

2019/2020

La Provence

Le guide des soins en Provence

100 experts vous conseillent

Graphisme : Sébastien Bagris - Photos : iStockphoto, iStock, iStock, iStock, iStock



Dr Mélanie Bouabichou, oncogénéraliste (Hôpital Paul-Calmat)
Dr Alice Isaac, chirurgien en pédiatrie (AP-HM)
Dr Caroline Charpey, rhumatologue (Hôpital Européen et Sahlgrenska)

Cancer • maladies cardio-vasculaires • rhumatismes • mal de dos • sciatique • entorse • allergies
otite • eczéma • diabète • calculs • hémorroïdes • insomnie • dépression • maladies rares
Alzheimer • Parkinson • sexologie • audition • cataracte • acné • calvitie...



PHLÉBITE

Dr Walfroy Radix
ANGIOLOGUE

Une urgence à ne pas prendre à la légère

La phlébite est une obstruction d'une veine par un caillot de sang. La circulation veineuse des membres inférieurs est composée d'un réseau profond (le métro) et d'un réseau superficiel (le réseau de transport en surface). Le réseau de surface se charge uniquement de 10% du transport du sang vers le cœur. Tout ralentissement dans ces axes de circulation peut provoquer une stagnation du sang, et être à l'origine d'une phlébite. On recense 600 phlébites par jour en France. «Indépendamment du sexe, les sujets jeunes sont faiblement concernés par cette pathologie (moins d'un cas pour 1000 habitants), les sujets âgés sont les plus touchés notamment au-delà de 75 ans (5 cas pour 1000 habitants). L'urgence et la dangerosité de cette maladie sont dues à sa complication : l'embolie pulmonaire», prévient le Dr Walfroy Radix, angiologue à l'Hôpital Privé de Provence à Aix-en-Provence.

L'embolie pulmonaire survient quand le thrombus veineux se détache, suit la circulation veineuse, et vient obstruer les artères du poumon. En France elle est responsable de 10 000 décès par an. Il y a urgence à traiter au plus vite, et pour cela il faut chercher les symptômes. «Une rougeur, un gonflement, une douleur, ou une veine dilatée. La survenue de l'un de ces signes ou de leur association doit alerter le patient, surtout dans un contexte de chirurgie récente, d'alitement, d'immobilisation ou d'une fracture d'un membre, et d'un voyage prolongé (>5h). D'autres facteurs augmentent le risque, comme la grossesse, le post-accouchement, la prise de contraception orale oestroprogestative, l'obésité, le cancer, et le traitement hormonal substitutif de la ménopause», assure-t-il.

Plus rarement, la phlébite peut survenir après une marche ou une course intense. On parle alors de phlébite d'effort. À l'examen, on peut retrouver une augmentation de la chaleur du membre, une rougeur, une diminution de souplesse et du ballant du mollet, avec parfois la sensation d'un cordon induré qui correspond à la veine obstruée.

On peut parfois réaliser une prise de sang pour orienter le diagnostic, mais celui-ci est



confirmé par la réalisation d'un Écho Doppler vasculaire. Cet examen est effectué par un médecin expert des maladies vasculaires, l'angiologue ou le médecin vasculaire. Non invasif, et non irradiant, il permet la visualisation du caillot, et sa localisation. Parfois il s'agit d'un autre diagnostic, comme un claquage musculaire ou une rupture de kyste du genou.

Éviter embolie et récurrence

Bien entendu, la réalisation de cet examen ne doit pas retarder la mise en route du traitement en urgence en cas de forte suspicion. Le traitement de la phlébite repose sur les anticoagulants. Ces médicaments sont administrés selon les cas par voie orale ou par injections. L'objectif est d'éviter le décès par embolie mais également la récurrence.

«Le traitement conventionnel initial consiste traditionnellement à administrer une anticoagulation par injection sous cutanée. Cette anticoagulation se superpose à l'instauration

d'un traitement par antivitamine K dont la dose efficace est contrôlée par des prises de sang». La nouveauté la plus marquante sur le plan thérapeutique est sans nul doute l'avènement des anticoagulants oraux directs (AOD) comme une alternative aux antivitamines K dans le traitement des phlébites et de l'embolie pulmonaire. Ces AOD n'ont pas besoin de contrôle sanguin mensuel. Cette classe de médicament plus récente est recommandée par les sociétés savantes.

Le choix du traitement et la durée se font au cas par cas en fonction du patient, de sa pathologie, de ses antécédents et de son mode de vie. Lorsqu'aucune cause évidente n'est retrouvée, des bilans biologiques, génétiques ou d'imagerie pourront être proposés au patient, en fonction du contexte.

Enfin, il faut savoir que ces bilans étiologiques ne permettent de trouver une cause, que dans 30% des cas, ce qui ouvre un champ de recherche important afin d'élucider tous les facteurs intervenants dans cette maladie.

 **PANARIS**

Bien se désinfecter les mains pour l'éviter



Dr Amaury Grandjean

CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE
ET TRAUMATOLOGUE

► Une douleur au bord de l'ongle ? Votre peau est rouge et gonflée ? Il s'agit sûrement d'un panaris, une infection bactérienne. Sans gravité a priori, le panaris est une infection aiguë d'un doigt atteignant la peau et les tissus plus profonds. « Les panaris sont les infections de la main les plus fréquentes. Il existe plusieurs stades d'évolution des panaris. Les causes sont multiples et peuvent passer inaperçues (piqûre végétale ou d'insecte, plaie négligée), mais c'est régulièrement secondaire au rongement des ongles (onychophagie) », précise le docteur Amaury Grandjean de l'Hôpital Privé de Provence à Aix-en-Provence. Au début, il s'agit de douleur spontanée et de rougeur sur le bord d'un ongle. C'est la phase inflammatoire, encore réversible. Quelques jours après, une collection purulente se forme autour de l'ongle avec une sensation de battement du cœur au bout du doigt. « Ça peut être très douloureux, parce que l'infection se manifeste la nuit et empêche de dormir. Il peut s'y associer une fièvre ou un ganglion lymphatique », ajoute-t-il. Aucun examen n'est nécessaire pour poser le diagnostic. Cependant, une radio est fréquemment demandée pour éliminer le diagnostic d'ostéite (infection osseuse). « Au stade inflammatoire, le traitement consiste uniquement à réaliser des pansements et des bains antiseptiques (avec de la Biseptine ou du Dakin dilué par exemple), 3 à 4 fois par jour. Aucun traitement antibiotique ne doit être mis en place à ce stade », souligne le spécialiste. Lorsque la fièvre apparaît, on rentre dans le stade collecté, ici le traitement est forcément chirurgical. « Il consiste à enlever largement les tissus infectés. Des prélèvements bactériologiques sont réalisés au bloc opératoire pour connaître la bactérie responsable de l'infection, explique le Dr Grandjean. En général, la cicatrisation prend 2 à 3 semaines. Les suites sont simples et le risque de récurrence est exceptionnel. Il existe cependant des complications, même si elles sont extrêmement rares, et sont quasiment toujours secondaires à un retard de prise en charge, ou à un terrain à risque, comme le diabète. Il s'agit alors d'une infection qui envahit l'os (ostéite), une articulation (arthrite), la gaine d'un tendon (phlegmon) ou la main et l'avant-bras (cellulite). Nous insistons toujours sur la prévention auprès de nos patients : bien désinfecter la moindre plaie ou piquûre au bout des doigts, et ne pas se ronger les ongles », précise le chirurgien.


CYSTITE

Dr Philippe Mortier
UROLOGUE

Une inflammation essentiellement féminine

La cystite est une inflammation de la vessie, majoritairement causée par une infection bactérienne. Elle touche essentiellement les femmes. De par son anatomie et une longueur d'urètre courte (environ 3 cm), la vessie de la femme est particulièrement exposée aux micro-organismes.

«La bactérie la plus fréquemment identifiée est *Escherichia Coli* (90%). On estime qu'une femme sur deux connaîtra un ou plusieurs épisodes de cystite aiguë au cours de sa vie. Les femmes sont plus exposées au début de leur activité sexuelle et après la ménopause», précise le Dr Mortier, urologue à l'Hôpital Privé de Provence à Aix.

Le diagnostic est avant tout porté sur les symptômes d'irritation vésicale: envies d'uriner trop fréquentes pour de petites quantités, brûlures mictionnelles, sensation de pesanteur pelvienne, sang dans les urines, urines troubles ou malodorantes. La fièvre est généralement absente en cas de cystite, l'infection n'étant localisée qu'à la vessie.

Lorsque ces symptômes sont présents, une bandelette urinaire doit être réalisée. «Elle sera positive aux leucocytes (globules blancs), hématies (globules rouges) et nitrites. En cas d'épisode récidivant ou chez les personnes fragiles (immunodéprimées, âgées, femmes enceintes), la bactérie doit être recherchée sur l'analyse cyto bactériologique des urines: elle permet d'affirmer l'origine bactérienne, de connaître la bactérie en cause et de prescrire un traitement adapté. Cet examen doit se faire avant toute prise d'antibiotique qui risquerait de décaper le prélèvement», prévient-il.

Des antibiotiques, d'abord

L'identification du germe en cause peut mettre 48 à 72h en raison d'une mise de l'échantillon en culture. On en tire alors l'antibiogramme: la liste des principaux antibiotiques actifs sur la bactérie. Si la plupart du temps le germe est multi-sensible, il arrive qu'on identifie des germes de plus en plus résistants aux antibiotiques courants, notamment chez les personnes immunodéprimées ou ayant eu des épisodes de cystites à répé-



tion. Lors du premier épisode, le traitement repose sur la prise unique d'un antibiotique: la fosfomycine. Si l'épisode est récidivant, il est nécessaire de prendre un antibiotique adapté au germe pendant plusieurs jours.

«La meilleure méthode pour éviter une cystite est de suivre des mesures préventives. Si une bonne hydratation permet de diluer d'éventuels micro-organismes présents dans la vessie, il est également important d'uriner régulièrement pour les évacuer. La miction après chaque rapport est importante et les toilettes intimes ne doivent pas être trop fréquentes pour ne pas déséquilibrer la flore protectrice locale. Porter des vêtements amples et des sous-vêtements en coton permet d'éviter la macération propice au développement des micro-organismes. Enfin, il est important de s'essuyer d'avant en arrière après être allé à la selle», assure-t-il.

Si elles sont bien conduites, ces règles hygiéno-diététiques permettent d'éviter 60% des

cystites, cependant certaines femmes sont atteintes de cystites récidivantes (plus de quatre par an).

Dans ces cas-là, il est important d'éliminer un facteur local favorisant. Une échographie avec mesure du résidu post-mictionnel permet d'identifier un calcul des voies urinaires ou un défaut de vidange vésicale. Une cystoscopie doit être pratiquée pour rechercher un polype de vessie.

Un traitement de fond est alors instauré. Il repose sur la prise d'un antibiotique de façon hebdomadaire. On peut y ajouter des médicaments à base d'extraits de canneberge dont le rôle est d'empêcher la progression d'*Escherichia Coli* sur la muqueuse urétrale et un traitement hormonal local pour pallier un éventuel déficit en œstrogènes.

La cystite aiguë est une pathologie fréquente, pouvant survenir à tout âge. Des règles hygiéno-diététiques simples permettent d'éviter leur survenue et d'en prévenir toute récurrence.



OBÉSITÉ



Dr Hugues Sebbag
CHIRURGIEN VISCÉRAL

La chirurgie bariatrique en ultime recours

► C'est une délivrance, un changement de vie, un nouveau corps. Subir une opération chirurgicale pour perdre du poids est une période libératrice pour les personnes atteintes d'obésité. Pourtant, l'étape n'est pas sans risque, ni douleur. On parle ici d'ablation partielle de l'estomac ou de rétrécissement de ce dernier, deux opérations souvent pratiquées par les chirurgiens qui ont, en quelques années, réduit quasiment à zéro les risques de morbidité. Une fois l'opération passée, le plus dur commence, conserver son nouveau corps.

«Le plus important, c'est ce que le patient va faire après son opération», souligne le Dr Hugues Sebbag, chirurgien viscéral et digestif à l'Hôpital privé de Provence et spécialisé en chirurgie de l'obésité. Au centre de l'obésité d'Aix-en-Provence (COPAix), le Dr Sebbag propose une échelle de soins afin d'adapter à chaque patient la chirurgie adéquate. «On s'est aperçu que la chirurgie bariatrique ne concernait que les personnes ayant un IMC (indice de masse corporelle) très élevé (>35), alors qu'une grande partie

de la population touchée par l'obésité et le surpoids a des IMC compris entre 27 et 35, il faut aussi leur proposer des solutions, sans passer par la case chirurgie.»

Pour éviter ce recours ultime, les chirurgiens utilisent la technique du ballonnet gastrique. Cette méthode non-chirurgicale pour perdre du poids consiste à mettre un ballon dans l'estomac, pour provoquer de la satiété. Le ballon (contenu dans une petite capsule) est passé par la bouche et l'œsophage, puis gonflé dans l'estomac. Le ballon est laissé quatre mois dans l'estomac, quelquefois plus longtemps, le but est de réduire l'appétit des patients, qui peut entraîner une perte de poids de 10 à 25 kg.

Dédiée aux patients qui ont de 10 à 25 kg à perdre, cette technique est réservée aux personnes qui n'ont pas accès à une chirurgie de l'obésité, car leur poids n'est pas assez élevé. «C'est une technique qui doit s'intégrer dans une prise en charge médicale, nutritionnelle et éventuellement psychologique de la surcharge pondérale pendant la pose du ballon, mais aussi après son ablation», souligne

le spécialiste. Seuls les centres spécialisés sont en capacité d'apporter ces réponses multidisciplinaires adaptées au patient.

Autre méthode novatrice utilisée, l'endo-sleeve ne nécessite pas de chirurgie. Il s'agit d'une technique réalisée par les voies naturelles, dans ce cas par la bouche (par endoscopie), pour réduire la taille de l'estomac en le repliant sur lui-même. Des points chirurgicaux sont réalisés depuis l'intérieur de l'organe permettant l'ajustement de son volume. Aucune autre intervention n'est nécessaire. Avec cette nouvelle procédure, il est possible d'atteindre une perte de l'excès de poids de l'ordre de 30 à 50% ou plus de l'excès de poids, selon les personnes.

Pas une solution miracle

Pour les personnes concernées par une chirurgie de l'obésité, là aussi les techniques de soins sont déterminées individuellement. «Lorsqu'on a des personnes qui grignotent des aliments sucrés, on va privilégier le by-pass gastrique, car on va créer une sensation de dégoût pour ces aliments. Dans le cas des gros mangeurs, c'est la sleeve qui va être privilégiée», analyse le docteur Sebbag.

Que ce soit avec ou sans chirurgie, les médecins sont surtout attentifs à la psychologie du patient. «Ces personnes ont besoin d'être accompagnées, que ce soit sur un plan moral ou diététique. Pour cela, nous réalisons six entretiens individuels

la première année après l'opération, puis deux fois par an afin de contrôler leur poids.» Ces opérations ne sont pas des solutions miracles, sans une volonté de tous les instants, certains patients peuvent reprendre du poids. La pratique d'une activité physique adaptée alliée à une alimentation équilibrée est la clef pour maintenir son corps à un poids optimal. Une attitude que toute personne, touchée ou non par l'obésité, devrait adopter.

