

# Séminaire de Printemps du Centre universitaire de Médecine générale de l'Université libre de Bruxelles (CUMG)

Crète, du 9 au 16 avril 2022

Compte-rendu des séances

Chaque année le CUMG organise son séminaire de Printemps lors des congés de Pâques. Le programme scientifique est toujours consacré à des domaines variés de la pratique en Médecine générale. Il a réuni cette année plus de 160 participants, médecins et familles et cinq thématiques ont été traitées, chacune par un duo spécialiste et généraliste.

## 40 ANS D'HISTOIRE DU VIH – RESUME

**Le début des années 80** est marqué par l'apparition du syndrome d'immunodéficience acquise, identifié au départ des Etats-Unis parmi de jeunes homosexuels présentant des lymphocytes CD4 bas. L'hypothèse d'une transmission d'un agent viral est vite évoquée mais aucun test sérologique n'est alors disponible. Le diagnostic se fait sur base clinique suite à la mise en évidence des événements définissant le stade SIDA (Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise) à savoir les infections opportunistes ou certains cancers rares comme le sarcome de Kaposi. L'exclusion, le silence du politique, la stigmatisation et l'empreinte religieuse s'ajoutent au poids de la maladie des personnes vivant avec le VIH (virus de l'immunodéficience humaine). Certaines manifestations sentinelles permettent d'évoquer plus précocement le diagnostic. Il s'agit de la survenue de plus de deux pneumonies en moins de 18 mois, d'un zona chez un patient jeune, de mycoses florides et/ou récidivantes ou d'une dermatite séborrhéique sévère et/ou résistante au traitement.

Il faudra attendre 1985 pour voir apparaître les premiers tests sérologiques permettant le diagnostic d'infection par le VIH chez des patients encore asymptomatiques. En même temps arrivent les premiers traitements. Ce sont des molécules intéressantes qui s'avèreront très utiles dans des combinaisons thérapeutiques mais qui, utilisées à des doses trop importantes comme l'AZT (zidovudine), vont engendrer énormément d'effets indésirables avec peu d'effet sur la survie en monothérapie.

**À la fin des années 90** arrivent de nouvelles molécules et le début des thérapies combinées. Ces traitements comportent souvent un nombre important de comprimés avec malheureusement énormément d'effets indésirables qu'il faut eux-mêmes traiter : la survie s'améliore nettement mais au prix d'une qualité de vie souvent altérée. Certains patients déjà traités par les monothérapies ou les anciennes bithérapies ont par ailleurs développé des résistances et restent en échec thérapeutique. Les interactions médicamenteuses représentent également un problème difficile à gérer et nécessitent de faire un choix éclairé en

tant que prescripteur.

A l'heure actuelle, il existe un site de référence régulièrement mis à jour reprenant les interactions des médicaments contre le VIH, l'hépatite C et le coronavirus : [www.hiv-druginteractions.org](http://www.hiv-druginteractions.org).

**Le début des années 2000** voit arriver une simplification majeure des traitements. On passe d'une poignée de pilules plusieurs fois par jour à une pilule une fois par jour, contenant une trithérapie. On obtient ainsi une nette diminution des effets indésirables et du risque d'interaction médicamenteuse. Le dépistage s'améliore également. Le diagnostic d'une infection par le VIH devient possible le plus souvent dès deux semaines après l'infection grâce aux tests ELISA de 4<sup>e</sup> génération. Néanmoins pour être certain d'un résultat négatif, un délai de six semaines est encore nécessaire pour exclure formellement une infection.

Avec l'amélioration des traitements, les patients porteurs du VIH vivent plus longtemps et sont maintenant exposés aux pathologies liées au vieillissement (maladies cardio-vasculaires, insuffisance rénale, néoplasies...). Il est donc important d'avoir un retour vers les consultations de médecine générale et de développer une collaboration entre infectiologue et médecin traitant.

## La tuberculose

La tuberculose est un partenaire constant de l'histoire du VIH. Alors qu'une tuberculose latente risque de se réactiver dans 10 % des cas durant la vie d'une personne immunocompétente, ce risque passe à 10 % par an chez les patients immunodéficients, dont ceux porteurs du VIH, entretenant par ce biais une mortalité énorme liée à la tuberculose dans les pays à faible ressource. En cas de diagnostic de tuberculose, il faut systématiquement penser à dépister le VIH.

## La prévention

Il faut informer et identifier les prises de risque chez tous les patients appartenant à des groupes où l'épidémie est concentrée (HSH [homme ayant des rapports sexuels avec un homme], travailleurs du sexe...). Cela permet de proposer un dépistage et la mise en route d'une Prophylaxie pré-exposition (PrEP) depuis 2016. Evidemment, tout patient ayant eu recours à une Prophylaxie post-exposition (PEP) suite à une prise de risque est candidat à une PrEP (50 % des utilisateurs de PEP deviennent séropositifs dans les cinq ans). La PrEP est remboursée soit en continu avec une prise par jour de tenofovir/emtricitabine ou à l'acte en fonction de la décision prise conjointement entre les soignants et le patient.

## Le Chemsex

Le Chemsex devient un problème important depuis quelques années. Cette pratique correspond au fait d'avoir des rapports sexuels sous influence de substances (drogues, médicaments). Cette pratique devient très courante, voire banalisée, surtout chez les HSH. Il en résulte une augmentation des prises de risque, une augmentation des phénomènes anxieux chez les utilisateurs et une augmentation du nombre de patients qui ne parviennent plus à avoir du plaisir sans être sous influence.

## Guérison ?

Malgré de nombreux efforts de recherche en termes de vaccin thérapeutique, de stratégie visant à purger les réservoirs de virus ou d'approches immunologiques combinées, seuls 4 cas de guérisons ont été décrits à l'heure actuelle. Trois d'entre eux après une allogreffe de cellules souches provenant d'un donneur présentant une mutation empêchant le virus de rentrer dans les cellules (Delta32 CCR5). Une patiente a présenté une guérison spontanée bien documentée, sans que l'on comprenne comment celle-ci a pu se débarrasser du virus.

Jean-Christophe Goffard et Cindy Debey

## LA GÉNÉTIQUE MÉDICALE

La génétique clinique n'a été reconnue en Belgique comme spécialité médicale que depuis le 31 mai 2017. La Dr Isabelle Vandernoot, après avoir brièvement retracé son parcours professionnel, a décrit son travail. Loin de l'image d'Epinal du laborantin en blouse blanche, occupé sur sa paillasse, entouré de tubes à essai et d'erlenmeyer, le travail d'un généticien est surtout un travail de consultation. En préambule de son exposé, le Dr Vandernoot a présenté un panel de tests génétiques en ligne comme MyHeritage® qui proposent, moyennant une somme modique, de révéler aux utilisateurs leurs ascendances et origines ethniques. L'oratrice pointe d'emblée quelques dérives à cette génétique récréationnelle : le manque de transparence en lien avec la revente des données, la dérive vers un dépistage des maladies sans accompagnement médical (tant au niveau explicatif que soutien psychologique), un manque d'informations par rapport aux techniques utilisées et enfin une dérive mercantile avec proposition de compléments alimentaires et autres supercheries.

Le travail d'un(e) généticien(ne) consiste principalement à consulter au sens étymologique, c'est-à-dire conseiller les patients et leur famille. Le médecin, éventuellement en binôme avec un conseiller en génétique, explique aux patients la maladie suspectée ou diagnostiquée, son mode de transmission et donne des conseils en matière de dépistage et de prévention (dépistage préconceptionnel, prénatal, dépistage on-

cologique) mais également des recommandations en matière de traitement (thérapie génique par exemple).

Parmi les idées reçues que l'on peut avoir concernant les maladies génétiques, celle qui revient régulièrement concerne leur rareté. Bien sûr, il y a des maladies peu fréquentes comme la maladie de Wilson par exemple avec une prévalence estimée entre 1:30.000 et 1:50.000<sup>1</sup>. Mais il y a des maladies plus courantes comme l'hémochromatose avec une prévalence, pour les personnes d'origine caucasienne, de 1:250<sup>2</sup> et enfin, il y a des maladies génétiques très fréquentes comme la drépanocytose avec une fréquence de portage à l'état hétérozygote qui peut aller jusqu'à 1:20 à 1:25 en fonction de l'origine géographique<sup>3</sup>. En Europe du Nord, environ une personne sur 25 porte une mutation dans le gène CFTR, responsable de la mucoviscidose chez l'enfant si le conjoint transmet aussi une mutation du même gène et pourtant le dépistage systématique préconceptionnel n'est plus remboursé par l'INAMI en Belgique. Un des messages clés était d'envisager un conseil génétique auprès des patients « cas-index » lorsque cela est possible, c'est-à-dire de faire prendre conscience de l'éventuelle transmission de mutations génétiques aux patients malades qui ont une descendance de leur vivant. Car bien souvent, nous nous retrouvons dans la situation malheureuse où ce sont les descendants des patients qui s'inquiètent d'une possible hérédité alors que leur parent « cas-index » est décédé.

Isabelle Vandernoot et Pol Thomas

## Bibliographie

1. Sandahl TD, Laursen TL, Munk DE, Vilstrup H, Weiss KH, Ott P. The Prevalence of Wilson's Disease: An Update. *Hepatology*. 2020;71(2):722-32. doi: 10.1002/hep.30911. Epub 2020 Jan 31. PMID: 31449670.
2. Smith BN, Kantrowitz W, Grace ND, Greenberg MS, Patton TJ, Ookubo R *et al*. Prevalence of hereditary hemochromatosis in a Massachusetts corporation: is Celtic origin a risk factor? *Hepatology*. 1997;25(6):1439-46. doi: 10.1002/hep.510250622. PMID: 9185765.
3. Sack FN, Noah Noah D, Zouhairatou H, Mbanya D. Portage de l'antigène HBs et des anticorps anti-VHC chez le drépanocytaire homozygote à l'Hôpital Central de Yaoundé [Prevalence of HBsAg and anti-HCV antibodies in homozygous sickle cell patients at Yaounde Central Hospital]. *Pan Afr Med J*. 2013;14:40. French. doi: 10.11604/pamj.2013.14.40.2069. Epub 2013 Jan 28. PMID: 23560123; PMCID: PMC3612872.

## SANTÉ ET PRÉCARITÉ

L'exposé a montré, chiffres à l'appui, que la précarité a une répercussion très négative sur l'état de santé diminuant de près de 9 années l'espérance de vie en Belgique

des patients les plus précaires par rapport aux plus favorisés. Cette différence est due à de nombreux facteurs comme par exemple, la consommation de tabac ou d'alcool, la moindre observance des préventions ou encore

la connaissance de la littératie. Ces différences touchent autant la sphère physique que psychique et sont aggravées par un cercle vicieux entre la vulnérabilité médicale et la vulnérabilité sociale, comme l'a particulièrement bien montré la récente crise COVID qui a encore creusé davantage les différences sociales. Le médecin généraliste joue un rôle central dans la prise en charge des patients les plus précaires ayant de nombreux outils à sa disposition allant de la bonne connaissance du statut social du patient à l'aide médicale urgente en passant par les nombreuses collaborations nécessaires tant avec les CPAS qu'avec les autres agents de santé de la première ligne. Une attention particulière doit être portée aux maladies chroniques des patients précaires (diabète, BPCO, cancer pulmonaire, VIH, troubles psychiatriques...).

La seconde partie de l'exposé concernait les maisons médicales qui se basent sur un modèle de soins GICA (globaux, intégrés, continus, accessibles). Elles utilisent

des techniques validées : l'approche bio-psycho-sociale du patient, le cycle d'assurance de qualité, le feedback aux équipes via des relevés de données. La santé communautaire recherche la participation des citoyens et permet de recréer de la cohésion sociale. « L'effet Matthieu », décrit en sociologie, est le phénomène par lequel les groupes privilégiés sont favorisés au détriment des groupes vulnérabilisés. Pour le contrer, nous pouvons pratiquer l'équité et l'inclusion, appliquer l'universalisme proportionné (programmes, services et politiques universels, mais selon une échelle et une intensité proportionnelles au degré de défavorisation), en étant attentifs à notre communication, à la littératie en santé et en tenant compte de la fracture numérique. Enfin, le financement au forfait est plus coûteux en première ligne mais engendre des économies en 2<sup>e</sup> ligne, pour un total équivalent. Il facilite l'accessibilité aux soins.

Emmanuelle Berquin et Marco Schetgen

## LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

On peut attribuer à chaque être humain un ensemble qui lui est propre, de modalités de fonctionnement psychique, de perception de l'environnement et de gestion de ses relations aux autres, qu'on appelle la personnalité. Cette carte mentale de traits de personnalité constitue sa signature psychologique, stable et unique, mais normalement souple et adaptative, capable d'utiliser des fonctionnements variés.

Les troubles de la personnalité sont définis comme une déviation, par rapport à ce qui est attendu dans la culture, des fonctionnements cognitifs, affectifs, interpersonnels et du contrôle des impulsions; rigide et envahissante, responsable d'une souffrance du sujet ou de son entourage, tellement intégrée dans sa vie qu'elle est difficilement identifiable par lui.

Le DSM V répertorie 10 troubles de la personnalité, en énumère les caractéristiques et les critères diagnostiques. Ces troubles tissent souvent la toile de fond sur

laquelle d'autres troubles mentaux vont se développer. La mauvaise réponse aux traitements de certains troubles mentaux ou les défis diagnostiques qu'ils posent s'expliquent souvent par le trouble de la personnalité sous-jacent. Le diagnostic des troubles de la personnalité, comme toujours en santé mentale, ne peut s'appuyer sur aucun paramètre biomédical, aucune imagerie, il est donc exclusivement clinique et d'autant plus complexe qu'il peut exister un overlap entre plusieurs d'entre eux et avec d'autres troubles mentaux.

On estime que 10 % de la population générale souffre à des degrés divers d'un trouble de la personnalité et jusqu'à 50 % en hospitalisation psychiatrique. L'évolution peut dans certains cas être favorable avec le vieillissement. Le traitement, lorsqu'il est possible et qu'une alliance thérapeutique s'installe, repose essentiellement sur différents types de thérapie et parfois sur les psychotropes pour atténuer les symptômes ou ceux des troubles mentaux associés.

Pierre Fossion et Pierre-Joël Schellens

## TRAITEMENT DES DOULEURS CHRONIQUES EN MEDECINE GENERALE

Le médecin généraliste, comme d'autres spécialistes, est de plus en plus souvent confronté à l'accompagnement de patients présentant des douleurs chroniques qui peuvent avoir des origines différentes. L'utilisation des antalgiques, selon les paliers de l'OMS (Organisation mondiale de la Santé), est fort variable et souvent fonction du ressenti de la douleur mais aussi de l'information obtenue par le patient.

La prise en charge de la douleur chronique DOIT être multidisciplinaire et multimodale. Il est important de caractériser correctement et précisément la douleur, d'établir un plan de soin détaillé et correctement expliqué au patient afin qu'il le comprenne. De plus, des objectifs doivent être définis et évalués régulièrement. L'hygiène de vie (perte de poids, qualité de sommeil...), l'exercice – y compris la kinésithérapie, ostéopathie... – font partie du traitement comme le sont les thérapeutiques médicamenteuses ou même chirurgicales. La

douleur chronique peut engendrer un mal-être chez le patient. Le suivi du patient en psychothérapie peut être bénéfique tant d'un point de vue psychologique que somatique.

Le traitement pharmacologique doit être ciblé en utilisant la meilleure molécule qui aura le moins d'effets indésirables. Il ne sert à rien d'utiliser un morphinique pour traiter une inflammation ou de commencer du tramadol sans avoir essayé le paracétamol. L'adaptation progressive des traitements permet d'atteindre un seuil utile. Une mauvaise utilisation ou un dosage inadéquat peut être plus contre-productif que bénéfique. C'est pourquoi il est important que le patient soit vu régulièrement et qu'il ait la capacité de contacter son médecin pour toute adaptation.

En conclusion, le traitement des douleurs chroniques doit être global, multidisciplinaire, multimodal et bénéficié d'un suivi régulier.

Isabelle Langer et François Felgueroso-Bueno