

**PLENIERE MATIN**

**Modérateurs**

**Luc PERINO  
Pierre WOLFF**

## TRAUMATISME CRANIEN DE L'ENFANT AVANT 3 ANS : EST-CE GRAVE, DOCTEUR ?

**Docteur Agnès DUQUESNE**

Pédiatre

46 rue Franklin Roosevelt

69006 Lyon

Duquesne A, Stagnara J, Bagou G, Racle B, Vermont J, Meltz M.

### **Courlygones**

25 rue François Gillet 69100 Villeurbanne

### **Pré-requis**

Le nombre important de consultations non programmées et médicalement non justifiées explique une part significative de l'engorgement des systèmes de prise en charge des urgences, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux<sup>1</sup>. Un état des lieux dans le Grand Lyon, effectué en 2001<sup>2</sup>, a permis de recenser la part respective des différentes filières dans la prise en charge des urgences pédiatriques, et les situations cliniques les plus fréquemment en cause. Les efforts d'organisation et l'augmentation des moyens des structures d'urgence, donc de l'offre, se heurtent à un accroissement continu des demandes. Il faut signaler également la place croissante prise par l'usager dans notre système de santé.

Il est donc apparu nécessaire d'agir sur la demande de soins : des référentiels sous forme de messages écrits ont été élaborés, puis diffusés par les professionnels de santé et par le biais des carnets de santé, visant à réduire le nombre de consultations non programmées en rapport avec les trois situations les plus fréquentes : fièvre<sup>3</sup>, diarrhée et gêne respiratoire.

### **Objectif**

La problématique aujourd'hui se porte sur le traumatisme crânien. Tout commence pour le grand public par « **mon enfant s'est cogné la tête** ». Les galipettes, le roller ou le vélo ont fait du traumatisme crânien une affection très fréquente chez l'enfant. Initialement, il s'agit d'un coup sur la tête, quelle que soit son intensité.

<sup>1</sup> Devictor D, Cosquer M, Saint Martin J. L'accueil des enfants aux urgences : résultat de deux enquêtes nationales un jour donné. Arch Pédiatr. 1997 ; 4 : 21-6

<sup>2</sup> Stagnara J, Vermont J, Duquesne A., Atayi D, De Chabanolle F, Bellon G. Urgences pédiatriques et consultations non programmées - Enquête auprès de l'ensemble du système de soins de l'agglomération lyonnaise. Archives de pédiatrie. 2004 ; 11 (2) : 108-14.

<sup>3</sup> Stagnara J, Vermont J, Dürr F, Ferradji K, Mege L, Duquesne A, Ferley JP, Kassaï B. L'attitude des parents face à la fièvre de leurs enfants : une enquête transversale des résidents de l'agglomération lyonnaise. La Presse Médicale 2005 ;34(16) : 1129-36.

Les traumatismes crâniens sont la cause d'un nombre important de visites dans les services d'urgences et les cabinets de médecins. Même s'ils sont le plus souvent peu ou modérément sévères, leur évaluation et leur traitement exigent beaucoup de discernement clinique. Les pédiatres et les urgentistes sont aux prises avec une question difficile à résoudre. Les traumatismes crâniens chez l'enfant posent un problème de santé publique de plus en plus sérieux, de par leur fréquence liée principalement aux accidents de la voie publique, aux accidents domestiques, à la maltraitance. Les critères de sévérité de l'évolution semblent corrélés à la durée du coma et à la présence de lésions cérébrales. L'incidence annuelle du traumatisme crânien est estimée, selon les études, entre 3 et 5 pour 1.000 de la population pédiatrique : 92% seront d'évolution bénigne, mais les autres seront responsables de 15 % des décès des enfants de plus d'un an et de 2,5% des décès des enfants de plus de 5 ans. La plupart de ces enfants n'exigent ni hospitalisation ni démarche diagnostique, mais il est, en revanche, très important de reconnaître ceux qui sont à risque et de les observer de près.

#### **Matériel et méthodes :**

##### **1) Travaux avec le Groupe de Travail Thématique (GTT)**

Il s'agit de réaliser la conception et la diffusion d'une fiche accessible par toutes les catégories sociales.

Elle a pour contenu : les signes d'alerte, la conduite à tenir, le message de prévention.

On insistera sur les points particuliers : prévention concernant l'enfant secoué et la défenestration.

Par cette action, on s'attend à une diminution du nombre de consultations en urgence pour des situations courantes et bénignes.

Le **Groupe de Travail Thématique**, constitué de pédiatres, médecins généralistes, urgentistes (SAMU, Maison Médicale de Garde, Groupement des Pédiatres du Lyonnais), pharmaciens, membres de PMI, parents, a pour objectif principal d'influer sur les Consultations Non Programmées pédiatriques, c'est-à-dire sur les consultations en urgence dans les différentes filières de soins (ville, hôpital et clinique). Pour atteindre cet objectif, il s'agit de rendre responsables les patients (ou, plus exactement, les parents ou les accompagnants).

L'objectif secondaire escompté n'est plus quantitatif mais qualitatif : une baisse des recours inappropriés aux consultations en urgence permettrait d'améliorer les conditions de prise en charge des urgences vraies à tous les niveaux : accueil du public, conditions de travail des professionnels de santé.

Pour cela, il faut comprendre les faiblesses actuelles de la gestion des urgences pédiatriques afin d'informer et d'éduquer les patients par le biais de relais que sont les professionnels de santé (PMI, médecins et infirmières scolaires, consultation du jeune enfant...), à qui Courlygonnes souhaite fournir des réponses et des outils cohérents à ce sujet.

## 2) Évaluation de la fiche à l'occasion d'une thèse<sup>4</sup>

Nous avons souhaité évaluer la compréhension de ce message écrit, diffusé sous forme de plaquette, auprès des parents d'enfants de moins de six ans. La mesure de l'impact des messages de santé sur la modification des comportements des parents reste longue et difficile. Nous avons donc souhaité nous assurer, qu'à plus court terme, le message délivré était compris par tous les usagers, quelle que soit leur profession ou leur catégorie sociale. Afin de répondre à cette question, nous avons réalisé une étude au sein de deux structures (un service d'accueil d'urgences pédiatriques et une permanence de soins de pédiatres libéraux) auprès de 300 familles.

### Résultats

Nous avons participé au travail de rédaction du message de santé concernant le traumatisme crânien et en avons ici relaté les principales étapes.

Les résultats de cette étude montrent que les principales informations de la plaquette sont comprises et retenues, hormis une information essentielle portant sur la vulnérabilité des enfants de moins de un an. Dans ce travail, nous avons fait une proposition de réactualisation du message. Elle devra être approuvée par le Groupe de Travail Thématique de Courlygones et faire l'objet d'une nouvelle évaluation visant à s'assurer de la clarté de ce nouveau message.

Par ailleurs, cette étude n'a pas montré de différences de compréhension selon la profession et la catégorie sociale des parents. Cependant notre échantillon est insuffisant pour pouvoir l'affirmer de façon fiable. Un travail portant sur un échantillon plus grand s'avère nécessaire.

### Discussion

Ce type d'enquête ne permet pas de mesurer l'impact à long terme d'un message, mais les efforts doivent être poursuivis. Comme nous l'avons vu, la diffusion de messages de santé compréhensibles par tout public peut permettre aux parents d'acquérir des connaissances. Chaque parent pourrait ainsi initier une réflexion et éventuellement modifier ses pratiques, afin d'optimiser la chaîne de soins actuelle.

### Conclusion

Depuis 2002, le réseau Courlygones participe à l'éducation à la santé des jeunes parents. L'objectif est de leur apporter les éléments nécessaires afin qu'ils puissent gérer au mieux les pathologies les plus fréquentes de leur enfant et ne recourir à un avis médical que lorsque la situation le justifie.

---

<sup>4</sup> Prost V. Traumatisme crânien chez l'enfant de moins de 6 ans. Elaboration et Evaluation de la compréhension d'un message de santé au sein du réseau Courlygones. Enquête auprès de 300 parents à partir de cas simulés. Thèse en médecine présentée à la faculté Rockefeller de Lyon le 8 avril 2008.

## LES AVK DANS LA FIBRILLATION AURICULAIRE (FA) DU SUJET AGE : RAPPORT BENEFICE/RISQUE

**Docteur Michel CHUZEVILLE**

Unité A2

Cardiologie-Gériatrie

Hôpital gériatrique Antoine Charial

40 avenue de la table de pierre

69340 Francheville

La prévalence de la fibrillation auriculaire augmente avec l'âge. C'est le plus fréquent des troubles du rythme du sujet âgé : il touche près de 9% des octogénaires. Dans cette population, il est le plus souvent associé à une cardiopathie hypertensive, ischémique ou valvulaire dégénérative.

Toutes les études épidémiologiques montrent le lien entre la FA et la survenue d'AVC. Il est également établi que ce lien est indépendant du type de FA : paroxystique, persistante ou permanente. De nombreux facteurs de risque d'AVC lié à la FA ont été individualisés : l'âge à partir de 75 ans en est un. De grands essais cliniques ont démontré l'intérêt du traitement anticoagulant par AVK pour prévenir les complications thromboemboliques systémiques de la FA et notamment les AVC. Cette prévention par les AVK est nettement supérieure à celle de l'Aspirine. Toutes les recommandations préconisent donc actuellement la prescription d'AVK au long cours dans la FA en particulier chez le sujet âgé. Or, au moins un tiers des patients éligibles pour les AVK n'en reçoivent pas. Chez le sujet âgé, les motifs de non prescription le plus souvent avancés par les médecins sont les antécédents hémorragiques et les chutes, bien devant l'existence de troubles cognitifs. Selon les données de pharmacovigilance, les AVK sont au premier rang des hospitalisations pour effet indésirable d'un médicament avec près de 17.000 hospitalisations par an en France. Ce risque n'a pas diminué au cours des dix dernières années et il augmente avec l'âge.

Il est donc indispensable d'évaluer pour chaque patient âgé en FA la balance bénéfice-risque de ces médicaments. Le score CHADS<sub>2</sub> permet, par une simple anamnèse, une évaluation du risque thromboembolique individuel de la FA (coté de 1 à 6) : à partir d'un score de 2 il y a une indication théorique d'AVK. Ce risque peut être mis en balance avec le risque hémorragique individuel évalué par le score HEMORR2HAGES. Par ailleurs, il faut également essayer de réduire le risque hémorragique des AVK par un meilleur équilibre de l'INR dans la cible thérapeutique, comprise pour la plupart des patients entre 2 et 3. Dans ce cadre, le rôle de l'éducation est important. Plusieurs études ont montré récemment que l'automesure à domicile et l'autosurveillance de l'INR réduisent à la fois le risque thromboembolique et le risque hémorragique de la FA. Des appareils permettant ces automesures sont déjà disponibles dans certains pays européens. On peut espérer qu'ils le soient prochainement en France. Enfin, des études sont en cours pour démontrer l'efficacité et la sécurité d'emploi de nouveaux antithrombotiques par voie orale. Si ces essais sont concluants, ces médicaments pourraient dans le futur représenter une alternative aux AVK.

09 h 50 à 10 h 15

## LES IST : LE RETOUR ?

**Professeur Dominique PEYRAMOND**  
Maladies infectieuses et tropicales  
Hôpital de la Croix Rousse  
69004 Lyon

## CHIRURGIE BARIATRIQUE

**Docteur Vincent FRERING**

Espace médico-chirurgical de la Sauvegarde  
29 avenue des Sources  
69009 Lyon

La prévalence de l'obésité est en constante augmentation. En 2006 selon l'étude OBEPI, 12,4 % de la population française était obèse (définie par un IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>), 35, 3% des hommes et 23,3% des femmes en surpoids (IMC>25 kg/m<sup>2</sup>). La mortalité annuelle en relation avec l'obésité est estimée en France à 55.000 décès/an. Un IMC>30 a un risque relatif équivalent à 10 cig/j.

Parmi cette population, l'obésité morbide définie par un IMC >40 est à haut risque. Le traitement médical est décevant [1]. Le traitement chirurgical est actuellement bien établi. L'étude prospective contrôlée SOS portant sur 4.047 patients obèses sur plus de 10 ans objective une réduction de la mortalité chez les patients opérés. [2]

La chirurgie bariatrique compte plusieurs interventions. Certaines sont abandonnées (court circuits intestinaux) ou en passe de l'être (gastroplastie verticale calibrée). On peut différencier 2 catégories :

- la chirurgie réductrice qui ne fait que réduire le volume alimentaire ingéré est dominée par l'anneau gastrique ajustable mais aussi la gastrectomie en manchon (Sleeve gastrectomy),
- la chirurgie malabsorptive avec le By pass gastrique principalement et le switch duodénal qui entraînent une réduction de l'ingestion des aliments mais surtout une diminution de l'absorption intestinale.

Les indications de la chirurgie bariatrique sont réservées à des patients ayant un IMC >40 ou compris entre 35 et 40 avec une co-morbidité (HTA, diabète, complications articulaires, SAS, dyslipidémie...). Ces patients doivent avoir une obésité de plus de 5 ans, et avoir tenté une prise en charge médicale. Une étude pilotée par la CNAM a montré que la perte de l'excès de poids escomptée varie de 43% à 66% et que les résultats sont meilleurs si ces patients sont pris en charge dans une équipe pluridisciplinaire ayant une pratique régulière de cette chirurgie. L'effet sur les co-morbidités est spectaculaire avec une amélioration du diabète, de l'HTA, des dyslipidémies des complications locomotrices qui est observée dans 60 à 80% des cas.

[1] Clifton PM. Dietary treatment for obesity. Nature clinical practice. 2008 Oct 14.

[2] Torgerson JS. The "Swedish Obese Subjects" (SOS) Study. What does weight loss really accomplish? MMW Fortschritte der Medizin. 2002 Oct 3;144(40):24-6.

Chaque technique a ses complications propres. Les complications de l'anneau

www.lesjeudisdeleurope.org

gastrique surviennent principalement à distance de l'intervention. Elles sont dominées par le glissement qui se traduit par une intolérance alimentaire totale et implique une prise en charge en urgence par l'équipe. L'autre complication est l'érosion gastrique dont la prise en charge peut se faire à distance. Les complications immédiates sont exceptionnelles. Le by pass gastrique a une morbidité péri-opératoire plus élevée, en revanche les complications à distance sont plus rares et représentées par l'ulcère anastomotique, l'occlusion de l'anse alimentaire ou biliaire, et les carences principalement en vitamine B12, fer et calcium.

Le médecin traitant, longtemps écarté de cette prise en charge, par une meilleure connaissance de cette pathologie, intervient à tous les stades :

- informer le patient sur la possibilité d'une intervention chirurgicale chez ceux relevant de cette chirurgie,
- détecter les complications liées à cette chirurgie
- surveiller les co-morbidités pour adapter leur traitement en fonction de l'amélioration.

Une collaboration étroite avec les équipes pluridisciplinaires est indispensable.

## LES LOMBALGIES : PREVENIR LA CHRONICITE

**Professeur Guy LLORCA**  
Service de Rhumatologie  
Centre Hospitalier Lyon Sud  
69495 Pierre Bénite

Les lombalgies représentent un problème majeur de santé publique car elles affectent 60 à 90 % de la population et, lorsqu'elles sont communes et chroniques (10 %), elles consomment 70 % des dépenses annuelles allouées à cette pathologie en France (2 milliards d'euros). Il est donc primordial d'éviter leur passage à la chronicité.

L'approche purement anatomopathologique des lombalgies n'est pas satisfaisante car, même après avoir éliminé les « lombalgies symptomatiques » (tumorales, inflammatoires, infectieuses, osseuses et extrarachidiennes), les lombalgies dites « communes » représentent une entité nosologique protéiforme qui ne peut être analysée qu'à la lueur de ses composantes physiopathologiques.

L'approche physiopathologique permet de distinguer trois composantes fondamentales plus ou moins associées : la composante organique, la composante fonctionnelle et la composante cognitive.

Le diagnostic physiopathologique permet de dégager, dans chaque cas, la composante dominante et, partant, d'orienter correctement la prise en charge le plus précocement possible. Ainsi, devant une dominante organique, l'action doit porter sur la cause mécanique ; devant une dominante fonctionnelle, l'action doit favoriser la reprogrammation ; enfin, devant une dominante cognitive, l'action doit avantager la solution rapide des litiges et privilégier l'éducation rachidienne pour corriger les nombreuses idées fausses dans ce domaine...

A ce prix, le passage à la chronicité peut être évité mais nécessite une collaboration pluridisciplinaire...

**Pour en savoir plus : Llorca G. Parcours pédagogique sur les lombalgies, 2008. Site :**  
<http://acb.univ-lyon1.fr/>

\* Professeur de Thérapeutique à l'université Claude Bernard, chef de service de Rhumatologie au groupement hospitalier Lyon-Sud.

11 h 35 à 12 h 00

**L'INFORMATION ET L'EDUCATION THERAPEUTIQUE  
DU PATIENT DIABETIQUE DE TYPE 2  
PAR LE MEDECIN GENERALISTE**

**Docteur Bernard COLLE**  
Fédération de médecine interne  
Hôpital d'instruction des Armées Desgenettes  
108 boulevard Pinel  
69998 Lyon

## BPCO : COMMENT AMELIORER LA PRISE EN CHARGE ?

**Docteur Daniel PIPERNO**  
pneumologue  
Cabinet Parot  
54 rue Duquesne  
69006 Lyon

Les connaissances concernant la BPCO ont fait d'importants progrès ces 10 dernières années avec :

- une meilleure approche épidémiologique. On estime à 3,5 millions le nombre de BPCO en France soit 6 à 8 % de la population active, avec 16.000 morts par an. L'OMS en fait la 3<sup>ème</sup> cause de mortalité dans les années 2020. La BPCO augmente chez les gens de moins de 60 ans et en particulier chez la femme (plus précoce et plus sévère à tabagisme moindre)
- un coût direct estimé à 530 € par patient, + 1.078 € de coût indirect. 10% des patients (les plus sévères) sont responsable de 70% de coûts.
- un sous diagnostic certain (66 à 78% des BPCO ne sont pas diagnostiquées) malgré l'existence d'outils simples de dépistage.
- une meilleure connaissance physiopathologique concernant le mécanisme de l'obstruction bronchique et les phénomènes de limitation des débits expiratoires et de l'hyperinflation dynamique.
- une vision plus globale de la maladie, en particulier dans ses manifestations extra respiratoire : modifications musculaires qualitatives et quantitatives, inflammation systémique, atteinte osseuse, psychique...

Récemment, un index composite (BODE pour BMI, Obstruction, Dyspnée et Exercice) a proposé une nouvelle classification de la sévérité de la BPCO avec des conséquences intéressante sur la prédiction des chances de survie et l'évaluation des modalités de prise en charge.

Le sevrage tabagique est bien sûr un objectif incontournable ! Le traitement médicamenteux passe par les bronchodilatateurs de longue durée d'action (anti cholinergiques ou beta2 mimétiques) et éventuellement les corticoïdes inhalés en association avec les beta2 mimétiques de longue durée pour les formes sévères (VEMS < 60 ou 50%)

La réhabilitation respiratoire, enfin, permet de prendre en charge le patient dans sa globalité (réentraînement des membres inférieurs et supérieurs, éducation thérapeutique, prise en charge éventuelle nutritionnelle et/ou psychologique) avec des résultats très concluants en médecine fondée sur les preuves, sur la dyspnée, l'adaptation à l'exercice et la qualité de vie.

### Bibliographie

1. Has. [Insuffisance respiratoire chronique grave de l'adulte secondaire à une broncho-pneumopathie chronique obstructive](#). Guide ALD. Octobre 2006
2. SPLF. [Connaître, prévenir et mieux prendre en charge la broncho-pneumopathie chronique obstructive \(BPCO\)](#). Dossier de presse. 15/11/2005
3. [L'index BODE est prédictif de mortalité dans les BPCO](#). EBM Journal. Mai 2005

14 h 30 à 17 h 20

**PLENIERE APRES-MIDI**

**Modérateurs**

**Georges GRANET  
Pierre WOLF**

## **BURN-OUT DU MEDECIN**

### **La souffrance des soignants n'est plus confidentielle**

**Docteur Eric GALAM**  
**Groupe REPERES**

Le burn out est désormais notoire.

Non seulement, il n'est plus « interdit » d'en parler mais sa prise en charge s'organise. Depuis 2004, l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML) a mis sur pied un dispositif d'aide téléphonique (\*\*) aux médecins en difficulté qui permet d'avoir recours de manière anonyme et non surtaxée à une psychologue clinicienne 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. D'abord limité à la région Ile de France, il s'étend progressivement à d'autres régions et aux dentistes. Nombre de projets sont également en cours.

### **Le burn out frappe les médecins**

Provoqué par un stress répété et soutenu et longtemps localisé essentiellement à la sphère professionnelle, le « burn out », comporte trois dimensions :

- 1) un épuisement émotionnel marqué notamment par une perte de motivation et d'entrain au travail ;
- 2) une tendance à une attitude négative, détachée voire dépersonnalisée vis-à-vis des patients qui sont déshumanisés, vus comme des objets ou même des problèmes ;
- 3) une réduction de l'accomplissement personnel marquée par une baisse de l'estime de soi, et un sentiment d'efficacité diminué.

Si les 2 premiers critères sont proportionnels au degré de burn out, le 3<sup>ème</sup> est lui protecteur : plus l'accomplissement est élevé, moins la personne est atteinte. Les travaux de Truchot sur 1.317 médecins libéraux montrent un fort taux d'épuisement émotionnel chez 43,2% des médecins, une forte tendance à la dépersonnalisation chez 40,3% d'entre eux et un accomplissement personnel faible pour 36,5%. Ces chiffres sont très élevés et inquiétants. D'autant qu'ils sont corroborés par le travail d'Yves Léopold réalisé pour l'Ordre des médecins en 2003 et visant à préciser les causes de décès des médecins libéraux. Sur une population de 42.137 médecins de moins de 65 ans couvrant 26 départements, 492 personnes décédées, 69 s'étaient suicidées, soit un taux de 14%. A titre de comparaison, sur la même période, dans la population générale, sur la même tranche d'âge, le taux de suicide était de 5,6%. Ces résultats se retrouvent largement dans l'enquête (\*\*\*) sur l'épuisement professionnel réalisée par l'URML Ile de France en novembre 2006 auprès de 10.000 médecins parmi les 24.0000 médecins libéraux. 53% des

répondants se considèrent menacés par le syndrome d'épuisement professionnel. La moitié des répondants (1.136 médecins) souhaite modifier profondément son exercice ou même changer de métier : ils sont 279 à vouloir changer de métier soit 12,3 % de l'échantillon. Et parmi eux, 50 médecins sont prêts effectivement à mettre à exécution leur désir d'arrêter leur activité.

### **Le burn out est un problème professionnel collectif**

Les causes les plus citées comme les solutions préconisées sont avant tout d'ordre professionnel et nécessitent une prise en charge institutionnelle visant à la prévention et aux soins pour les soignants en difficulté.

Pourtant, il appartient aussi à chacun d'entre nous de se protéger, d'être sensible aux éventuels signes d'alerte que sont la fatigue, l'irritabilité ou le manque d'entrain au travail.

La première étape est donc de reconnaître sa propre vulnérabilité et d'en tenir compte. Il est aussi indispensable de replacer l'activité professionnelle dans sa vie : nous ne sommes pas que médecins et c'est heureux.

(\*) médecin généraliste Coordonnateur de l'AAPML [egalam@hotmail.com](mailto:egalam@hotmail.com)

(\*\*) 0826 004 580 <http://www.aapml.fr/>

(\*\*\*) Galam E. L'épuisement professionnel des médecins libéraux franciliens : témoignages, analyses et perspectives. Commission Prévention et santé publique. URML Ile-de-France Juin 2007. <http://www.urml-idf.org/public>

## TRAITEMENT DES ALLERGIES ALIMENTAIRES CHEZ L'ENFANT : LES ALLERGENES, LES ALLERGIQUES

**Docteur Jacques ROBERT**

pédiatre

22 rue Emile Zola  
69120 Vaulx en Velin

**L'hypersensibilité alimentaire (HA)** que nous continuerons d'appeler allergie alimentaire (AA) comprend l'AA immédiate, IgE dépendante et l'hypersensibilité à médiation cellulaire (anciennement type IV de Gell et Coombs -1963)

### Signes cliniques

**L'AA IgE-dépendante** est de très loin la plus fréquente ( $\geq 90\%$  des cas d'HA) et la plus importante.

Elle se caractérise par les symptômes suivants :

- cutanéomuqueux (urticaire localisée ou généralisée, angio-œdème, poussées d'eczéma, dermites de contact)
- digestifs (syndrome d'allergie orale, nausées, vomissements, dysphagie, douleurs abdominales, diarrhée) ;
- respiratoires (spasme laryngé, stridor, bronchospasme).
- anaphylaxie aiguë qui peut être prélétales ou létale. Les symptômes surviennent de quelques minutes à quelques heures (moins de 3-4 heures) après l'ingestion, la manipulation d'aliments ou l'inhalation de particules alimentaires. D'autres modes d'introduction ont été décrits : il s'agit d'allergies par procuration comme le contact cutané, l'injection ou des modalités moins connues comme le syndrome des allergies induites par le baiser.

L'effort suivant l'ingestion d'aliments peut déclencher une anaphylaxie aiguë (Anaphylaxie Induite par l'Effort Physique et l'Ingestion d'Aliments, AIEPPIA). Il s'agit d'une réaction IgE dépendante, post prandiale, qui ne s'exprime qu'à l'effort, l'aliment en cause est variable mais la farine de blé est l'allergène le plus souvent cité.

Les réactions croisées sont devenues des entités courantes. Citons les associations pollinose et manifestations orales aux fruits ou légumes comme les syndromes « bouleau-pomme », « bouleau-céleri-ardoise », « fruits-latex », « acariens-escargots ».

### Aux frontières de l'AA

www.lesjeudisdeleurope.org

A côté de ces pathologies dans lesquelles le mécanisme humoral est prépondérant, il existe d'autres affections où l'IgE dépendance reste absente ou au second plan par rapport à l'implication cellulaire, lymphocytaire. On est dans le cadre de l'hypersensibilité non allergique décrite dans la classification de « l'ombrelle », anciennement hypersensibilité retardée. C'est dans ce chapitre que peuvent s'inscrire certains eczémas et les pathologies dites à éosinophiles du tube digestif.

**L'AA est à distinguer des fausses AA** par ingestion d'aliments histamino-libérateurs, riches en histamine ou riches en histidine qui se transforme en histamine lors d'une conservation défectueuse (scombroïdose) Bien que leurs symptômes soient sensiblement les mêmes, l'AA vraie et les fausses AA sont à distinguer : rien à voir entre la scombroïdose (qui ne récidivera pas) et l'allergie vraie au poisson (qui récidivera)

### **Examens d'orientation ou de première intention**

#### **Interrogatoire :**

Précis, il permet d'orienter les prick-tests cutanés chez l'allergologue

#### **Les prick-tests :**

On utilise les PT avec les extraits commerciaux et surtout les aliments natifs qui sont plus « performants » que les extraits commerciaux. On effectue une piqûre non douloureuse de la peau à travers un peu de broyat de l'aliment frais ou bien on peut utiliser la technique du « prick *plus* prick ». La lecture se fait en 15 minutes.

#### **Dosages des IgE sériques spécifiques :**

Ces dosages d'IgE sériques spécifiques (CAP-RAST® ou techniques analogues) étayent la positivité des PT. La positivité de ces dosages dépend des allergènes car, pour certains, un grade 1 est à prendre en considération.

Des valeurs seuil ont été établies par plusieurs auteurs pour plusieurs aliments, dans le but d'éviter un TPO (cf. infra) potentiellement dangereux. Les résultats de ces études doivent être interprétés en fonction du lieu géographique et des pathologies des patients (eczémateux ou non par exemple).

La positivité isolée des PT et/ou des IgE spécifiques signifie que le patient est « sensibilisé » ce qui n'a aucune pertinence clinique. L'individu allergique est celui qui présente à la fois des tests positifs & des symptômes cliniques pertinents.

### **Examens de confirmation ou de deuxième intention**

#### **Test de provocation labial (TPL) :**

Il a été proposé pour se passer du TPO en cas de positivité d'au moins 3 sur une échelle de 5.

### Tests de provocation par voie orale (TPO) :

Ils peuvent être effectués en simple aveugle (TPOSA) ou surtout en double-aveugle (TPODA) ; ils constituent l'étalon or du diagnostic. Le TPO peut être récusé si le diagnostic est hautement probable (allergie alimentaire aux fruits et légumes chez un individu atteint d'allergie pollinique) ou à récuser pour des raisons éthiques (choc anaphylactique).

### Éviction :

Le succès de l'éviction du (ou des) aliment(s) suspecté(s) peut être un élément d'appoint du diagnostic.

Aliments les plus souvent en cause : laits de vache, œufs de poule, poissons, arachide, fruits de mer, moutarde, épices, fruits et légumes (etc.).

### Examens inutiles

- ⊖ Tests de dégranulation des basophiles humains (TDBH) ;
- ⊖ Epreuves d'éviction - réintroduction à domicile ;
- ⊖ Test de perméabilité intestinale (non strictement indispensable au diagnostic d'AA) ;
- ⊖ Les Multitests biologiques utilisant des mesures photométriques manquent de sensibilité et de spécificité surtout si les IgE sériques sont élevées et elles le sont souvent chez les enfants porteurs d'un eczéma atopique, groupe où se recrute d'ailleurs les allergiques alimentaires.



## LE CONFLIT DE HANCHE

**Docteur Nicolas BONIN**

chirurgien orthopédique

Clinique Emilie de Vialar

69003 Lyon

Clinique de la Sauvegarde

69009 Lyon

Des anomalies morphologiques et spatiales du fémur proximal et de l'acétabulum ont récemment été identifiées comme cause de conflit fémoro-acétabulaire.

Au cours du mouvement de ces hanches, des contacts osseux anormaux surviennent, conduisant à des lésions du cartilage et du labrum péri-acétabulaire, responsable de coxarthrose à long terme<sup>3,4,6</sup>. On distingue deux sous catégories de conflit<sup>5,8</sup> :

- l'effet came, qui résulte d'une excroissance osseuse à la jonction tête et col, entraînant une anomalie de sphéricité antéro-supérieure de la tête fémorale. Il peut également résulter d'une diminution de l'offset entre la tête et le col fémoral. Il existe ainsi une incongruence entre la tête et le cotyle dans les mouvements de flexion. Cette incongruence entraîne un pic de contrainte parallèle au rebord cotyloïdien. Le labrum est soulevé et l'hyperpression se concentre à la jonction labrum-cartilage, aboutissant à la délamination chondrale puis à la désinsertion du labrum<sup>4</sup> ;
- l'effet tenaille, qui est secondaire à une couverture cotyloïdienne excessive (coxa profunda) ou à une rétroversion de l'acétabulum<sup>8</sup>. Ainsi, lors de la flexion, le col fémoral va buter contre le rebord cotyloïdien proéminent. Dans ces conditions, la première structure à être touchée est le labrum. Les impacts continus entraînent sa déchirure, sa dégénérescence, ou son ossification. Les impacts ayant un effet levier antéro-supérieur, les lésions chondrales vont apparaître en contrecoup dans la région postéro-inférieure. L'évolution arthrosique est plus lente que dans l'effet came.

Plus de 80% des patients souffrant d'un conflit présentent une combinaison des deux effets<sup>2</sup>.

Cliniquement, il s'agit de patients qui ne parviennent plus à pratiquer leur sport à grandes amplitudes (foot, arts martiaux, danse...), en raison de douleurs inguinales ou trochantériennes. L'examen retrouve le plus souvent une douleur en flexion-rotation interne de hanche, parfois en extension rotation externe. Les amplitudes en rotations peuvent-être diminuées.

Une radiographie du bassin de face (coxométrie) permet de rechercher la présence d'une rétroversion ou d'une protrusion acétabulaire. La perte de sphéricité de la tête fémorale est quantifiée sur un profil radiologique de Ducroquet par la mesure de l'angle alpha de Nötzli<sup>7</sup> et de l'offset fémoral<sup>1</sup>. Le bilan radiologique est à compléter par un arthroscanner ou une arthro-IRM pour objectiver une atteinte chondrale et/ou labrale.

Le traitement du conflit de hanche est le plus souvent arthroscopique : le patient est installé sur une table orthopédique en traction pour pouvoir pénétrer dans l'articulation. Le premier temps est celui de l'exploration. En fonction de l'atteinte du labrum, il est débridé, réséqué, ou suturé. Les lésions cartilagineuses fémorale et acétabulaire sont gradées : en cas de lésions chondrales profondes, des microfractures sont réalisées. Ces microfractures semblent donner de bons résultats à court terme avec reconstitution d'un tissu de réparation. Lorsque « l'effet tenaille » est clairement identifié, il peut être réséqué à la fraise motorisée. La dernière étape est le traitement de la came du col fémoral qui est fraisée.

La rééducation post opératoire est douce : le rodage et la récupération des amplitudes articulaires sont les objectifs principaux pendant les 45 premiers jours. L'appui est immédiat en l'absence de lésion chondrale. Il est différé de 45 jours en cas de microfractures.

Les résultats préliminaires sont encourageants sur la douleur et la fonction. Ils dépendent avant tout de l'importance des lésions chondrales. Le devenir à moyen et à long terme reste à évaluer, principalement sur l'évolution arthrosique de ces hanches opérées.

#### Bibliographie

1. Beaulé, P.E, Zaragoza E, Motamedi K, Copelan N. and Dorey F.J. Three-dimensional computed tomography of the hip in the assessment of femoroacetabular impingement. *J Orthop Res*, 2005;23(6):1286-92.
2. Beck M, Kalhor M, Leunig M. and Ganz R. Hip morphology influences the pattern of damage to the acetabular cartilage: femoroacetabular impingement as a cause of early osteoarthritis of the hip. *J Bone Joint Surg Br*, 2005;87(7):1012-8.
3. Ganz R, Leunig M, Leunig-Ganz K. and Harris W. H. The etiology of osteoarthritis of the hip: an integrated mechanical concept. *Clin Orthop Relat Res*, 2008;466(2): 264-72.
4. Ganz R, Parvizi J, Beck M, Leunig M, Notzli H. and Siebenrock K.A. Femoroacetabular impingement: a cause for osteoarthritis of the hip. *Clin Orthop Relat Res*, 2003;(417):112-20.
5. Ito K, Minka M.A. 2<sup>nd</sup>, Leunig M, Werlen S. and Ganz R. Femoroacetabular impingement and the cam-effect. A MRI-based quantitative anatomical study of the femoral head-neck offset. *J Bone Joint Surg Br*, 2001;83(2):171-6.
6. Leunig M. and Ganz R. Femoroacetabular impingement. A common cause of hip complaints leading to arthrosis. *Unfallchirurg*, 2005;108(1): 9-10, 12-7.
7. Notzli H.P, Wyss T.F, Stoecklin C.H, Schmid M.R, Treiber K. and Hodler J. The contour of the femoral head-neck junction as a predictor for the risk of anterior impingement. *J Bone Joint Surg Br*, 2002;84(4):556-60.
8. Siebenrock K.A, Schoeniger R. and Ganz R. Anterior femoro-acetabular impingement due to acetabular retroversion. Treatment with periacetabular osteotomy. *J Bone Joint Surg Après-midi*. 2003;85-A(2):278-86.

## SAVOIR FAVORISER L'ALLAITEMENT MATERNEL

**Madame Florence ROCHE**

sage-femme  
Hôpital Croix Rousse  
104 Grande Rue  
69004 Lyon

En 2005 en région Rhône-Alpes, 65% des mères allaitaient à la sortie de maternité, pas toujours de façon exclusive. Ce taux atteignait 75% dans certaines maternités. Quinze pour cent avaient arrêté au 1<sup>er</sup> mois, 70% au 3<sup>ème</sup> mois et 82 % au 6<sup>ème</sup> mois alors que les recommandations OMS/Unicef et de l'Anaes de 2002 recommandent un allaitement exclusif pendant 6 mois et si possible jusqu'à 2 ans, avec diversification.

Le soutien à l'allaitement maternel concerne tous les professionnels de santé impliqués en périnatalité et fait partie du programme national nutrition santé PNNS (lutte contre l'obésité infantile).

L'allaitement maternel favorise la croissance physique et affective de l'enfant, privilégie le lien mère-enfant, renforce l'immunité (moins d'infections intestinales et pulmonaires), diminue les risque d'allergies alimentaires et réduit les couts en lait artificiel et en soins.

### **Pendant la grossesse**

#### Informé :

Il est indispensable d'informer les futurs parents sur l'intérêt et la physiologie de l'allaitement maternel afin d'aider leur décision sans imposer de choix. Les orienter systématiquement vers des préparations à la naissance avec des séances d'information spécifiques sur l'allaitement (maternités, sages-femmes libérales ou sages-femmes de PMI)

#### Rechercher une contre-indication :

L'infection par le VIH, la toxicomanie (une mère sous méthadone bien suivie peut allaiter), la chimiothérapie et le démarrage d'un traitement antituberculeux sont les seules contre-indications.

Les maladies infectieuses courantes, le tabagisme maternel (encourager les mères à arrêter de fumer en les orientant vers les sages-femmes tabacologues des maternités ou PMI), la plupart des médicaments (consulter d'autres sources que le Vidal) sont des contre-indications abusives de l'allaitement.

#### Physiologie

L'étirement de l'aréole par une succion efficace du bébé entraîne la sécrétion de 2 hormones par l'hypophyse :

- l'*ocytocine* qui permet l'éjection du lait dans la bouche du bébé lors de la tétée
- la *prolactine* qui déclenche la fabrication du lait pour la tétée suivante.

Ainsi, plus le bébé tète, plus il y a de lait. Le stress et la fatigue peuvent diminuer la production de lait. Il ne faut jamais limiter la fréquence des tétées (pas d'intervalle minimum) ni leur durée. La souplesse est la meilleure alliée de l'allaitement maternel.

## Après la naissance

Même si allaiter est un acte naturel, il n'est pas toujours facile d'allaiter pour une mère, même avec beaucoup de motivation. Conseiller le soutien rapproché par des professionnels de santé (SF libérales et puéricultrices de PMI) ou associations de soutien à l'allaitement (Galactée propose un soutien téléphonique 24h/24 [standard : 04.72.07.01.00] et des rencontres entre mères allaitant).

Les difficultés entraînent souvent un arrêt non désiré de l'allaitement maternel si la prise en charge est faite par un professionnel non formé.

Il existe des consultations spécialisées (médecins et sages-femmes consultants en lactation ou ayant un DIU d'allaitement) dans les maternités des HCL et certaines maternités privées.

L'impression de manque de lait est souvent liée aux pleurs du bébé et un manque de confiance de la mère. C'est la cause de la moitié des arrêts de l'allaitement à 1 mois. L'incapacité à produire du lait est très rare. Il s'agit le plus souvent d'une conséquence d'une conduite inappropriée de l'allaitement (tétées pas assez fréquentes ou inefficaces, ajout de complément de lait industriel, « bout de sein en silicone », sucette ou période des 3 semaines avec baisse physiologique de la prolactine). Il est plus efficace d'augmenter la fréquence des tétées que d'ajouter des compléments de lait industriel si le développement pondéral de l'enfant est correct.

Les douleurs des mamelons sont dues à une mauvaise position du bébé, à une friction anormale d'une partie de la bouche du bébé ou à un frein de langue. Une évaluation doit être effectuée et des corrections apportées.

La mastite ou lymphangite rencontrée à tout moment de l'allaitement est une inflammation qui peut éventuellement évoluer vers une infection. Les signes cliniques sont le plus souvent unilatéraux, avec douleur et rougeur localisées à une partie du sein et pouvant être associés à de la température ou des symptômes pseudo-grippaux.

Le traitement repose sur le drainage de cette zone avec une augmentation des tétées, changement de position de tétée et des massages légers.

Les ATB à visée anti Staphylocoque aureus sont nécessaires si les symptômes sont graves d'emblée, durent depuis plusieurs jours, si une lésion du mamelon est associée (crevasse) ou si l'évolution n'est pas favorable en 24h. *Suspendre l'allaitement sur le sein atteint expose au développement d'un abcès.*

Une fièvre maternelle liée à une pathologie bénigne, locale (angine, gastro-entérite, infection urinaire...), une hépatite B ou C ne sont pas des indications d'arrêt de l'allaitement, le lait maternel apportant des anticorps à l'enfant.

De nombreux médicaments (antalgiques, AINS, antibiotiques...) peuvent être administrés à une femme qui allaite. Le risque potentiel est souvent inférieur aux bénéfices du lait maternel.

Le lithium, les psychotropes, les tétracyclines, certains anxiolytiques, les antivitaminés K, l'ergotamine, l'iode contre-indiquent l'allaitement.

En cas de doute, consulter la Pharmacovigilance : 04 72 11 94 06

Des candidoses du sein peuvent se développer et contaminer la bouche de l'enfant. Les signes cliniques sont souvent bilatéraux avec une rougeur en cercle autour de l'aréole et un important prurit des seins (à différencier d'une allergie).

Le traitement consiste à traiter les seins et la bouche du bébé par une application locale 4 fois par jour de myconazole gel buccal à 2% pendant 10 jours et à donner des conseils d'hygiène appropriés (changer très souvent les coussinets d'allaitement).

En cas de séparation mère-enfant ou de suspension temporaire de l'allaitement, celui-

ci peut être préservé grâce à l'utilisation d'un tire-lait électrique avec double pompage (location sur ordonnance).

Le lait maternel se conserve 4 heures à température ambiante, 48h au réfrigérateur à 4° C et 4 mois au congélateur à -18° C (recommandation Afssa 2005).

Parler des possibilités de maintien de l'allaitement maternel avec la reprise du travail. Il faut informer les mères de l'article L1225-30 [1] (et suivants) du code du travail qui stipule que la mère peut prendre une heure sur son temps de travail pour allaiter son bébé (au sein ou recueillir du lait). [2 : Ndlr : texte régissant les fonctionnaires]

Le sevrage ne doit pas être confondu avec la diversification alimentaire. La réduction progressive du nombre de tétées fait diminuer la production de lait. Ne jamais arrêter brutalement pour éviter l'engorgement. Au delà des 3 premières semaines, la bromocriptine est inutile.

[1] Pendant une année à compter du jour de la naissance, la salariée allaitant son enfant dispose à cet effet d'une heure par jour durant les heures de travail.

[2] Circulaire n° 1964 et 2 B n° 95-229 du 09 août 1995 relative au congé de maternité ou d'adoption et autorisations d'absence liées à la naissance pour les fonctionnaires et agents de l'Etat. Restent applicables en ce domaine les dispositions de l'instruction n° 7 du 23 mars 1950 (J.O. des 26 mars, 7 et 29 avril 1950) dont les termes sont rappelés ci-après : « Il n'est pas possible, en l'absence de dispositions particulières, d'accorder d'autorisations spéciales aux mères allaitant leurs enfants, tant en raison de la durée de la période d'allaitement que de la fréquence des absences nécessaires. Toutefois, les administrations possédant une organisation matérielle appropriée à la garde des enfants devront accorder aux mères la possibilité d'allaiter leur enfant. A l'instar de la pratique suivie dans certaines entreprises, les intéressées bénéficieront d'autorisations d'absence, dans la limite d'une heure par jour à prendre en deux fois. » « Des facilités de service peuvent être accordées aux mères en raison de la proximité du lieu où se trouve l'enfant (crèche ou domicile voisin, etc.) ».

## **CO-MORBIDITE PSYCHIATRIQUE CHEZ LES PATIENTS AGES DEMENTS**

**Docteur Cédric GRANET**  
**Docteur Sylvain MALTAVERNE**  
Pôle gériatopsychiatrie  
Centre hospitalier VINATIER  
95 boulevard Pinel  
69677 Bron

Si les consultations « mémoire » sont par définition des lieux pluridisciplinaires où gériatres, neurologues et psychiatres travaillent autour de la question du diagnostic de démence, la pratique nous montre que l'expertise de la comorbidité psychiatrique y est traitée de façon très inégale suivant les structures.

La constatation d'une demande croissante de prise en charge en gériatopsychiatrie de patients atteints de maladie d'Alzheimer, dont l'anamnèse révèle une problématique psychique antérieure parfois méconnue (personnelle ou familiale), et pour lesquels l'hospitalisation temps plein devient la seule réponse possible à une crise (qui depuis longtemps couvait), ouvre la question de soins plus précoces chez ces malades à haut risque de décompensation.

C'est à partir du constat de leur repérage plus précoce et donc de l'importance d'une collaboration étroite avec les centres mémoire qu'est née l'idée de créer un hôpital de jour gériatopsychiatrique dédié à cette population.

## L'INSUFFISANCE CARDIAQUE EN 2008 : READAPTATION ET EDUCATION

**Docteur Bernard PIERRE**  
cardiologue

- Centre de réadaptation IRIS  
Service de cardiologie  
69280 Marcy l'Etoile
- 29 place Bellecour  
69002 LYON

L'insuffisance cardiaque (IC) est un problème majeur de Santé publique dans tous les pays développés. Cinq cent milles à 1 million de patients en France dont près de 120.000 nouveaux cas par an.

Pathologie touchant préférentiellement le sujet âgé (2/3 des patients ont plus de 70 ans), elle est grevée d'une lourde mortalité (en moyenne 50 % à 5 ans après le primo diagnostic).

Même s'il existe un impact hautement significatif en terme de morbidité et de mortalité des traitements médicamenteux validés dans l'IC par dysfonction systolique (IEC et bêta bloquant à dose maximale tolérable, diurétique à dose minimale pour éviter le syndrome congestif ± spironolactone ± AAI ± antithrombotique) et du traitement « électrique », la réadaptation cardiaque incluant un programme d'éducation thérapeutique est un complément largement sous utilisé (moins de 10% des patients IC en bénéficiant) expliquant largement le fort taux de réhospitalisations (40 % dans l'année suivant une décompensation) avec le retentissement médico-économique que l'on connaît.

La réadaptation se caractérise par une prise en charge globale positive et pluridisciplinaire associant cardiologue, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, diététicienne, infirmières.

Elle s'adresse aux IC en situation clinique stable quels que soient l'étiologie et les traitements en cours, aux stades II et III de la NYHA<sup>5</sup> ( $10 < \text{pic VO}_2 < 20 \text{ ml/min/kg}$ ) ; avant et après transplantation cardiaque mais aussi sous assistance circulatoire, stimulation multisites ± DAI. Son efficacité sera d'autant plus spectaculaire que le patient est plus sévère avec un déconditionnement périphérique patent et que le réentraînement sera plus prolongé (au moins 20 journées).

L'évaluation initiale du patient effectuée par le cardiologue permettra de juger ses capacités et stratifier son risque en s'appuyant sur l'examen clinique, l'ECG, les données biologiques standard (+ BNP), la radiographie thoracique, l'échocardiographie, le Holter ECG. L'EFX<sup>6</sup> et le test de marche des 6 minutes (TM6) permettront d'organiser au mieux le programme d'entraînement à l'effort.

<sup>5</sup> New York Heart Association

<sup>6</sup> Exploration Fonctionnelle à l'eXercice (EFX)

Le patient effectuera des exercices les plus diversifiés possible en endurance (rectangulaire ou en interval training), en résistance dynamique à la fréquence cardiaque évaluée au seuil d'adaptation ventilatoire et/ou en fonction de ses sensations (12 à 14/20 sur l'échelle de BORG7). Les patients les plus déconditionnés pourront bénéficier d'un travail musculaire segmentaire (banc de Koch8) voire d'une électromyostimulation périphérique.

De nombreuses études concordantes nous montrent une amélioration hautement significative de la morbidité :

- réduction de la symptomatologie, rétrogradation dans la classe NYHA.
- amélioration de la durée et de la puissance de l'effort de l'ordre de 20 % évaluées par le pic de VO<sub>2</sub> ou la distance de marche au TM6.
- amélioration de la qualité de vie, (entre autre par la réduction du nombre des hospitalisations), du pronostic professionnel.
- réduction de la mortalité, toutes causes de 35 % (méta analyse de PIEPOLI – BMJ 2004) ; les résultats de l'étude ACTION HEART FAILURE sur 3.500 patients étant en attente (AHA novembre 2008). On estime qu'il suffit de traiter 11 patients pour éviter un décès ou une réhospitalisation, ce qui constitue un rapport coût/bénéfice très favorable.

Ces bénéfices sont le fruit de la synergie entre l'entraînement physique et l'éducation thérapeutique proposés conjointement. L'éducation permet une amélioration de l'adhésion au traitement, une meilleure autogestion de sa maladie par le patient devenu acteur informé auquel sont fixés des objectifs précis, simples, atteignables (pour qu'il puisse être encouragé) et régulièrement évalués : connaissance de la maladie, des symptômes de décompensation, des traitements, de la surveillance clinique (particulièrement du poids+++ ) et biologique, des bénéfices de l'observance des conseils hygiéno-diététiques (activité physique d'intensité modérée ½ heure par jour, restriction hydrique et sodée adaptée au cas par cas).

En l'état actuel des connaissances et des recommandations des Sociétés savantes, la prise en charge optimale d'un insuffisant cardiaque symptomatique (tout particulièrement s'il est sévère et à haut risque) devrait faire appel à un programme de réadaptation et d'éducation thérapeutique dans un service spécialisé en ayant l'expérience.

## Bibliographie

1. Aguilaniu B, Richard R, Costes F, Bart F, Martinat Y, Stach B, Denjean A. Méthodologie et Pratique de l'Exploration Fonctionnelle à l'exercice (EFX). Rev Mal Respir 2007; 24 : 2S111-2S160. [SPLF 2007](#).
2. Monpère et al. Recommandations de la Société Française de Cardiologie concernant la pratique de la réadaptation cardiovasculaire chez l'adulte. Version 2. Arch Mal Coeur Vaiss 2002; 95: 963-97.
3. Giada et al. Exercise prescription for the prevention and treatment of cardiovascular diseases: part I. Journal of Cardiovascular Medicine 2008 ;9(5).

<sup>7</sup> <http://www.hcuge.ch/~physio/physiotherapie/docs/bilans/borg6a20.pdf>

<sup>8</sup> [http://www.prosantesud.com/gen\\_mecano\\_GM13.html](http://www.prosantesud.com/gen_mecano_GM13.html)

**ATELIERS MATIN**

Salon  
09 h 30 à 11 h 30

**SYNCOPE : SOYONS PRAGMATIQUE ;  
COMMENT FAIRE ?**

Avec

**Docteur Daniel FLAMMANG**  
Centre de la syncope  
Hôpital Croix Rousse  
69004 LYON

Salon  
09 h 30 à 11 h 30

**LES BONNES PRATIQUES DE L'IMAGERIE  
DANS LA PATHOLOGIE DU RACHIS LOMBAIRE**

**Docteur Sébastien CHOMEL**  
Clinique Protestante  
Chemin du Penthod  
69300 Caluire

**ATELIERS APRES-MIDI**

Salon  
15 h 15 à 17 h 15

## TROUBLES DU RYTHME ET ACTIVITE SPORTIVE

Organisé par l' « Association Médicale des Groupements Sportifs du Rhône »  
(AMGS 69)

Avec  
**Docteur Paul PETIT**  
**Docteur Jean DURAND-BAILLOUD**

Salon  
15 h 15 à 17 h 15

**DIABETE DE TYPE 2 :  
ANCIENS ET NOUVEAUX TRAITEMENTS**

Organisé par les Rencontres Médicales du Beaujolais

Avec  
**Docteur Bernard COLLE**



remercient pour leur participation au

**35<sup>ème</sup> FORUM MEDICAL LYONNAIS**

- ◆ ALMIRALL
- ◆ ASTRA ZENECA
- ◆ BOIRON
- ◆ GLAXO SMITHKLINE
- ◆ JANSSEN CILAG
- ◆ MERCK LIPHA SANTE
- ◆ ROCHE
- ◆ SANOFI - AVENTIS