative avérée. Une hypogammaglobulinémie doit également faire évoquer une maladie clonale sécrétant des chaines légères.

La découverte est souvent fortuite lors de la réalisation d'une électrophorèse des protéines sériques qui met en évidence la présence d'un pic monoclonal. La GMSI concerne environ 3 à 4% de la population de plus de 50 ans en France. Elle nécessite une surveillance, le risque de progression étant de l'ordre de de 0,5% à 1% par an. Les critères retenus concernant la MGUS sont : une protéine monoclonale < 30 g/l, une plasmocytose médullaire < 10%, un dosage normal des chaines légères libres (CLL, si hypogammaglobulinémie) et l'absence d'atteintes extramédullaires.

L'évolution vers un myélome (à IgG, IgA ou à chaine légère) est définie par l'élévation de la plasmocytose à > 10%, la présence d'anomalies CRAB: hyperCalcémie, insuffisance Rénale, Anémie, anomalies osseuses avec lésions ostéolytiques de > 5 mm (Bone), un ratio anormal des chaines légères libres (CLL).

Les gammapathies monoclonales à IgM peuvent montrer des signes d'évolution vers un syndrome lymphoprolifératif: hyperviscosité, adénopathies, hépatosplénomégalie. L'amylose AL peut se manifester par une cardiomyopathie, un syndrome néphrotique, une polyneuropathie, une organomégalie, un purpura, des anomalies de l'hémostase.

	Paramètres CRAB ar	normaux
Hypercalcémie	>2,75 mmol/L	Limite supérieure + 0,25 mmol/L
Insuffisance rénale	DFG > 40 mL/min	Limite inférieure DFG -40% Créatinine > 170µmol/L
Hémoglobine	< 10g/dL	Limite normale inf -2 g/dL
Lésion ostéolytique et/ ou tassement vertébral	>1 lésion	> 5 mm
Ratio CLL anormal (si hypogamma- globulinémie	0,26 < kappa / lambda < 1,65	

### En pratique en cas de découverte d'une lg monoclonale ou d'une hypogammaglobulinémie à > 60 ans

- Compléter le bilan par les paramètres CRAB, dosage des CLL (si hypogammaglobulinémie), Electrophorèse des protéines urinaires recherchant une protéinurie de Bence Jones (PBJ), composée de chaines légères libres urinaires.
- si IgG monoclonale < 15g/L, IgA ou IgM monoclonale<10G/L, PBJ < 500 mg/24 heures, rapport CLL normal et patient asymptomatique : pas de myélogramme ; dans les autres cas : myélogramme
- Recherche de lésions osseuses focales par IRM, TEP, scanner corps entier selon la clinique (douleurs, tassements) et/ou la calcémie élevée
- scanner TAP si IgM à la recherche d'adénopathie

Si bilan normal : la surveillance biannuelle ensuite annuelle – clinique et bilan biologique (NF-Plaquettes, créatinine, calcémie, pic monoclonal, CLL le cas échéant, PBJ), peut être réalisée par le médecin traitant.

#### Adressage en milieu spécialisé (un seul critère suffit) :

- IgG monoclonale > 15g/L, IgA ou IgM monoclonale>10G/L et/ ou protéine monoclonale urinaire > 500mg/24h
- Plasmocytes médullaires> 10%
- ratio anormal des CLL si hypogammaglobulinémie
- au moins un critère CRAB
- manifestations compatibles avec un syndrome lymphoprolifératif ou une amylose
- patients de moins de 60 ans

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

www.pmbfc.fr







#### **Auditorium**

#### QUAND L'ALLERGIE TOUCHE LE TUBE DIGESTIF

Docteur Raphaele 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'indentification de l'allergène, l'explication de la trousse d'urgence et l'induction de tolérance orale.

<u>Dans l'allergie non IGE médiée</u>, 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 antis émétiques puissant (ondansetron) 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 a frigore...) ou rhumatologiques (arthropathie microcristalline, lombosciatalagie ...). 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 cardiague, 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 morbimortalité 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 disparait 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

\_\_\_\_\_\_9



indispensable avant de suspecter une éventuelle allergie.

Une **urticaire chronique UC** se caractérise par les lésions typiques d'urticaire, persistant au moins 6 semaines. Ce type d'urticaire n'a pas d'indication à la réalisation d'un bilan allergologique.

#### Il existe 2 tableaux :

1) UC spontané (pas de facteur déclenchant spécifique particulier), avec des lésions spontanées, qui peuvent démarrer dans la nuit ou au petit matin.

2) UC inductible (froid, chaleur, contact, vibration, soleil...)

Les diagnostics différentiels relèvent de maladies systémiques : mastocytose, SAMA (Syndrome d'Activation Mastocytaire), vascularite, gammapathie, ...

#### Quel bilan réaliser devant une urticaire?

Devant une urticaire aiguë, aucun bilan allergique n'est indiqué, sauf si une orientation allergique forte est décelée à l'interrogatoire (chronologie, circonstances, ...)

Devant une urticaire chronique, avec un examen clinique normal, seuls un bilan NFS et un bilan thyroïdien (TSH + anticorps anti TPO) sont pertinents.

Aucune indication à réaliser un bilan biologique allergologique, risque de faux positif, risquant d'induire des évictions alimentaires injustifiées.

#### Prise en charge :

- Pas d'éviction alimentaire à l'aveugle, ni des aliments histamino-libérateurs,...
- Traitement par antihistaminique, à dose adaptée : n'utiliser que les 2° génération (desloratadine, loratadine, levocetirizne, cetirizine, bilastine, ebastine, rupatadine, fexofenadine, mizolastine)

De 1 à 4 comprimés par jour, tous les jours. Diminuer la dose très progressivement uniquement après une stabilisation (disparition) de l'éruption.

Les corticoïdes per os ne sont pas recommandés dans l'UC.

Les dermocorticoïdes n'ont pas leur place dans l'UC.

#### Pause 1/2h et visite des stands

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

www.pmbfc.fr

Natas			
Notes			

10h45 - 11h15

Salle RUDE

# TSA ET TDAH : UNE NOUVELLE ÉPIDÉMIE ?

Professeur Jean-Michel PINOIT

Psychiatre - Dijon



Une association qui peut paraître singulière...Le Trouble du Spectre Autistique (TSA) se caractérise essentiellement par des déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés, associés au caractère restreint et répétitif des comportements, des intérêts ou des activités. Néanmoins, le spectre de l'Autisme apparaît très hétérogène.

Le Trouble Déficit de l'Attention avec Hyperactivité(TSAH) de son côté, se caractérise par un trouble de l'attention, une impulsivité et une hyperactivité. Là encore, l'hétérogénéité de la présentation clinique est de règle.

La comorbidité du TSA et du TDAH gravite autour de 50%, ce qui peut paraître très important, ou inattendu. L'éclairage apporté par les troubles du neurodéveloppement, auxquels ils appartiennent tous les deux, est fondamental dans la compréhension de cette association, et des facteurs de risque ; à titre d'exemple, ils partagent des facteurs génétiques communs.

Ainsi, il apparait important de très correctement phénotyper nos patients, afin de repérer les caractéristiques de fonctionnement propres à chacune des entités, et des conséquences réciproques du TDAH et du TSA: fonctions exécutives, cognitions sociales, motricité, routines, transitions, etc. sont affectées différemment.

Il en résulte directement des stratégies adaptatives, ou médicamenteuses, particulières. Ce sont ces aspects que nous nous proposons d'examiner au travers de cette présentation.



#### Salle CARNOT

# LES PANSEMENTS DES TROUBLES CUTANÉS

Docteur Joséphine MOREAU

Dermatologue - Centre de traitement
des plaies chroniques - CHU Besançon



La prise en charge des plaies chroniques est multiple et complexe. Le médecin généraliste y joue un rôle central. L'objectif était de connaître leurs pratiques, leurs difficultés et leurs besoins pour proposer des solutions améliorantes et facilitant la prise en charge des plaies. Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive réalisée auprès des médecins généralistes thésés de Bourgogne Franche-Comté, au moyen d'un questionnaire diffusé en ligne. Cent trente-guatre médecins généralistes ont répondu. Leurs connaissances étaient évaluées comme mauvaises pour 44% d'entre eux. Près de 80% de ces médecins souhaitaient une aide par application smartphone (61.4%), par des réunions formation (50.8%) ou par un site internet (50%). Le choix du pansement semble être la plus grande difficulté (83.6%), alors qu'en pratique le pansement ne change pas grand-chose à la prise en charge. Plusieurs solutions ont vu le jour : propositions de formation continue, diplôme universitaire de dermatologie, création de formulaires sécurisés via internet pour les demandes de prise en charge, diffusion de protocole de prise en charge au sein des établissements du Groupement Hospitalier de Territoire, mise en place de la télé-expertise, afin d'optimiser les prises en charge de plaie, tout en renforçant le lien ville-hôpital.

Notes



#### **Auditorium**

#### ALLERGIE À DES MÉDICAMENTS : EXEMPLE DES ANTIBIOTIQUES ET DES VACCINS

Docteur Georgia DALAPIRA

Allergologue libérale - Chalon sur Saône

Docteur Aurélie GRANDVILLEMIN

Pharmacienne, pharmacovigilance CHU Dijon





#### Les « allergies » aux antibiotiques Objectifs/messages :

1/ Toutes les réactions apparues après la prise d'un antibiotique ne sont pas allergiques

2/ Tous les patients étiquetés « allergiques aux Pénicillines » ne le sont pas

3/ Le rôle du médecin généraliste

4/ Le rôle du médecin allergologue

#### Détails :

1/ Les réactions allergiques aux antibiotiques sont plutôt rares (fréquence)

A ne pas confondre avec les effets indésirables et effets secondaires (ex. mycoses, tendinites, diarrhées etc). Ni avec des réactions virales, ex. urticaire virale.

La plupart du temps : Pénicillines. Mais aussi céphalosporines, macrolides, quinolones, BACRIM, PYOSTACINE etc.

2/ Environ 10 % (à vérifier) des patients étiquetés allergiques aux Pénicillines, le sont réellement.

Perte de change dans certains cas.

Le remplacement des pénicillines n'est pas toujours évident, car ATB alternatifs parfois plus chers, pas très disponibles, cures plus prolongées, effets indésirables également.

3/ Méd Gé : Rôle crucial pour éviter une perte de chance en cas de mauvaise étiquette.

Ce que le Méd Gé doit signaler dans le dossier médical du patient/ carnet de santé/lettre pour l'allergologue :

- Date de l'incident.
- Décrire la réaction, sémiologie des lésions cutanées, topographie, chronologie. Autres manifestations, traitement administré, durée.
- Noter les noms de tous les médicaments pris par le patient au moment de la réaction.
- Nouvelle prescription d'ATB après la réaction.

L'adresser dans l'année à l'allergologue.

4/ Allergologue : son rôle :

- Confirmer ou infirmer le diagnostic (à l'aide des tests cutanés et TPO, en milieu hospitalier)
- Trouver une alternative en toute sécurité

Se faire aider par la Pharmacovigilance : Enquête

Faire remonter les El/allergies à l'ANSM

Salle DAVOUT: ATELIER

10h45 - 11h40

#### DÉPISTAGE DES TROUBLES NEURO-SENSORIELS CHEZ L'ENFANT

#### **Docteur Anne-Laure BONIS**



Dépister, c'est notre métier : les généralistes suivent 79 % des enfants de moins de 16 ans, 61% des consultations des enfants de moins d'un an.

Dépister des maladies avant l'âge de 6 ans permet de prévenir certains handicaps et maladies à l'âge adulte.

Une étude de la DRESS montrait en 2015 qu'en grande section de Maternelle :

- plus de 10 % des élèves présentaient un trouble de la vision de loin (myopie) et n'étaient pas équipés de lunettes
- 6 % des élèves avaient un trouble de l'audition avec perte d'au moins 30 dB.

Depuis 2005 une mallette renfermant divers outils de dépistage a été validée et commercialisée. Ce «tout en un» est une aide quotidienne précieuse et pour pratiquer les examens des âges clefs à 9, 24 et 36 mois.

Pour mieux structurer vos examens, acquérir ces actes de prévention, venez et soyez tout œil tout oreille à cet atelier!



#### 11h20 - 11h40

#### Salle RUDE

#### **CBD AND CO**

#### **Docteur Alexis ROUX** *Médecin généraliste - Dijon*



Le CBD est un cannabinoïde présent dans la plante de chanvre aussi appelée cannabis. Sa structure a été mise en évidence dans les années 1960 et les connaissances ne cessent de s'accroitre depuis, notamment à propos du système endocannabinoïde, sans être exhaustives à ce jour : les actions des cannabinoïdes n'étant pas encore complètement identifiées.

Le marché lié à cette molécule est en expansion constante depuis son apparition en France avec un retard dans les réponses législatives mises en place. De ce fait une confusion entre cannabis à usage récréatif, cannabis thérapeutique, et CBD s'entretient. La consommation du CBD en vente libre se fait majoritairement pour des raisons de bien-être et de santé, sans que ces produits soient considérés comme des médicaments. Ainsi, le médecin généraliste peut avoir un rôle important pour certains patients qui s'interrogent à propos de ces produits. Cette présentation abordera donc des notions autour de la législation, de la pharmacologie et de l'usage de la substance.

	 	······································
		<u>.</u>
<del></del>	 	
<u></u>	 	

#### Salle CARNOT

# ANTICORPS ANTINUCLÉAIRES: QUAND LES DOSER ET COMMENT LES INTERPRÉTER ?

#### **Professeur 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.



Les maladies auto-immunes (MAI) systémiques sont des situations rares dont l'identification est parfois complexe compte tenu de présentations cliniques polymorphes et variables d'un patient à l'autre. Le diagnostic repose habituellement sur un faisceau d'arguments cliniques, biologiques, radiologiques et parfois anatomopathologiques.

A ce titre, les anticorps antinucléaires (ANA) constituent un examen immunologique clé. Leur dosage peut être demandé devant des signes cliniques évocateurs de maladies auto-immunes, et plus particulièrement le lupus (femme jeune avec éruption cutanée, poly-arthralgies/arthrites, atteinte rénale, atteinte immuno-hématologique,...), le syndrome de Gougerot-Sjögren (femme, à partir de 50 ans, avec asthénie, syndrome sec oculaire et/ou buccal, arthromyalgies, et plus rarement, atteinte pulmonaire, rénale, ou neuropathie périphérique) et la sclérodermie systémique (adulte avec syndrome de Raynaud, sclérose cutanée, télangiectasies, reflux gastro-œsophagien, pneumopathie interstitielle, hypertension pulmonaire, polyarthralgies).

Dans ces situations, c'est la cible antigénique des ANA qui a valeur d'orientation avec au cours du lupus identification d'anticorps anti-ADN et parfois d'anticorps anti-SSA, au cours du syndrome de Gougerot-Sjögren présence d'anticorps anti-SSA +/- SSB, et pour la sclérodermie systémique, anticorps anti-centromères et anti-Scl70.

Le dosage des ANA est réalisé en 2 étapes. La première est un dépistage, par immunofluorescence indirecte, après dilutions successives de sérum, le résultat étant semi-quantitatif. Lorsque le titre d'ANA est ≥1/160, la deuxième étape est alors réalisée avec dosage quantitatif d'un panel d'anticorps, principalement anti-ADN, anti-SSA, anti-SSB, anti-centromères et anti-ScI70. En dehors des anticorps anti-ADN, la concentration de ces anticorps n'est pas corrélée à l'activité de la maladie et leur suivi a donc peu d'intérêt.

**Notes** 

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 autoimmunes 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

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

que par certains laboratoires, n'a aucune valeur pathologique, et

permettrait plutôt d'exclure une MAI.

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.

#### **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,

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.

#### 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

#### 34<sup>è</sup> Printemps médical de Bourgogne et de Franche-Comté



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 movenne.
- 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

#### 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 1ère intention est le dosage de la thyréostimuline (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 hypervascularisé 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 ;
- séquellaires (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 récidive, 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 1er trimestre par l'HCG (effet TSH-like). La négativité des TRAK élimine la maladie de Basedow. L'évolution est spontanément résolutive en fin de 1er 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

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.







#### Bibliographie:

Recommandations de bonne pratique de la HAS

- Prise en charge des dysthyroïdies chez l'adulte
- Prise en charge des hypothyroïdies chez l'adulte
- Prise en charge des hyperthyroïdies chez l'adulte

Les polycopiés du Collège des Enseignants d'Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques

Recommandations de la SFE-AFCE-SFMN 2022 : prise en charge des nodules thyroïdiens

#### **Auditorium**

#### LA DÉSENSIBILISATION

#### **Orateur ANAFORCAL**

#### Messages clé :

Immunothérapie allergénique = ITA.

Durée 3 à 5 ans.

Indiquée dès 5 ans et jusqu'à 65 ans pour des allergies respiratoires / asthme non contrôlés par les traitements symptomatiques et l'éviction de l'allergène.

Les allergies respiratoires, per annuelles ou saisonnières, peuvent avoir un impact très important sur la qualité de vie des patients, avec un retentissement sur le sommeil, le travail ou l'école, la vie sociale.

Malgré une éviction efficace de certains allergènes de l'environnement intérieur (acariens, phanères), la désensibilisation peut devenir incontournable.

Il en va de même pour les allergènes saisonniers, les pollens ou les spores de moisissures vont impacter la moindre sortie extérieure des patients allergiques.

Ce traitement est cliniquement efficace au bout de 3 à 5 ans, mais peut déjà améliorer l'intensité des symptômes dès les premiers mois. Après la fin de l'immunothérapie, on peut constater une persistance de l'amélioration clinique.

L'immunothérapie modifie le cours de la maladie allergique, avec notamment la réduction du taux d'acquisition de nouvelles sensibilisations allergiques, et la prévention de l'évolution de la rhinite vers l'asthme.

#### Indications:

- Rhinite allergique
- Asthme allergique
- Anaphylaxie aux venins d'hyménoptères

#### Formes galéniques :

- Immunothérapie par voie sublinguale (ITSL) sous forme d'APSI (Allergène préparé Spécialement pour un individu) ou sous forme

#### dencomprimé.

- Acariens
- Phanères de chat ou de chien
- Pollens (arbres, graminées, herbacées)
- Moisissures
- Immunothérapie par voie Sous Cutanée (ITSC)
  - Venin d'hyménoptères
    - Guêpe Vespula ou Poliste
    - Abeille
    - Les autres allergènes ne sont plus disponibles sous cette forme en France

#### Effets indésirables :

Les effets indésirables de l'ITA sont surtout dus à la nature de l'allergène concerné et à sa prise. Les ITSK entrainent essentiellement des effets indésirables locaux (œdème sublingual, prurit pharyngé, œdème lingual), parfois des effets digestifs (gastrite, œsophagite), voire plus rarement des effets systémiques (exacerbation asthmatique, anaphylaxie).

L'ITA aux venins d'hyménoptère, de par sa nature injectable, pourra avoir des effets indésirables locaux (érythème au point d'injection, urticaire locale, voire locorégionale) ou des effets systémiques (anaphylaxie) ce qui implique que le démarrage ou le changement de dose soit fait en milieu hospitalier.

L'efficacité de l'ITA aux aéroallergènes est évaluée sur des critères cliniques, avec disparition de la rhinite chronique ou saisonnière, contrôle de l'asthme (stabilisation, diminution voire arrêt du traitement de fond).

L'efficacité de l'ITSC aux venins sera jugée sur la réaction locale aux injections, et l'éventuelle réaction à une piqûre en vie réelle.

NB chez la femme enceinte : les recommandations actuelles précisent qu'une ITA ne doit pas être initiée pendant la grossesse, mais peut être poursuivie si une grossesse est découverte pendant le traitement.

#### 12h20 - 12h40

#### **Auditorium**

#### **INTERVENTION**

#### **Professeur Arnaud GOUGET**

Président du P.M. B-FC

12h45 -14h
Repas et visite des stands

Notes	Notes



# **Notes**

14h - 14h30

Salle RUDE

#### SOMNOLENCE ET LÉGISLATION : DU DEVOIR À LA RESPONSABILITÉ, QUEL EST LE RÔLE DU MÉDECIN ?

**Docteur Alexandre PELLETIER** *Médecin généraliste - Saône et Loire* 



La Somnolence Diurne Excessive (SDE) est définie par un état subjectif et objectif d'éveil physiologique abaissé, de propension au sommeil ou d'assoupissement. Elle est souvent sous-estimée et non évaluée au cours des consultations, malgré un enjeu crucial en matière de sécurité routière, de santé publique et de qualité de vie des individus. Dans ce contexte, les médecins généralistes jouent un rôle essentiel dans l'identification, la gestion et la prévention des troubles du sommeil pouvant conduire à la SDE.

La SDE affecte 5 à 20 % de la population, toutes causes confondues (SAS, insomnie, iatrogénie, hypersomnie...). Les conséquences sont nombreuses, allant des accidents de la route aux erreurs médicales en passant par une diminution de la productivité au travail ou absentéisme, sans compter les réalités économiques.

Sur le plan législatif, l'Arrêté du 28 mars 2022 fixant « la liste des affections médicales incompatibles ou compatibles avec ou sans aménagements ou restrictions pour l'obtention, le renouvellement ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée » a révisé les conditions médicales visant à prévenir les accidents, notamment ceux liés à la somnolence au volant.

Les médecins généralistes sont donc confrontés à un double défi : d'une part, ils doivent identifier et traiter les patients présentant des troubles du sommeil, et d'autre part, ils doivent respecter les obligations médicolégales en matière d'information du patient.

La SDE se mesure subjectivement avec des questionnaires, le plus utilisé restant à ce jour le score d'Epworth, mais d'autres outils sont apparus récemment, notamment le BOSS, plus sensible et spécifique. Les tests de maintien d'éveil (TME) restent néanmoins les seuls tests validés.

Depuis mars 2022, les détenteurs des permis dits « légers » (groupes A et B) sont soumis à la réglementation suivante :

- En cas de SDE d'origine comportementale, organique, psychiatrique ou iatrogène : incompatibilité tant qu'elle persiste, puis compatibilité temporaire de 3 ans, après 4 semaines de traitement efficace, TME à l'appui. A noter que les apnéiques modérés et sévères sont considérés obligatoirement somnolents par ce texte!
- En cas d'insomnie (quelle qu'en soit l'étiologie) : incompatibilité tant qu'elle persiste, puis compatibilité temporaire de 3 ans après 2 semaines de traitement efficace, TME à l'appui

Quant aux détenteurs de permis « poids-lourds », les TME relèvent d'une obligation annuelle.

Pourtant, en ne considérant que les patients apnéiques, il est entendu que réaliser 500 000 TME par an ne suffirait pas à rentrer dans le cadre légal. L'année passée, seuls 7 500 TME ont été réalisés...

#### Salle CARNOT

# EXTRA SYSTOLE VENTRICULAIRE: QUAND RÉAGIR?

Docteur Alexandra MARTEL BOURCIER

Cardiologue - Dijon



La réponse est facile : toujours.

En effet si les ESV s'avèrent être bénignes dans la plupart des cas, il faut savoir ne pas passer à côté d'une cardiopathie vraie sousjacente avec un risque rythmique vital dont elles peuvent être le premier symptôme.

Les ESV sont des battements prématurés, prenant leur origine en deçà de la bifurcation des branches du faisceau de His. On les reconnaît sur un ECG de surface par leur caractère prématuré suivi la plupart du temps d'un repos compensateur, et une morphologie du QRS différente des complexes sinusaux précédents, élargie, avec un aspect de retard gauche ou droit.

Les ESV sont fréquentes, présentes dans 2 à 3 % des ECG de surface et 50% des holters. Leur fréquence augmente avec l'âge. Elles ne sont pas forcément symptomatiques.

Le bilan minimal doit comporter :

- Un interrogatoire soigné :
  - ATCD personnel et surtout familiaux : notion de mort subite ou suspecte dans l'entourage familial proche, les FRCV (facteur de risque cardio vasculaire)

- Le mode de survenue : effort repos stress
- L'existence ou non de syncope ou lipothymie, de tachycardie >150 au repos
- Un ECG 12 dérivations : rechercher des signes de cardiopathie sous-jacente (onde Q séquellaire d'IDM, BBD ou troubles de repolarisation en précordiales droites évoquant une DAVD, QT long, Brugada, BBG de CMNO ...). Préciser le type d ESV (fines, larges, crochetées, bigéminées, infundibulaires...) leur précocité (délais de couplage avec le QRS précédent, aspect R/T)
- Une échocardiographie plus ou moins IRM myocardique : éliminer une cardiopathie sous-jacente : CMNO CMH CMO CAVD, CMI, sarcoïdose, myocardites (très fréquentes depuis le COVID)
- Un Holter ECG : préciser leur nombre, leur type, leur caractère uni ou multi focal, recherche de doublets, triplets, TV
- Un test d'effort : étudier leur comportement à l'effort et en récupération.

Les ESV bénignes surviennent sur un cœur sain, (ECG et ETT normaux), sont monomorphes, relativement fines et voltées, isolées (mais peuvent être bi ou trigéminées), à couplage long, disparaissant à l'effort et réapparaissant en cours de récupération.

Les plus typiques sont les ESV bénignes de Rosenbaum (retard G, positives en inférieur, peu large, très voltées, venant de l'infundibulum pulmonaire), disparaissant totalement à l'effort.

Une fois leur caractère bénin confirmé, elles sont à traiter « par le mépris », il convient surtout de rassurer les patients. Dans de très rares cas, les ESV bien que bénignes sont tellement nombreuses qu'elles finissent par être responsables d'une véritable cardiopathie rythmique avec l'apparition d'une cardiopathie dilatée : seulement dans ce cas-là, rare, on pourra proposer une procédure d'ablation, les bétabloquants ou les inhibiteurs calciques (verapamil, diltiazem) pouvant parfois être néanmoins efficaces

A l'inverse, le traitement des ESV malignes dépendra de la cardiopathie sous-jacente.

Lors de la présentation, nous regarderons surtout des tracés afin de mettre tout cela en images plus parlantes.

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

www.pmbfc.fr







#### **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 réservé 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 connait.

#### 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 sècheresse 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 par 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 prescris. 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 utilisé 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.

34<sup>è</sup> Printemps médical de Bourgogne et de Franche-Comté

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 baque.
- l'apport des « Strips-Colle ».
- l'usage des stylets hémostatiques pour les plaies mais aussi l'évacuation des hématomes sous-unquéaux.
- 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 remettrons, 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 guestion 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.



L'amélioration de la prise en charge nutritionnelle périopératoire permet d'en limiter les conséquences.

Pour ce faire, 3 étapes sont obligatoires :

- dépistage préopératoire de la dénutrition : avec la nécessité de connaissance des nouveaux critères de dénutrition avec l'intégration de la diminution de masse maigre et/ou sarcopénie (annexe 1) et leur mise en œuvre sur le terrain
- évaluation des facteurs de risque de dénutrition peropératoires : insuffisance d'organe, polymédication... (annexe 2)
- évaluation du risque chirurgical de dénutrition postopératoire.

Ceci permet de classer les patients selon 4 grades nutritionnels (GN) définis par les recommandations de bonnes pratiques cliniques sur la nutrition periopératoire (Chambrier et al. 2010) et adapter la prise en charge périopératoire.

Le diagnostic de dénutrition est actuellement exclusivement clinique, et est donc l'affaire de tous !

Annexe 1 : Critère de dénutrition chez l'adulte de <70ans



## Annexe 2 : Principaux facteurs de dénutrition pré ou post opératoire

- Âge > 70 ans
- Cancer, hémopathie maligne, VIH/SIDA
- Sepsis
- Pathologie chronique digestive
- Insuffisance d'organe
- Pathologie neuromusculaire et polyhandicap
- Diabète
- Antécédent de chirurgie digestive majeure (grêle court)
- Pancréatectomie, gastrectomie, chirurgie bariatrique
- Syndrome dépressif, troubles cognitifs, démence, syndrome confusionnel
- Symptômes persistants
- Dysphagie, nausées, vomissements sensation de satiété précoce
- Douleur
- Diarrhée
- Dyspnée
- Chimiothérapie/radiothérapie
- Corticothérapie prolongée



#### Auditorium

#### HUILES ESSENTIELLES ET COSMÉTIQUES : LES NOUVELLES SOURCES D'ALLERGIE DE CONTACT

**Docteur Philippe AURIOL**Gastropédiatre – CHU Besançon



Les maladies inflammatoires cryptogénétiques intestinales (MICI) comprennent la maladie de Crohn, la recto-colite hémorragique (RCH) et les colites chroniques inclassées (CCI). Ce sont des pathologies multifactorielles faisant intervenir des facteurs génétiques et des facteurs d'environnement.

Des études ont montré que 15 à 25% des cas débutaient dans l'enfance ou l'adolescence avec un pic de fréquence à l'adolescence. L'incidence pédiatrique en France est estimée à 3-5/100 000 personnes-années.

Si le diagnostic doit être évoqué comme chez l'adulte devant des diarrhées chroniques, rectorragies et douleurs abdominales, la particularité des MICI à début pédiatrique est le retentissement sur la croissance avec un ralentissement parfois précoce de la taille. Chez certains enfants, le ralentissement statural précède les signes digestifs et la recherche d'une MICI doit faire partie du bilan biologique initial de cassure staturale.

Les recommandations pour le diagnostic sont de faire une endoscopie haute et basse systématique et une évaluation du grêle par imagerie (entéroIRM).

Au niveau thérapeutique, dans la maladie de Crohn, le traitement de première intention de la poussée est nutritionnel avec une nutrition exclusive par un soluté polymérique enrichi en TGF-beta (Modulen). L'alternative est une corticothérapie utilisée en seconde intention afin d'éviter un ralentissement de la croissance d'origine iatrogène. Dans la RCH, les traitements sont les mêmes que ceux de l'adulte avec utilisation des salicylés (5ASA) et des corticoïdes.

Un traitement de fond est en général recommandé dès la première poussée avec en première intention des immunosuppresseurs (azathioprine) puis en deuxième intention ou en cas de critères de gravité, des immunomodulateurs (anti-TNFalpha). L'AMM en pédiatrie concerne l'infliximab et l'adaliMumab en première ligne d'anti-TNF dans la maladie de Crohn, et l'infliximab dans la RCH.

Notes	





**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 remettrons, au terme de cette intervention, un support reprenant le coût des matériels présentés, les cotations associées, avec l'estimation du temps pour les soins prodiqués.

#### 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 controlée. 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'hyperaldosteronisme 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 maitrisé sont de plus en plus nombreuses : troubles du sommeil, manifestations allergiques, troubles anxiodépressifs, 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 préanalytiques, 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 gammapathie 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 renseignement 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-scolarite-avec-destraitements-medicaux-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	
Till dd collgres	
Votes	
	- 29





# **Notes**

NON AUTEMPS

à refaire une prescription de soins infirmiers!

# MÉDECINS: TOUS CONCERNÉS!



www.prescription-soins-idel.fr

#### Médecins, vous souhaitez :

- · L'efficacité du traitement ?
- · Une prise en charge rapide?
- · Une bonne entente médecin / infirmier?
- · Une optimisation de votre temps?
- Une meilleure réponse aux besoins de vos patients ?

#### Pour vous faciliter la vie :

- · Pratique, adapté et facile d'utilisation
- Validé par l'URPS Médecin Libéral en BFC et l'Assurance Maladie BFC





_
_
_
_
0
_
_
ത
æ
•••
_
_ ~
உ
_
_
m.
mi
uq
$\sim$
_
_
0
m
<del></del>
≖.
עו

		Remise des prix et clôture du congrès		16h50- 17h00
	Pr Jean-Michel PINOIT	Auditorium - Sujet d'actualité : Les écrans Pr		16h25 - 16h50
		Changement de salle		
	Dr Jean-Marc RAME	Dr Marie-Anne VEROT	Pr Charles GUENANCIA	,
\	(etablissement d'accueil du jeune enfant)	Un partenaire, mais quel partenaire ?	- L'ECG dans le certificat médical d'aptitude au sport	(30 mn)
	Le PAI en 2024 : mise en place à l'école et en EAJE	Le médecin conseil :	- Point sur le calendrier vaccinal Dr Michel DUONG	15h50 - 16h20
		Changement de salle		
	Dr Magail BOURREL BOUTTAZ	Dr Olivier WAIZIERES	Dr Iviarina KABEC	
	quoi de neur en 2024 :	Etnique et deontologie - secret medical	i nypertension arterielle	(20 mn)
	and the second second accompanies are properties.			15h25 - 15h45
	Prise en charge de la dermatite atonique sévère :	Le médecin généraliste et les réseaux sociaux	Nouvelles recommandations dans	T41100 - L01120
(30 et 20 mn)	or Philippe AORIOL	Dr Julienne GRILLOI	Dr Jean FRIEDEL	14kee
Dr Alain DUVERNAY	sources a allergie de contact	l arraire de tous :	cnangement de paradigme	(20 mn)
Dr Raphaël GALEA	Huiles essentielles et cosmetiques : les nouvelles	Evaluation nutritionnelle preoperatoire :	La teledermatologie :	14h35 - 14h55
Dr Pierre-Yves DUPONT		Changement de salle		
Atelier pratique puis			Dr Alexandre PELLETIER	
Atelier théorique puis	Dr Sarah COURT DEVILLIERS	Dr Alexandra MARTEL BOURCIER	du devoir à la responsabilite	(30 mn)
Plaies et traumatismes	Pas de corticoïdes dans l'allergie! Ah bon?	Extrasystoles ventriculaires : quand réagir?	Somnolence et Législation :	14h - 14h30
		REPAS ET VISITE DES STANDS		12h45 - 14h00
	P.W. B.F-C	Auditorium - Intervention du Pr Arnaud GOUGET, president du P.M. B.F-C	Audit	12h20 - 12h40
		Clailgement de saile	A	421.00
		Characanast do callo		
	médecin ANAFORCAL	Dr Lucie HERGOTT	Dr Jean-Vital DE MONLEON	(30 mn)
\	La desensibilisation	pour le généraliste	l'auxologie, analyse des courbes de croissance	11h45 - 12h15
		ABC des dysthyroïdies et des nodules	L'essentiel de l'essentiel en pédiatrie :	
		Changement de salle		
	Dr simon DiB	Pr Sylvain AUDIA	Dr Alexis ROUX	(20 mn)
Dr Anne Jaure BONIS	Astrime du nourrisson et de l'enfant	« c'est quoi, c'est quand, pourquoi? »	CBD and Co	TTUZU — TTU 40
(55 mp)		Anticorps anti-nucléaires		
l'enfant		Changement de salle		
Depistage des troubles	Dr Georgia DALAMPIRA / Dr Aurélie GRANDVILLEMIN	Dr Joséphine MOREAU	ri Sedii Wilcher riivOii	(30 1111)
Atellel	exemple des antibiotiques et des vaccins	(vignettes /photos cas cliniques)	Pr lean Michel DINOIT	(30 mn)
2	Allergie à des médicaments :	Les pansements des troubles cutanés	TSA et TDAH : une nouvelle épidémie ?	10h45 - 11h15
		Pause gourmande et visite des stands		10h20 - 10h45
		Dr Nicolas SALVE	Pr Hervé DEVILLIERS	1
\	Dr Aurélie MILLIERE	face aux vieux préjugés thérapeutiques	erreurs à ne pas commettre.	(20 mn)
\	Urticaire : mais est-ce vraiment de l'allergie ?	Le traitement de l'insuffisance cardiaque en 2024	Corticothérapie courte et prolongée :	10h - 10h20
		Changement de salle		
	Dr Lilia BENJELLOUN	Dr Alin TURCU	Dr Elise PIGNOL	(20)
	Dr Raphaëlle MAUDINAS	Quel patient adresser? Quel suivi?	repérage et prise en charge	(20 mp)
Dr Claire ZABAWA	Quand l'allergie touche le tube digestif	Gammapathie monoclonale:	Surpoids pédiatrique :	0h25 - 0h55
(55 mn)		Changement de salle		
	Dr Stéphanie FRANCOIS / Dr Sarah COURT DEVILLIERS	Dr José-Philippe MORENO		(30 11111)
Atelier	à l'allergologue ?	Quoi ? Comment ? Pourquoi ? Par qui ?	Dr Ludivipa BOSSIN	(30 mp)
	Suspicion d'allergie : que faire avant d'adresser	La recherche en MG :	Dormatologio courante on módocino gónóralo	0h _ 0h20
Salle Davout	Auditorium (fil rouge)	Salle CARNOT	Salle RUDE	Horaires
	u congrès	8 h 00 – Accueil des participants - remise des pochettes du congrès		
al Bologie	08 juin 2024 – PALAIS DES CONGRES DE BEAUNE	PRINTEMPS MEDICAL DE BOURGOGNE ET DE FRANCHE COMTE – Samedi 08 juin 20	PRINTEMPS MEDICAL DE BOUI	
Fil rouge : l'allergologie	_		77	