

1 - LE MOT DU PRESIDENT

Cette année n'est pas une bonne année du fait de nombreuses absences. Il y a une mauvaise maîtrise de la technique du groupe de pair : il existe des outils que nous n'utilisons pas. De plus pour le dépistage du cancer colo-rectal il semble que cela marche et cela après une formation que nous avons fait tout seul (manifestation de désapprobation des collègues!!). Le président propose de déplacer le jeudi car le 2ème jeudi plusieurs d'entre nous sont déjà occupés. Donc une meilleure maîtrise permettrait d'avoir une bonne année de travail.

2 - LE MOT DU TRESORIER

Le bilan financier est parfait car le solde est créditeur. L'organisation des soirées ne coûte presque rien. Le montant de la cotisation proposé par le secrétaire est de 50 euros, accepté à l'unanimité pour l'année 2008-2009.

3 - LE MOT DU SECRETAIRE

Comme l'an dernier, il manque des membres pour rédiger les compte-rendus. La séance de formation informatique n'a pas eu lieu et reste d'actualité et essentiellement les méthodes de recherche sur internet.

4 - LE TOUR DE TABLE

Dr Rabourdin : tout va bien, content de vous revoir.

Dr Gaudry-Veil : J'ai brillé par mon absence mais je vais me motiver pour cette nouvelle année.

Dr Laborne : Manque de préparation des recueils d'observation pour pouvoir faire les recherches concernant les problèmes rencontrés et notre propre pratique.

Dr Piriou : si on ne trouve pas de référentiel, il est intéressant de créer notre propre référentiel sur notre propre pratique.

Dr Maury : Il reste surtout un problème de présence. Il n'y a pas assez de participants aux réunions pour avoir un échange intéressant.

Dr Patron : Peut être faut-il envoyer notre travail préparatif 8 jours avant la réunion pour nous obliger à anticiper sur la date de la séance ?

Dr Seailles : content.

Dr Frechila : Intéressant de partager l'expérience des autres surtout avec des praticiens de médecine de ville qui n'exercent pas la même médecine que les hospitaliers et voir les différents modes d'exercice. Par contre il y a un problème d'horaire !!! Il faut que les séances démarrent à l'heure soit 21h00.

Dr Molinié : le travail actif est plus intéressant que d'écouter les conclusions des autres.

Dr Bonfils : Pendant cette année nous avons amélioré la recherche pour les 2 questions posées. Par

contre, il est vrai que les recherches sur les cas cliniques tirés au sort restent insuffisantes. Cette nouvelle année doit nous permettre d'améliorer cette partie de la soirée.

5 – Critiques de la SFMG sur le fonctionnement de l'Amicale (Dr Laborne)

Au terme de cette discussion, le Dr Laborne reprecise le déroulement normal d'une séance. Bien respecter le temps de chaque partie.

De plus à chaque séance, il faut un animateur et un secrétaire de séances différents. Il faut que tout le monde participe !!!

Suite à l'analyse de la SFMG, les problèmes à corriger sont les recueils de données mal remplis et la mauvaise rotation des secrétaires et des animateurs.

6 - PLANNING DES SEANCES 2008-2009

Le quatrième jeudi de chaque mois

25/09/2008 : Dr Maury
23/10/2008 : Dr Laborne
27/11/2008 : Dr Gaudry-Viel
18/12/2008 : Dr Piriou
22/01/2009 : Dr Molinié
12/02/2009 : Dr Bonfils
26/03/2009 : Dr Frechila
23/04/2009 : Dr Zagdoun
28/05/2009 : Dr Rabourdin
18/06/2009 : Dr Tran
08/09/2009 : Assemblée Générale

7 - ELECTIONS DU BUREAU

Président : Dr Piriou à l'unanimité
Trésorier : Dr Laborne à l'unanimité
Secrétaire : Dr Tran à l'unanimité

La séance est levée à 23h30

Compte rendu de la séance du 25/09/08

Secrétaire : Dr FRECHILLA

Modérateur : Dr PATRON

Temps 1 exemples :

•Problèmes soulevés par le groupe

- Dossier 1 : Hypotension orthostatique et carence en fer : lien de cause à effet?
- Dossier 2 : Douleur abdominale chronique chez l'enfant : organique/fonctionnel?
- Dossier 3 : Névralgie cervico-brachiale sur hernie discale : CAT?
- Dossier 4 : OMA chez l'enfant : choix de l'antibiothérapie
- Dossier 5 : Dermatophyte de la peau glabre : choix et durée du traitement?
- Dossier 6 : Examen périodique du nourrisson, vaccination
- Dossier 7 : Fibroscopie et RGO, palpation systématique de la thyroïde?
- Dossier 8 : Fenêtre thérapeutique statines

Question 1 : Traitement de la NCB chez l'adulte sain

Question 2 : Dépistage du cancer de la thyroïde en soins primaires

•Références bibliographiques supplémentaires apportées par le groupe

Prescrire Juillet 2007 et Afssaps oct 2005 : Antibiothérapie par voie générale dans les infections ORL : traitement de première intention des OMA : amox 100mg/kg

American Academy of Pediatrics : douleurs abdominales chroniques de l'enfant (annexe 2)

HAS juin 2005 : Prescription des examens complémentaires dans le RGO chez l'adulte
http://www.has-sant.fr/portail/jcms/c_272450/prescription-des-examens-complementaires-dans-le-reflux-gastro-sophagien-chez-ladulte-en-gastro-enterologie

•Ecart / à la pratique recommandée par l'HAS ...

Temps 2

•Synthèse des améliorations proposées du parcours et de la coordination des soins

Infiltrations et IRM cervicales : radiologie à Garches, Dr Carlier 01 47 10 70 46 / 40

Chirurgie viscérale , CHU Poissy : Dr Chouillard 01 39 27 51 65

Néphrologue Clinique de l'Europe : Dr Badid 01 39 17 22 22

Temps 3

•synthèse des cas compliqués

•compte rendu des thèmes abordés au cours de la séance précédente

•autres...

Synthèse des cas compliqués :

Réponses aux questions posées lors de la séance précédente :

1. Balance bénéfice-risque AVK et anti-agrégant plaquettaire dans l'AC/FA

HAS Juillet 2007 Fibrillation Auriculaire : (cf Annexe 1)

AVK quand le risque est élevé

AVK ou aspirine quand le risque est modéré

Aspirine quand le risque est faible

JAMA : méta-analyse : mortalité identique, risque idem HAS

2. Diagnostic de la ménopause

Prescrire 2004 n°249 p292-3 : pas d'intérêt des dosages biologiques par rapport à la clinique

HAS Janvier 2005 : Intérêt des dosages hormonaux chez les femmes à partir de 45 ans : idem Prescrire hormis hystérectomie et ménopause précoce

Choix du cas clinique pour la prochaine fois : 10 ème du 25 septembre

ANNEXES

ANNEXE 1 : HAS Juillet 2007 : FIBRILLATION AURICULAIRE

Traitement antithrombotique en cas de FA

La grande majorité des patients ont besoin d'un traitement antithrombotique (AVK ou

aspirine) au long cours pour réduire le risque de survenue d'un accident thromboembolique :

- + les AVK à doses ajustées sont le traitement recommandé chez les patients à haut risque ; l'objectif est d'atteindre un INR de 2,5 (en pratique, fourchette de 2 à 3) ;
- + l'aspirine est indiquée à la posologie de 75 à 325 mg/jour chez les patients à faible risque ;
- + les AVK ou l'aspirine sont prescrites chez les patients à risque modéré, en fonction du contexte et des préférences de ces derniers.

Catégorie de risque	
Facteurs de risque modéré	Facteurs de risque élevé
Âge \geq 75 ans	Antécédent d'AVC, AIT ou embolie
Hypertension	Sténose mitrale
Insuffisance cardiaque	Valve cardiaque prothétique *
FEVG < 35 %	
Diabète	

* En cas de valve mécanique, l'objectif est un INR cible à 3 (2,5-3,5), voire plus, défini avec le chirurgien.
 INR : International Normalized Ratio ; FEVG : fraction d'éjection du ventricule gauche ; AVC : accident vasculaire cérébral ; AIT : accident ischémique transitoire.

Traitement antithrombotique au long cours chez les patients en FA	
Pas de facteur de risque	Aspirine 75-325 mg/jour
1 facteur de risque modéré	Aspirine 75-325 mg/jour ou AVK (INR 2,0-3,0, cible 2.5)
1 facteur de risque élevé ou > 1 facteur de risque modéré	AVK (INR 2,0-3,0 ; cible 2.5) *

Une évaluation du bénéfice/risque du traitement antithrombotique doit être effectuée et discutée avec le patient.

Annexe 2 : douleur abdominale chronique de l'enfant

Causes de la douleur abdominale chronique selon la classification tripartite proposée par Barr^{2,3,6}

Organiques

- Constipation
- Maladie inflammatoire chronique de l'intestin
- Intolérance au lactose
- Maladie cœliaque
- Infection à *H. pylori* et autres causes de maladie gastroduodénale ulcéreuse
- Infection bactérienne ou parasitaire de l'intestin
- Autres affections intestinales (diverticule de Meckel, malrotation)
- Maladies hépatobiliaires (hépatites, lithiase, pancréatite chronique)
- Causes urologiques (infection, hydronéphrose, lithiase, prostatite)
- Causes gynécologiques
- Douleurs pariétales et hernies
- Anémie falciforme et fièvre méditerranéenne
- Sévices physiques et sexuels

Psychogènes

- Trouble de l'humeur
- Trouble anxieux

Fonctionnelles = Absence de cause organique et de facteurs psychogènes

Présence d'un symptôme ou d'une combinaison des syndromes suivants :

- dyspepsie fonctionnelle = Douleur abdominale fonctionnelle à l'hémiabdomen supérieur
- syndrome du côlon irritable = Douleur abdominale fonctionnelle associée à une altération des mouvements intestinaux
- migraine abdominale = Douleur abdominale fonctionnelle avec critères de migraine
- syndrome de douleur abdominale fonctionnelle = Douleur abdominale fonctionnelle sans les caractéristiques des syndromes précédents

Symptômes d'alarme à l'anamnèse^{1,2}

- Douleur non périombilicale
- Vomissements répétitifs
- Diarrhée grave chronique, rectorragie, constipation, défécation nocturne
- Douleur qui réveille le patient la nuit
- Symptômes généraux (fièvre récurrente, anorexie, asthénie)
- Âge : enfant de moins de 4 ans
- Antécédents familiaux de maladie inflammatoire de l'intestin

Signes d'alarme à l'examen^{1,2}

- Perte pondérale ou ralentissement de la croissance
- Effet de masse
- Hépatosplénomégalie
- Douleur localisée qui n'est pas périombilicale
- Anomalies périanales
- Punch rénal
- Douleur vertébrale, atteinte articulaire
- Hernie