

chm
mouscron

Public Med

Centre Hospitalier de Mouscron

N° 13

PUBLICATION DESTINÉE AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

SEMESTRIEL - PARUTION JUIN 2022

 Centre Hospitalier de Mouscron

Prévenir et soigner le pied diabétique | p. 4-5

4 scintigraphies particulières | p. 6-7

Approches chirurgicales de la TVP | p. 8-9

Ostéoporose : la filière fracture | p. 10-11

QUOI DE NEUF ?

ARRIVÉ(E)S

DR MURIELLE DEFFRENNES, médecin spécialiste en anesthésie-réanimation a rejoint l'équipe des anesthésistes : Dr C. BEKONO ZOA, Dr W. BRUYNEEL, Dr C. DRANSART, Dr D. JOB, Dr D. KAMIDI, Dr D. KHODR, Dr K. MEDJAHED, Dr D. ROME, Dr K. RUSSEL

DR CHRISTOPHE DRANSART, médecin spécialiste en anesthésie-réanimation a rejoint l'équipe des anesthésistes : Dr C. BEKONO ZOA, Dr W. BRUYNEEL, Dr M. DEFFRENNES, Dr D. JOB, Dr D. KAMIDI, D. KHODR, Dr K. MEDJAHED, Dr D. ROME, Dr K. RUSSELL

DR MARIIA GORDIEIEVA-KLEANTHOUS, médecin spécialiste en dermatologie-vénérologie a rejoint l'équipe des dermatologues : Dr G. DIMITROVA, Dr B. FERREIRA, Dr B. VANDEWEGHE

DR LIONEL MICHAUX, médecin spécialiste en onco-pneumologie a rejoint l'équipe des pneumologues : Dr A. BETANCURT, Dr M-O BLEUZE, Dr N. DUHAMEL, Dr A. STRECKER, Dr S. VINTILA, Dr A.VEGA ARIAS. Il travaille également en collaboration avec le service d'oncologie.

DR LINH NGUYEN BUI, médecin spécialiste en néphrologie a rejoint l'équipe des néphrologues : Dr I. DEVRIENDT, Dr M. NECHITA, Dr A. TIRDEA, Dr A. VANDOOREN



DÉPARTS

Dr Diedrik DE MULDER, médecin spécialiste en psychiatrie, a cessé ses activités au CHM

Monsieur Fabien VERMELLE, dentiste, a cessé ses activités au CHM

Dr Louis MEERT, médecin spécialiste en Imagerie médicale, a cessé ses activités au CHM

Dr Jean-Marie VANDENBULCKE, oncologue, a cessé ses activités au CHM

Dr Jean-François LABRIQUE, a cessé ses activités au CHM



QUOI DE NEUF ?



PubliCHMed 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 : Imprimerie Parmentier - Christelle Watelet

Illustrations : CHMouscron, Adobe Stock

Rédaction : CHMouscron et Candice LEBLANC, Journaliste rédactrice indépendante

Collaborateurs : G. Delbecque, Dr. M.C. Negrea, Dr. A. Delcourt, Dr. F. Sherer, Dr. B. Lambrecht



Xcare, Chapitre IV !

Ce mois de juin constitue la période choisie pour faire aboutir la phase 4 du projet de renouvellement de notre Dossier Patient Informatisé (DPI) XCARE. C'est en effet à la veille de l'été que nos équipes ont réalisé le basculement du volet médical du DPI, point cardinal s'il en est un !

Après 17 années de bons et loyaux services, Omnipro s'efface un peu plus de notre horizon pour faire place à un outil moderne offrant de nouvelles perspectives d'évolution.

A l'époque, notre institution emboîtait le pas de nombreuses autres actives dans le secteur. L'informatisation du dossier de santé représentait à ce moment-là un défi majeur dans une organisation essentiellement supportée par le papier. C'était sans se douter que le chantier qui s'ouvrait alors ne se refermerait jamais, tant la nécessité de pousser plus loin les développements et les intégrations était grande. Aujourd'hui, notre institution est reconnue pour avoir non seulement informatisé l'ensemble de ses processus, mais aussi pour avoir intégré la totalité de ceux-ci grâce à des logiciels communiquant entre eux, ce qui constitue une réelle gageure pour beaucoup d'hôpitaux au fonctionnement cloisonné.

Notre ambition n'a pas fléchi ! La philosophie institutionnelle d'amélioration continue nous invite en permanence à nous interroger sur les évolutions utiles ou nécessaires permettant d'atteindre à chaque fois un niveau supérieur de qualité ou de sécurité dans nos actions en faveur du patient et de son entourage. Il en est ainsi, par exemple, de l'ouverture du DPI aux soins extra-hospitaliers ou encore de l'interaction du patient avec les données de son dossier de santé. XCARE devra nous permettre la mise en œuvre ces fonctions dans un futur proche.

La modernisation de nos outils représente également une obligation vis-à-vis de nos équipes soignantes et médicales, elle s'inscrit dans la nécessité de toujours proposer les meilleurs produits pour soutenir leurs tâches quotidiennes. Ainsi, offrir un logiciel plus ergonomique, aux fonctionnalités adaptées à l'environnement, éprouvées et innovantes doit leur permettre d'atteindre leurs propres objectifs de soins. Rapidité, efficacité, accessibilité renforcée, clarté sont les qualificatifs énumérés jusqu'ici pour souligner les plus-values de notre nouveau DPI.

Par ailleurs, savoir que notre choix en faveur de XCARE est partagé par plusieurs autres hôpitaux constitue également une garantie de pérennité et d'évolutivité. L'outil est vivant, évoluant au gré des demandes des utilisateurs.

Il faut également savoir que le DPI se doit de répondre à un certain nombre d'obligations légales. Ainsi, depuis plusieurs années, le pouvoir fédéral vise le développement et la mise en œuvre accélérée d'un DPI intégré dans tous les hôpitaux belges au travers de son plan eSanté. Dans ce contexte, le SPF Santé Publique a clarifié les conditions contraignantes auxquelles doivent répondre les DPI institutionnels par le biais du programme « BMUC » (Belgian Meaningfull Use criteria). BMUC énonce une série de critères minimaux et optionnels que tout DPI doit atteindre, ce qui est évidemment le cas de notre DPI XCARE.

Enfin, l'actualité nous rappelle régulièrement les menaces dont font l'objet les infrastructures informatiques des hôpitaux. La cybercriminalité compromet la dispensation des soins aux patients entraînant des conséquences potentiellement gravissimes. La cyberdéfense est devenue une préoccupation de chaque instant dans notre environnement de travail.

Désormais, mener un projet informatique intègre obligatoirement une phase d'analyse de risque cyber, et la mise en œuvre de tout produit nécessite une compliance parfaite avec l'environnement technologie sécurisé de l'institution.

Même si les technologies mises en place sont éprouvées, il est de notre devoir d'adopter un comportement préventif en utilisant l'environnement informatique de notre hôpital de manière responsable.

Près de 36 mois après son lancement, le projet XCARE vient donc de franchir une nouvelle étape. Et non la ligne d'arrivée ! Plusieurs développements doivent encore être implémentés afin de boucler le projet et ouvrir la voie à la maintenance évolutive du produit.

L'occasion nous est donc donnée de remercier toutes les personnes qui sont intervenues dans la réalisation de ce projet complexe, ainsi que les utilisateurs pour leur accueil enthousiaste à chaque moment !

Bel été à chacune et à chacun d'entre vous.

Prévenir et soigner le pied diabétique



La clinique du pied diabétique du CHMouscron propose une prise en charge multidisciplinaire, non seulement pour soigner, mais aussi pour prévenir le pied diabétique. Cette entité a beaucoup évolué ces dernières décennies.



Index Cheville-bras



« Jusqu'il y a peu, un pied diabétique était considéré comme tel en présence d'une ulcération », explique la Dr Maria-Claudia Negrea, diabétologue et coresponsable de la clinique du pied diabétique. « Il faut actualiser cette notion. Désormais, elle recouvre l'ensemble des affections atteignant le pied et qui sont directement liées aux répercussions neurologiques, artérielles et infectieuses du diabète. Nous avons développé la Clinique du pied diabétique afin d'assurer une prise en charge en amont, avant même l'apparition de la plaie. Des signes aussi anodins qu'une peau sèche, de l'hyperkératose plantaire ou des crevasses sont déjà l'expression clinique d'une neuropathie. Et chez certain.es patient.es, un ongle incarné ou même une simple cloche peut s'infecter en quelques jours... Le message à retenir par les professionnel.les de première ligne et nos confrères et consœurs de l'hôpital est d'y être attentif.ves et de ne pas hésiter à nous référer leurs patients précocement, et plus seulement à l'apparition d'une plaie. »

Consultation de dépistage : la prévention primaire

Tous les patient.es diabétiques ne sont pas directement concerné.es par cette complication. La neuropathie diabétique, tout comme l'atteinte vasculaire, sont corrélées à la durée du diabète ainsi qu'au déséquilibre glycémique. « Un diabète diagnostiqué depuis moins de 5 ans et très bien équilibré ne nécessite généralement pas de consultation spécialisée », estime la Dr Negrea. « En re-

vanche, après plus de 10 ans d'évolution de la maladie ou moins si le diabète est mal équilibré, il est utile de nous envoyer les patient.es pour une consultation de dépistage. »

Cette consultation est assurée par la Dr Michèle Bertrand, orthopédiste spécialiste du pied. Lors de cette consultation, elle évalue les atteintes vasculaires grâce à un appareil qui calcule l'index de pression systolique ou indice tibio-brachial ou l'appareil TCPO2 qui mesure la pression de l'oxygène diffusé à travers la peau. Elle analyse également la marche et les points d'appui plantaire avec un podoscope. En fonction des résultats, les patient.es se voient prescrire des soins podologiques, des semelles ou des chaussures orthopédiques, des séances de kinésithérapie posturale ou sont adressé.es en consultation de chirurgie vasculaire pour la prise en charge de l'artériopathie.

Les plaies chroniques

À cause de l'atteinte neuropathique, vasculaire et infectieuse, les plaies du pied diabétique – comme le mal perforant plantaire – ne sont pas faciles à soigner. Ce type de lésions ne répond pas aux bandages classiques, par exemple. « *Nous utilisons des pansements actifs primaires ou secondaires adaptés, dont les composants spécifiques favorisent la cicatrisation* », explique la Dr Negrea. « *Nous sommes en contact direct avec les infirmières à domicile de la région, car ces pansements actifs doivent être changés tous les jours selon un protocole fourni par notre équipe. Mais il faut être patient.e ; l'efficacité d'un type de pansement ne peut pas être évalué en quelques jours.* »

Les infections sont aussi à gérer avec précision. Face à une plaie infectée, il faut certes agir rapidement, mais en évitant les antibiotiques à large spectre, « *car cela nous prive de la possibilité de réaliser des prélèvements bactériologiques profonds, qui permettent de choisir d'emblée une antibiothérapie ciblée. Avec une prise en charge adéquate et rapide, nous sauvons un grand nombre de pieds diabétiques. Même avec une gangrène, même dans un contexte septique avec menace vitale, nous procédons toujours d'abord par un débridement chirurgical. En nettoyant tous les tissus infectés et avec des traitements postopératoires adéquats, il est souvent possible d'éviter l'amputation, devenue rarissime dans un contexte infectieux.* »



Nettoyage des tissus infectés

Le pied de Charcot aigü, une urgence !

Cette neuroarthropathie inflammatoire diabétique est une inflammation corticale de l'os, d'apparition brutale, qui, sans traitement, évolue vers une destruction de toute l'architecture osseuse et tendineuse du pied et un effondrement de l'arche plantaire. Elle se manifeste par des douleurs atroces qui ne répondent pas aux antalgiques, accompagnées de chaleur, de rougeur et de gonflement du pied qui, parfois, n'a jamais eu de plaie. Il ne faut pas donner d'AINS à ces patient.es : le traitement passe par une immobilisation rapide par plâtre ou botte de la jambe concernée, pendant quatre à six semaines. S'il n'est pas pris à temps, le pied de Charcot aigü peut causer une déformation irréversible du pied ainsi que des fractures non traumatiques méconnues. C'est typiquement pour ce genre d'urgence que le système de garde de la clinique du pied diabétique doit être contacté, en plus des urgences infectieuses.

Consultations de suivi : la prévention secondaire

Une fois la plaie guérie, les patient.es doivent être régulièrement suivi.es, afin d'éviter les récives. Selon les cas, ce suivi se fait chez l'orthopédiste ou chez la podologue et peut être couplé à une consultation chez le diabétologue. En effet, il est parfois nécessaire de corriger une mauvaise architecture du pied (en cas d'orteils en griffe, par exemple) ou de soigner et prévenir une hyperkératose, afin de prévenir l'apparition de (nouvelles) plaies.

La consultation multidisciplinaire

Outre un système de garde pour les urgences (voir encadré), toute la force de la Clinique du pied diabétique du CHMouscron est de rassembler en un même lieu différentes spécialités. En plus de l'équipe médicale formée par un diabétologue, un chirurgien orthopédiste et deux chirurgiens vasculaires, la Clinique compte deux infirmières (dont une référente en soins de plaies diabétiques), une podologue, une secrétaire qui coordonne les rendez-vous et gère les « conventions pied », un bandagiste pour les chaussures et semelles semi-orthopédiques et un prothésiste pour les dispositifs orthopédiques.

Horaires et rendez-vous à la clinique du pied diabétique

- Consultations de dépistage : lundi matin, de 8 h 30 à 12 h 30.
- Consultations multidisciplinaires : mardi après-midi (de 12 h 30 à 16 h 30) pour les patients en convention pied diabétique et pour les plaies compliquées.
- Consultations de suivi : jeudi matin, de 8 h 30 à 12 h 30.
- Les rendez-vous peuvent être pris au +32 (0)56 85 81 41 (secrétariat de diabétologie).
- Pour les urgences, un système de garde a été mis en place et peut être contacté au +32 (0)56 85 81 42. Il est accessible 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

4 scintigraphies particulières

Dans notre précédente édition, nous avons passé en revue les indications de la scintigraphie osseuse. Mais la médecine nucléaire ne se limite pas aux os ! Certains tissus mous peuvent aussi être visualisés par une scintigraphie.



La scintigraphie thyroïdienne

L'histoire de la médecine nucléaire a commencé avec la thyroïde et sa principale « nourriture », l'iode. C'est d'ailleurs le seul isotope qui n'a pas besoin de vecteur : à peine injecté dans le corps, la thyroïde l'attire et le pompe rapidement.

La scintigraphie thyroïdienne est réalisée avec du technétium-99 métastable (Tc-99m) ou de l'iode (I123). « Hormis quelques cas décrits dans la littérature scientifique, personne n'est allergique à l'iode pur », rappelle la Dr Félicie Sherer, médecin nucléariste au CHMouscron. « Heureusement, d'ailleurs, sinon, nous serions tout.es mort.es ! En revanche, il est possible de faire une réaction allergique à un excipient d'un produit de contraste iodé, mais les cas sont rares et les réactions graves, encore plus. Dans plus de 98 % des cas, tout se passe bien. »

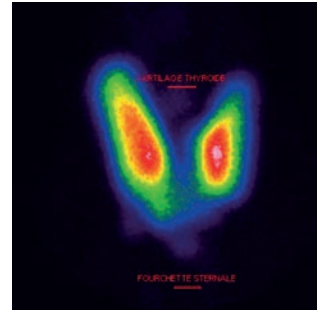
La scintigraphie thyroïdienne est prescrite pour faire un bilan d'hyperthyroïdie, un bilan de goitre, un bilan ou un suivi de nodules thyroïdiens, chauds ou froids. « L'examen ne permet bien sûr pas d'établir le caractère oncologique d'un nodule », rappelle la Dr Anne Delcourt, chef du service de médecine nucléaire. « En revanche, on se base sur la scintigraphie et l'échographie pour choisir les nodules qui seront ponctionnés pour l'anatomopathologie. »

La scintigraphie pulmonaire

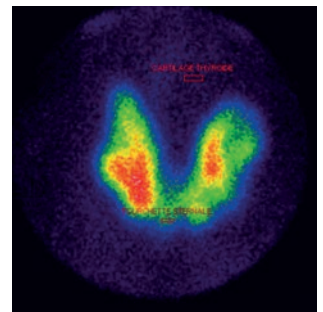
La scintigraphie pulmonaire de perfusion et de ventilation permet d'observer les flux de sang et d'air dans les poumons. Ce faisant, elle peut confirmer ou exclure une embolie pulmonaire. Elle représente l'alternative d'imagerie diagnostique en cas de contre-indication (insuffisance rénale ou allergie connue aux produits de contraste, par exemple) à l'angioscanner des artères pulmonaires.

Outre le diagnostic et le suivi d'embolie, la scintigraphie pulmonaire peut être prescrite dans le cadre d'un bilan préopératoire d'une chirurgie pulmonaire ou de bilans de dyspnée, de bronchite chronique, d'emphysème et d'autres maladies des poumons.

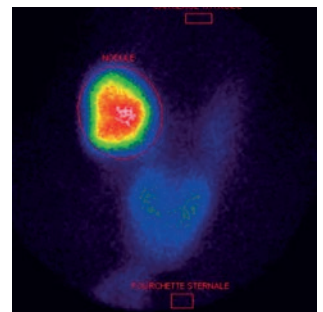
L'examen se déroule en deux parties. « Pour étudier la perfusion sanguine, nous injectons aux patient.es des macroagrégats d'albumine marqués au Tc-99m », explique la Dr Delcourt. « Pour visualiser la ventilation, nous leur administrons du gaz (Krypton) ou, en cas de non-disponibilité du gaz radioactif, du technétium-99 en aérosol. En tout, la scintigraphie pulmonaire dure environ une demi-heure : les images de perfusion et de ventilation au Krypton sont acquises simultanément au cours d'une tomographie (SPECT) d'une durée de 15 à 20 minutes, puis on termine avec un CT pulmonaire "low dose" à blanc grâce à la caméra hybride. Si l'embolie est confirmée, nous prévenons aussitôt le médecin prescripteur et le ou la patient.e est tout de suite pris.e en charge par nos confrères et consœurs pneumologues ou intensivistes. »



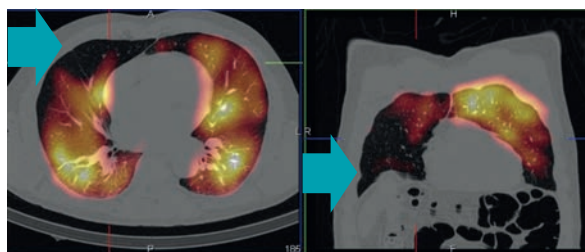
Goitre hyperfixant



Goitre multinodulaire



Nodule chaud



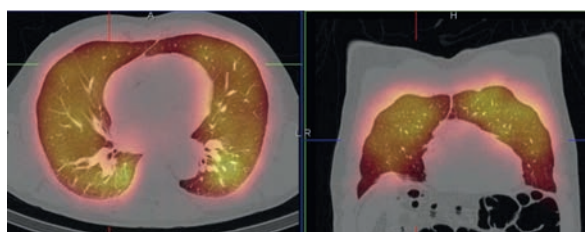
Déficits perfusionnels systématisés (triangulaires) de perfusion (MAA99Tc)

+

Ventilation au Krypton normale

=

Mismatch= embolie pulmonaire.



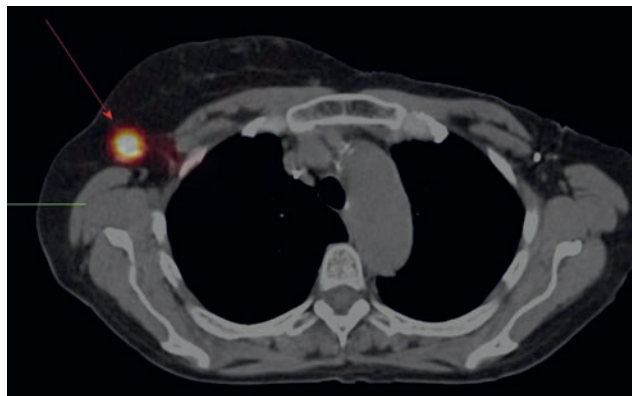
La détection du ganglion sentinelle

La technique du ganglion sentinelle consiste à prélever et analyser le premier ganglion de la chaîne ganglionnaire qui draine une tumeur, afin de déterminer son statut oncologique. Dans les cancers du sein, cette approche permet de diminuer les risques que la patiente développe un jour un lymphœdème du membre supérieur, fréquemment rencontré après un curage ganglionnaire étendu du creux axillaire. Ce syndrome dit du « gros bras » est un effet secondaire tardif et difficilement réversible de l'ablation des ganglions axillaires. Or, c'est la scintigraphie qui permet de le localiser. « *Le jour de la tumorectomie, nous injectons un produit radioactif en sous-cutané, souvent autour du mamelon* », explique la Dr Delcourt. « *Le traceur va être pompé par le système lymphatique. Après avoir réalisé les clichés, nous passons une sonde sur la zone, qui fonctionne un peu comme un détecteur de métal : plus on est proche du produit radioactif, plus il "sonne". Le chirurgien n'a plus qu'à localiser le ganglion sentinelle, le prélever et l'envoyer en anatomopathologie. S'il s'avère cancéreux, la patiente sera rapidement réopérée.* »

La scintigraphie cérébrale des terminaisons dopaminergiques

La scintigraphie cérébrale à l'ioflupane I123 (DAT-scan ou Striascan) est prescrite pour évaluer le transport de la dopamine dans les noyaux gris de la base, essentiellement le striatum. Elle est utile pour confirmer ou exclure une maladie de Parkinson, car elle permet de faire la différence entre cette pathologie et un tremblement essentiel, par exemple. « *Pour un.e nucléariste, c'est un très bel examen à réaliser, car il apporte une réponse nette et sans ambiguïté aux patient.es et au médecin prescripteur* », commente la Dr Delcourt. « *Soit il est normal, soit nous voyons les récepteurs à la dopamine détruits et pouvons alors confirmer le diagnostic parkinsonien.* »

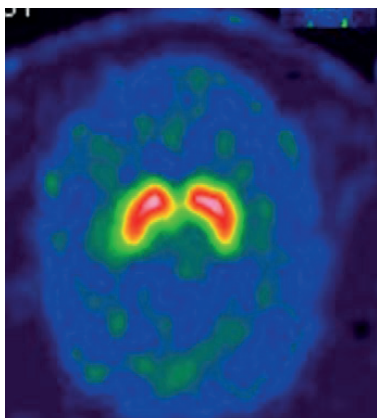
L'INAMI ne rembourse qu'une seule fois au cours de la vie cette scintigraphie cérébrale. Celle-ci ne peut être prescrite que par un.e neurologue ou un.e gériatre et est réalisée sous réserve de l'accord préalable du médecin-conseil de la mutuelle. Elle ne se justifie donc qu'après un diagnostic différentiel et lorsqu'un dernier doute subsiste.



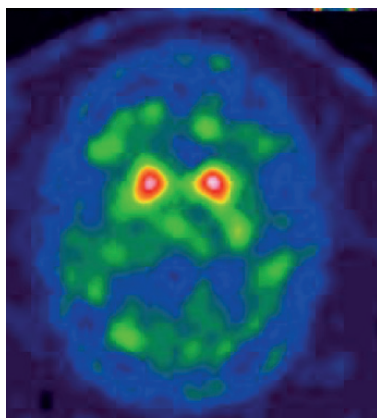
Ganglion sentinelle

En pratique

- Les patient.es doivent d'abord s'inscrire aux guichets polycliniques avant de se rendre en scintigraphie (route 299). Tél. : +32 (0)56 85 80 01.
- Bien qu'elle ne soit pas irradiante, par précaution, la scintigraphie est contre-indiquée (sauf rares exceptions) chez les femmes enceintes ou allaitantes. Dans le doute, un test de grossesse est réalisé. Les patientes en âge de procréer sont donc encouragées à passer l'examen pendant leurs règles ou au début de leur cycle.
- Il n'est pas nécessaire d'être à jeun.
- Une fois les clichés acquis, le protocole est rédigé le jour même et envoyé rapidement au médecin prescripteur, via la plateforme Medibridge ou par courrier postal.



Datscan normal.
Tremblement essentiel
Image en virgule bilatéralement



Datscan pathologique
Disparition de la fixation sur les putamens
Maladie de Parkinson

Notes

1. La caméra de médecine nucléaire est dite hybride, car elle est combinée à un scanner. La superposition des deux types d'imagerie permet à la fois de voir l'activité métabolique d'un tissu ou d'une lésion tout en la localisant précisément. Le service de médecine nucléaire du CHMouscron dispose de deux caméras hybrides (CT 6 et 16 barrettes) avec lesquelles sont réalisés plus de 3500 scintigraphies par an.

Approches chirurgicales de la TVP



Certaines thromboses veineuses profondes dans un membre inférieur peuvent désormais être traitées en chirurgie vasculaire. Penchons-nous sur les techniques proposées au CHMouscron.

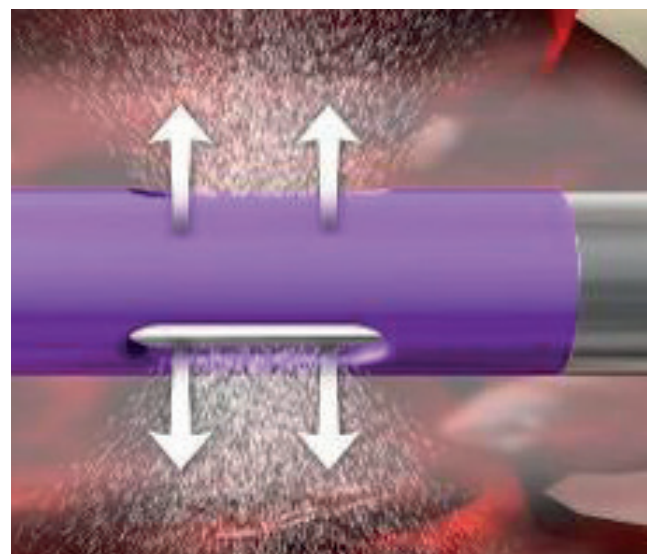
Autrefois, quand un patient faisait une thrombose veineuse profonde (TVP), les options étaient limitées. « À part les anticoagulants et les bas de contention, on ne pouvait pas faire grand-chose ! », explique le Dr Bart Lambrecht, chirurgien vasculaire et chef de service au CHMouscron. « Heureusement, les choses ont changé. Aujourd'hui, nous disposons de traitements médicamenteux et chirurgicaux performants. Pour traiter certaines TVP, notamment les TVP iliaques et fémorales – à risque majoré de complication embolique – notre service de chirurgie vasculaire propose deux techniques : la thromboaspiration et la thrombolyse. »

Aspirer le caillot...

Comme son nom le laisse entendre, la thromboaspiration consiste à introduire un cathéter dans la veine poplitée ou la fémorale – selon la zone de la TVP –, à le diriger vers le vaisseau où se trouve le thrombus et à l'y aspirer. L'intervention dure généralement entre 30 et 60 minutes et est réalisée sous anesthésie générale. « En effet, il est parfois nécessaire de poser un stent, notamment en cas de compression de la veine par une artère, un ganglion, une masse pelvienne, un kyste, etc. », explique le Dr Lambrecht. « Comme ce qui comprime n'est pas toujours retirable ou déplaçable, nous devons élargir le diamètre de la veine pour prévenir les récives. »



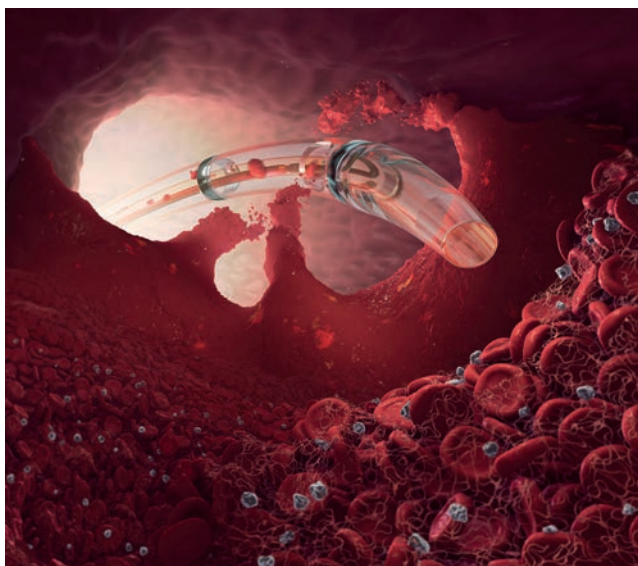
Thromboaspiration



Thromboaspiration

... ou le dissoudre ?

La thromboaspiration a l'avantage de raccourcir la durée d'hospitalisation et d'induire beaucoup moins de complications que la thrombolyse. « C'est d'ailleurs le premier choix de traitement chirurgical... à condition que la TVP soit toute récente et n'ait pas plus de quelques jours », précise le chirurgien. « En effet, au-delà d'une semaine, la thrombose est déjà organisée et la présence de fibrine et d'adhérence rend impossible son aspiration. Nous devons alors opter pour la thrombolyse. » Pour rappel, il s'agit d'injecter un médicament thrombolytique (streptokinase, urokinase, etc.) via un cathéter pour désagréger et dissoudre le caillot. « C'est plus long et plus risqué que la thromboaspiration. Il faut compter 24 à 72 heures que le ou la patient.e doit passer au service des Soins intensifs, car le risque d'hémorragie est plus élevé. Mais parfois, nous n'avons pas le choix. Il arrive aussi que les deux thérapies soient combinées : une thromboaspiration, suivie d'une thrombolyse pendant 24 heures. »



Thrombolyse

Après la thrombose

Une fois le caillot enlevé ou dissous, place à la prophylaxie médicamenteuse (1), afin de prévenir les récurrences et le syndrome post-thrombotique. Selon leur profil de risque et les facteurs ayant déclenché leur TVP (2), les patient.es se voient prescrire des anticoagulants oraux directs (rivaroxaban, apixaban, edoxaban ou dabigatran) et/ou des héparines à bas poids moléculaires (HBPM) – éventuellement complétées par des antivitamines K – pendant 3 à 6 mois, ainsi que des bas de contention de classe 3 qu'ils et elles sont censé.es porter à vie... « Même si, bien souvent, dans la pratique, ils et elles ne le font pas ! », constate le Dr Lambrecht. « À cet égard, les médecins de première ligne ont un rôle important à jouer, non seulement pour encourager l'adhésion thérapeutique, mais aussi pour vérifier si les patient.es présentent les signes d'un possible syndrome post-thrombotique. »

Zoom sur le syndrome post-thrombotique

Le syndrome post-thrombotique est la complication chronique la plus fréquente d'une TVP. « Ce phénomène survient quand les veines sont tellement gonflées que les valvules veineuses profondes sont détruites, altérant la circulation sanguine de façon définitive et, par là même, la qualité de vie des patient.es », rappelle le Dr Lambrecht.

Le syndrome post-thrombotique se manifeste par une jambe gonflée, bleuie, avec des ulcérations et, bien sûr, des douleurs. Les patient.es concerné.es doivent être référé.es vers un.e spécialiste (chirurgien.ne vasculaire ou phlébologue). À défaut d'un traitement curatif, des approches visant à empêcher l'évolution de la maladie et à soulager les symptômes peuvent être envisagées.



Syndrome Post-Thrombotique

En pratique

Le service de chirurgie vasculaire du CHMouscron est accessible 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

- Secrétariat : +32 (0)56 85 80 56 (du lundi au vendredi de 8h à 16h)
- Chirurgien de garde (Dr Bart Lambrecht ou Dr Thomas Valembois) : +32 (0)56 85 80 97

Note

1. Plusieurs TVP peuvent d'ailleurs être traitées par voie médicamenteuse.
2. Parmi les principaux facteurs de risque de la TVP, citons l'immobilisation prolongée (plâtre, hospitalisation, etc.), les lésions, traumatismes et compressions de la veine et la thrombocytose (excès de plaquettes dans le sang).

Ostéoporose : la filière fracture

Le service de rhumatologie du CHMouscron a mis en place un parcours de soins pour identifier, évaluer et traiter les patient.es atteint.es d'ostéoporose et ayant déjà fracturé une première fois. Objectif : prévenir d'autres fractures.



Osteoporose

Longtemps asymptomatique, l'ostéoporose n'est souvent diagnostiquée qu'après la première fracture. Même alors, seule une minorité de patient.es bénéficient d'un traitement antiostéoporotique. Ce qui augmente nettement le risque de nouvelle fracture, particulièrement lors de la première année durant laquelle la diminution de l'activité physique, voire l'immobilisation – consécutives à la première fracture – fragilise la musculature et la posture et accentuent le risque de chute. Évidemment, le retard de traitement favorise ce risque majoré. « Cette première année constitue donc une fenêtre d'opportunité », explique la Dr Marie Doyen, rhumatologue au CH-Mouscron. « Or, nous ne voyions pas souvent ces patient.es. Leur fracture est prise en charge aux Urgences ou en orthopédie, puis éventuellement en revalidation, sans forcément passer par la rhumatologie. Notre nouvelle filière fracture vise donc à les "récupérer" dans une démarche de prévention secondaire. »

Fonctionnement de la filière

Concrètement, comment cette filière fracture fonctionne-t-elle ? « Quand ils voient un.e patient.e, généralement âgé.e de plus de 50 ans, qui présente une fracture de "basse énergie", nos confrères et consœurs d'orthopédie sont invité.es à lui remettre un document l'informant qu'il ou elle sera bientôt recontacté.e par Mme Delefortrie, l'infirmière référente de la filière fracture », explique

le Dr Yves Pottiez, rhumatologue au CHMouscron. « Celle-ci lui téléphone et l'invite à la rencontrer pour bénéficier d'une mise au point. »

Ce bilan, concentré sur une journée, se déroule en deux temps. Premièrement, le ou la patient.e passe une série d'examen :

- une ostéodensitométrie pour objectiver la densité minérale osseuse ;

Les agents anaboliques osseux

Si le téraparatide, qui contient les 34 premiers acides animés de la parathormone (Forsteo®), est disponible depuis plusieurs années, le romosozumab, un inhibiteur de la sclérostine (Evenity®), a été admis au remboursement au début de l'année. Alors que les autres traitements antiostéoporotiques (THS, SERM, bisphosphonates, Prolia®, etc.) sont antirésorptifs – ils inhibent les ostéoclastes –, le téraparatide stimule les ostéoblastes. Quant au romosozumab, il a un double effet : antirésorptif et anabolisant.

Ces molécules ne se contentent donc pas de freiner la détérioration de l'os : elles aident à le reconstituer. Vu leur coût élevé, ils ne sont remboursés que sous conditions strictes, après avis du médecin spécialiste.



- une radio faiblement irradiante de profil de la colonne dorsolombaire (EVA) pour détecter les fractures existantes et/ou d'éventuelles lésions infracliniques ;
- une anamnèse nutritionnelle pour mesurer la prise de calcium alimentaire ;
- un bilan sanguin pour détecter d'éventuelles causes secondaires de la fracture (myélome, hyper (para)thyroïdie, etc.).

« Nous utilisons aussi le Fracture Risk Assessment (FRAX) score, un outil statistique qui permet de chiffrer le risque de fragilité osseuse globale et celui de fracture du fémur à 10 ans », commente la Dr Doyen. « C'est particulièrement utile si la densité osseuse n'est pas pathologique (valeur moyenne) : si le FRAX est élevé, nous préconisons de traiter. »

Les traitements antiostéoporotiques

Dans un second temps, le ou la patient.e voit l'un.e des rhumatologues du service. Si les résultats des examens le justifient, un traitement antiostéoporotique peut être initié. Outre l'encouragement de l'exercice physique stimulant l'os (marche, course à pied, etc.) – bénéfique tout au long de la vie, notamment sur les plans musculaire, cardiorespiratoire et de la mobilité – une supplémentation en calcium et vitamine D est proposée pour favoriser la formation et la minéralisation osseuse. En cas d'ostéoporose avérée, elle est associée à l'un ou l'autre médicament disponible actuellement :

- un traitement hormonal de substitution (THS) ou un modulateur sélectif des récepteurs aux œstrogènes (SERM),
- des bisphosphonates par voie orale ou intraveineuse,
- un inhibiteur du RANK ligand (Prolia®),
- un agent anabolique (Forsteo® ou Evenity®).

« Le traitement antiostéoporotique devrait être séquentiel », commente la Dr Marie Doyen. « On commence souvent un THS ou un SERM à la ménopause, puis on enchaîne pendant quelques mois ou années avec un autre médicament, et ainsi de suite. Hormis les agents anaboliques – qui ne peuvent être prescrits que par les spécialistes (voir encadré) –, pour peu que les médecins de première ligne connaissent bien cette approche séquentielle, ils ou elles peuvent tout à fait prescrire ces médicaments. »

Attention à l'adhésion thérapeutique

Les généralistes ont d'ailleurs un rôle important à jouer dans le suivi, l'information et l'adhésion thérapeutique. En effet, de nombreux.ses patient.es redoutent les effets secondaires de certains antiostéoporotiques, au point de cesser de les prendre. « On a notamment parlé dans les

médias de l'ostéonécrose de la mâchoire, qui peut survenir après une extraction dentaire », explique le Dr Pottiez. « Raison pour laquelle, d'ailleurs, nous envoyons les patient.es chez le dentiste avant d'initier un traitement par bisphosphonate ou Prolia®. Or, cette toxicité est rare, de l'ordre d'un cas sur 10 ou 20 000 patient.es traité.es par an ! (1). Personnellement, dans le cadre du traitement de l'ostéoporose, je n'ai connu chez mes patient.es que deux cas d'ostéonécrose maxillaire au cours de ma carrière. »

« Le Prolia® est aussi très efficace, mais il ne faut pas l'arrêter sans assurer un relai thérapeutique », ajoute la Dr Doyen. « Sinon, en moins d'un an, les patient.es en perdent tout le bénéfice et font des fractures en cascade... »

L'effet papillon de l'ostéoporose

Pour rappel, les fractures ostéoporotiques les plus fréquentes sont celles de la hanche, du col du fémur, des vertèbres (rachis dorsal et lombaire) et du poignet. Outre le coût important que ces fractures représentent pour la collectivité, c'est surtout les patient.es qui en payent le prix fort. « Les fractures vertébrales peuvent ainsi modifier la marche (accentuation de la cyphose dorsale) et ces patient.es tombent davantage », illustre la rhumatologue. « Comme ils ou elles ont mal, on leur prescrit des antidouleurs, parfois jusqu'à la morphine, et leur cortège de potentielles toxicités. Une fracture du bassin entraîne souvent une (longue) immobilisation qui augmente les risques de thrombose veineuse, par exemple. » « On n'imagine pas toujours les conséquences qui peuvent découler d'une fracture ostéoporotique », ajoute son confrère. « Il y a un véritable effet papillon qui augmente considérablement la morbidité, mais aussi, in fine, la mortalité. En 2019, en Suède, on estimait la mortalité due à une fracture ostéoporotique plus importante que la mortalité du cancer du poumon et de l'AVC ! (2) » D'où l'intérêt de prendre en charge ces patient.es le plus en amont possible.



En pratique

Mme Delefortrie, l'infirmière chargée de la filière fracture, est disponible les lundi, mardi et vendredi. Elle peut être contactée via la consultation de rhumatologie au +32 (056)85 82 34.

Notes

1. I. Polymeni et al., « Risque d'ostéonécrose des maxillaires avec l'utilisation des bisphosphonates » in Revue médicale suisse, n°446, octobre 2014.
2. Source : Orto_Rhumato : fracture lésion services vol20/n° 1/2022.

