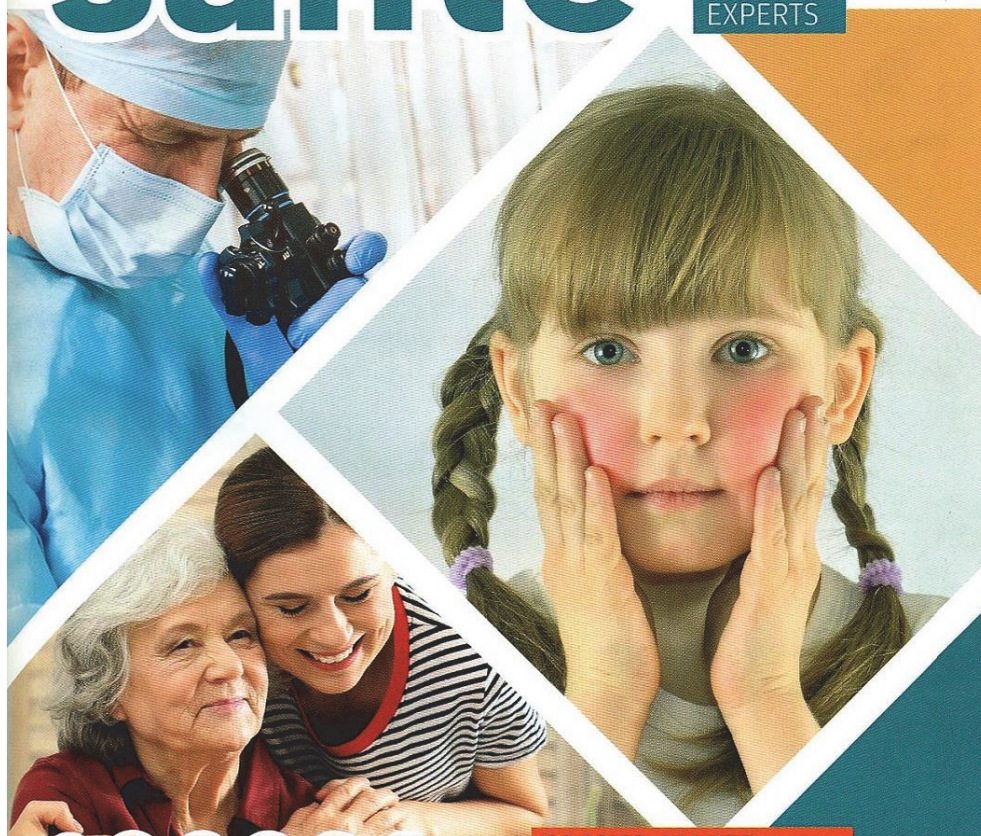


# Le guide de la santé

LES CONSEILS DE NOS EXPERTS



DOSSIER CANCER 16 PAGES



- Maladies cardio-vasculaires • Rhumatismes • Endométriose • Psoriasis • Migraine • Asthme
- BPCO • Eczéma • Mucoviscidose • Insomnie • Épilepsie • Alzheimer • Audition • Maladie rénale
- Dossier : la santé de nos enfants • Bien-être • Covid : tests-vaccins, mode d'emploi



**Docteur Élodie ARCHIER**, dermatologue spécialisée en onco-dermatologie à l'hôpital Saint-Joseph, à Marseille

## CANCER DE LA PEAU

### Ces traitements plus efficaces

Malgré une recherche qui progresse, le nombre de cas augmente. Dans les prochaines années, le cancer tuera plus de personnes dans les pays riches que les maladies cardiovasculaires. C'est ce qu'affirmait une étude publiée, dans la revue médicale *The Lancet*. Une conclusion d'autant plus paradoxale que, depuis de nombreuses années, la recherche sur les cancers a considérablement évolué et les progrès se sont accélérés. On a même assisté à une véritable révolution avec l'arrivée de l'immunothérapie qui donne de grands espoirs dans le traitement des cancers cutanés notamment. Mais avec un décès toutes les dix minutes dans le monde, les cancers de la peau restent encore agressifs. C'est ce qui a poussé la Ligue contre le cancer à lancer, l'an dernier une vaste campagne de sensibilisation auprès du public sur les risques solaires. «Le mélanome cutané a vu son nombre de nouveaux cas tripler entre 1980 et 2005», indique l'association en ajoutant que «sa progression est de +3,4% par an en moyenne chez l'homme sur les huit dernières années. En 2017, on a recensé 15 404 nouveaux cas de mélanomes en France métropolitaine et 1 783 décès.»

«Le carcinome cutané et le mélanome sont les cancers de la peau les plus fréquents, confirme Élodie Archier, dermatologue spécialisée en onco-dermatologie à l'hôpital Saint-Joseph, à Marseille. L'un comme l'autre sont essentiellement liés à l'exposition solaire. La première cité résulte d'une exposition cumulative au cours de toute une vie. On le voit souvent apparaître chez des personnes de plus de 60 ans. Concernant le mélanome, il est entraîné par une exposition solaire intense et épisodique pendant l'enfance et l'adolescence.»

Pris à temps, ce sont globalement des cancers nettement favorables qui ne nécessitent qu'une chirurgie. Mais si les patients tardent à consulter, la situation est plus délicate et le seul recours est un traitement systémique.

L'immunothérapie ouvre une nouvelle voie. Mais jusqu'à 2011, aucune thérapeutique ne semblait efficace comme le souligne la spécialiste : «Les patients étaient traités par chimiothérapie. Or, le

mélanome n'est pas chimiosensible et peu radiosensible. On avait un patient sur deux qui, à ce stade, décédait dans les 6 mois. Mais en quelques années, deux nouvelles stratégies thérapeutiques ont complètement révolutionné la prise en charge des mélanomes et l'immunothérapie a représenté une avancée majeure. Elle a donné de très grands espoirs. Son mode d'action a montré une efficacité en termes de survie globale chez ces patients. Cinq ans après, on a toujours des patients en vie après avoir eu un mélanome à un stade avancé.»

pendant nuancer les propos. Tous les grains de beauté ne deviendront pas un potentiel cancer de la peau. «On a beaucoup de consultations en urgence l'été parce que les personnes ont écorché des grains de beauté, soit avec la bretelle d'un soutien-gorge, soit en se rasant. Il n'y a pas de risque de cancérisation des grains de beauté bénins lorsqu'on les traumatise. En revanche, un grain de beauté qui saigne facilement peut être un signe d'alerte.» Mais avant de courir consulter, mieux vaut attendre que la peau soit débronzée.



Reste que le meilleur remède, c'est la prévention solaire chez les sujets à risque. Les personnes à peau claire et celles qui s'exposent au soleil de façon régulière que ce soit dans le cadre professionnel ou dans celui des loisirs, sont principalement concernées. «Il faut régulièrement se faire dépister car les mélanomes surviennent dans 80% des cas en peau saine. Il se traduit par une lésion qui apparaît. Dans les autres 20%, c'est la modification d'un nævus, un grain de beauté que l'on a toujours eu et qui va se modifier, soit dans sa forme soit dans sa couleur.» Selon la dermatologue, il faut ce-

# ENSEMBLE, SOUTENONS LA RECHERCHE CONTRE LA COVID-19



# AGIR  
OFFRIR  
S'UNIR



ALCOVID est un projet de recherche clinique, mené à l'Hôpital Européen, qui porte sur l'évaluation des impacts médicaux, sociaux et psychiques de la COVID-19.



collaboration  
avec le Docteur  
Laurent CHICHE,  
chef du service de  
dermatologie interne  
à l'Hôpital Euro-  
péen à Marseille

## LUPUS

# Enfin l'espoir d'un traitement prometteur

▶ Cette maladie qui affecte notamment la peau touche 30 000 personnes en France

Peu connu du grand public, le lupus est la plus fréquente des maladies rares. Cinq millions de personnes dans le monde en seraient atteints, et 30 000 en France. «C'est une maladie chronique qui survient à l'âge adulte et plus particulièrement chez les jeunes femmes entre 20 et 40 ans, explique le docteur Laurent Chiche, chef du service de médecine interne de l'Hôpital Européen à Marseille.

Le lupus s'explique par un dérèglement du système immunitaire. «L'origine du lupus n'est pas bien connue. On sait que ce n'est ni une maladie infectieuse, ni héréditaire. En revanche, l'association de plusieurs facteurs (environnementaux, hormonaux, génétiques...) pourrait déclencher le mécanisme. Le corps se met à fabriquer des anticorps qui s'attaquent à l'organisme.»

L'expression de la maladie est différente d'un individu à l'autre. Elle peut affecter n'importe quelle partie du corps (peau, rein, cœur, articulation...) et faire vivre de grandes périodes de fatigue.

«Le problème est d'avoir tous ces paradoxes qui ne se voient pas de l'extérieur. On a souvent du mal à la diagnostiquer.»

### Tabac et soleil : les frères ennemis

Comme toute maladie chronique, le lupus se caractérise par l'alternance entre des périodes de poussées et des périodes de rémission. «Il ne se guérit pas. On peut juste mettre en stabilisation la maladie.» Pour diminuer le risque de rechute, certaines règles de vie s'imposent. «Le tabac et le soleil sont vraiment les ennemis jurés de cette maladie, prévient-il. Le tabac annihile les effets des médicaments. L'exposition au soleil peut déclencher une crise. Protégez-vous des UV même au printemps. Et l'été, c'est indice 50, tee-shirt et chapeau!»

Si l'hygiène de vie est capitale, la prise en charge du lupus a heureusement progressé ces dernières années. «Le standard de la maladie pour stopper la poussée est un traitement anti-plaquidisme. Le plus connu étant le «Plaquénil. C'est un traitement prolongé qui nécessite une surveillance accrue car ils peuvent entraîner des effets secondaires comme des troubles de la vision.»

Dans certains cas, les immunosuppresseurs sont prescrits mais ils diminuent les défenses immunitaires. «Le problème, c'est d'avoir plus d'infections. D'ailleurs, on conseille aux patients d'avoir les vaccins à jour et de se faire vacciner contre la grippe saisonnière et le pneumocoque.» Dans la liste, on retrouve aussi les corticoïdes. «Il y a un régime à suivre en cas de traitement avec corticoïde, précise Laurent Chiche. Limiter le sel pour l'hypertension et surtout éviter le sucre. Il y a le site, cortisone-info.fr, qui donne de très bons conseils.»

Une nouvelle classe de traitements vient compléter l'arsenal thérapeutique. Ce sont les biothérapies déjà utilisées en rhumatologie. «On place beaucoup d'espoir. On est toujours en période d'essai clinique.»

Outre ces nouvelles thérapeutiques, actuellement à l'essai, le microbiote est aussi un axe qui intéresse les cher-

cheurs. «Il a le vent en poupe, déclare-t-il, mais ce n'est pas qu'un effet de mode comme le montrent certains travaux.» À Marseille, l'équipe du «Lupus Living Lab» qu'il dirige, travaille dessus. «Un déséquilibre du microbiote pourrait favoriser le développement du lupus. On essaie de mettre en évidence les anomalies de ces bactéries intestinales. Cependant, la flore intestinale d'un Marseillais qui a un régime méditerranéen ne sera pas la même que celle d'un Américain. C'est toute la difficulté de nos recherches. Mais, une fois que l'on aura mis en évidence des anomalies particulières, il faudra trouver le moyen de les corriger. L'idée est de renormaliser la flore intestinale par des antibiotiques, des probiotiques ou de la transplantation fécale, pour voir l'impact sur la maladie. Si on y arrive, ces traitements n'auront rien à voir en termes de toxicité par rapport à des médicaments au long cours. Quels qu'ils soient. Notre priorité est de continuer à inclure le nombre de patients dont on a besoin et de les suivre sur plusieurs mois. La condition qu'ils viennent donner leurs selles.»

Un des autres axes de recherche mis en avant est la gestion psycho-émotionnelle des patients. «Le facteur émotionnel est au moins un facteur aggravant de la maladie, au même titre que le soleil ou le tabac. Il faut apprendre aux malades à connaître et à maîtriser leurs émotions. Ce volet est tout aussi intéressant que les médicaments. D'ailleurs, le monde scientifique commence à bouger à ce niveau.» Au sein du programme d'éducation thérapeutique EURO-IMMUN créé en 2017, il propose ainsi un programme d'éducation thérapeutique dédié aux patients atteints de maladies auto-immunes ou de maladies inflammatoires chroniques. Il vient d'y intégrer un groupe de travail sur les médecines intégratives. «Nous menons une réflexion sur l'apport de ces médecines que sont la sophrologie, le yoga, l'acupuncture, la diététique ou encore la méditation et l'aromathérapie. Elles y ont leur place. À condition de venir en complément.»



# ENSEMBLE, SOUTENONS NOS PROFESSIONNELS DE SANTÉ



## # AGIR OFFRIR S'UNIR



« Mon réflexe bien-être » est un projet pour les professionnels de l'Hôpital Européen qui leur offre la possibilité d'évacuer les tensions et le stress à travers diverses activités !

**Hôpital Européen**  
Marseille | L'humain au cœur de nos soins

Fondation  
**AMBOISE PARÉ**  
1846

**Audeam**  
Le chemin s'allie au combat, soif et méditation



En collaboration avec le **Docteur Bruno ESCARGUEL**, responsable de l'unité de Pneumologie Interventionnelle à l'hôpital Saint-Joseph à Marseille

## BRONCHO-PNEUMOPATHIE CHRONIQUE OBSTRUCTIVE

### Fumeurs : gare à la BPCO

Vous fumez et vous toussiez depuis des mois ? Vous souffrez certainement de broncho-pneumopathie chronique obstructive, identifiée sous l'acronyme BPCO. Pathologie peu connue du grand public, la BPCO touche trois à cinq millions de personnes en France. Avec près de 16 000 décès chaque année dans le pays, cette maladie chronique respiratoire pourrait devenir, « si rien n'est fait », la troisième cause de mortalité dans le monde d'ici 2030 d'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ! Véritable enjeu de santé publique, elle est due à une inflammation et une obstruction progressive des bronches liées au tabac dans 80 % des cas et à la pollution atmosphérique. « L'agression répétée du poumon entraîne son vieillissement prématuré, explique le docteur Bruno Escarguel, responsable de l'unité de Pneumologie Interventionnelle à l'hôpital Saint-Joseph à Marseille. « Une bouffée de cigarette, c'est une pollution concentrée maximale et brutale. Quand vous répétez chaque bouffée, imaginez ce que cela peut faire. C'est vivre dans une cheminée de bateau de croisière en permanence. » Si les femmes sont plus sensibles que les hommes, la BPCO survient au bout « d'au moins 20 ans » de tabagisme. » Après ce délai, à chaque année qui passe, on perd cinq ans de poumon ! » prévient le Dr Escarguel.

Maladie pulmonaire insidieuse par excellence, il est souvent trop tard quand les premiers symptômes apparaissent. Le handicap respiratoire qu'elle induit est déjà présent. « Le patient ressent un essoufflement progressif (dyspnée) qui peut être associé à une toux chronique, poursuit le pneumologue. On met ces symptômes sur le compte de la cigarette sans penser à une maladie beaucoup plus grave. Les malades atteints de formes sévères de BPCO peuvent déclarer d'autres complications : cardiaques, endocriniennes... nécessitant un nombre important d'hospitalisations ou être à l'origine de décès. »

Une fois déclarée, la maladie ne se guérit pas, néanmoins son évolution peut être ralentie. « L'arrêt du tabac est le principal traitement car il stoppe ce déclin, sauf qu'ici on ne parle pas de réversibilité. Dans ces pathologies,



l'activité physique fait également partie des stratégies thérapeutiques. Le vieillissement du poumon est contrebalancé par le sport, précise le Dr Escarguel.

La prise en charge médicamenteuse repose, quant à elle, principalement sur la prise inhalée de bronchodilatateurs pour soulager la gêne respiratoire. Ils sont associés dans certains cas à des corticoïdes. « Les bronchodilatateurs rouvrent les bronches et, en facilitant le passage de l'air, luttent contre la dyspnée. » Dans les formes sévères, une oxygénothérapie est aussi nécessaire.

De nouvelles approches thérapeutiques dans le traitement de cette maladie sont en cours d'évaluation. Elles ont été au centre des discussions des spécialistes nationaux réunis en congrès, ce week-end, à l'hôpital Saint-Joseph de Marseille.

Parmi les innovations, les techniques endoscopiques ont largement été présentées. « L'une d'elles permet la destruction des nerfs bronchiques par radiofréquence. À l'aide d'un cathéter, on va détruire certaines parties nerveuses des bronches pour permettre la diminution du nombre de bronchites ou d'événements indésirables. Une étude européenne a été lancée. C'est une piste intéressante », détaille le pneumologue.

Une autre thérapeutique innovante intéresse les spécialistes : la réduction

pulmonaire par valve. Cette technique s'adresse aux personnes souffrant d'emphysème. « L'emphysème est une complication de la BPCO, le stade ultime et irréversible de la BPCO. Les poumons se gonflent et parviennent de moins en moins à faire sortir l'air. La gêne respiratoire devient alors permanente. L'objectif est d'arriver à obstruer certaines zones détruites pour que l'air aille vers les parties les plus fonctionnelles. En résumé, c'est une forme de dérivation de la ventilation. Pour réorienter ce flux, on utilise de petites valves endobronchiques qui permettront à l'air de quitter la zone malade et ne plus y rentrer. » Une trentaine de malades a pu être traitée par ce nouveau protocole. Avec plus ou moins de réussite. « Tous les patients ne seront pas éligibles car il y a des effets secondaires. Un patient sur 3, porteur de la valve, a eu un pneumothorax. On a revu nos méthodes. Aujourd'hui, on note une aggravation chez 20 % des malades. Un chiffre à la baisse. » Pour l'heure, le seul moyen d'éviter les complications inutiles reste la vaccination. Les personnes souffrant de BPCO sont invitées à l'approche de l'hiver et des infections hivernales, à se faire vacciner contre la grippe et le pneumocoque.

De quoi avoir une petite bouffée d'oxygène.



En collaboration avec le **Docteur Julie MOUSSI-FRANCES**, néphrologue au centre Diaverum de l'Hôpital Saint-Joseph à Marseille.

## MALADIE RÉNALE CHRONIQUE

# Comment la reconnaître et la soigner ?

La maladie rénale chronique (MRC) se définit comme une perte progressive des différentes fonctions des reins (élimination des toxines, équilibre tensionnel et stimulation de la production des globules rouges). Si les manifestations cliniques de la MRC sont plutôt tardives (fatigue, perte de poids, essoufflement), les manifestations biologiques sont plutôt précoces et permettent d'en faire rapidement le dépistage.

Les principales causes de MRC sont les maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle-HTA), coronaropathie, AVC) et le diabète qui représentent la moitié des causes de maladie rénale chronique terminale (MRCT). Les autres causes sont principalement des maladies plus spécifiques du rein soit acquises (glomérulopathie, uropathie, toxiques, maladies systémiques auto immunes) soit génétiques (majoritairement la polykystose rénale autosomique dépendante). Il existe 5 stades de la MRC selon sa sévérité. Les deux premiers stades sont définis par une atteinte rénale sans ou avec une insuffisance rénale minime. Les stades 3 et 4 définissent une MRC modérée à sévère et le stade 5, une MRC terminale nécessitant la mise en route d'une épuration extra rénale. Plus la MRC est précocement dépistée et prise en charge de manière spécifique, plus les risques de progresser vers la MRCT sont diminués.

Le dépistage de la MRC est donc primordial et précoce dès qu'il y a un facteur de risque comme l'âge (+ de 65 ans), une HTA, un diabète, une obésité, une maladie cardiovasculaire, une uropathie, une maladie auto immune, une maladie du foie et des traitements à risque toxique pour les reins (chimiothérapie, lithium, AINS, ...).

Ce dépistage est très simple puisqu'il suffit de mesurer la créatinine dans le sang (et le Débit de filtration glomérulaire (DFG) qui représente la fonction du rein en fonction de l'âge, sexe et race du patient) et de faire une bandelette urinaire à la recherche de protéines, de leucocytes et d'hématies dans les urines. En cas d'anomalies, votre médecin pourra vous adresser à un néphrologue avec une échographie de l'appareil urinaire afin d'évaluer la gravité de l'atteinte, une prise en



charge spécifique selon la cause et des recommandations pour protéger cette fonction rénale.

### De plus en plus de Français impactés

En 2018, la MRCT avec nécessité de traitement de suppléance des reins concernait 90 000 patients en France dont un peu plus de la moitié en dialyse et le reste en transplantation rénale. Chaque année, de plus en plus de patients sont concernés par la MRCT du fait probablement du vieillissement de la population et de la forte prévalence des maladies cardio-vasculaires et du diabète due à notre mode de vie actuel. L'âge médian de la mise en dialyse (71 ans) ou en transplantation (58 ans) ne cesse aussi de progresser. Les traitements de suppléance, en dehors de la transplantation rénale qui est largement proposée lorsque le patient peut en bénéficier, sont représentés par la dialyse (méthode de filtration des toxines par une membrane). Deux méthodes de dialyse peuvent être proposées aux patients. Soit une technique de filtration passant directement par le sang du patient grâce à une fistule artério-veineuse réalisée sur le bras du patient (ou hémodialyse). Cette technique peut se faire dans un centre de dialyse ou à domicile. Soit une technique passant par la filtration par une membrane de la cavité péritonéale (abdomen) du patient par le biais d'un

cathéter (ou dialyse péritonéale), technique réalisée à domicile par le patient ou une infirmière.

Ces différentes méthodes de dialyse sont proposées au patient en fonction de ses pathologies associées, autonomie et habitudes de vie.

Il y a 50 ans, on a bénéficié d'une véritable révolution thérapeutique avec la découverte de la transplantation rénale et des techniques de dialyse permettant aux patients ayant une insuffisance rénale terminale de poursuivre leur vie. Mais il s'agit de traitement uniquement palliatif de la MRCT.

Avec le développement de la médecine actuelle, le but est de prévenir, d'arrêter ou de diminuer la progression vers la MRCT pour la plupart des maladies rénales. C'est pour cela qu'il est primordial de se faire dépister précocement lorsqu'il existe des facteurs de risque connus.



En collaboration avec le **Docteur Denis BRETHEAU**, chef de service d'urologie de l'Hôpital Saint-Joseph, à Marseille.

## DOULEURS TESTICULAIRES

# Et si c'était la varicocèle ?

À vous mesdames qui vous aventurez sur cette page, cet article est exclusivement réservé à la gent masculine puisqu'il s'agit d'évoquer les «bijoux de famille» de ces messieurs. Symbole de «virilité», les testicules sont loin d'être aussi résistants à la maladie. Infections, inflammation, tumeur... il n'est pas rare qu'ils connaissent des épisodes douloureux pour diverses raisons. Mais s'il n'est jamais facile de parler de ces souffrances parce qu'elles touchent à l'intime, rester muet est de loin la pire des décisions. Sans dramatiser en pensant tout de suite «cancer des testicules» (ils sont relativement rares

richeuse des veines de drainage du testicule, explique le docteur Denis Bretheau, chef de service d'urologie de l'Hôpital Saint-Joseph, à Marseille. Pour des raisons anatomiques, elle est plus fréquente du côté gauche que du côté droit.»

La varicocèle se classe en quatre stades en fonction de l'importance de la dilatation veineuse et en fonction du retentissement que cela peut avoir sur le testicule. Les symptômes les plus fréquents sont bien sûr la douleur générée par une tension au niveau du scrotum et un aspect gonflé. «Il s'agit du paquet variqueux situé au-dessus du testicule. Les personnes ont l'im-

pression d'avoir une petite masse à ce niveau-là, précise le spécialiste. Dans les varicocèles importantes, dites de stade 4, il peut y avoir une atrophie du testicule car le retour veineux s'effectue moins bien. Classiquement, si la varicocèle se situe du côté droit, il faut toujours rechercher l'existence éventuelle d'une tumeur du rein droit. Là aussi pour des raisons anatomiques.»

Concernant le traitement, il n'y a pas toujours nécessité à l'envisager, selon le docteur Bretheau. «Beaucoup peuvent être simplement surveillés. C'est surtout gênant sur le plan esthétique. En revanche, dans les cas les plus sévères, on utilise aujourd'hui l'embolisation. Cette technique est une pratique peu invasive pratiquée en radiologie interventionnelle. «Sous anesthésie locale, on vient obturer les veines dilatées.» Parfois, une intervention chirurgicale peut être proposée mais elle est de moins en moins utilisée.

«Dans la varicocèle, le plus compliqué est d'oser en parler d'autant que ça touche cette sphère particulière du mâle. Nous devons avoir un message rassurant. En cas d'aggravation, il n'y aura pas de caractère de gravité, ni de cancérisation. Excepté que le paquet



car ils représentent moins d'1 % des cancers chez l'homme selon l'Inca, NDRL), qu'ils soient aigus ou chroniques, mieux vaut déterminer l'origine de ces symptômes.

Dans 90 % des cas, il s'agit d'une torsion testiculaire qui touche surtout une grande majorité de jeunes hommes avant 25 ans selon l'Association Française d'Urologie (AFU) mais il peut aussi s'agir d'une varicocèle testiculaire. Moins connue mais assez fréquente, plus de 10 % de la population masculine serait concernée par cette pathologie.

«La varicocèle est une dilatation va-

riquéux dévienne un peu plus douloureux, souligne-t-il. De même qu'il faut tordre le cou à certaines idées comme la relation entre l'infertilité masculine et la varicocèle. Le lien n'a jamais été réellement démontré.»

À titre préventif, d'autres spécialistes conseillent l'autopalpation. «On conseille bien aux femmes de s'auto-palper pour prévenir le cancer du sein, alors pourquoi ne pas appliquer ce geste aux testicules pour détecter une boule anormale, une irrégularité ou un gonflement ?» Une différence d'anatomie qui pourrait avoir une conséquence de taille.

## DEVENEZ PARTENAIRE DU CENTENAIRE DE L'HÔPITAL SAINT JOSEPH ET DE SA FONDATION



100 ans d'**humanité au cœur du soin**  
100 ans d'**innovations médicales**  
100 ans de financement de la **Recherche**  
100 ans d'**accompagnement des plus fragiles**  
100 ans de **soutien à des oeuvres humanitaires**



**CÉLÉBREZ AVEC NOUS NOTRE CENTENAIRE**  
pour rendre hommage au fondateur de l'Hôpital,  
aux médecins, soignants, professionnels, bénévoles,  
qui font l'histoire de Saint Joseph.



**SOUTENEZ LES ACTIONS DE LA FONDATION**  
au bénéfice des patients et des plus fragiles.

**Faites un don, en ligne ([www.fondation-saint-joseph.fr](http://www.fondation-saint-joseph.fr),  
rubrique «Faire un don») ou par courrier.**

Pour chaque don, vous pouvez bénéficier d'une réduction d'impôt de 66 % dans la limite de 20% du revenu imposable.

**Pour tout renseignement, contactez la Fondation :**

Bénédicte BAGOURD ([bbagourd@fondation-hopital-saint-joseph.fr](mailto:bbagourd@fondation-hopital-saint-joseph.fr))  
04.91.80.70.10 (ligne directe)



Soutenez une Fondation reconnue d'utilité publique,  
agrée par le Don en Confiance depuis juillet 2012

Retrouvez-nous sur les réseaux sociaux



Hôpital Saint Joseph Officiel

**Audeam**

Le réseau solidaire sanitaire, social et médico social



En collaboration avec le **Docteur Bernard POL**, chef du service de chirurgie digestive et endocrinienne à l'hôpital Saint-Joseph

### VÉSICULE BILIAIRE

## Quand la vésicule biliaire fait ses calculs

Le rôle physiologique de la vésicule est modeste : c'est un réservoir de stockage de bile entre les repas. La bile, fabriquée par le foie, est indispensable à la digestion et rejoint par le canal cholédoque le tube digestif. Elle est épaisse et peut facilement cristalliser dans la vésicule où elle stagne, y créant des calculs. Cette maladie très fréquente est la lithiase biliaire. Si les calculs flottent dans la vésicule, il n'y a aucun symptôme, il

à traiter en urgence, comme la cholécystite aiguë (infection de la vésicule), le passage d'un calcul dans le cholédoque qui peut entraîner une grave infection de la bile avec une septicémie (infection du sang avec fièvre élevée et frissons), ou même une pancréatite aiguë qui peut être très grave.

L'opération consiste à séparer la vésicule du foie et du canal cholédoque puis fermer le canal cystique et l'artère



ne faut pas opérer. Si un calcul vient se coincer dans le canal cystique, sortie de la vésicule, apparaît une violente douleur, prolongée, souvent nocturne, au niveau de l'estomac ou sous les côtes du côté droit, irradiant dans le dos ou l'épaule droite. Cette douleur caractéristique s'appelle la colique hépatique. Lors de cette crise, on traite la douleur. L'échographie est le meilleur examen pour confirmer le diagnostic. Il est alors indiqué d'enlever la vésicule, sans urgence le plus souvent, pour éviter la survenue de nouvelles crises ou de complications

de la vésicule. L'opération se fait le plus souvent par cœlioscopie. Le geste dure entre 40 et 60 minutes en fonction de l'inflammation, du poids du patient, des antécédents. Quelques complications sont possibles, générales ou chirurgicales, dans moins de 1% des cas, par blessure d'une structure voisine, un vaisseau sanguin, le canal cholédoque. Plus de 100000 cholécystectomies ou ablation de la vésicule biliaire sont réalisées en France chaque année.



En collaboration avec le Docteur Jérôme DELATTRE, chirurgien ORL à l'hôpital Saint-Joseph à Marseille

## ABLATION DES AMYGDALES

# L'opération n'est plus automatique

▷ Ceux, passés entre les mains des ORL dans leur enfance pour subir l'ablation des amygdales, ne se souviennent que d'une chose : le nombre de glaces autorisé à déguster après l'intervention. Un stratagème, longtemps utilisé par les médecins et les parents pour endormir ces fameuses douleurs postopératoires particulièrement intenses.

Opération courante il y a trente ans, l'amygdalectomie est de moins en moins pratiquée aujourd'hui. Car, si on notait encore 70 000 interventions au

Dr Jérôme Delattre. Lorsqu'on fait des angines d'origine bactérienne à répétition, c'est-à-dire plus de quatre par an. Cela représente moins de 10 % des opérations chez l'enfant dont l'immense majorité a entre 3 et 6 ans. Pour les 90 % restant, l'intervention chirurgicale est souvent proposée lorsqu'un syndrome d'apnée obstructive du sommeil est diagnostiqué. Même chez les plus jeunes. «Ces pauses respiratoires sont liées à l'hypertrophie des amygdales (amygdales volumineuses, NDLR)», précise le spécialiste.

sueurs, qui se découvre, qui a des cauchemars et se montre grognon au réveil. Tous ces symptômes peuvent être l'expression d'un syndrome d'apnée obstructive, note le Dr Delattre. Dans la journée, ces enfants sont sujets à des siestes à rallonge ou à des coups de fatigue en fin de journée notamment lorsqu'ils sont scolarisés. À l'inverse, certains se montrent particulièrement turbulents. Cette hyperactivité s'explique comme un moyen de se tenir éveillé.»

Autres indices d'hypertrophie des amygdales : la stagnation pondérale et le pipi au lit. «La prise de poids de l'enfant tourne au ralenti, poursuit l'ORL, mais l'énurésie nocturne (pipi au lit, NDLR) peut aussi alerter.»

Une nouvelle technique opératoire Loin de l'opération à la «guillotiner» qui sectionnait à la racine les amygdales, les méthodes d'intervention ont évolué. De plus en plus d'établissements proposent l'amygdalectomie subtotale par radiofréquence. C'est le cas à l'hôpital Saint-Joseph. «C'est la technique la plus utilisée aujourd'hui, confirme le chirurgien. On utilise un bistouri par radiofréquence pour couper l'amygdale et enlever seulement l'excédent au niveau de la gorge. En réalité, on enlève seulement les trois-quarts des amygdales. L'intérêt est double. D'abord, les patients souffrent moins et le risque de saignement diminue à moins de 1 %. En fait, le bistouri chauffe moins les tissus, donc est moins traumatique. Il permet un geste plus précis et nous évite de mettre à nu le muscle au fond de la gorge.»

De quoi rassurer certains parents d'autant que, contrairement à certaines croyances, les amygdales ne jouent pas un rôle de filtre : «Il n'y a pas de risque d'être plus malade si on les enlève.»

C'est une affection qui se manifeste essentiellement la nuit. Les enfants ont un sommeil de très mauvaise qualité qui peut avoir des conséquences sur la croissance, sur le développement psychologique, les acquisitions notamment scolaires, voire des problèmes cardiaques et neurologiques.

Pour confirmer le diagnostic, plusieurs signes notables doivent alerter les parents. En premier lieu, ce sont des enfants qui ronflent et qui montrent des difficultés à respirer. «Un enfant qui est agité dans son sommeil, qui a des



début des années 2000, le chiffre a été divisé par deux. Pour expliquer cette diminution, les spécialistes invoquent le bénéfice limité de l'amygdalectomie sur les angines à répétition de nos chers bambins. Autre motif avancé, les complications hémorragiques possibles malgré l'apparente banalité de l'acte.

Néanmoins, dans certains cas, l'amygdalectomie est recommandée. «Il y a deux indications principales pour opérer des amygdales, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, explique



En collaboration avec le Docteur Jean-Michel BARTOLI, chef du service de Pédiatrie à l'hôpital Saint-Joseph à Marseille

## VARICELLE

# Bénigne chez l'enfant, grave chez l'adulte

▷ La varicelle est une maladie infantile classique en milieu tempéré et 90% des sujets atteints ont moins de 9 ans.

Sa description fut faite au milieu du XVII<sup>e</sup> siècle et elle fut véritablement distinguée de la variole au XVIII<sup>e</sup> siècle d'où son nom «ET» : «varicella». Le virus causal («varicelle-zona») fut identifié il y a tout juste un siècle. La varicelle évolue par cas sporadiques et par petites épidémies plutôt à la fin de l'hiver et au début du printemps. Elle est très contagieuse. Pour les anciens, elle pouvait s'attraper à travers le trou d'une serrure. Un sujet infecté

forme plus sévères que l'enfant notamment chez la femme enceinte et son fœtus ou chez les sujets immunodéprimés.

Le virus pénètre dans le naso-pharynx où il se multiplie durant la période d'incubation. Il circule une première fois dans le sang (première virémie), se multiplie et rediffuse une deuxième fois (deuxième virémie) transporté par des cellules. Le virus gagne ainsi la peau et les viscères où il produit ses lésions. Cette phase peut être accompagnée de fièvre et de maux de tête. Les lésions cutanées sont semblables à celle du zona et de l'herpès. La vé-

des atteintes nécrotiques (foie, poumons,...).

La maladie s'arrête par développement de l'immunité. Les lésions cutanées deviennent croûteuses et très prurigineuses. Une phase de «latence» fait suite à la varicelle et se caractérise par la persistance du virus dans les ganglions sensitifs des nerfs crâniens et rachidiens. Cette latence pourra donner lieu plus tard, par réactivation, à un zona.

La varicelle infantile est une maladie presque toujours bénigne, mais parfois des complications apparaissent : les surinfections cutanées sont les plus fréquentes, plus rarement des atteintes neurologiques, pulmonaires et hépatiques.

Dans les formes communes le seul traitement prévient les surinfections cutanées (hygiène, ongles coupés, antiseptiques, changes fréquents). Les traitements anti-viraux sont réservés aux formes compliquées.

Un vaccin a été mis au point dans les années 70. Son efficacité a été largement explorée. Il est obligatoire ou fortement conseillé chez l'enfant dans la plupart des pays occidentaux. En France, il est encore considéré que la vaccination infantile déplacerait la varicelle vers des adultes non immunisés présentant classiquement des formes plus sévères.



contamine en moyenne 10 à 12 personnes non immunisées.

Sa transmission s'effectue par contact direct avec le virus soit en touchant une vésicule, soit à proximité d'un sujet infecté toussant, très rarement après le 6<sup>e</sup> jour d'éruption. La maladie débute environ 14 jours après le contact. Les adultes peuvent présenter des

lésions intra-dermique est un décollement de la couche superficielle de l'épiderme (aspect de «goutte de rosée sur peau saine»). Cette vésicule est remplie de virus. Son pourtour forme un halo rouge dû à une infiltration de cellules mononucléées. Dans les formes très sévères, chez les sujets à risques, d'autres organes peuvent présenter



En collaboration avec le Docteur Julie MARCOU, pédopsychiatre à l'hôpital Saint-Joseph à Marseille

## ■ L'avis du psychologue

# Enfants turbulents, parents débordés !

► Les enfants turbulents représentent un motif fréquent de consultations en pédopsychiatrie mais ne constituent pas une pathologie.

La demande de consultation vient tantôt de la famille (il ne tient pas en place, il n'écoute rien, il n'arrête jamais, il est épuisant, etc.), tantôt du milieu scolaire (« il ne reste pas assis sur sa chaise, il est bruyant et perturbe la classe, il papillonne, etc. »).

En effet, les enfants turbulents même s'ils sont aussi vifs, pleins d'énergie, enthousiastes, dégourdis, sont facilement stigmatisés du fait des exigences sociales, scolaires ou familiales. L'exigence des appartements et les emplois du temps chargés des parents engendrent un manque de tolérance à leur encontre.

Le côté « turbulent » d'un enfant dépend de l'âge, du sexe, du tempérament et de certains facteurs environnementaux : les garçons entre 18 mois et 5-6 ans trouvent classiquement beaucoup de satisfaction dans les activités motrices ; cela fait partie du développement psychomoteur normal ; en grandissant, ils trouvent davantage d'intérêt pour les activités cognitives et les apprentissages, et s'apaisent.

Concernant le tempérament, certains enfants sont plus agités que

d'autres : ils privilégient l'exploration de l'espace et la motricité ; leur excitation est facilement majorée par la fatigue, l'agitation ambiante, le bruit...

Enfin, tout facteur entraînant un changement et un stress chez l'enfant peut entraîner de façon réactionnelle une augmentation de son activité motrice, on parle d'« agitation anxieuse ». Plus l'enfant est jeune, plus sa façon d'exprimer un stress passe par le corps.

Les parents d'enfants turbulents sont souvent épuisés, dépassés, agacés, oscillant entre la colère et les punitions, la culpabilité, l'impuissance et la démission. Il faut pouvoir déterminer si l'agitation est banale pour l'âge et en rapport avec un tempérament, ou s'il s'agit d'une agitation anxieuse.

Dans tous les cas, il est important d'apporter à l'enfant turbulent un rythme de vie régulier et sécurisant pour ne pas faire écho à son agitation. Avec les enfants turbulents et opposants, il est nécessaire de prioriser les règles qui défendent des valeurs éducatives fortes et réduire les exigences qui cor-

respondent plutôt à des principes, pour ne pas se trouver sans cesse dans des relations conflictuelles...

En clair, il est préférable d'avoir peu d'exigences mais les tenir quand l'enfant les teste parce qu'elles ont un sens, plutôt que d'avoir beaucoup d'exigences et finir par céder. La cohésion du couple parental est ici primordiale. Il est également important pour les parents d'avoir un temps dans la journée, même court, pour partager une activité ludique avec son enfant et vivre des moments de plaisirs partagés (jeux, devinettes, histoires, etc.).

S'il s'agit d'une agitation anxieuse, les facteurs de stress doivent être repérés pour apaiser l'enfant et il faut évaluer le retentissement dans les apprentissages. Une consultation chez un psychologue ou un pédopsychiatre peut parfois être nécessaire.

En bref, les enfants turbulents sont épuisants et remettent souvent en question le fonctionnement familial, mais parviennent mieux à réguler leur énergie si les parents, avec de la patience, les aident en posant un cadre affectif et éducatif sécurisant.



En collaboration avec le Docteur Hélène Le Hors ALBOUZE, Chirurgien pédiatre à l'hôpital Saint-Joseph à Marseille

## FUITES URINAIRES

# Quand faut-il s'en préoccuper ?

► L'acquisition de la propreté se fait entre 2 et 3 ans mais les variations peuvent être importantes. De nombreux enfants ont des difficultés à se retenir avec des fuites urinaires dans la journée et/ou une énurésie (pipi au lit). On distingue plusieurs situations : Immaturité fonctionnelle : impériosité, fuites.

Les enfants présentant des difficultés à se retenir sont nombreux. Acquérir la propreté, c'est avoir la capacité de se retenir et surtout d'uriner sur commande. Chez le bébé, le fonctionnement est « automatique » : c'est une contraction forte de la vessie qui dé-

termine l'acquisition de la propreté et ne sont pas toujours associées à des brûlures. Il faut donc faire une analyse d'urine pour en faire la preuve.

Une infection urinaire fébrile (>38°5) chez l'enfant est un signe d'infection des reins qui nécessite un avis spécialisé et souvent des examens complémentaires à la recherche d'une malformation car c'est le capital fonctionnel rénal à terme qui peut être en jeu. Les cystites, non ou peu fébriles, fréquentes chez les petites filles, sont plus souvent facteur de fuites urinaires ou intriquées avec des troubles fonction-

nels d'1 mois sans mouiller son lit et l'énurésie secondaire d'un enfant qui recommence à faire pipi au lit après une longue période sans accident. La prise en charge est différente mais doit, dans tous les cas, répondre à la demande de l'enfant qui en souffre. L'énurésie secondaire est plus souvent liée à des difficultés psychologiques. L'énurésie primaire peut être intriquée avec des troubles fonctionnels urinaires dans la journée qui devront être réglés au préalable.

### Fausses envies

Dans le contexte anxigène actuel, on voit fréquemment des enfants se mettant, quelquefois brutalement, à aller aux toilettes très souvent, jusqu'à plusieurs fois par heure. Ces troubles, dans la journée, sans fuite urinaire, sans brûlure, sont des fausses envies chez des enfants qui se disent incapables d'attendre. Le plus souvent, ces signes s'arrêtent pendant le sommeil. Ce sont des signes d'anxiété qui nécessitent réassurance et accompagnement.

S'il n'y a pas d'infections urinaires ni retentissement important sur la vie de l'enfant, on attend la maturation fonctionnelle urinaire vers 5-6 ans avant de s'en préoccuper. Les chirurgiens pédiatres urologues prennent en charge ses enfants.

S'il n'y a pas d'infections urinaires ni retentissement important sur la vie de l'enfant, on attend la maturation fonctionnelle urinaire vers 5-6 ans avant de s'en préoccuper. Les chirurgiens pédiatres urologues prennent en charge ses enfants.



clenche la miction. Chez l'enfant, la persistance d'une contraction trop forte, qui donne le signal de l'envie de faire pipi, peut entraîner une fuite incontrôlée. Avec le temps, ce phénomène diminue. Cependant, pour certains, la vessie reste « hyperactive », avec des contractions fortes pour un remplissage peu important, entraînant fuites urinaires et la nécessité d'uriner souvent. Le retentissement sur la vie, scolaire notamment, peut nécessiter d'apporter une aide à ses enfants.

**Pathologies urinaires : infections, malformations urinaires**

nels de type immaturité ou mauvaises habitudes lors du passage aux toilettes. Même si le pronostic fonctionnel est sans gravité par rapport aux infections fébriles, la répétition des cystites nécessite d'être prise en charge pour sortir d'un cercle vicieux.

### Énurésie

Le « pipi au lit » est un problème très répandu que l'on ne considère qu'après l'âge de 5-6 ans. Le plus souvent, les enfants ont un sommeil trop profond pour être réveillés par l'envie d'uriner. Il faut distinguer l'énurésie primaire, d'un enfant qui n'a jamais eu



En collaboration avec le **Docteur Julie MARCOU**, pédopsychiatre à l'hôpital Saint-Joseph à Marseille

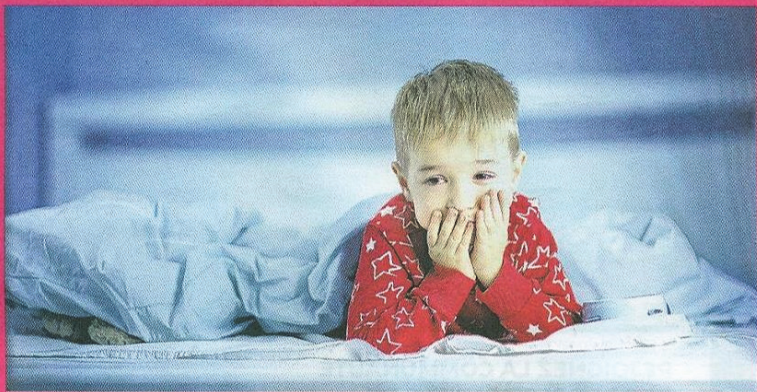
## ■ L'avis du psychologue

# Trouble du sommeil chez l'enfant : que faire ?

► **Mon enfant a peur du noir...**  
 Nous avons tous des peurs et des angoisses qui prennent des visages et formes différentes selon l'âge et les périodes de la vie. Les modifications liées à l'arrivée de la nuit (diminution des bruits, de la luminosité, de l'activité) et surtout la séparation d'avec ses proches favorisent l'anxiété et laisse place à l'imagination, très développée chez l'enfant. Ainsi, chez la plupart des enfants, la peur du loup laisse place à celle du noir, des monstres et sorcières, puis des voleurs. Les parents doivent évidemment rassurer les enfants et lire entre les lignes : parler de ses peurs est l'occasion pour l'enfant

l'âge de l'enfant et la durée d'évolution des réveils nocturnes. Une partie des enfants présentant des réveils nocturnes vont avoir leur sommeil amélioré par des modifications du coucher. Le sommeil obéissant à un conditionnement, certaines conditions ont besoin d'être réunies pour que l'enfant se laisse aller au sommeil : pénombre, environnement calme et sécurisant, échange d'affection avec un parent, doudou, histoire, berceuse, etc... Les parents, par cette succession de petits rituels, qui sécurisent l'enfant, l'accompagne vers le sommeil et donc la séparation. A chaque micro-éveil de la nuit, il a besoin de retrouver les condi-

Il existe des périodes où les enfants se réveillent malgré des rituels d'endormissement sécurisants. Il s'agit souvent de périodes de changement et donc de stress pour l'enfant. Soit des changements internes liés au développement psycho-moteur et psycho-affectif de l'enfant, soit des changements de l'environnement (entrée à l'école, déménagement, conflits familiaux, etc).



d'aborder d'autres peurs du quotidien et bien sûr celle d'être séparée de ses parents. Il est important de favoriser les jeux où l'enfant invente des histoires issues de son imagination avec des figurines (princesses, chevaliers, robots, etc), des animaux et même des voitures ; elles permettent à l'enfant de mettre en scène ses peurs et de mieux les métaboliser.

### **Mon enfant se réveille toutes les nuits...**

La problématique est différente selon

tions de son endormissement pour se rendormir. Les parents d'enfants qui s'endorment avec une sucette se rappellent sans doute les nuits où ils se sont levés plusieurs fois pour remettre la sucette dans la bouche de leur bébé pour qu'il se rendorme jusqu'à ce que celui-ci sache et/ou veuille le faire seul. Ainsi, l'enfant qui s'endort dans le lit des parents ou en présence d'un des parents ou encore avec un biberon va réclamer les mêmes conditions pour pouvoir se laisser aller à nouveau au sommeil...