



Public Med

Centre Hospitalier de Mouscron

N° 11

PUBLICATION DESTINÉE AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

SEMESTRIEL - PARUTION MARS 2021

 Centre Hospitalier de Mouscron

La clinique de l'insuffisance cardiaque
du CHMouscron souffle sa première bougie | p. 4

Prothèse pénienne : osons briser le tabou ! | p. 6

La chirurgie bariatrique en fast track,
oui c'est possible ! | p. 8

Les avancées grâce à plus de 20 ans
de biothérapie | p. 10

Une nouvelle consultation conjointe
pour les douleurs du rachis | p. 13



Édito

► Dr Philippe Gadisseux,
Médecin Hygiéniste
et Référent Qualité



Il y a un an, début mars 2020, la dispersion mondiale d'un virus chinois nous a fait comprendre la fragilité de notre monde hyperconnecté. Rapidement l'ampleur de la pandémie nous a fait rêver au « vaccin miracle » qui nous éviterait les drames italiens, français ou chinois selon les informations rapportées. Grâce à la collaboration internationale, au financement public, à une meilleure coordination des agences de contrôle, malgré notre scepticisme, dix mois plus tard nous avons accès à plusieurs vaccins différents mais aussi efficaces.

Pour beaucoup, l'accès au vaccin est une délivrance ; il permettra la réunion des familles et protégera les plus faibles. Toutefois la vitesse de production du vaccin, l'usage de nouvelles techniques de production, les difficultés d'approvisionnement, les difficultés de mise en route d'une vaccination de masse, la prolifération de messages « dissonants » sur les réseaux sociaux, la perte d'audience des médias traditionnels entretiennent encore chez certains une réticence ou « hésitation » vaccinale. Si les « anti-vax » restent minoritaires cette « hésitation » est contagieuse et contamine suffisamment « d'indécis » pour fragiliser la communauté puisqu'une couverture vaccinale de 70 % semble indispensable au ralentissement de la propagation du virus.

Ces informations négatives sur les vaccins véhiculent des craintes de stérilité et de cancer, de contamination par des substances dangereuses, de transmission génétique sans substrat scientifique. De plus, « l'isolement collectif actuel » (E. Sadin) c'est-à-dire l'individu seul, impuissant, confiné mais hyper-connecté aux réseaux d'allégeance (sociaux) entretient le phénomène. Par ailleurs, la quasi-disparition des épidémies virales (rougeole, rubéole, oreillons) n'entretient pas la prudence du public.

La culture scientifique face à ces notions de taux de positivité, de réduction de risque reste pauvre dans le public, mais la prolifération d'informations scientifiques ne suffit pas pour convaincre tous ces indécis et est parfois contreproductive. Il est évident qu'il persiste des zones d'ombre non réductibles : la durée de protection, l'efficacité dans certaines tranches d'âge, l'inconnu des nouveaux modes de production (mRNA), le portage viral... Nier ces faits s'apparenterait à une désinformation. De plus, les indécis semblent être recrutés parmi les plus éduqués, ces derniers préfèrent utiliser leurs propres « court circuits » intellectuels ou heuristiques. Si la plupart des indécis ne nient pas la science ou la souffrance sociale, ils restent des individus perplexes qui ne savent pas à qui et à quoi se fier. Une enquête de Wellcome publiée en juin 2019 (145 000 personnes) sur les croyances en l'absence de dangerosité des vaccins montre une différence entre les continents : 72 % en Amérique du Nord, 59 % en Europe de l'Ouest, 50 % Europe de l'Est, mais 95 % Asie du Sud et 88 % en Amérique Centrale.

Si au siècle des Lumières, la science a libéré les esprits des dogmes religieux, elle est devenue actuellement le « dogme » contemporain à affronter. Si la science peut dire « le vrai » elle ne nous dit pas « le sens ». Comme dit l'adage « le mensonge vole et la vérité boite » (Falsehood flies, and truth comes limping).

Le personnel médical et paramédical a conservé la confiance du public et son exemple, son empathie et son affirmation du « bien public » restent les meilleurs outils de persuasion. Le problème actuel n'est pas seulement une « crise de vérité », mais une « crise de confiance », un « doute du message », mais un « doute du messenger ». La seule « science » ne peut pas contrer le manque de confiance. Mais prendre le temps d'expliquer, laisser à la personne l'espace pour se faire connaître, adapter le message à l'interlocuteur, donner l'information de façon moins anonyme et faire valoir que ce vaccin nous protège contre les complications les plus graves de la Covid 19 et nous libèrera des contraintes des risques de contagion. Seule l'affirmation répétée de notre confiance dans l'efficacité vaccinale peut protéger notre société de ce doute pernicieux injecté par ces groupes mal informés.

Inspiré par 2 articles de Lisa Rosenbaum « Soothing science skepticism »
et « Overcoming Covid vaccine hesitancy » NEJM 12-19/02/2021

La clinique de l'insuffisance cardiaque du CHMouscron souffle sa première bougie



Au plus fort de la deuxième vague de Coronavirus, la Clinique de l'insuffisance cardiaque (CIC) du CHMouscron aurait dû souffler sa première bougie. A défaut, nous vous proposons de revenir sur ses premiers mois d'activité avec le Dr Michèle Kamga, cardiologue et coordinatrice de la Clinique de l'insuffisance cardiaque.

C'est notamment dans le but d'améliorer la prise en charge des patients insuffisants cardiaques et de réduire les hospitalisations que les cliniques de l'insuffisance cardiaque ont vu le jour dans notre pays. Elles sont aujourd'hui une cinquantaine en Belgique et attendent toujours d'être reconnues par les autorités.

La clinique de l'insuffisance cardiaque du CHMouscron a été lancée en octobre 2019. « L'idée derrière cette clinique est de proposer une prise en charge pluridisciplinaire de qualité aux patients. L'équipe est composée de cardiologues, d'une infirmière spécialisée en insuffisance cardiaque, d'une diététicienne, d'une assistante sociale, d'une psychologue, de kinés et d'un tabacologue », détaille le Dr Kamga.

« Cette prise en charge pluridisciplinaire permet d'aborder la pathologie sur tous les angles : sur le plan médical (incrémentation progressive et rapide des doses de médicaments), au niveau de l'éducation thérapeutique du patient (il doit pouvoir comprendre la pathologie dont il est porteur), au niveau social (les difficultés financières constituent un frein à la compréhension et à la compliance du patient), en termes diététiques (quelles sont les erreurs diététiques à éviter), ou encore sur le plan de la rééducation (avec les nouvelles recommandations européennes) », poursuit-elle.

Premier bilan d'un an d'activité

« Sur la première année, nous avons vu quelque 200 patients en ambulatoire, et grâce à cette prise en charge multidisciplinaire, nous avons pu éviter de nombreuses hospitalisations car nous avons pu ajuster à temps les différents traitements médicamenteux », se réjouit le Dr Kamga. « S'ils n'avaient pas bénéficié d'une telle prise en charge, nous n'aurions pas pu repérer les signes d'alerte suffisamment tôt et ils seraient revenus chez nous via les



Urgences, et dans certains cas, ils auraient dû être hospitalisés ».

Le premier mois après l'hospitalisation d'un patient insuffisant cardiaque est toujours critique. « Une bonne collaboration avec les médecins généralistes est donc essentielle. Par ailleurs, nous savons aussi qu'ils ne sont pas assez nombreux dans la région. Donc, pour eux, c'est aussi précieux de savoir que nous suivons de près nos patients – et tout particulièrement pendant ce premier mois – et que l'infirmière de la Clinique est toujours disponible pour les patients », souligne la cardiologue.

Une infirmière dévouée à la Clinique de l'IC

L'infirmière spécialisée en insuffisance cardiaque joue en effet un rôle essentiel dans le suivi des patients. Elle constitue un point de contact, un point de repère pour ces derniers.

Elle joue aussi un rôle majeur dans les relations entre l'équipe de la CIC et les autres prestataires de soins de l'institution (comme les diabétologues, néphrologues, par exemple, vu que ces pathologies sont souvent intriquées), mais aussi avec la première ligne de soins extérieure dont font partie les médecins généralistes.

L'importance d'une prise en charge physique adaptée

« Jusque récemment, la Clinique de l'insuffisance cardiaque du CHMouscron était installée dans les murs de l'hôpital, mais vu les besoins spécifiques de la prise en charge, nous avons décidé de migrer nos activités vers le Futurosport. Nous avons pu ainsi aménager différents

locaux - dont une salle de sport - qui peuvent accueillir les paramédicaux, surtout dans un but d'éducation/réadaptation. C'est là que sont aussi d'ailleurs présentes les infirmières d'éducation en diabétologie », relève la cardiologue.

Pouvoir proposer une prise en charge physique spécifique à ces patients est essentiel car il faut rappeler qu'ils n'ont pas les mêmes capacités physiques que des patients qui ne souffrent pas de cette pathologie. « La pompe » n'est pas la même.

« Leur proposer d'intégrer un groupe de patients hétérogène avec des patients indemnes de toute pathologie cardiaque ne serait pas une bonne idée car cela les découragerait vu qu'ils ne sont pas en mesure de fournir le même effort physique. D'où l'importance de créer des groupes comprenant uniquement des patients cardiaques, qui connaissent les mêmes difficultés. C'est connu et nous le remarquons ici aussi : cette dynamique de groupe est très positive pour eux : elle augmente leur motivation et l'impact positif de la prise en charge et leur permet de remonter la pente », ajoute la cardiologue.



Il faut aussi savoir que ce sont des patients au profil tout à fait particulier : « Dans de nombreux cas, ce sont des patients encore relativement jeunes, qui ont connu un événement cardiaque (comme un infarctus par exemple), qui souffrent d'un manque de confiance en eux et qui ont peur de réaliser des efforts physiques. Ils sont souvent convaincus - à tort - que l'activité physique risque d'être néfaste pour leur cœur. Notre rôle est de les remettre dans la course de manière encadrée, leur prouver qu'ils sont encore capables d'avoir une activité physique et de les stimuler à la pratiquer de manière régulière. »

Des retours d'expérience positifs

« Les retours d'expérience que nous avons de nos patients insuffisants cardiaques qui rentrent dans ces programmes d'activité physique adaptée sont très positifs. Certains patients n'avaient plus aucune activité à la maison, puis se rendent compte qu'ils sont encore capables de faire du vélo, par exemple. C'est extrêmement encourageant pour eux et cela a un impact assez rapide sur leur état de santé. C'est donc sur cette voie que nous avons empruntée et nous sommes bien motivés à continuer », conclut Michèle Kamga.

Des chiffres qui parlent d'eux-mêmes

- L'insuffisance cardiaque en Belgique touche 230 000 personnes.
- Chaque année, plus de 15 000 nouveaux cas sont détectés, soit une moyenne de 40 nouveaux cas par jour.
- L'insuffisance cardiaque est aussi la première cause de mortalité dans le monde.
- Cette pathologie représente un coût considérable au niveau du budget des soins de santé : environ 2 % du budget global des soins de santé de notre pays. Ici, ce sont surtout les coûts liés aux hospitalisations et aux réadmissions qui font exploser les budgets.

Prothèse pénienne : osons briser le tabou !



Si la prothèse pénienne est l'un des traitements les plus anciens contre la dysfonction érectile, elle est encore entourée de nombreux tabous et les patients qui pourraient en bénéficier ne sont pas suffisamment bien informés, aux yeux du Dr Gauthier Delporte, membre de l'Association Française d'Urologie, spécialisé en chirurgie andrologique au Centre Hospitalier de Mouscron, de Tourcoing et au CHU universitaire de Lille.

La dysfonction érectile est un trouble fréquent. A l'âge de 50 ans, on sait que 30% des hommes et qu'un patient diabétique sur deux souffrent de ce trouble. Seul 1% des patients concernés sont pris en charge médicalement.

L'implant pénien ou prothèse pénienne permet d'obtenir de très bons résultats chez des patients qui sont réfractaires ou insatisfaits par les autres traitements de la dysfonction érectile (IPDE5, Prostaglandines Injectables ou en gel intra-urétral, Vacuum...). Hélas, même si le nombre d'implantation est en augmentation ces dernières années, il est trop peu proposé dans notre pays et en Europe de manière générale. « A titre de comparaison, on pose dix fois plus de prothèses péniennes aux États-Unis qu'en Belgique pour un même nombre d'habitants », relève le Dr Delporte.

Santé sexuelle

L'Organisation Mondiale de la Santé a défini la santé sexuelle comme un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité, rappelle l'urologue. L'évaluation de la sexualité dans la prise en charge de nos patients doit faire partie de la prise en charge médicale globale.

A ce propos, deux constats :

Beaucoup de patients espèrent une prise en charge mais n'osent pas toujours aborder le sujet avec leur médecin. « Selon une étude récente, 90% des patients souhaiteraient que leur médecin traitant aborde spontanément et systématiquement le sujet de la dysfonction érectile ». En quête de réponses et d'interlocuteur médical, les patients se tournent trop souvent vers internet où les informations sont parfois erronées, les thérapeutiques régulièrement contrefaites et parfois dangereuses ou inefficaces.

Par ailleurs, il est reconnu que la dysfonction érectile est un symptôme de la maladie endothéliale. « C'est un facteur sentinelle des pathologies cardio-vasculaires. Son diagnostic permet donc de dépister facilement les patients à haut risque d'événement coronarien ou vasculaire cérébral dans les années à venir ».

Pour ces deux raisons, le Dr Delporte vous encourage à aborder le sujet spontanément avec vos patients, en particulier les plus à risque (patients vasculaires, diabétiques, tabagiques, aux antécédents de chirurgie prostatique ou pelvienne ou de priapisme...).

Pour qui ?

Voici les principales indications :

- Inefficacité des autres traitements de la dysfonction érectile
- Insatisfaction du patient ou contre-indication avec les autres traitements de la dysfonction érectile
- Souhait d'une solution permanente et durable
- Courbures de verge évoluées (maladie de Lapeyronie)
- Verges enfouies (favoriser la miction et/ou permettre l'appareillage par un étui pénien)

Comment se passe l'intervention ?

L'intervention consiste - sous anesthésie générale ou rachianesthésie - à venir implanter à l'intérieur de la verge, dans les corps caverneux, deux cylindres gonflables qui vont être reliés à un réservoir situé en intra-abdominal. Une petite pompe positionnée à l'intérieur du scrotum va permettre au patient de gonfler les cylindres, de restaurer la rigidité de la verge, et ce, sans altérer les capacités de plaisir, de sensibilité et d'orgasme.



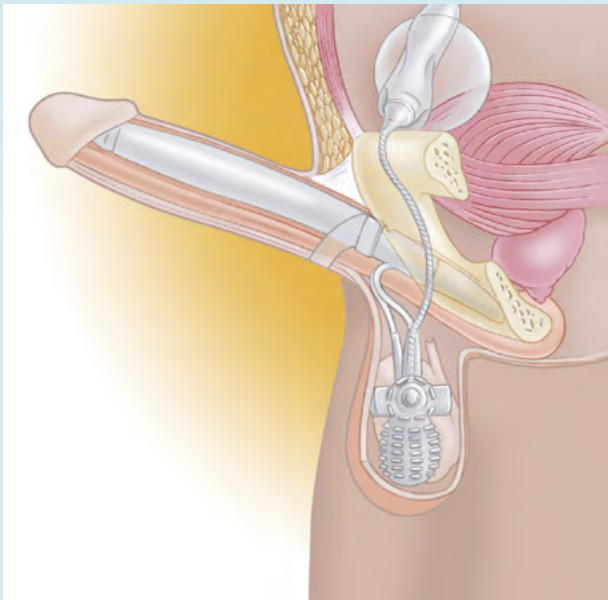


Image fournie par Boston Scientific Corporation. 2021, © Boston Scientific Corporation ou ses filiales. Tous droits réservés.)

Nombreux avantages à la prothèse pénienne

Parmi les avantages du dispositif, l'urologue relève :

- **La durabilité** : entre 10 et 20 ans
- **La fiabilité** : il n'y a pas de fluctuations liées à la pénétration du médicament ou à la technique d'injection.
- **La discrétion** : l'implant est quasiment invisible et il s'active en seulement quelques secondes contre souvent de longues minutes pour les traitements pharmacologiques.
- **L'efficacité** : parmi toutes les modalités de prise en charge de la dysfonction érectile, c'est celle qui donne le taux de satisfaction le plus élevé, tant pour le patient que pour la partenaire : environ 90% des hommes en sont satisfaits contre par exemple 40 à 60% pour les injections intra caverneuses.
- **La restauration de la confiance en soi**. Il améliore la qualité de vie du patient, du couple et il leur permet de retrouver une vie intime parfois perdue.

Le chirurgien réalise une petite incision d'environ 5 cm au niveau de la peau des bourses par laquelle il insère tous les éléments de la prothèse. L'intervention dure environ une heure. Elle est peu douloureuse et ne laisse pas de cicatrice.

L'hospitalisation dure 1 ou 2 jours et la période de cicatrisation est d'une semaine. Il faudra patienter 6 semaines avant la première utilisation de l'implant.

Les complications sont rares : 1 à 4% (l'infection étant la complication la plus redoutée mais de plus en plus rare, les prothèses modernes étant imprégnées d'antibiotiques).

La clé du succès : l'information du patient et de sa partenaire

« Généralement, quand nous rencontrons les patients assez tôt dans leur parcours de soin, nous leur expliquons les différentes modalités de prise en charge. Nous insistons sur le fait que, quel que soit le niveau de sévérité de leur dysfonction érectile, nous aurons toujours une solution pour eux », relate le Dr Delporte.

Et d'ajouter : « En fonction de l'efficacité des autres lignes de traitement et des souhaits du patient, nous le dirigeons vers le traitement le plus approprié. La seule contre-indication à la chirurgie est un diabète non équilibré (HbA1c > 8%), en raison de l'augmentation du risque infectieux. » Lorsque le patient opte pour cette option thérapeutique, la clé du succès est une bonne information. « Il est essentiel de s'assurer que le patient a bien compris le système, son fonctionnement, et qu'il sache donc parfaitement à quoi s'attendre lorsqu'il se réveillera de l'opération. »

Un autre élément essentiel est l'implication de la compagne du patient dès le début quand cela est possible. « Idéalement, elle doit être là à la consultation préopératoire. Il est important qu'ils aient fait le deuil de leur sexualité d'autrefois. A partir de ce moment, ils seront capables d'accepter une sexualité légèrement différente, avec un implant qui permet tout à fait une pénétration et un épanouissement du couple ».

« L'écoute et l'information du patient sont les conditions optimales pour une prise en charge vers une nouvelle vie (sexuelle). »

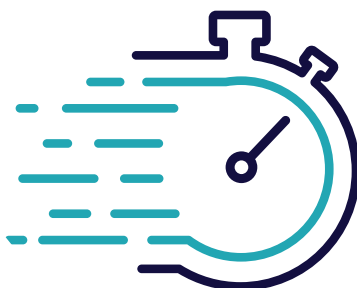
Dr Gauthier Delporte, Médecin spécialiste en Urologie, Andrologie et Médecine sexuelle

La chirurgie bariatrique en fast track, oui c'est possible !



C'est en 2010 que la Clinique de l'obésité est née au CHMouscron afin d'offrir aux patients une prise en charge pluridisciplinaire comme la loi le prévoit et de leur garantir ainsi un accompagnement de qualité. L'aspect tout à fait innovant aujourd'hui, c'est que le Dr David Heuker, chirurgien général et digestif à la tête de la Clinique de l'obésité, applique le fast track pour ses chirurgies bariatriques dès que c'est possible.

« Au jour d'aujourd'hui, 1% de la population belge a subi une intervention bariatrique en Belgique. Il s'agit d'un des ratios les plus élevés au monde. Nous estimons que certains patients se font opérer beaucoup trop vite, en n'étant pas correctement informés des tenants et des aboutissants. Il ne faut pas oublier non plus qu'une chirurgie comme un by-pass est grevée d'une mortalité de 0,1%. C'est la raison pour laquelle nous tenons tant à notre prise en charge pré-opératoire », pose le Dr Heuker.



Un mois avant l'intervention, les différents intervenants se réunissent en concertation multidisciplinaire et font le point sur le dossier de chaque patient.

Et comme l'explique le Dr Heuker :

- Soit, nous donnons un feu vert et le patient peut se faire opérer.
- Soit, nous donnons un feu rouge car nous estimons que l'opération n'est pas la bonne option thérapeutique pour ce patient.
- Soit, nous donnons un feu orange et la chirurgie est conditionnée à un suivi supplémentaire pré-opératoire de diététique, chez le psychologue...

Une prise en charge pré-opératoire décisive

Pour rappel, pour avoir accès à une chirurgie bariatrique, le patient doit être vu par :

- Un chirurgien
- Un psychologue (qui peut éventuellement référer à un psychiatre)
- Un interniste (au CHMouscron, un gastro-entérologue et un pneumologue)
- Un diététicien

En procédant de la sorte, environ 75% des patients accèdent à la chirurgie. « Pour la qualité de notre prise en charge et les chances de réussite de l'intervention, nous tenons à continuer de la sorte et à miser sur une prise en charge qui commence bien avant l'opération », souligne le Dr Heuker.

La chirurgie bariatrique en fast track : quel est le principe ?

Une particularité de la clinique de l'obésité du CHMouscron est que l'équipe propose des interventions bariatriques en fast track (ou ERAS). C'est une pratique qui est répandue depuis plusieurs années en chirurgie colique, mais qui ne l'est pas encore en Belgique pour la chirurgie bariatrique.

Le principe est le suivant : « Le jour de l'intervention, les patients rentrent le matin, à jeun. Ils sont opérés dans la matinée. Deux heures après la fin de l'intervention, ils rejoignent leur chambre où on les laisse boire, manger et marcher. Le lendemain, il n'y a pas de radio de contrôle. Cela dit, on observe un ensemble de critères : FC, SaO₂, FR, température... pour calculer le score de News/Snooze. Si ce score et la biologie sanguine sont bons, le patient peut rentrer chez lui », explique David Heuker.

L'équipe de la Clinique de l'obésité a décidé de limiter ce nouveau protocole aux patients qui habitent à moins de 30 minutes de l'hôpital pour assurer un suivi sécuritaire.

Si précocement rentrés chez eux, les patients ne sont pas livrés à eux-mêmes. « Le lendemain de leur retour à domicile, ils doivent recontacter l'hôpital pour nous dire comment ils se sentent. Et en cas de problème, nous les invitons à revenir pour un contrôle », souligne le chirurgien.





L'ÉQUIPE DE LA CLINIQUE DE L'OBÉSITÉ :

Médecin coordinateur de la Clinique de l'obésité et chirurgien : Dr Heuker

Chirurgienne : Dr Curca

Gastro-entérologue : Dr Steverlyncx

Pneumologues : Dr Bleuze, Dr Vegas, Dr Betancurt

Médecin nutritionniste : Dr Debue

Diététicienne : M^{me} Bilterys

Psychologue : M^{me} Vandendorpe

Publication du CHMouscron dans la revue Obesity

À l'heure d'aujourd'hui, 525 patients ont déjà bénéficié d'une chirurgie bariatrique en fast track au CHMouscron. « Nous devrions publier nos résultats tout prochainement dans la revue Obesity. Grâce à cette série importante, nous avons pu démontrer que le système est tout à fait adéquat et sûr pour une chirurgie bariatrique », se félicite le Dr Heuker.

« Nos résultats sont tout à fait satisfaisants. Notre taux de réadmission tourne autour des 5% et sur les 525 patients, seuls dix ont dû être réopérés », ajoute encore le chirurgien.

La recette gagnante

« Au niveau de l'anesthésie, il est évident qu'il faut adapter les doses. Par ailleurs, au niveau des orifices de trocart, nous injectons un anesthésique local qui agit 24 heures, ce qui leur permet de réduire la dose d'antalgiques IV et per os puisque localement, la douleur est réduite. Enfin, le matin, on leur donne un peu d'eau et du sucre car cela facilite le post-opératoire », rapporte le Dr Heuker.

Attention aux signes précurseurs

Par contre, il faut être attentif aux premiers signes d'alerte qui présagent d'une évolution péjorative. « Si le lendemain de l'intervention, le patient a 120 pulsations/minute et qu'il est plié en deux de douleur, c'est qu'il y a un problème. Il convient alors de réaliser un bilan complet immédiatement », martèle le chirurgien.

Des avantages pour tout le monde

Ce protocole présente des avantages tant pour le patient que pour l'hôpital et la collectivité.

Il permet :

- À l'équipe soignante de responsabiliser le patient et de l'inviter à boire, manger et bouger le plus rapidement possible
- Au patient de rentrer plus tôt chez lui et de reprendre sa vie professionnelle et sociale plus rapidement
- À l'hôpital de réduire les durées des séjours et le taux de complications post-opératoires
- À la collectivité de diminuer les dépenses liées aux absences pour des congés de maladie.



Un suivi essentiel

Pour que les chirurgies bariatriques soient un succès, elles doivent aussi être accompagnées d'un bon suivi à court terme, mais aussi à plus long terme. Au CHMouscron, le chirurgien revoit ainsi ses patients 10 jours après l'intervention, puis 3 mois après et ensuite, ils sont encore revus tous les trois mois par un médecin nutritionniste qui suit les biologies sanguines et veille à combler les éventuelles carences (vitamines, oligo-éléments, ions...).

« Ce suivi que nous avons instauré fonctionne plutôt bien. Un an après l'intervention, 50% des patients viennent encore en consultation, ce qui est aussi un gage de réussite puisque cela augmente leur motivation », commente le Dr Heuker. « En outre, un suivi diététique et un suivi psychologique sont également des aides précieuses, mais ils sont plus difficiles à faire accepter aux patients ».

Les avancées grâce à plus de 20 ans de biothérapie



Les agents biologiques ont le vent en poupe ces dernières années, si bien que cela devient compliqué de s'y retrouver. Le Dr Marie Doyen, rhumatologue au CHMouscron, vous donne un aperçu de ces nouveaux traitements et les clés pour suivre au mieux vos patients qui en bénéficient.



S'ils ont la réputation d'être très onéreux, ces traitements – utilisés à temps et à bon escient – permettent au final d'éviter bien des coûts en termes de handicap, d'incapacité de travail, d'hospitalisations, de comorbidités... et bien sûr d'améliorer la qualité de vie des patients.

Les indications de ces traitements concernent notamment la rhumatologie (polyarthrite, rhumatisme psoriasique, spondylarthropathie, arthrite juvénile...), la dermatologie (psoriasis, hidrosadénite suppurée, dermatite atopique), la gastro-entérologie (maladie de Crohn et recto-colite ulcéro-hémorragique) et l'ophtalmologie (uvéïtes).

Ces traitements sont généralement prescrits à des adultes, mais il y a également quelques indications pédiatriques.

		Polyarthrite rhumatoïde	Spondylarthrite	Rhumatisme psoriasique	A Juvénile nRX	A Juvénile idiopathique	A Juvénile + psoriasis	Psoriasis	Hydrasadénite suppurée	Maladie de Crohn	RCUH	Uvéïte	Autres
TNF	Infliximab											👤	👤
	Adalimumab						👤	👤	👤	👤		👤	👤
	Etanercept (AR)						👤	👤	👤	👤		👤	
	Golimumab						👤						
	Certolizumab											(+)	
IL6	Tocilizumab		🚫				👤						SRC (Still) (Horton)
	Sarilumab												
CD20	Rituximab												Pemphigus LNH, LLC GPA
CTLA4	Abatacept					NR							
IL17	Secukinumab											🚫	
	Ixékizumab											🚫	
	Brodalumab (AR)											🚫	
IL12/23	Ustékinumab		🚫										
IL23	Guselkumab												
	Risankizumab		🚫										
IL1	Anakinra (AR)												
	Canakinumab												- Goutte - Fièvres périodiques - Still

■ : indication remboursée | 🚫 : contre-indiqué | 👤 : indication pédiatrique | AR : anti-récepteur



Ne tardez pas à référer vos patients

« Il est vraiment essentiel d'initier une prise en charge précoce des rhumatismes inflammatoires, car au début, l'inflammation peut encore être réversible, ce qui n'est plus le cas si la pathologie est traitée plus tard car elle entraîne alors des dommages irréversibles, responsables du handicap », martèle le Dr Doyen.

« Par ailleurs, on sait aujourd'hui que l'inflammation dans le sang augmente le risque cardio-vasculaire », ajoute-t-elle.

D'où l'importance de les prendre en charge rapidement, de façon adaptée et de référer les patients au spécialiste, même à un stade débutant de ces pathologies. D'autant plus que les biothérapies sont maintenant remboursées même après 3 mois d'un traitement conventionnel (cDMARD) qui s'est soldé par un échec.

Le miracle en rhumatologie

Avant les années '50, les patients atteints de rhumatismes inflammatoires évoluaient presque systématiquement vers une situation de handicap.

Les années '50 ont marqué l'avènement de la cortisone, qui a nettement amélioré le pronostic de ces patients, mais qui n'empêchait malheureusement pas la maladie d'évoluer vers le handicap. En outre, la cortisone, avec son cortège d'effets secondaires, entraînait d'autres situations pathologiques (diabète, hypertension artérielle, syndrome de Cushing, ostéoporose...).

Ensuite, dans les années '80, le méthotrexate a été utilisé à dose rhumatologique, ce qui a signé une avancée importante. Il s'agit d'un cDMARD pour « conventional Disease Modifying Antirheumatic Drug », comprenez : un médicament capable de modifier l'histoire naturelle de la maladie.

Depuis les années 2000, les biothérapies (= bDMARD) sont venues s'ajouter à l'arsenal thérapeutique. D'une classe, on est aujourd'hui passé à plus de sept classes disponibles.

Ces traitements ont la spécificité d'être des anticorps. Ils ciblent une molécule de l'inflammation (la plupart du temps une interleukine) et ont un mécanisme d'action très sélectif. Un avantage notable : ils entraînent peu d'effets secondaires ressentis par le patient.

Covid et biothérapies

Si le patient présente une forme potentiellement sévère de la Covid, il faut arrêter le traitement. Sinon, ce n'est pas nécessaire.

Si votre patient présente les symptômes graves d'une pneumonie, il peut bien sûr s'agir de la Covid-19, mais aussi d'autres pneumonies sévères (légiionellose, pneumocystose, pneumonie due à la grippe) vu qu'ils sont immunosupprimés.

Contre-indications des biothérapies

Le grand inconvénient de ces traitements est l'augmentation du risque infectieux car ils interfèrent avec l'immunité. D'où ils sont contre-indiqués chez les patients à risque infectieux (BPCO, ulcères de jambe...).

Par ailleurs, ils sont aussi contre-indiqués chez les patients :

- qui ont la tuberculose (sauf si traitée et guérie)
- qui souffrent d'une hépatite chronique
- qui ont un cancer actif ou qui ont eu un cancer dans les 5 dernières années (possible risque minime de mélanome pour les anti-TNF)
- qui sont atteints de la sclérose en plaque (pour les anti-TNF)
- qui présentent des diverticulites en raison du risque de perforation (pour les anti-JAK et les anti-L6)
- à risque thrombo-embolique (pour les anti-JAK)

Pas d'interactions médicamenteuses sauf pour les anti-JAK et les anti-L6

Quel bilan devra subir votre patient avant de débuter un tel traitement ?

- une intradermoréaction ou un test au Quantiféron afin d'exclure une tuberculose
- une biologie sanguine pour exclure les hépatites B et C et le HIV
- une radiographie de thorax

Quel suivi pour ces patients ?

- Contrôle régulier chez le dermatologue, le gynécologue et le dentiste
- Si le patient est fébrile ou infecté, mieux vaut lui dire d'interrompre son traitement
- Importance de la vaccination contre la grippe, le pneumocoque et la Covid-19
- Contre-indication totale d'administrer un vaccin vivant (fièvre jaune, RRO...)
- Arrêter le traitement avant une chirurgie programmée (en concertation avec le médecin spécialiste car le nombre de jours dépend de la molécule et du type d'intervention)

- Contrôle régulier du taux de cholestérol pour les anti-JAK et les anti-L6 car ils peuvent engendrer des troubles lipidiques (sans augmentation du risque cardiovasculaire)
 - Contrôle de l'hémogramme et de l'enzymologie hépatique pour les anti-JAK et les anti-L6
 - Vigilance car absence de fièvre et de syndrome inflammatoire (CRP) en cas d'infection pour les anti-JAK et les anti-L6
 - Manifestations immuno-induites (surtout les anti-TNF) : ex : psoriasis paradoxaux, lupus induits...
- Une grossesse peut être envisagée avec certains de ces traitements. Il risque d'y avoir plus de problèmes pour la mère et le fœtus avec une maladie non contrôlée qu'avec les médicaments utiles, d'où l'intérêt d'une discussion patiente, généraliste, spécialiste.

« Si ces traitements agissent généralement lentement au début (parfois jusqu'à trois mois avant de voir une réelle amélioration), ils valent la peine de persévérer car le jeu en vaut la chandelle. S'ils sont démarrés à temps, ils peuvent vraiment éviter au patient bien des complications », conclut le Dr Doyen.

Un rhumato toujours au bout du fil

Vous suspectez un rhumatisme inflammatoire ou systémique chez un patient et souhaitez une consultation urgente en rhumatologie pour celui-ci ?

Voici un numéro à composer pour les médecins traitants : +32 (0)56 85 81 82



Une nouvelle consultation conjointe pour les douleurs du rachis



La Clinique du dos au CHMouscron sous son aspect réhabilitation existe depuis 2007 déjà. Aujourd'hui, les Drs Isabelle Walther, chef du service de réhabilitation et réadaptation, et Bernard Mengal, chirurgien orthopédiste se lancent dans un nouveau défi : une consultation commune médecine physique/orthopédie/chirurgie du rachis.

Cette nouvelle consultation est née du constat que 90% des douleurs de dos ne relèvent pas de la chirurgie alors que dans de nombreux cas, les patients associent ce type de douleurs à de la chirurgie et à d'éventuelles complications. « Il existe de nombreuses fausses croyances sur le dos et sur la prise en charge des pathologies du dos. Les patients ne vont pas toujours frapper à la bonne porte. En l'occurrence, la chirurgie n'est quasiment jamais l'option pour une seule douleur de dos. Ici, en les recevant à deux, avec notre expertise qui nous est propre à chacun, nous espérons pouvoir leur apporter une réponse adéquate dès la première consultation », affirme le Dr Walther.

La spécialiste en réhabilitation pose directement les objectifs de cette nouvelle consultation : éviter que les patients ne soient balancés d'un service à l'autre, perdant ainsi du temps inutilement, et parler d'une même voix.

« Le patient a tout à gagner à être vu en consultation pluridisciplinaire. Ensemble, nous échangeons sur les examens qui nous paraissent les plus adéquats, nous lui donnons les explications et nous l'orientons directement au mieux », explique le Dr Walther.

L'idée est qu'à l'issue de cette consultation multidisciplinaire, le patient soit orienté vers la bonne discipline.

Une mise au point complète en une journée

« Concrètement : le lundi matin, nous recevons les patients à deux avec mon collègue chirurgien orthopédiste. La consultation commence par un interrogatoire fouillé



du patient, suivi d'un examen clinique. Ensuite, si nécessaire, nous demandons des examens complémentaires sur le temps de midi. Dans le courant de l'après-midi, nous revoyons le patient avec les résultats de l'imagerie et nos conclusions, avec une orientation vers la médecine physique, et donc traitement conservateur (traitement médicamenteux, infiltrations, kiné, ergo...), ou plutôt vers la chirurgie. Et enfin, à la fin de la journée, nous adressons un courrier au médecin traitant avec nos conclusions et notre proposition d'orientation », explique le Dr Walther.

Lors de la consultation, une partie du travail consiste à exclure, par l'interrogatoire, l'examen clinique, l'imagerie et la biologie clinique, toutes les illustrations par un drapeau rouge, c'est-à-dire les extrêmes d'âge (moins de 18 ans ou plus de 65 ans), un tableau infectieux, une maladie neurologique, des antécédents de cancer, de calcul rénal... qui requièrent une prise en charge immédiate spécifique.

Une autre partie du travail des deux spécialistes consiste à rechercher d'éventuelles illustrations par un drapeau jaune, c'est-à-dire des facteurs psychosociaux qui pourraient entraver une récupération optimale. Parmi ceux-ci, on retrouve les fausses croyances dont on parle ci-dessus, une détresse psychologique, un manque de soutien dans l'entourage...



Optimaliser la prise en charge aiguë

« Les maux de dos en phase aiguë sont souvent très douloureux et invalidants pour le patient. Par ailleurs, il est bien connu qu'une douleur aiguë mal prise en charge ou prise en charge trop tard risque d'évoluer vers une douleur chronique. C'est pourquoi nous avons voulu ici optimiser la prise en charge de la phase aiguë de la pathologie », indique le Dr Walther.

À qui est destinée cette consultation pluridisciplinaire ?

Cette consultation est destinée particulièrement à des patients souffrant de douleurs de dos, de radiculopathies (irradiation dans les jambes ou les bras), que ce soit des douleurs intenses, des douleurs brutales, des douleurs dues à un traumatisme, avec ou sans perte de force.

Remettre les patients au plus vite au travail

Via la médecine du travail notamment, les Drs Walther et Mengal reçoivent en consultation de nombreux patients qui sont en incapacité de travail en raison de ces douleurs de dos.

L'un de leurs objectifs est de pouvoir aider ces patients via différentes options thérapeutiques à retrouver le plus vite possible le chemin du travail. « Plus vite on sait ce qu'il se passe, plus vite on intervient, plus vite le patient est capable de retourner au travail », commente le Dr Walther.

Et pour y arriver, l'activité physique est essentielle. Révoque l'époque où le repos était le maître-mot lors de douleurs de dos. Aujourd'hui, la rééducation constitue l'un des axes à part entière du traitement conservateur.



Comment prendre rendez-vous ?

Tout médecin généraliste, médecin du travail ou encore collègue médecin spécialiste peut référer un patient à cette consultation.

Ils peuvent prendre le rendez-vous pour leur patient en appelant le +32 (0)56 85 84 41

Des plages spécifiques sont donc dédiées à cette consultation et l'idée est bien sûr de pouvoir donner des rendez-vous rapidement puisqu'il s'agit d'une consultation dans la phase aiguë de la pathologie.

QUOI DE NEUF?

ARRIVÉS

Monsieur Alex AGOPYAN, dentiste, a rejoint l'équipe des dentistes : M^{me} M. GASPARD, M. O. HADJERAS, Mme P. LOISEAU et M. F. VERMELLE

Docteur Christian BEKONO ZOA, médecin spécialiste en Anesthésiologie, a rejoint l'équipe des anesthésistes : Dr W. BRUYNEEL, Dr D. KAMIDI, Dr D. KHODR, Dr K. MEDJAHED, Dr D. ROME, Dr K. RUSSELL et Dr D. JOB

Docteur Laurent GOESSENS, médecin spécialiste en Gastro-entérologie, a rejoint l'équipe des gastro-entérologues : Dr C. BOLAND, Dr A. EL NAWAR, Dr M. STEVERLYNCK

Docteur Lionel MICHAUX, médecin spécialiste en pneumologie, a rejoint l'équipe des pneumologues : Dr A. BETANCURT, Dr M. BLEUZE, Dr N. DUHAMEL, Dr A. STRECKER, Dr A. VEGA ARIAS et Dr S. VINTILA

Docteur Mariana Irina NECHITA, médecin spécialiste en Néphrologie, a rejoint l'équipe des néphrologues : Dr I. DEVRIENDT, Dr A. TIRDEA et Dr A-K. VANDOOREN

Docteur Santiago NOGUERA, médecin spécialiste en oncologie médicale, a rejoint l'équipe des oncologues et hématologues : Dr. CH. BOLAND, Dr F. CORNELIS, Dr E. DEBUE, Dr J. D'HAESE, Dr N. NOLS, Dr M. ROJAS et Dr J-M VANDENBULCKE

Docteur Marine PIERSON, médecin spécialiste en Gastro-entérologie, a rejoint l'équipe des gastro-entérologues : Dr C. BOLAND, Dr A. EL NAWAR et Dr M. STEVERLYNCK

Docteur Maud SAELENS, médecin spécialiste en Radiothérapie Oncologie, a rejoint l'équipe des radiothérapeutes : Dr S. JUNIUS, Dr K. THEVISSSEN et Dr K. VANDEPUTTE

Docteur Thomas VALEMBOIS, médecin spécialiste en Chirurgie Vasculaire, a rejoint le chirurgien vasculaire : Dr B. LAMBRECHT

Docteur Emi YOSHIHARA, médecin spécialiste en Chirurgie Thoracique, a rejoint l'équipe des chirurgiens thoraciques : Dr M. JANSSEN et Dr P. LERUT

DÉPARTS

Docteur Richnel MARTIS, médecin spécialiste en ORL

Docteur Charles DOYEN, médecin spécialiste en pneumologie

Docteur Baudouin D'HARVENG, médecin spécialiste en gastro-entérologie

Madame Audrey THONON, dentiste



QUOI DE NEUF?



PublicCHMed est une publication du CHMouscron, Avenue de Fécamp, 49 - 7700 Mouscron
www.chmouscron.be

Éditeur responsable : Grégoire LEFEBVRE, Avenue de Fécamp, 49 - 7700 Mouscron

Coordination : Laurence DECEUNINCK (responsable de Communication), Sophie DEWAELE (service Communication)

Conception graphique et réalisation : Véronique LUX

Illustrations : CHMouscron, F. OLLEVIER, Adobe Stock

Rédaction : CHMouscron, France DAMMEL

Collaborateurs : Dr P. GADISSEUX, Dr M. KAMGA, Dr G. DELPORTE, Dr D. HEUKER, Dr M. DOYEN, Dr I. WALTHER, Dr B. MENGAL

