

## GRUPE DE PAIRS DE L'AMICALE CANEUM

**Compte rendu de la séance du 16/05/2019**

**Identifiant du groupe : 78110LEV001**

**Secrétaire : Dr YUCEL**

**Modérateur : Dr SEBBAG**

### **Temps 1 exemples :**

#### **•Problèmes soulevés par le groupe**

- Dossier 1 : femme de 78 ans, prothèse d'épaule gauche, douleur contro-latérale
- Dossier 2 : garçon de 12 ans, sinusite maxillaire, antibiothérapie (3 gr pendant 7 jours)
- Dossier 3 : femme de 52 ans, première fois, chute sur épaule, douleurs, demande de radios, pas de résultats connus – protocole de prise en charge traumatisme de l'épaule – indication d'un scanner pour l'omoplate
- Dossier 4 : patient du CAT, diarrhée depuis 2 jours, demande d'arrêt de travail, GEA
- Dossier 5 : Homme de 92 ans, cardiopathie, acfa, insuffisance rénale chronique, k prostate sous hormonothérapie, vient pour toux fébrile depuis 15 jours, pneumopathie suspectée à germe atypique car évolution lente – spiramycine 10 jours – Faire autoévaluation à J3 – si possible réduction traitement à 5 jours – Existe-t-il une obligation légale d'autoévaluation ?
- Dossier 6 : Homme de 74 ans, fils lourdement handicapé à la maison, diplopie AIT, hématurie (vu par urologue), rupture de traitement, consommation alcoolique – traitement d'AIT - Durée minimale d'un AIT – quelle dose d'aspirine ? – AIT LDL < 1 gr
- Dossier 7 : femme de 18 ans, sous Seroplex, otalgie gauche, cystite : fosfomycine et Ciloxadex
- Dossier 8 : fille de 12 ans qui vient pour vaccin Tetravac – risque réaction locale
- Dossier 9 : femme de 70 ans, greffe rénale, pied gonflé non traumatique

Question à traiter :

- 1 – Devant un symptôme neurologique régressif, quelle est la durée minimale pour évoquer un AIT ?
- 2 – Décroissance du risque de récurrence d'un AIT en fonction du temps qui passe ?

### SPECIALISTE RHUMATOLOGUE

- **Références bibliographiques supplémentaires apportées par le groupe**  
Réalités pédiatrique N°229 – rectorragies chez le nourrisson

- **Ecart / à la pratique recommandée par l'HAS ...**

## Temps 2

- **Synthèse des améliorations proposées du parcours et de la coordination des soins**

Problème de compte rendu du Dr AGASCHI

Centre d'Imagerie Médicale Antony : 25 Avenue de la Providence Hôpital Privé d'Anthony - 92160 Antony - tél. : 01 46 74 37 38

Dr Polonowski pneumologue, Hôpital André Mignot

Dr Cécile Topper pneumologue à la Clinique du Val d'Or

## Temps 3

- **Synthèse des cas compliqués :**

Jeune, vaccin Gardasil, examen douleur creux sus claviculaire, echo lésion calcifiée, scanner ne montre rien – revoir images avec radiologues pour poursuivre explorations

- **compte rendu des thèmes abordés au cours de la séance précédente**

- autres...

### Réponses à la question posée lors de la séance précédente :

#### **1 - Anti-inflammatoire dans la coiffe des rotateurs non rompus**

Has 2005 : AINS ou antalgique grade B, ou infiltration

Thèse 2015 : pas de supériorité des AINS avec une référence vers une étude de l'épaule

#### **2 - Faut-il opérer toute lithiase symptomatique ?**

Oui il faut opérer toute lithiase symptomatique

Donc on n'opère pas la lithiase asymptomatique

Opération si polype de plus de 10mm (HAS)

Si vésicule porcelaine : ablation (HAS)

### **DOSSIER N° 7 du 7 mai 2019**

## Revue générale

seulement 21 nourrissons sur 13 019 issus d'une cohorte de naissance, mais il a été confirmé par le test de provocation orale chez seulement 3 patients, soit 0,023 % de la population étudiée [5]. La prévalence des proctocolites allergiques aux PLV est donc bien inférieure à celle des allergies IgE-médiées [2].

La physiopathologie des proctocolites allergiques repose sur une immaturité du système immunitaire, avec une altération de la perméabilité intestinale, dans un contexte de susceptibilité génétique de sensibilité à certains antigènes alimentaires [6].

Le lait de vache est l'allergène responsable des proctocolites allergiques dans plus de 97 % des cas [7, 8]. Chez une minorité de patients (16,7 %), Kaya *et al.* retrouvent une allergie associée à l'œuf (6,6 %), au poulet (3,3 %), au blé (1,7 %), ou à la pomme de terre (1,7 %) [7].

Lorsque l'éviction du lait de vache chez la mère allaitante ne permet pas d'améliorer les rectorragies chez son enfant exclusivement allaité et ayant par ailleurs une croissance normale, on parle de colite au lait de mère. Il s'agit d'une pathologie bénigne dont la physiopathologie n'est pas parfaitement connue et qui ne nécessite comme seule prise en charge qu'une réassurance parentale.

Dans les proctocolites allergiques ou les colites au lait de mère, les examens complémentaires sont souvent peu contributifs. En effet, le dosage des IgE spécifiques du lait de vache n'apporte rien dans la prise en charge car même s'il s'agit bien d'une APLV, elle est de type non-IgE-médié [4]. Une hyperéosinophilie peut orienter le diagnostic vers celui de colite allergique [1], mais l'éosinophilie sanguine n'est pas corrélée à l'hyperéosinophilie tissulaire [9]. La rectosigmoïdoscopie, lorsqu'elle est réalisée, peut mettre en évidence une hyperplasie lymphoïde, une infiltration muqueuse éosinophilique ou d'autres signes macroscopiques ou histologiques aspécifiques, comme un

œdème de la muqueuse avec hyperhémie et micro-ulcérations [9-11]. Cependant, l'endoscopie digestive n'est pas recommandée en première intention.

### Que faire devant un nouveau-né ou un jeune nourrisson consultant pour des rectorragies ? (fig. 1)

Les principales étiologies des rectorragies à cet âge sont rappelées dans le **tableau 1** [10].

Il faut en premier lieu rechercher des signes de gravité clinique : signes cliniques d'entérocolite ou d'invagination intestinale aiguë, troubles hémodynamiques, défaillance respiratoire voire neurologique. Des rectorragies massives orientent vers un saignement actif d'origine colique, mais aussi parfois duodénale. Les autres diagnostics plus bénins devront également être recherchés. Une fissure anale doit être rapidement éliminée, d'autant plus que sa cicatrisation est en général très rapide. Une origine infectieuse est rare en l'absence

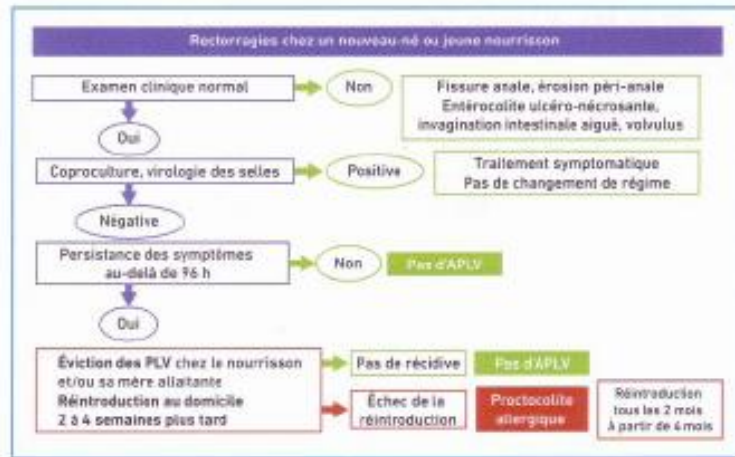


Fig. 1 : Conduite à tenir devant des rectorragies chez un nouveau-né ou un jeune nourrisson. APLV : allergie aux protéines du lait de vache.

Examen clinique normal	
Selles liquides et/ou glaireuses	Gastro-entérite aiguë infectieuse
	Proctocolite allergique
Selles normales	Colite au lait de mère
	Malformation vasculaire
	Coagulopathie
	Sang maternel mammaire dégluti
	Proctocolite allergique
Examen clinique anormal	
Cause locale : fissure anale, érosion péri-anales	
Entérocolite ulcéro-nécrosante	
Invagination intestinale aiguë	
Volvulus	

Tableau 1 : Principales étiologies des rectorragies pendant l'enfance (adapté d'après [10]).

de diarrhée et/ou de fièvre, mais une coproculture et une virologie des selles seront néanmoins prescrites au moindre doute. On rappellera que la recherche de toxines de *Clostridium difficile* dans les selles n'est pas pertinente avant l'âge de 3 ans. Enfin, des malformations vasculaires peuvent se manifester par des rectorragies itératives.

En l'absence de signes de gravité et lorsque les rectorragies sont d'abondance minime (petits points ou filets de sang, glaires sanglantes), il faut temporiser pendant au moins 96 h avant toute intervention. Miceli Sopo *et al.* proposent même de patienter pendant 30 jours avant d'entreprendre une quelconque prise en charge [12].

Lorsque les rectorragies disparaissent spontanément au cours des 96 premières heures chez un nouveau-né, on parle de colite néonatale transitoire. Sa physiopathologie n'est pas connue et aucun élément biologique ou histologique ne permet de la distinguer d'une proctocolite allergique. Dans la série de Caubet *et al.*, 20 % des rectorragies disparaissent spontanément chez les nourrissons exclusivement allaités, sans modification du régime de la mère [13].

En l'absence d'amélioration spontanée des rectorragies après 96 h, une éviction du lait de vache est nécessaire. On prescrira alors un hydrolysat poussé de protéines du lait de vache ou un hydrolysat de protéines de riz chez le nourrisson et/ou une éviction des produits laitiers, incluant tous les laits de mammifères, chez la mère allaitante (associée à la prescription d'une supplémentation calcique). Les rectorragies disparaissent généralement en moins d'une semaine et au maximum en 3 semaines après l'éviction lorsque il s'agit d'une proctocolite allergique [1, 2].

Si les rectorragies ne s'amendent pas à l'issue de cette période de 3 semaines, chez un nourrisson qui n'est pas exclusivement allaité, une préparation infantile à base

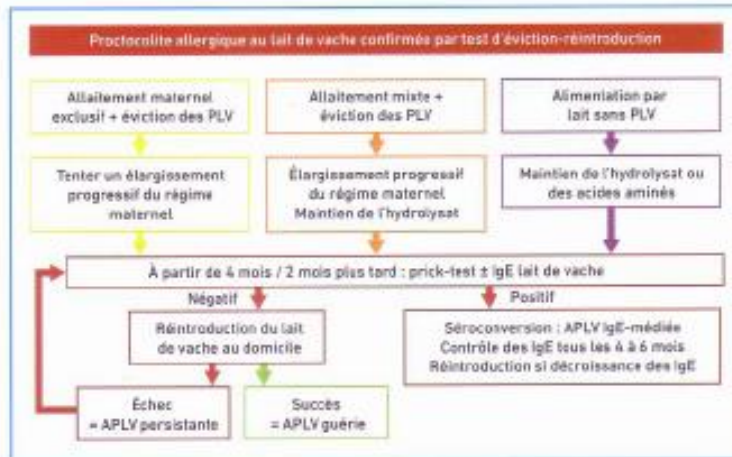


Fig. 2 : Prise en charge des proctocolites allergiques au lait de vache. APLV : allergie aux protéines du lait de vache.

d'acides aminés devra être proposée. Si les rectorragies persistent sous cette préparation dépourvue de peptides, un diagnostic autre qu'une allergie aux hydrolysats devra être envisagé. Chez un nourrisson exclusivement allaité, la persistance des rectorragies malgré l'éviction des PLV par la mère oriente vers une colite au lait de mère non liée aux PLV. L'allaitement sera alors poursuivi sans qu'une nouvelle exclusion alimentaire ne soit nécessaire chez la mère et les PLV pourront être réintroduites dans l'alimentation maternelle. Les rectorragies cèdent généralement lors de l'arrêt total de l'allaitement.

Lorsque l'éviction des PLV chez l'enfant permet la disparition des rectorragies, le diagnostic d'allergie aux PLV devra toujours être confirmé par un test de réintroduction réalisé au domicile 2 à 4 semaines après la guérison (fig. 2). Dans une série personnelle, sur 43 nourrissons recevant un lait infantile dont les rectorragies avaient disparu après exclusion des PLV, seulement 14 (33 %) ont récidivé lors du test de réintroduction. Arvola *et al.* ont attribué les rectorragies au lait de vache chez seulement 7 des 40 nourrissons (18 %) qui avaient consulté pour une

suspicion d'APLV, aucune cause précise n'ayant pu être identifiée pour la majorité des autres patients [11]. Dans la cohorte de naissance de Elizur *et al.*, les rectorragies sont réapparues chez 21 % (3/14) des nourrissons dont les saignements avaient disparu après exclusion des PLV et qui avaient bénéficié d'une réintroduction précoce du lait à titre diagnostique [5]. En Corée, un seul des 16 nouveau-nés avec rectorragies de faible abondance avait une proctocolite allergique confirmée au lait [14].

Ces données confirment que la majorité des rectorragies des nouveau-nés et des nourrissons ne sont pas dues à une proctocolite allergique aux PLV. On parle alors de nouveau de colite néonatale transitoire chez le nouveau-né, mais on ne peut cependant exclure une allergie aux PLV qui guérirait après une courte période d'exclusion des PLV.

### Quand les proctocolites allergiques guérissent-elles ?

Dans notre série personnelle, l'âge médian de guérison était de 7 mois. Il était déterminé par la réalisation de

## Revue générale

### POINTS FORTS

- Une part non négligeable des rectorragies du nouveau-né ou du jeune nourrisson guérit spontanément dans les 96 h. On parle de colite néonatale transitoire.
- Seule la persistance des rectorragies au-delà de 96 h justifie une éviction du lait de vache chez l'enfant et/ou sa mère s'il est allaité.
- Si l'exclusion du lait permet une disparition des rectorragies, un test de réintroduction est indispensable 2 à 4 semaines plus tard. Les rectorragies ne récidivent alors que dans un tiers des cas.
- Les proctocolites allergiques confirmées acquièrent plus rapidement la tolérance au lait que les autres formes d'allergie, justifiant des épreuves de réintroduction tous les 2 mois à partir de l'âge de 4 mois.

tests de réintroduction au domicile tous les 2 mois à partir de l'âge de 4 mois. La précocité de la guérison des proctocolites allergiques aux PLV est confirmée dans d'autres travaux [2, 7, 15]. En effet, la majorité des enfants tolèrent le lait avant 1 an, dont certains dès 3 mois d'éviction [5, 15]. De tels résultats justifient la réalisation de tests de réintroduction diagnostiques précoces, dès l'âge de 4-6 mois [2].

Cependant, lorsque l'allergie persiste après l'âge de 6 mois, des prick-tests au lait de vache et/ou des IgE spécifiques sont préconisés pour vérifier l'absence de séroconversion IgE-médiée qui peut survenir chez 4 à 30 % des patients [13]. Entre 4 et 6 mois, ces tests sont facultatifs car le risque de séroconversion est plus faible. Une telle évolution imposerait alors d'effectuer le test de réintroduction sous surveillance hospitalière.

### Conclusion

Les rectorragies des nouveau-nés et jeunes nourrissons, qu'ils soient allaités exclusivement ou pas, sont rarement dues à une allergie au lait de vache. Elles disparaissent spontanément en quelques jours dans un nombre non négligeable

de cas, justifiant de patienter avant toute intervention.

Les rectorragies qui persistent justifient une exclusion transitoire des PLV qui, lorsqu'elle entraîne une guérison des rectorragies, doit être impérativement suivie d'une réintroduction diagnostique 2 à 4 semaines plus tard au cours de laquelle 2/3 des rectorragies ne récidiveront pas.

### BIBLIOGRAPHIE

1. XANTHAKOS SA, SCHWIMMER JB, MELIN-ALDANA H *et al*. Prevalence and outcome of allergic colitis in healthy infants with rectal bleeding: A prospective cohort study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2005;41:16-22.
2. NOWAK-WĘGRZYN A. Food protein-induced enterocolitis syndrome and allergic proctocolitis. *Curr Allergy Asthma Rep*, 2013;13:1-11.
3. LEONARD SA. Non-IgE-mediated adverse food reactions. *Curr Allergy Asthma Rep*, 2017;17:84.
4. NOWAK-WĘGRZYN A, KATZ Y, MEHR SS *et al*. Non-IgE-mediated gastrointestinal food allergy. *J Allergy Clin Immunol*, 2015;135:1114-1124.
5. ELIUR A, COHEN M, GOLDBERG MR *et al*. Cow's milk associated rectal bleeding: A population based prospective study. *Pediatr Allergy Immunol*, 2012;23:766-770.
6. TSANDOU S, NICOLAOU N, DOUBOS K *et al*. Food protein induced proctocolitis: a benign condition with an obscure immunologic mechanism. *Endocr Metab Immun Disord Drug Targets*, 2017;17:32-37.
7. KAYA A, TOYRAN M, CIVELEK E *et al*. Characteristics and prognosis of allergic proctocolitis in infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 2015;61:69-73.
8. KOKSAL BT, BARIŞ Z, ÖZCAN F *et al*. Single and multiple food allergies in infants with proctocolitis. *Allergol Immunopathol (Madr)*, 2018;46:3-8.
9. JANG HJ, KIM AS, HWANG JB. The etiology of small and fresh rectal bleeding in not-sick neonates: Should we initially suspect food protein-induced proctocolitis? *Eur J Pediatr*, 2012;171:1845-1849.
10. NOWAK-WĘGRZYN A. Food protein-induced enterocolitis syndrome and allergic proctocolitis. *Allergy Asthma Proc*, 2015;36:172-184.
11. ARVOLA T, RUUSKA T, KERÄNEN J *et al*. Rectal bleeding in infancy: clinical, allergological, and microbiological examination. *Pediatrics*, 2006;117:760-768.
12. MÜCKEL SOPO S, MONACO S, BISSANI G *et al*. Proposal for management of the infant with suspected food protein-induced allergic proctocolitis. *Pediatr Allergy Immunol*, 2018;29:215-218.
13. CAUBET J-C, SZAJEWSKA H, SUAMM R *et al*. Non IgE-mediated gastrointestinal food allergies in children. *Pediatr Allergy Immunol*, 2017;28:6-17.
14. HWANG JB, HONG J. Food protein-induced proctocolitis: Is this allergic disorder a reality or a phantom in neonates? *Korean J Pediatr*, 2013;56:514-518.
15. ERDEM SB, NAZAROGLU HT, KARAMAN S *et al*. Tolerance development in food protein-induced allergic proctocolitis: Single centre experience. *Allergol Immunopathol (Madr)*, 2017;45:212-219.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

## Quand faut-il faire... une cholécystectomie ?

En raison :

- de l'augmentation du nombre des cholécystectomies et d'une variabilité géographique non expliquées ;
- de données récentes de la littérature sur la fréquence des plaies biliaires et leur impact sur la survie des patients ;

la Haute Autorité de Santé, la Fédération de Chirurgie Viscérale et Digestive, le Conseil National Professionnel d'Hépatogastroentérologie et le Collège de la Médecine Générale souhaitent rappeler les points suivants :

### 1. En cas de LITHIASÉ VÉSICULAIRE ASYMPTOMATIQUE, la cholécystectomie n'est pas indiquée de principe.

La lithiasé sera alors qualifiée de découverte fortuite. Les douleurs abdominales diffuses et chroniques, la dyspepsie, les troubles de la digestion, les ballonnements, la migraine... ne sont pas des symptômes de la lithiasé vésiculaire.

### 2. En cas de LITHIASÉ VÉSICULAIRE SYMPTOMATIQUE, la cholécystectomie est indiquée.

Il appartient au chirurgien de valider l'indication de cholécystectomie, au vu des éléments cliniques, biologiques et d'imagerie. Il informe le patient des risques de la cholécystectomie. Il évalue avec lui, la balance bénéfices-risques de la cholécystectomie. Il assure la traçabilité de ces éléments dans le dossier patient.

#### LE POINT CLÉ : Qu'est-ce qu'une lithiasé vésiculaire (a)symptomatique ?

*Une douleur biliaire survient typiquement par crises et se caractérise par son apparition rapidement progressive dans l'épigastre ou dans l'hypochondre droit. Elle est d'intensité constante et dure spontanément d'une trentaine de minutes à quelques heures. Elle peut être suffisamment intense pour obliger le patient à interrompre son activité ou le réveiller. Elle peut irradier en hémicéinture droite ou en bretelle. Elle peut être associée à des nausées ou vomissements.*

### 3. En cas de CHOLÉCYSTITE AIGUË, SANS DÉFAILLANCE VISCÉRALE, la cholécystectomie est recommandée le plus précocement possible.

Idéalement dans les 72 premières heures de l'évolution. Toute autre prise en charge (délai, contre-indication temporaire, modalités) doit être une décision concertée et tracée.

### 4. En cas de CHOLÉCYSTITE AVEC DÉFAILLANCE VISCÉRALE, d'ANGIOCHOLITE GRAVE ou de PANCRÉATITE AIGUË BILIAIRE GRAVE, la décision de cholécystectomie et les modalités de mise en œuvre seront discutées de manière pluridisciplinaire.

#### 5. LES INDICATIONS DE CHOLÉCYSTECTOMIES EN L'ABSENCE DE SYMPTÔMES BILIAIRES

La cholécystectomie est indiquée, en raison du risque de cancer et en tenant compte de la balance bénéfices-risques, en cas de :

- polype de taille supérieure à 10mm ;
- vésicule dite « porcelaine ».

En l'état actuel des connaissances, aucune recommandation ne peut être faite en matière de cholécystectomie prophylactique :

- lors de la chirurgie bariatrique ;
- en cas de calculs de taille supérieure à 3cm.

Les professionnels souhaitant analyser leurs pratiques en matière de cholécystectomie, pourront utiliser un ou plusieurs des critères de bonnes pratiques suivants.

Ces critères ont été élaborés par les Conseils Nationaux Professionnels concernés (FCVD, CNP-HGE et CMG) sur la base de leur praticabilité et de leur validité. Ils ne sont pas exhaustifs et pourront être complétés par les équipes concernées.

Ces Critères de Bonnes Pratiques (CBP) concernent la TRAÇABILITÉ dans le dossier patient de :

## Critères de Bonnes Pratiques

### Cholécystectomie pour lithiase vésiculaire

1 l'analyse des symptômes justifiant l'indication	MG, Urgentiste, Chirurgien, HGE	Cible : 100 %
2 l'imagerie documentant la lithiase vésiculaire	MG, Urgentiste, Chirurgien, HGE	Cible : 100 %
3 l'analyse bénéfices /risques justifiant l'indication	Chirurgien	Cible : 100 %
4 l'estimation du délai d'adressage/indication de la cholécystectomie (en cas de cholécystite)	MG, Urgentiste, Chirurgien, HGE	Nb < 72 H/total
5 l'examen anatomo-pathologique de la vésicule et le cas échant, de sa communication au correspondant ou au patient	Chirurgien	Cible : 100 %

1 On retrouve (ou non) dans le dossier analysé, les éléments particulièrement évocateurs de la symptomatologie, qui ont permis de retenir le diagnostic de lithiase vésiculaire symptomatique ou compliquée.

2 On retrouve (ou non) dans le dossier analysé, les éléments d'imagerie confirmant la pathologie lithiasique.

3 On retrouve (ou non) dans le dossier analysé, la trace de l'analyse et de l'information du patient concernant les bénéfices et risques potentiels de l'intervention et ce, de manière personnalisée en fonction de son cas particulier - avec au mieux, la précision d'une décision partagée avec le patient.

4 On retrouve (ou non) dans le dossier analysé, la notion de délai, en cas de cholécystite aiguë, entre l'apparition des symptômes, l'adressage au chirurgien et la réalisation de l'intervention - l'objectif étant d'améliorer le fonctionnement de la filière de soins pour réduire idéalement les délais de réalisation de la cholécystectomie.

5 On retrouve (ou non) dans le dossier analysé, le compte-rendu de l'examen anatomo-pathologique de la vésicule dont les résultats ont été pris en compte par le chirurgien et communiqués au correspondant et/ou au patient. Ce critère vise à s'assurer de la bonne gestion des cas de découverte de lésions néoplasiques sur la pièce.

Il est proposé de recueillir *rétrospectivement*, ces éléments sur 30 dossiers de pathologie lithiasique vésiculaire, soit consécutifs, soit sur tirage au sort. Idéalement, ces éléments pourraient enregistrés de manière *prospectif*, ce qui faciliterait l'analyse des données et le feed-back aux équipes.

Pour des raisons de communication, ces critères peuvent être présentés sous forme d'indicateurs :

CBP = Nombre de dossiers dans lesquels cette information est trouvée de manière explicite / nombre total de dossiers analysés



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

2 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX

Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00

Janvier 2013