

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

## Rhodes, du 30 avril au 7 mai 2023

Le séminaire de Printemps du CUMG (Centre universitaire de Médecine générale de l'Université libre de Bruxelles - ULB) s'est déroulé sur l'île de Rhodes du 30 avril au 7 mai 2023, dans une excellente ambiance confraternelle et familiale. Il a réuni plus de 160 participants, spécialistes en médecine générale ou hospitalière et familles.

Cinq thématiques médicales de grand intérêt pour la première ligne de soins ont été abordées par d'éminents conférenciers, les présentant en duo (médecin spécialiste & médecin généraliste). Quatre conférences sont résumées ici, la dernière consacrée à la Néphrologie ayant fait l'objet d'une séance spéciale au Congrès de l'AMUB (JEP) en septembre dernier (Nortier J, Cardon P. Le virage ambulatoire de la néphrologie ou « Implications de la première ligne de soins aux différents stades de la maladie rénale chronique ». Rev Med Brux. 2023;44:424-32.

### PNEUMOLOGIE

#### Dépistage du cancer du poumon et prise en charge des nodules pulmonaires en 2023

En Belgique, le cancer du poumon est le deuxième cancer le plus fréquent chez l'homme et le troisième chez la femme. Il est associé à des facteurs de risque clairement identifiés dont le principal est le tabagisme. Il a une phase pré-clinique longue et le traitement sera d'autant plus efficace qu'il est diagnostiqué à un stade précoce. Par ailleurs, la mortalité qui lui est associée est importante : premier cancer « tueur » chez l'homme et deuxième chez la femme. Tout ceci fait du cancer pulmonaire un bon candidat pour une campagne de dépistage, essentiellement chez les patients fumeurs.

Plusieurs études ont été réalisées ces 30 dernières années aux Etats-Unis et en Europe afin de déterminer quelle serait la meilleure technique pour ce dépistage ainsi que ses modalités. C'est finalement le CTscan thoracique « *low dose* » qui s'est avéré être le meilleur examen pour la détection des stades précoces du cancer pulmonaire. Ces études ont également pu démontrer une diminution de la mortalité du cancer pulmonaire grâce à ce dépistage.

Des recommandations américaines et françaises ont été publiées. Les différences essentielles entre ces deux recommandations sont la fréquence du dépistage et la mesure du nodule. Le dépistage annuel (USA) versus bisannuel (France) ne semble pas montrer de grandes différences. Par contre, il semble y avoir un intérêt à utiliser les mesures volumiques pour le suivi afin de diminuer le nombre de faux positifs.

Il n'y a pas de dépistage systématique du cancer pulmonaire organisé en Belgique à l'heure actuelle. Il s'agit d'une compétence régionale. La Flandre a lancé une campagne de dépistage fin de l'année 2022. Rien n'a encore été clairement défini pour la Wallonie et Bruxelles. Des initiatives locales sont donc en train d'être mises en place comme, par exemple, à l'Institut Bordet en collaboration avec l'Hôpital Erasme.

Ce nodule pulmonaire, défini comme une lésion unique de moins de 3 cm de diamètre, a une prévalence de 24 % au CTscan thoracique chez les patients fumeurs. Toutefois, 96 % d'entre eux sont bénins. Leur prise en charge se situera dans un continuum qui s'étend de l'expectative armée à la chirurgie. Elle dépendra de la probabilité de néoplasie et du risque de complication chirurgicale. La chirurgie sera donc recommandée pour le patient avec une bonne fonction respiratoire, dont le bilan d'extension est négatif et pour qui la suspicion néoplasique est haute. Pour les autres, une approche non chirurgicale pourra le plus souvent être proposée.

Au niveau de l'approche non chirurgicale, justement, plusieurs techniques sont connues de longue date. Il s'agit de la ponction transthoracique (bon rendement diagnostic si lésion périphérique mais risque de pneumothorax élevé) et de la biopsie trans-bronchique sous fluoroscopie (bon rendement diagnostic si lésion >2 cm et pas trop périphérique). Il a donc fallu développer d'autres techniques pour les lésions non atteignables et pour diminuer le risque de complications liées à l'intervention.

L'écho-endoscopie EBUS permet de vérifier que la sonde est bien positionnée au sein du nodule. La navigation électromagnétique endobronchique permet, elle, d'arriver jusqu'à un nodule qui se trouve au-delà de la 5<sup>e</sup> division bronchique qui correspond à la limite de la sonde classique de bronchoscopie. Enfin, pour majorer la taille des prélèvements, les cryobiopsies pulmonaires ont été développées.

La combinaison de ces 3 techniques a permis de grandement améliorer le rendement diagnostique pour les lésions périphériques de petite taille.

L'association des différents nouveaux outils endoscopiques permet un diagnostic du nodule pulmonaire dans 90 % des cas et dans un futur proche permettra probablement d'associer une ablation du nodule par voie endoscopique s'il se confirme qu'il est malin.

Orateur spécialiste : Dimitri Leduc,  
Pneumologue H.U.B - Hôpital Erasme

Modératrice : Cindy Debey, médecin généraliste

### Situations fréquentes en médecine générale

#### L'hyperferritinémie

Le médecin généraliste se trouve fréquemment dans des situations où, face à une hyperferritinémie, il a besoin d'exclure la surcharge en fer d'un patient. Par ailleurs, dans quelles situations doit-il suspecter une hémochromatose génétique? Et dans quels cas les saignées sont-elles indiquées?

Tout d'abord, les causes d'hyperferritinémie sont réparties en 2 catégories :

- La première regroupe les causes d'hyperferritinémie avec surcharge en fer et reprend principalement les diagnostics suivants : hémochromatose (HFE-1 et les autres), la mutation de la ferroporphyrine, l'acéruloplasmine, la dysérythropoïèse compensée, les transfusions répétées, les hépatopathies chroniques et la porphyrie cutanée tardive;
- La deuxième catégorie rassemble les causes d'hyperferritinémie en absence significative de surcharge en fer et reprend les diagnostics suivants : syndrome inflammatoire, cytolysse (foie, muscle), l'alcoolisme chronique, le syndrome métabolique, les cancers et hémopathies, l'hyperthyroïdie, le diabète, la maladie de Gaucher, le syndrome d'activation macrophagique, la maladie de Still et la L-ferritine avec ou sans cataracte. Notons que le syndrome inflammatoire, la cytolysse, l'alcoolisme chronique et le syndrome métabolique représentent plus de 90% des causes d'hyperferritinémie.

Diverses analyses du statut martial existent, mais quelle est l'analyse la plus pertinente pour établir la surcharge en fer : fer, ferritine, transferrine, coefficient de saturation de la transferrine, TIBC, rapport fer/transferrine? Il s'agit du coefficient de saturation de la transferrine.

Nous nous limiterons ici à évoquer l'hémochromatose liée à la mutation du gène HFE (C282Y). Une personne sur 300 est porteuse de la principale anomalie prédisposant à la maladie. Les premiers symptômes de la maladie homozygote apparaissent vers 40 ans chez les hommes et 10 ans plus tard chez les femmes (à la suite de leurs saignées mensuelles naturelles). L'histoire naturelle de la maladie est assez typique : la transferrine augmente chez 75% des patients porteurs de la prédisposition génétique (stade 1). Ensuite la ferritine va également s'élever chez la moitié des porteurs de la mutation (stade 2). Ces deux premiers stades sont regroupés sous l'appellation « expression biochimique » de l'hémochromatose. Par après apparaît l'expression clinique avec premièrement de la fatigue et des douleurs ostéoarticulaires chez un quart des patients (stade 3) et ensuite (et très rarement à l'heure actuelle) les complications terminales telles que le diabète, le cancer hépatique, la cirrhose, la cardiomyopathie et

un hypogonadisme (stade 4). D'autres symptômes peuvent également être retrouvés dans l'hémochromatose : hépatomégalie, ongles blancs, ongles plats, koïlonychie, sécheresse cutanée et mélanodermie.

Face à une hyperferritinémie avec surcharge en fer importante (saturation de la transferrine > 45 %), il est nécessaire de reconstruire le statut martial. Si le deuxième résultat confirme le premier, une analyse génétique à la recherche de la mutation HFE C282Y est recommandée. En cas de positivité de celle-ci, une IRM hépatique doit être prescrite afin de quantifier la surcharge et le patient doit être référé en hématologie. La diminution du signal hépatique à l'IRM est bien corrélée à l'augmentation de la concentration hépatique en fer dans une fourchette allant de 100µmol/g à 350µmol/g de poids sec.

Au-delà de cette fourchette, elle est beaucoup moins précise. Des problèmes techniques ou une stéatose hépatique peuvent également produire des résultats faussement positifs.

Si le résultat de l'analyse génétique revient négatif, une dysérythropoïèse et autres causes rares peuvent être évoquées. Une IRM hépatique ainsi qu'un avis spécialiste sont également recommandés.

Le syndrome métabolique est une cause très fréquente d'hyperferritinémie, ce tableau est appelé « Dysmetabolic Iron Overload Syndrome » (DIOS). 15% des patients avec ce DIOS ont également une surcharge en fer, qui sera généralement modérée (< 150µmol/g). Le médecin traitant pourra penser à une surcharge si la ferritine dépasse les 450µg/l. La fibrose hépatique qui y est associée est plus sévère. Cette perturbation martiale dans le syndrome métabolique provient d'un processus multifactoriel et dynamique déclenché par un régime alimentaire trop riche. Des cofacteurs génétiques et environnementaux interviennent ainsi qu'une communication croisée entre le foie et le tissu adipeux viscéral. Dans le cadre du DIOS, les saignées ne sont pas indiquées. Le traitement consiste en une modification du régime alimentaire et des habitudes de vie, ainsi que d'un contrôle strict de l'HTA, de la glycémie et de la dyslipidémie

#### L'urticaire chronique

Dans les cas d'urticaire chroniques, le diagnostic de syndrome d'activation macrocytaire (SAMA) est parfois évoqué par les médecins généralistes. Il nous semble important de rappeler ce qu'est cette entité particulière. Le macrocyte est une cellule leucocytaire présentant de nombreux granules sécrétoires, correspondant à des taux très élevés de protéases stockées en très hautes quantités (elles représentent plus d'un quart de toutes les protéines du mastocyte). Elles sont stockées sous forme active. Lors d'un épisode de dégranulation, ces protéases actives sont libérées en grandes quantités.

Parmi ces différentes protéases spécifiques, on retrouve la tryptase, la chymase, la carboxypeptidase A, ... La tryptase est la plus spécifique et est

toujours augmentée chez les patients avec des épisodes d'activation macrocytaire hypotensifs. Elle doit être mesurée dans les 4h suivant l'épisode et comparée à une valeur de base. Une valeur basale augmentée en absence d'insuffisance rénale et de syndrome myéloprolifératif suggère une mastocytose ou une hypertryptasémie héréditaire.

Il faut distinguer la sécrétion constitutive du mastocyte de la dégranulation de celui-ci. Dans la sécrétion constitutive, il s'agit d'une libération continue de protryptase, qui est une tryptase monomérique, dont le rôle et la fonction sont encore inconnus. En revanche, dans le phénomène de dégranulation, c'est une tryptase mature, ou tétramérique, qui est libérée. Celle-ci entraîne un recrutement d'éosinophiles et de polynucléaires, une prolifération des fibroblastes et des muscles lisses, une angiogénèse, une stimulation nerveuse, une stimulation épithéliale, une dégradation active extra-cellulaire et enfin une fibrinolyse.

Ces phénomènes biologiques expliquent les symptômes de l'activation mastocytaire :

- au niveau cutané : un flush, un prurit, une urticaire et un angioœdème ;
- au niveau tête et cou : une hyperhémie conjonctivale, une congestion nasale et une rhinorrhée ;
- au niveau respiratoire : du wheezing et une toux spastique ;
- au niveau digestif : une hyperacidité gastrique, des nausées avec ou sans vomissement, des diarrhées, des crampes abdominales ;
- au niveau cardiovasculaire : une hypotension, une tachycardie ;
- au niveau général : une fatigue, des troubles de la mémoire et de la concentration, une léthargie (à noter que ces deux dernières plaintes subjectives doivent être accompagnées par des signes ou symptômes affectant au moins 2 autres systèmes afin de pouvoir évoquer un trouble mastocytaire).

Les maladies associées à une activation mastocytaire est une entité reprenant différents diagnostics dont le syndrome d'activation macrocytaire (SAMA). Il existe actuellement des critères de consensus du SAMA, qui comprend un critère clinique (critère A), un critère biologique (critère B) et enfin un critère thérapeutique (critère C).

Le critère clinique ou A correspond aux signes cliniques typiques d'une activation macrocytaire systémique sévère et récurrente (épisodique) sont présents (souvent sous forme d'anaphylaxie) (définition de systémique : impliquant au moins 2 systèmes organiques).

Les systèmes organiques sont les suivants avec les poids des symptômes incarnés par les sigles ++, +, +/-, - :

1. peau : urticaire ++, angioœdème ++, flush + et prurit +
2. cardiovasculaire : hypotension ++, syncope ++, tachycardie +

3. respiratoire : dyspnée/sifflements +/-, œdème laryngé +/-, (enrouement) -, (congestion nasale) -
4. tube digestif : crampes +/-, diarrhée +/-, vomissement+ /-

Le critère biologique ou B suppose l'implication mastocytaire qui doit être documentée par un biomarqueur. Le marqueur privilégié est l'augmentation du taux de tryptase sérique par rapport à la ligne de base de l'individu à plus 20% + 2 ng/mL

Le critère thérapeutique ou C concerne la réponse thérapeutique soit par des agents stabilisateurs du mastocyte, soit par des médicaments dirigés contre la production de médiateurs du mastocyte, soit par des médicaments bloquant la libération de médiateurs ou les effets des médiateurs dérivés du mastocyte.

Pour poser le diagnostic de SAMA, il faut que les 3 critères soient remplis (SAMA = A + B + C).

Après avoir parcouru les critères diagnostiques, on se rend compte que le SAMA est donc un diagnostic pas si aisé à poser, avec un risque de coller cette étiquette aux patients venant nous voir avec des symptômes assez vagues, touchant plusieurs systèmes, de façon intermittente. Il est dès lors intéressant de mentionner les symptômes et conditions non spécifiques qui ne font pas partie des caractéristiques du SAMA : fatigue, douleurs fibromyalgiques, douleurs lombaires chroniques, œdème, dermatographe, alopecie, verrues, vertiges, adénopathie, changement de poids, hypothyroïdie, hyperthyroïdie, syndrome métabolique, anomalies électrolytiques, diabète de type 2, troubles digestifs (constipation, reflux, syndrome du côlon irritable, maladie inflammatoire intestinale, maladie cœliaque) , troubles neuro psychiatriques (céphalées, déficit de l'attention, troubles d'hyperactivité, anxiété, dépression, syndrome de stress post traumatique, troubles de l'humeur, jambes sans repos, schizophrénie), hypertension artérielle essentielle, hypertension pulmonaire, athérosclérose, dysautonomie, syndrome d'Ehlers Danlos, insuffisance rénale chronique, prostatite, endométriose, ovaires polykystiques, troubles immunitaires, hypersensibilité aux aliments, cancer solide, anémie,.....

Par ailleurs, il existe des variants de SAMA :

- SAMA primaire (clonal) : caractérisé par la présence de la mutation KIT D816V /
- Mastocytes aberrants CD25 a) avec mastocytose confirmée (cutanée ou systémique) et avec 2 critères mineurs de mastocytose
- SAMA secondaire : liée à une allergie IgE médiée, avec une autre réaction immunitaire avec activation mastocytaire mais en absence de la mutation KIT D816V
- SAMA idiopathique : cette entité regroupe les SAMA avec les critères A + B + C sans les critères de SAMA primaire ou secondaire.

**Orateur spécialiste : Elie Cogan, interniste, CHIREC**

**Modératrice : Juliette Broux, médecin généraliste**

## CHIRURGIE CARDIAQUE

### La prise en charge péri-opératoire d'un patient atteint d'une valvulopathie cardiaque

Avant toutes choses, il est important de rappeler l'épidémiologie des pathologies valvulaires en fonction de leur localisation. Les sténoses aortiques, qui représentent à elles seules 25% des pathologies valvulaires, sont soit d'origine dégénérative, soit issues de bicuspidie. Les insuffisances aortiques sont d'origine dégénérative, dues à des annulo-ectasies, des bicuspidies ou encore des séquelles d'endocardite. Les sténoses mitrales résultent bien souvent d'un rhumatisme articulaire aigu. Les insuffisances mitrales sont d'origine dégénérative, post endocardite ou sur hypertrophie du ventricule gauche.

#### La sténose aortique

La prévalence de cette atteinte augmente en fonction de l'âge et peut atteindre presque 10% chez les 80-89 ans, elle touche plus souvent les hommes que

les femmes. Il est important de dépister cette pathologie. En cas d'apparition de symptômes, la survie à 2 ans s'effondre complètement. Une intervention chirurgicale peut complètement inverser la tendance et permettre de retrouver l'espérance de vie attendue. Le rôle du médecin traitant trouve donc toute son importance car il est en première ligne pour dépister ces patients et les envoyer faire une échographie en cas d'apparition des symptômes.

Attention : il est formellement contre-indiqué de réaliser une ergospirométrie en cas de sténose sévère.

#### L'insuffisance mitrale

C'est la seconde pathologie valvulaire par ordre de fréquence et elle se manifeste de manière parfois brutale. Cette pathologie sera dépistée dès l'apparition d'un souffle, même sans symptômes, par échographie, ensuite le type de prise en charge sera décidé en fonction de la présence ou non de symptômes.

Ci-dessous un tableau récapitulatif en fonction des atteintes valvulaires.

	Sténose Aortique	Insuffisance Aortique	Sténose Mitrale	Insuffisance Mitrale	Insuffisance Tricuspidale
Préopératoire	HTA (low dose) Statine si Ca <sup>++</sup>	HTA (sys < 140mmHg) IEC (si FE ↓) Statine	Diurétiques	HTA (sys < 140mmHg)	Diurétiques!
Importance clinique	+	-	+	-	-
Evaluation ECHO Ergospiro?	-	+	+	+	+
Intervention	AVR TAVI vs Surgery Biologique vs mécanique	1. Plastie valvulaire 2. AVR	MVR Biologique vs mécanique	1. Plastie valvulaire 2. MVR Surgery vs MITRA Clip	1. Plastie valvulaire 2. TVR Biologique (procine)

### L'arrêt des NOACS : ils peuvent être arrêtés 2 jours avant une intervention.

#### La prophylaxie contre l'endocardite bactérienne

Elle ne doit plus se faire qu'en cas de traitement dentaire occasionnant des atteintes de la muqueuse buccale. En Europe, à contrario des USA, il est préconisé de l'instaurer également en cas d'intervention touchant les muqueuses ORL. Cela s'applique chez les patients ayant une valve prothétique, du matériel de réparation valvulaire, un antécédent d'endocardite, une transplantation, une malformation cardiaque cyanogène dont le traitement n'est pas complet.

#### Quelle valve choisir?

Le choix est simple et dépend de 2 critères : l'âge du patient et s'il s'agit d'une pathologie mitrale ou aortique. En cas de pathologie aortique on aura tendance à mettre une valve mécanique avant 50ans et une bioprothèse après 65ans, entre 50 et 65ans les deux techniques peuvent être envisagées en concertation avec le patient.

Pour les pathologies mitrales le choix est plus simple : avant 65 ans prothèse mécanique et après bioprothèse. Mais si une valve peut être réparée cette procédure doit être privilégiée.

#### Les complications de la chirurgie valvulaire

Les complications précoces les plus fréquentes par ordre de fréquence sont les FA (40%), les hémorragies (5 à 10%) et les infections post-op (chez 1% des patients). La FA post-op vient d'une irritation myocardique et est souvent temporaire. Parmi les infections post-op, on redoute le plus souvent la médiastinite.

Les complications plus tardives sont les fuites para-valvulaires (qui peuvent se manifester simplement par une anémie), les infections comme l'endocardite, la FA et les thromboses, ou la formation d'un pannus (correspondant à une hyper-cicatrisation).

Orateur spécialiste : Pierre Wauthy, chirurgien cardiaque, CHU Brugmann / HUDERF  
Modérateur : William Urbain, médecin généraliste

## SEXOLOGIE

### Le médecin généraliste face aux questions de sexualité

**La vie affective et sexuelle est une question de droits, de libertés et de santé globale. Elle influence notre santé mentale et physique.**

Aborder la santé sexuelle en première ligne de soins ne se réduit pas à la prévention de problèmes en lien avec la sexualité. Selon l'OMS la santé sexuelle exige une approche respectueuse et positive des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles qui soient source de plaisir, sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence. Pour atteindre et maintenir une bonne santé sexuelle, les Droits humains et Droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et réalisés.

La maladie, un traitement, l'âge, une situation de handicap ne doivent pas empêcher une vie affective et sexuelle satisfaisante.

Le médecin généraliste devra éviter l'intraitance sexuelle, à savoir une indifférence face à une plainte sexuelle qui n'est pas forcément explicitée mais dont les symptômes sont « parlants » ou masqués dans une autre demande.

Pour y parvenir il faudra identifier nos propres représentations de la sexualité, utiliser des termes qui témoignent d'une vision non normative et non stéréotypée de la sexualité, avoir une vision positive de la santé sexuelle et se former. L'investigation clinique tiendra compte des différentes dimensions de la sexualité : biologiques, psychoaffectives, légales et éthiques, cognitives, morales, spirituelles et religieuses, socioculturelles.

Les principaux outils de communication consisteront à demander la permission pour parler de sexualité afin d'éviter la surprise, de partager des faits simples et véridiques pour éliminer les mythes, de rassurer et normaliser le vécu, de mobiliser les ressources de la personne, soutenir son « *empowerment* » et son niveau de littéracie en santé sexuelle.

Face à une dysfonction sexuelle, le rôle du généraliste consistera dans un premier temps à faire une anamnèse générale et médicamenteuse en ayant à l'esprit que la dysfonction peut être un signe sentinelle de diverses pathologies telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, les problèmes thyroïdiens ou encore la dépression et que certains médicaments peuvent être la cause de la dysfonction (par exemple les Bêtabloquants, les diurétiques et les anti-androgènes pour les troubles de l'érection, ou

les antidépresseurs pour les troubles du désir ou de l'éjaculation retardée). Il tentera d'exclure des causes physiologiques comme les infections gynécologiques, la sécheresse vaginale ou des allergies en cas de dyspareunie.

Après un examen complet et éventuellement une prise de sang, le généraliste pourra mener une première anamnèse sexuelle et relationnelle. Une attention particulière sera portée aux causes liées à l'angoisse de performance, au stress, à la culpabilité ou à la mauvaise image de soi.

La majorité des prises en charge tiendront compte tant des causes physiologiques que psychologiques et comporteront tantôt un traitement psychosexuel, tantôt médicamenteux. L'abord psychologique permettra éventuellement de chercher le trauma à l'origine de la dysfonction, de travailler sur la relaxation, l'image de soi ou encore les problèmes liés aux couples. La collaboration interprofessionnelle sera souvent la clef de cette prise en charge grâce au travail en réseau avec des psychologues, sexologues, gynécologues, sage-femmes, urologues, kinésithérapeutes, ostéopathes...

En ce qui concerne les médicaments, le généraliste pourra éventuellement les prescrire en n'omettant pas d'expliquer leur fonctionnement, leurs limites et leurs effets secondaires.

Ainsi en ce qui concerne les inhibiteurs de la 5 phospho-diesterase utilisés pour les troubles de l'érection, il faudra préciser que l'action ne se produit qu'en cas de stimulation, au minimum 30 à 60 minutes après la prise et selon la molécule pendant 4 à 36 heures. Les principaux effets secondaires sont les céphalées, les myalgies, les bouffées de chaleur et la congestion nasale et les seules contre-indications seront la prise concomitante de dérivés nitrés ou un accident cardiaque ou vasculaire récent. En ce qui concerne les antidépresseurs sérotoninergiques utilisés parfois dans l'éjaculation précoce, on retiendra que les plus efficaces sont la Paroxetine et la Dapoxetine.

Porter une attention à la sexualité des patients est le signe d'un véritable intérêt du médecin généraliste pour la personne et pour sa qualité de vie. L'âge, les accidents de la vie peuvent être l'occasion de reconsidérer le sens de la sexualité, les besoins et les désirs qui la motivent, les représentations et fausses croyances, les dynamiques relationnelles en jeu jusque-là.

**Oratrice spécialiste : Martine Laloux,  
Psychothérapeute, Sexologue clinicienne**

**Modérateur : Marco Schetgen, médecin généraliste**