

La formation postgraduée et continue du point de vue de la relève

Capacité de discernement et corticophobie – brèves mises à jour en gériatrie et en dermatologie

Capacité de discernement, traitement de l'hypertension chez les personnes âgées et COVID long. Le Prof. Dr Andreas Schoenenberger de Münsterlingen s'est penché sur ces thèmes pertinents pour la pratique générale lors du 5^e Congrès d'automne de la SSMIG «Medicine on Fire» à Interlaken. Tout à fait en accord avec le titre du congrès, les présentations des intervenants de cette année ont également porté sur les sujets brûlants de la médecine. La question d'actualité de la corticophobie, la dermatite atopique et le psoriasis, lorsque les atteintes ne se limitent pas à la peau – ces thèmes fréquents dans la pratique générale ont été abordés à la lumière des études récentes par le Prof. Dr Thomas Kündig (Zurich) dans sa présentation consacrée à la dermatologie.

Céline Désirée Fäh

Doctorante à l'Université de Berne

Nouvelles preuves sur les valeurs cibles de pression artérielle chez les personnes âgées

Les valeurs cibles de pression artérielle correctes chez les personnes âgées constituent depuis des années un sujet de discussion parmi les professionnels de la santé. Il s'agit toujours de mettre en balance les bénéfices et les risques du traitement de l'hypertension. En cas de mauvaise décision thérapeutique, les deux peuvent avoir des conséquences graves pour la patiente ou le patient. Pour les patientes et patients âgés qui ne souffrent pas encore de fragilité, il est désormais prouvé que les bénéfices d'un traitement antihypertenseur suffisant avec des valeurs cibles <140/90 mm Hg l'emportent largement sur les risques, avec une bonne tolérance du traitement. Il y a quelques années, le débat sur les valeurs cibles de pression artérielle a été relancé à la suite de l'étude SPRINT. Cette étude a à l'époque évalué si une réduction intensive de la pression artérielle à des valeurs cibles de l'ordre de 120 mm Hg (systolique) présentait un avantage par rapport à un traitement standard avec une valeur cible de 140 mm Hg (systolique) [1]. En effet, la réduction intensive de la pression artérielle s'est avérée bénéfique, même si les 120 mm Hg atteints dans l'étude correspondaient en réalité à une pression artérielle de 130 mm Hg dans la pratique, en raison de la méthode de mesure spécifique. Il reste à mention-

ner que des événements, tels que l'hypotension, la syncope, les déséquilibres électrolytiques et des cas aigus de lésion/défaillance rénale, sont survenus en plus grand nombre dans le groupe d'intervention. Néanmoins, les lignes directrices internationales et nationales ont été révisées à l'époque sur la base des résultats de l'étude SPRINT et ont recommandé de viser une valeur cible de pression artérielle systolique de 130 mm Hg pour les patientes et patients âgés non fragiles, lorsque le traitement antihypertenseur est bien toléré. Les résultats d'une autre étude («STEP») ont été publiés récemment. Celle-ci a comparé des valeurs cibles de 110–130 mm Hg à des valeurs cibles de 130–150 mm Hg chez 8 511 patientes et patients âgés de 60 à 80 ans et a examiné les événements tels que l'accident vasculaire cérébral, le syndrome coronarien aigu, l'insuffisance cardiaque, l'infarctus aigu du myocarde, la fibrillation auriculaire et le décès d'origine cardiovasculaire [2]. L'étude a montré que les valeurs cibles de 110–130 mm Hg présentaient à nouveau un avantage par rapport aux valeurs cibles plus élevées en ce qui concerne différents paramètres cardiovasculaires. Il convient toutefois de préciser qu'en raison de longues listes de critères d'exclusion, à la fois l'étude SPRINT et l'étude STEP ont presque exclusivement inclus des patientes et patients âgés non fragiles. «Alors que nous disposons de preuves solides qu'une réduction de la pression

artérielle est très bénéfique pour les patientes et patients âgés non fragiles, il n'y a actuellement que très peu de preuves concernant le traitement de l'hypertension artérielle chez les patientes et patients âgés fragiles, car ces derniers sont exclus des études randomisées et contrôlées», comme l'a expliqué le Prof. Dr Andreas Schoenenberger. Pour cette raison, il convient de garder à l'esprit que les valeurs susmentionnées sont trop basses pour la plupart des patientes et patients, malgré l'effet étendu sur le risque d'événements cardiovasculaires. Il faut viser un objectif optimal individuel pour votre patiente ou votre patient en tenant compte de ses comorbidités.

Les recommandations actuelles de la Société Suisse d'Hypertension pour les patientes et patients comorbides sont dès lors les suivantes:

- En général: <140/90 mm Hg
- Pour les patientes et patients souffrant de diabète sucré et de maladie rénale chronique: <140/85 mm Hg
- Pour les patientes et patients âgés souffrant d'hypertension systolique isolée: <150 mm Hg (systolique)

La cascade de prescription

Dans la pratique actuelle, les symptômes sont le plus souvent traités par des médicaments – ce n'est pas répréhensible, c'est ce que l'on nous enseigne à l'université. Toutefois, il est rare que leur origine soit clarifiée. Peut-être le symptôme

Perfectionnement

est-il un effet indésirable d'un autre médicament? Si cette réflexion n'a pas lieu, il se produit ce que l'on appelle des cascades de prescription, indique le Prof. Dr Andreas Schoenenberger. Un exemple tiré de la pratique quotidienne: lorsque des antagonistes calciques sont utilisés, ils peuvent entraîner des œdèmes des jambes, qui sont ensuite parfois traités par un diurétique. Une étude canadienne récente a désormais pu démontrer que cette cascade de prescription n'est en effet pas si rare dans la pratique quotidienne [3]. L'expert déconseille toutefois une telle utilisation automatique des diurétiques de l'anse. Il suggère de toujours se demander, en cas de symptômes, s'ils ne pourraient pas être causés par un médicament prescrit. Il en est parfois de même en cas de constipation et de coprostase sous antagonistes calciques, lorsque l'on recourt immédiatement aux laxatifs comme contre-mesure, au lieu de remplacer éventuellement l'antagoniste calcique par un autre antihypertenseur. **Souvent, la solution ne réside pas dans un nouveau médicament, mais dans une analyse précise de la liste des médicaments des patientes et patients.**

Ethique dans l'évaluation de la capacité de discernement

Déterminer objectivement la capacité de discernement peut s'avérer très complexe dans certains cas. Afin de faciliter quelque peu l'évaluation de la capacité de discernement dans la pratique médicale, le Prof. Dr Schönenberger renvoie aux nouvelles directives de l'ASSM [4] sur la thématique susmentionnée:

1. «En principe la capacité de discernement est présumée». Ensuite, une évaluation systématique est effectuée en cas de doutes fondés.
2. «L'incapacité de discernement est évaluée selon la situation et à un moment donné». L'incapacité de discernement n'est attribuée à un patient ou une patiente qu'au regard d'une décision spécifique et à un moment défini. L'incapacité de discernement ne doit jamais être considérée comme permanente et générale.
3. «L'incapacité de discernement ne peut être prononcée qu'en cas de capacités mentales fortement limitées»: La capacité de discernement présuppose certaines capacités mentales telles que l'écoute, la cognition et des facteurs volitionnels. Les capacités suivantes doivent être réunies: capacité de compréhension, capacité d'évaluation, capacité de se forger une volonté et capacité de concrétiser sa volonté.

Effets à long terme du COVID-19

D'innombrables études se penchent sur les symptômes du COVID long. Ci-dessous, nous nous concentrons sur les altérations cognitives post-infectieuses chez les personnes âgées.

Il est question de COVID long lorsque les symptômes correspondants persistent 6 mois après la détection de l'infection [5]. Les manifestations les plus fréquentes sont la fatigue, la faiblesse musculaire, la perte de cheveux, la perte d'odorat et les troubles de la cognition. Ces derniers ont fait l'objet d'une étude récente, qui a examiné des patientes et patients ayant contracté le COVID-19 quatre mois auparavant [6] et qui a montré qu'ils avaient une fonction cognitive nettement moins bonne que celle d'un groupe témoin sans COVID-19 préalable. Une autre étude récemment publiée a évalué par imagerie si le COVID-19 entraînait des altérations dans le cerveau [7]. Les examens d'imagerie de cette étude ont révélé une modification de l'activité du bulbe olfactif, ce qui s'accompagne d'une détérioration de l'odorat. Fait intéressant, des augmentations de volume des régions de l'insula et de l'hippocampe ont aussi été documentées. Ces mêmes zones sont également altérées en cas de démence d'Alzheimer. La question de savoir s'il existe un lien entre les deux n'a pas encore été résolue à ce jour. Les pathomécanismes du COVID-19 reposent sur une atteinte virale directe des zones concernées, une neuroinflammation locale, une réaction inflammatoire systémique et des thromboses microvasculaires. On ignore si cela entraîne une neurodégénérescence à long terme. Il est en revanche déjà connu que le volume du cerveau est modifié en cas de COVID long [7].

Dermatologie dans la pratique générale

Les maladies cutanées sont fréquentes. Le psoriasis touche environ 3% de la population. L'eczéma est encore bien plus fréquent (10%). Toutefois, voici ce qui touche plus de la moitié de la population: la corticophobie. Un bref aperçu par le Prof. Dr Thomas Kündig.

Ongles en «dé à coudre» et «taches d'huile»

Les troubles de la kératinisation, qui conduisent à des ongles «en dé à coudre» et à des hyperkératoses sous-unguéales, se rencontrent dans diverses maladies cutanées. La seule altération unguéale pathognomonique en cas de psoriasis est la «tache d'huile». Les ongles présentent alors par endroits une coloration jaune-orange due à une hyperkératose et une parakératose sous-unguéales. De plus, les patientes et patients sont principalement gênés par le fort prurit et la stigmatisation liés à la maladie. Le fait qu'il s'agisse d'un psoriasis vulgaire (80%), d'un psoriasis en gouttes (10%) ou d'un psoriasis pustuleux importe peu. Cette maladie prétendument contagieuse implique toutefois bien plus que des altérations cutanées d'apparence disgracieuse. Le Prof. Dr Kündig attire l'attention sur le fait qu'en cas de psoriasis, les articulations sont aussi souvent touchées, qu'il est prouvé que les dépressions sont plus fréquentes et que les maladies inflammatoires comorbides ne sont pas rares. Ainsi, le risque de diabète sucré, d'infarctus du myocarde et de maladie de



Psoriasis érythrodermique (régressant).



Psoriasis pustuleux (pustulose palmo-plantaire).



Psoriasis inversé.

Crohn est nettement accru, raison pour laquelle un accompagnement par un médecin interniste est indiqué. La qualité de vie des patientes et patients peut être améliorée au moyen d'un traitement symptomatique externe par cortisone ou photothérapie. Un traitement systémique par des médicaments biologiques permet en outre de traiter les comorbidités correspondantes.

Mémo concernant le psoriasis:

- 80–90% psoriasis vulgaire (psoriasis en plaques): plaques érythémato-squameuses nettement délimitées sur les faces d'extension des articulations (diagnostic différentiel: faces de flexion: dermatite atopique), dont la transmission est autosomique dominante.

Attention: le psoriasis n'affecte presque jamais le visage. Si le visage est touché, il s'agit plutôt d'un eczéma séborrhéique.

- 10% psoriasis en gouttes: lésions de la taille d'une goutte, donc plus petites, chez les patientes et patients plus jeunes. Evolution typiquement par poussées, déclenchées par des infections streptococciques.
- <5% psoriasis inversé: localisé dans les grands plis de flexion (sous la poitrine, sillon interfessier, région génitale).
- <5% psoriasis pustuleux (type von Zumbusch): psoriasis pustuleux généralisé avec fièvre. Nécessite un traitement aigu.
- 2% psoriasis érythrodermique: atteinte de toute la surface du corps.



Psoriasis en gouttes.



Psoriasis vulgaire.

L'omniprésente corticophobie

«De nombreux patients et patientes souhaitent ne pas utiliser de préparations à base de cortisone, en raison d'une peur historique de cette substance», raconte le Prof. Dr Kündig. Celle-ci n'est pas totalement injustifiée. Au Moyen Âge, on ne faisait guère de distinction entre les personnes atteintes de syphilis, de lèpre ou de psoriasis, qui étaient traitées avec des préparations à base de mercure. En 1878, les gouttes d'arsenic ont été saluées comme une percée thérapeutique, puis sont apparus les traitements au goudron pour les dermatoses les plus diverses – tous avec des effets indésirables à long terme. «La peur des patientes et patients face aux traitements dermatologiques n'est donc pas infondée», explique le Prof. Dr Kündig. Certaines des substances susmentionnées ont provoqué d'innombrables carcinomes spinocellulaires, d'autres ont entraîné la chute des cheveux et des dents ainsi que des dommages cutanés. En 1952, les premières préparations à base de cortisone sont apparues, mais la peur ancienne est restée. Le Prof. Dr Kündig peut toutefois lever l'alerte dans certains domaines. «Si la crème à base de cortisone est prescrite correctement, son utilisation est sans danger». C'est ce que montrent également des études récentes menées chez des enfants qui, malgré une peau très sensible, n'ont pratiquement pas présenté d'effets indésirables [10]. La crème à base de cortisone ne doit pas être appliquée sur les zones cutanées très sensibles comme le visage ou les parties génitales. Dans ces cas, des effets indésirables systémiques ou des réactions locales telles qu'une dermatite périorale peuvent survenir malgré l'application locale. Dans de tels cas, le Prof. Dr Kündig recommande l'utilisation d'inhibiteurs de la calcineurine. Le traitement devrait toujours être adapté individuellement à la patiente ou au patient afin de permettre une prise en charge optimale.

Correspondance

Matthias Widmer
Rédacteur responsable
Primary and Hospital Care
EMH Schweizerischer Ärzteverlag
Farnsbürgerstrasse 8
CH-4132 Muttenz
office[at]primary-hospital-care.ch



Références

La bibliographie complète se trouve dans la version en ligne de l'article à l'adresse www.primary-hospital-care.ch.

Tableau 1: arthrite psoriasique vs polyarthrite rhumatoïde – un petit aide-mémoire.

Arthrite psoriasique	Polyarthrite rhumatoïde
Atteinte oligoarticulaire des articulations distales	Polyarthrite des articulations proximales
Atteinte asymétrique des articulations interphalangiennes proximales et distales	Gonflement symétrique de l'articulation métacarpo-phalangienne et de l'articulation interphalangienne proximale
Gonflement douloureux des parties molles / doigts en «saucisse» / destruction articulaire	Douleurs au repos, paresthésies nocturnes, raideur matinale, syndrome du canal carpien
HLA B27 positif	Nodules rhumatoïdes
Tendinite, enthésite, conjonctivite, colite	Pleurite, péri/myocardite, vascularite, conjonctivite