



# ESCOLETA La lettre...



## Edito : DPC ? Développement Professionnel Continu !

C'est l'article L4133-1 de la loi HPST (Hôpitaux-Patients-Santé et Territoires) du 23 juillet 2009 qui définit le DPC. Celui-ci a pour objectifs « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé ».

Il constitue une obligation pour les médecins. En se tournant vers nos cousins médecins québécois qui développent de façon officielle un véritable plan d'autogestion d'apprentissage depuis juillet 2007, force est de constater que ce DPC n'est pas réduit à FMC + EPP ! Ce DPC québécois développe 3 niveaux d'activités :

- Un niveau d'augmentation des savoirs et des compétences.
- Un niveau de changement de nos différents savoirs.
- Un niveau d'évaluation de ces changements.

La SFTG comme d'autres structures de FMC pourrait aider le médecin dans sa quête d'identification de ces besoins de formation.

Le DPC pourrait s'inscrire dans une continuité de la formation initiale à la formation continue sous la propre responsabilité de chaque médecin. C'est donc une analyse réflexive de nos pratiques en s'appuyant sur le concret de nos pratiques.

La SFTG demande plus de moyens financiers et plus de transparence pour ce DPC afin qu'il soit indemnisé et intégré dans le temps de travail.

Pour conclure par des exemples concrets, je citerai une consœur travaillant dans un quartier à « sexualité atypique » comme elle le définit elle-même qui aimerait améliorer sa pratique dans le champ de la prévention.

Elle pourrait utiliser le logiciel EO ou s'appuyer sur son GLAP (groupe local d'amélioration des pratiques) pour pratiquer son DPC !

Soyons créatifs comme aurait dit Philippe, soyons épicuriens pour retrouver un plaisir à exercer le plus beau métier du monde, soyons zen en laissant glisser sur nos blanches ailes, la bave des crapauds.

**Jean-Luc VIDAL**

## CONSERVER SES SPERMATOZOÏDES : A QUEL PRIX ?

C'était en 1984, à la veille de la St Siffrein à Carpentras, toute ma « famille » (femme et enfants) a failli disparaître dans un accident de voiture, j'avais 36 ans... et des spermatozoïdes au frigidaire.

Six mois plus tôt, ayant décidé avec mon épouse que nos quatre (magnifiques) petits suffisaient à notre bonheur, nous avions choisi une contraception de couple définitive et pourquoi pas à l'homme de s'y coller ? En plus c'est rapide, fiable, « techniquement superficiel » et bon pour l'égalité des sexes... mais c'est interdit ! La loi, qui n'a guère évolué, n'autorisait pas les médecins à stériliser quiconque, ni hommes ni femmes.

Evidemment, des chirurgiens serviables et souvent intéressés acceptaient de ligaturer des trompes et des déférents. Certains insistaient sur l'âge minimum et le nombre d'enfants conçus... en gros 38/40 ans et 3 rejetons. Mais la prudence m'imposait de faire des réserves de sperme au cas où je me retrouverais en situation de nouveau projet paternel, ce que l'accident m'a ensuite brutalement rappelé et puis, un divorce est si vite arrivé. Seul le CECOS (centre d'étude et de conservation du sperme humain) m'a alors offert de conserver ma précieuse semence, mais à une condition : accepter que je devienne donneur, c'est-à-dire congeler une centaines de paillettes et pouvoir en utiliser certaines au bénéfice de couples stériles par le père. Pour inciter aux dons, ils travaillaient avec un urologue discret et en secteur 1, qui pratiquait ensuite une vasectomie confortable.

Le plus contraignant aura été d'aller plusieurs fois à Marseille pour « recueillir » le sperme, comme il est pudiquement dit, en pratique cela n'a rien d'érotique de faire 200 Kms pour aller se masturber dans une éprouvette, juste assez large d'ailleurs, dans une pièce type placard à balais, pendant que l'assistante fait réchauffer l'incubateur à 38°, lieu de passage obligé pour ravigoter les spermatozoïdes avant leur congélation dans l'azote liquide à -140° (comme on dit se les geler). Heureusement qu'à 36 ans les érections sont aussi dures que les convictions !

Je n'ai pas senti le coup venir dans les années 2000 quand les bio éthiciens ont branché les médias sur le droit des enfants issus de parents biologiques différents à accéder à l'identité de leur(s) géniteur(s) au sens original du mot. L'argumentation se défend. En pensant bien faire, j'ai transmis un paquet de gènes douteux : cholestérol, hypertension, faiblesse coronaire, hyperactivité border-line, militantisme à tendance gauchiste et mégalo... toutes tares, au sens médical, justifiant dépistage et surtout prévention, voire fichage dès la maternelle. Actuellement, c'est entre zéro et vingt, voire plus, ados et jeunes adultes qui sont porteurs de ces foutus gènes.

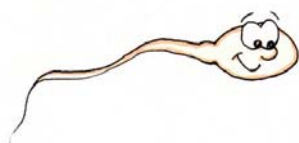
Le don est anonyme et gratuit : c'est évidemment une base permettant de recruter suffisamment de donneurs ; il paraît qu'il en manque toujours. Evitons d'imaginer un jour l'achat du sperme (recueilli alors dans des tubes assez larges et des conditions nettement plus attirantes) après un tri des donneurs risquant de devenir rapidement eugénique pour ne pas dire normo ou orthogénique.

Deux données sont rassurantes : selon les spécialistes, dans la population générale, 5 à 15% des pères déclarés ne sont pas les fournisseurs des chromosomes qui ont rejoint ceux de l'ovule et les crossing-over favorisent encore en plus la diversification des individus. Le gène coronarien est-il à ce moment plus fragile que son collègue gauchiste ? C'est à souhaiter...

Faut-il lever l'anonymat du don ? Difficile de répondre mais il est certain que les donneurs risqueraient de se limiter à des hommes voulant vivre une paternité seulement phantasmatique ou à des « hommes modèles » répondant à des critères prédéterminés... mais par qui ? Mes petits-enfants sont encore loin de ces problèmes mais je me prépare à devoir leur expliquer que leur « Papou » n'a pas semé n'importe où ses gènes mais simplement aidé des papas et des mamans qui voulaient faire des bébés, comme tout le monde. Ce qui deviendra de moins en moins probable dans le climat d'hypospermie environnementale qui s'annonce.

Il aura fallu attendre l'heure de l'éjaculation rétrograde (la prostate n'attend pas toujours le nombre des années...) pour raviver toute cette problématique, ce qui me rajeunit quelque part.

**Bernard SENET**



## ABORDER L'ALCOOL EN MEDECINE DU TRAVAIL (Suite de l'article paru dans le N°140 de La Lettre de l'ESCOLETA)

C'est une succursale d'une grande entreprise nationale spécialisée dans les services aux collectivités locales.

Elle compte moins d'une centaine de salariés et suite au départ en retraite d'un directeur que je qualifierai de « pépère », est arrivé un jeune cadre, dans les 35 ans environ. Il a décidé de décliner au niveau local, la politique du groupe, de « *prévention des addictions dans le milieu de travail* ».

La mission est confiée à un cabinet conseil spécialisé, qui m'adresse une luxueuse plaquette sur papier glacé reprenant un discours bien rodé sur les méfaits de l'alcool et autres drogues, pour la santé des salariés.

Il est aussi question de la responsabilité de l'employeur envers la santé des salariés sur le lieu de travail, de la nécessaire vigilance pour travailler en sécurité etc.

Un discours très consensuel, très politiquement correct.

Qui pourrait le contester ?

Tout le monde y souscrit, y compris les salariés et même le délégué syndical. Stratégie pour être dans la place ? Même pas semble-t-il. Il me fait part de ses convictions, du bénéfice pour la santé des salariés. Pas de point de vue critique exprimé.

- Bien !

- Que dire ?

- Rien.

- Rien à ce stade.

Quelque semaines plus tard les premières contradictions apparaîtront dans des compte-rendu de CHS-CT (Comité d'hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail) qui font état des réticences d'autres délégués régionaux, à la modification du règlement intérieur de l'entreprise qui prévoit désormais des contrôles par alcooltest, alcoolémie, et même des sanctions en cas de récidive.

Bien entendu, le médecin du travail que je suis, est sollicité pour faire partie du « comité de pilotage » de la politique de prévention mise en place. Quoi de plus naturel que la présence d'un médecin pour une problématique à composante médicale !

Je reçois ainsi des sollicitations pressantes du gérant du cabinet conseil en addiction qui se recommande chaudement d'une proche collègue avec qui il avait collaboré pendant plusieurs années.

Prudemment je l'interrogerai. Elle me confirme tout le bien qu'elle pense de ce gérant, qui était lui-même ancien alcoolique, et avec qui elle avait suivi une formation en addictologie. Il avait ensuite fondé sa société de conseil aux entreprises. « *Un homme très courageux* ».

- « *Quelle expérience as-tu de ses interventions ?* »

- « *Sais tu comment il travaille ?* »

- « *Quelle est son éthique ?* » Etc.

- « *Euh non. En fait je ne l'ai jamais vu travailler, je n'ai pas vraiment d'expérience de ses interventions, et je n'ai pas non plus d'avis de collègues ayant une expérience de ses services.* »

Bien....

Prudence !

Tergiversations de ma part : « *mon planning ne me permet pas d'être présent au comité de pilotage, mais c'est avec grand intérêt que j'aimerais être tenu au courant de vos actions dans l'entreprise* »

Faisons le point des addictions dans l'entreprise : comme partout il y a 2 ou 3 « *consommateurs excessifs* » mais qui ne posent pas de problèmes particuliers. Leur travail est correctement effectué. Pas spécialement d'accidents de travail. Pas de problèmes de sécurité non plus. A ma connaissance pas de consommation de drogues quelconques. Mais ce n'est pas le genre de choses dont on parle spontanément au médecin du travail !



C'est à la même époque qu'est survenu le cas de **Monsieur Robert**. Cela ne fait qu'un ou deux ans qu'il est dans l'entreprise, suite à une politique volontariste d'embauche d'une population fragile : chômeurs de longue durée, fins de droit, RMI, migrants enfin régularisés. etc. Ils sont affectés à des tâches peu qualifiées, mais c'est le sort habituel de ce type de travailleurs. La plupart s'en accommodent ou alors ils sont déjà partis pour d'autres horizons.

Bien sûr que monsieur Robert boit trop, nous en avons déjà parlé.

Mais sa femme l'a quitté.

Cela fait plusieurs années qu'il a perdu son ancien boulot et qu'il galère.

Il n'a plus personne dans la vie.

Alors en sortant du travail, sa seule compagnie il la trouve au comptoir du bar où il a ses habitudes.

Dans l'entreprise, je commence à avoir des échos par son contremaître, sur ses absences

répétées. Bien entendu il ne se rend pas à la consultation anti-alcool où je l'avais adressé. Son état se dégrade et il n'est plus capable de tenir son poste. C'est alors que les choses sont prises en main par la direction: tout est organisé, le remède c'est la cure de désintoxication.

Grâce à son réseau personnel dans sa ville à 300 km, le conseiller en addictologie lui a trouvé une place dans un centre.

Il ne me reste plus qu'à recevoir le salarié, qui est en arrêt de travail, et à le convaincre de suivre ce parcours tout tracé.

Même le délégué syndical me téléphone pour abonder dans ce sens. N'est ce pas son rôle d'aider ses collègues ?!

Je reste dubitatif et attentiste.

Effectivement quelques jours plus tard, Monsieur Robert, suite aux interventions multiples à domicile, vient me voir. Il est enfin conscient de son état et qu'il ne peut s'en sortir seul. Mais il exprime à demi-mots la gêne occasionnée par la pression de son entourage professionnel, et ne se voit pas se faire hospitaliser à 300 km de chez lui.

Je prends mon téléphone et lui obtiens un rendez vous dans les 48 h, dans le centre d'addictologie de notre ville, avec qui j'ai l'habitude de travailler.

Monsieur Robert manifeste son soulagement.

Je contrôlerai qu'il est bien allé au rendez-vous et 2-3 fois, suivrai l'évolution de sa prise en charge. Cela fait 6 mois maintenant. J'ai eu des nouvelles par son contremaître. Il a effectivement fait une cure de désintoxication dans un centre spécialisé du département. Il est toujours suivi par le centre d'addictologie.

Pas de nouvelles franches du côté du conseiller en addictologie, ni du côté de la direction...

**Benoît DE LABRUSSE**

### ESCOLETA La Lettre N° 147

Association locale de FMC de la Région d'Avignon,  
adhérente à la SFTG (Société de Formation  
Thérapeutique des Généralistes)

Place du Viguier - 84000 AVIGNON  
Tel: 33(0)490885480 - Fax: 33(0)490883658 -  
Courriel: [escoleta@neuf.fr](mailto:escoleta@neuf.fr)

Président: J.L. VIDAL Coordination de ce numéro:  
Olivier COHEN

Conception: Ph. REGARD

Comité de rédaction: L. BONNAVEAU,  
M.CADART, H. CHAIX, B. DELABRUSSE, M. P.  
DOUBLET, N. GUEN, J.P. NIETO, M. PAGE,  
B.SENET

*Les textes de la Lettre de l'ESCOLETA sont  
libres de droit. N'hésitez pas à les diffuser  
avec la mention : ©ESCOLETA La Lettre.*

*Tout projet d'article sera bienvenu et doit  
parvenir à [escoleta@neuf.fr](mailto:escoleta@neuf.fr).*

*ESCOLETA La Lettre est téléchargeable sur  
<http://www.escoleta.fr/>*

## **Compte rendu de la séance du 13 Octobre: «SEP, SLA, maladies neuro-dégénératives...» Séance préparée par Henriette CHAIX et Philippe REGARD, avec le Bruno PERROUTY, neurologue à Carpentras**

**Sincères remerciements au docteur Bruno PERROUTY qui nous a accompagné pour cette séance.**

*D'emblée il a été dit par les organisateurs que nous ne traiterions pas des maladies de Parkinson et Alzheimer.*

Il a été proposé que les participants présentent **des cas de Maladies Neuro Dégénératives** (MND). Plusieurs cas, surtout de Sclérose En Plaque (SEP), ont été décrits. Plutôt des femmes avec de fréquentes difficultés pour affirmer le diagnostic, ou un problème assez souvent retrouvé d'identification à la maladie, à savoir que les patients se présentent comme "SEP" et ensuite nient ou au contraire mettent en avant la pathologie pour tout symptôme présenté. Un questionnement sur les traitements et leurs effets secondaires était présent.

Un autre exercice a été demandé : **lister les différentes MND connues**. Voila le résultat : Charcot Marie Tooth, Creutzfeld-Jacob, Guillain Barré, myopathie, ataxie de Friedreich, chorée, hemiballisme. Et là encore on s'est arraché les cheveux!

**Puis un cas clinique posait la question du diagnostic de maladie neurologique** chez un patient sans symptôme, mais exposé aux pesticides et aux antécédents familiaux de maladie neurologique. Nous avons donc recherché les facteurs favorisants les MND : pesticide pour parkinson, génétique, prion pour Creutzfeld-Jacob, traumatique, vaccin pour les "on dit" vis-à-vis de la SEP, toxiques (solvants), âge.

### **BREF BRUNO PERROUTY, À L'AIDE NOUS SOMMES NOYÉS!!!!!!**

**Quelques éclairages donc...**

- Il faut différencier neurodégénératif (ND) ou inflammatoire ou infectieux (I).  
- Central (C) ou périphérique (P).

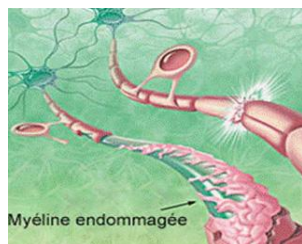
**Exemples :**

- **Ataxie de Friedreich** (C-ND): hérédo dégénérescence spino cérébelleuse. Ataxie, pied creux avec atteinte cardiaque (pronostic).

- **Chorées**

- \* de Sydenham (post streptococcique donc C-I).
- \* de Huntington (C-ND), transmission autosomique dominante, elle associe des troubles psychiatriques progressifs, des mouvements anormaux et une démence frontale. Un diagnostic pré-symptomatique peut s'envisager pour un conseil génétique dans des conditions très encadrées. Les patients symptomatiques peuvent bénéficier d'une greffe cellulaire (cellules autologues ou de cordon) au niveau du striatum.

- **Hemiballisme** (C) qui n'est pas dégénératif, mais correspond la plupart du temps à un infarctus du noyau rouge amenant à des mouvements incontrôlés de la racine des membres de grande amplitude. Diagnostic différentiel : diabète mal équilibré pouvant entraîner un trouble vasculaire par hyperosmolarité au niveau du striatum avec une hyperdensité au scanner cérébral et qui est en principe corrigé par la correction du diabète.



- **Hydrocéphalie à pression normale** (C) Troubles de la marche avec aimantation des pieds et marche en traînant les pieds puis troubles sphinctériens et ensuite trouble cognitifs.

PL soustractive (40cc) si imagerie évocatrice et si amélioration dérivation possible.

- **Démence à corps de Lewy** (C-ND): syndrome parkinsonien avec troubles cognitifs fluctuants, hallucinations, chutes et hypersensibilité aux neuroleptiques.

- **Maladie de Creutzfeld Jacob** (C-I): démence d'origine infectieuse (prion). Diagnostic IRM, PL (protéine 14 3-3), EEG. Evolution fatale en 9 mois. Parfois familiale. La maladie de la vache folle donne un début à symptomatologie psychiatrique et ensuite une démence.

- **La Leuco Encéphalite Multifocale Progressive** (LEMP) (C-I): démence infectieuse d'instauration rapide avec déficit neurologique liée au JC virus. Souvent secondaire à l'utilisation des anticorps monoclonaux (dans la SEP, la PR, maladie de Crohn). Diagnostic par IRM et PL.

- **La Leucencéphalite Sclérosante Subaiguë** secondaire à la rougeole (C-I). Démence à l'adolescence et décès en 6 mois. Diagnostic IRM, PL et EEG (a pratiquement disparu depuis la vaccination pour la rougeole).

- **Le Syndrome de Guillain Barré** (P-I) : périphérique auto-immune (apparition d'AC antimyéline en périphérie en post vaccinal ou post infectieux avec habituellement un intervalle libre de 3 semaines). Parésie ou paresthésie ascendante puis paraplégie ou tétraplégie, parfois très partielle, parfois massive avec détresse respiratoire. Abolition des ROT, souvent signe de Lasègue positif. Diagnostic par PL (dissociation albumino-cytologique). L'histoire clinique est très évocatrice : installation en 7 à 10 jours, plateau de 3 mois et récupération en 6 à 12 mois. Traitement en réanimation (plasmaphérèse, immunoglobulines). C'est une urgence neurologique.

- **Maladie de Charcot-Marie-Tooth** : (P-D) neuropathie périphérique héréditaire d'évolution lente (compatible avec une espérance de vie normale) associée à des pieds creux. Il existe plusieurs formes génétiques de CMT.

- **Maladie de Behcet** : (C-I) auto-immune. C'est un diagnostic différentiel de la SEP. Il existe en principe une aptose bipolaire.

- **Neuromyélite de Devic** : (C-I) paraplégie et atteinte visuelle IRM cérébrale normale faire IRM médullaire et PL.

### LA SEP

C'est une maladie du SNC inflammatoire auto-immune (C-I) et qui évolue secondairement sous une forme dégénérative. Prépondérance féminine, avec une présentation parfois particulière qui peut faire évoquer un tableau

conversif et qui nécessite donc une rigueur pour poser le diagnostic et faire la part des choses lors de l'évolution de la maladie (poussée et pseudo poussée). Elle évolue la plupart du temps par poussées : forme Récurrente-Rémittente (RR).

**Symptomatologie** variée mais très fréquente Névrite Optique Rétro Bulbaire

(NORB), Babinski positif quasi inéluctable au cours de la maladie, syndrome ataxo spasmodique assez évocateur à un stade avancé.

Asthénie très fréquente et précoce, augmentée lors des épisodes de chaleurs ou lors d'infection.

**Mécanismes favorisants** : hérédité, gradient Nord-Sud (rencontre de certains HLA avec certains virus!). Jamais chez les jeunes enfants. Les vaccinations (surtout à virus vivant!) peuvent entraîner une poussée mais pas créer une SEP.

**Diagnostic**: Principe : c'est une maladie inflammatoire évoluant par poussées devant faire rechercher une dissémination temporelle et spatiale, clinique ou radiologique.

**Cliniquement** : une poussée est une manifestation neurologique persistant au moins 24h. Une poussée est un symptôme cliniquement isolé, deux poussées dans des territoires différents permettent de poser le diagnostic de SEP, de même qu'une prise de gadolinium sur l'IRM trois mois après la première poussée.

**En IRM** on recherche les critères de Barkoff (soit 9 hyper signaux répartis en ventriculaire, sous cortical et sous tentoriel soit plusieurs hypersignaux et une prise de gadolinium.)

**La Ponction Lombar** (liquide inflammatoire) peut être utile au début et augmente la chance de diagnostic (recherche de distribution oligoclonale à l'immunoélectrophorèse du LCR).

**Autre examen éventuellement utile**: les Potentiels évoqués visuels (pas les autres).

**Traitement médicamenteux au long cours** : On peut débiter l'interféron après une seule poussée c'est-à-dire un syndrome cliniquement isolé (SCI) si on a une IRM positive (Barkoff) pour prévenir l'apparition d'une SEP définie. En cas de forme secondairement progressive seul le BETA FERON® a l'indication. Pour les SEP (RR) les traitements de fond ayant l'AMM sont :

\* Interféron β 1A ou 1B: AVONEX® 1/semaine en IM, REBIF®3/semaine en SC, BETA FERON® tous les 2 jours en SC. Prescription par neurologue uniquement avec surveillance des transaminases. Effets secondaires: syndrome pseudo grippal, syndrome dépressif, lésions au point d'injection.

\* COPAXONE® en sous cutané quotidienne. Effets secondaires douleurs au point d'injection.

\* NOVANTRONE®, ENDOXAN®, METHOTREXATE pour les formes agressives ou progressives.

\* Anticorps monoclonaux (TYSABRI) sur les formes très actives avec poussées avec échec de l'Interféron. Surveillance LEMP ++++

\* Dans l'avenir un traitement per os, la CLADRIBINE devrait être disponible fin 2010. Diminue les poussées de 50%, contre 30% pour les interférons et Ac monoclonaux diminue le risque de poussée de 65%.

**Traitements non médicamenteux** :

□ Rééducation fonctionnelle en centre spécialisé 3 semaines deux fois par an. Notamment au centre POMPONIANA à Hyères. Docteur BARDOT.

□ Les troubles vesico sphinctériens sont souvent possibles à prendre en charge.

**Traitement des poussées** (nouveau déficit durant plus de 24 heures): Bolus de SOLUMEDROL® 1 g en 4 heures 3 jours de suite. Possible à domicile.

► **Suite du compte rendu en bas de page 4**

# LES RENDEZ VOUS DE L'ESCOLETA

## PROCHAINE SEANCE: Mardi 8 Décembre à 20h00

**N'OUBLIEZ PAS ! Depuis Septembre, nous démarrons nos soirées à 20h00 !**

à la Maison IV de Chiffre à AVIGNON (à l'angle de la Rue Guillaume Puy et de la Rue des Teinturiers)



### Autres dates

- **Jeudi 3 Décembre de 20h30 à 22h** : séance du Groupe Balint animé par Françoise DUPUY RAGOT et Robert BABEAU. Maison IV de Chiffre. **Renseignements**: Jean Luc VIDAL (0490874899). Ces séances sont toujours riches de cas problématiques... Vous pouvez toujours vous inscrire !

- **Jeudi 3 Décembre au Centre Hospitalier de Carpentras (Salle polyvalente) à 19h** : Rencontre échanges entre (futurs) parents et professionnels sur le thème « *Autour de l'arrivée d'un bébé* ». Organisation : ARIP (Association de Recherche et Information en Périnatalité) BP 36 - 84140 Montfavet

- **Lundi 14 Décembre à 20h, Ecole Hôtelière d'Avignon** : Soirée organisée par RESAD84 sur le thème « *Le vieillissement des patients dépendants aux opiacés sous traitement de substitution* » avec comme intervenante le Dr Barbara BROERS Médecin adjoint au Département de Santé Communautaire et de Premiers Recours des Hôpitaux Universitaires de Genève. **Renseignements/inscriptions**: tel 0490169646 ou par mail à [resad84@resad84.org](mailto:resad84@resad84.org) - Site internet : [www.resad84.org](http://www.resad84.org)

- **Mardi 15 Décembre à 20h30, Salle des Soins Palliatifs du CHA**, séance GLAP (Groupe local d'amélioration des pratiques) animée par Jean Luc VIDAL (0490874899), forme d'EPP validante, qui existe à l'ESCOLETA depuis Septembre 2007.

Ce mois ci nous reprenons nos séances habituelles avec cas aléatoire (réflexions et conduite à tenir à propos d'une situation choisie au hasard).

Il est encore possible de s'inscrire aux séances régulières pour 2009/2010, même si ça a démarré en Octobre.

Voir l'article de La Lettre N°120 mis en ligne sur le site de l'ESCOLETA : <http://www.escoleta.fr>

A noter que plusieurs séances du GLAP sont intégrées dans les séances de l'ESCOLETA en 2010 (Cf. programme dans la Lettre N°146). Cela peut être prédictif d'une démarche de DPC telle qu'elle est expliquée dans l'édito de ce numéro.

### **Exploration d'un « mal à la tête »**

Exploration d'un mal de tête ? Stress, migraine, ou anévrysme, comment faire la différence ? Quand demander un scanner ?

La migraine ne prend pas forcément la tête qu'aux migraineux.

Nous serons accompagnés dans notre questionnement par le **Dr Patricia TOURNAIRE**, Neurologue au Centre Hospitalier d'Avignon

**ATTENTION CETTE SEANCE SERA PRECEDEE DE NOTRE REVUE DE PRESSE SUR UNE DUREE D'UNE HEURE ! N'oubliez pas d'amener vos découvertes de lecture ou autres informations qui vous paraissent importantes à partager.**

N'hésitez pas à nous interpellier pour toute question que vous voudriez voir abordée à cette occasion et venez nombreux!

**Les organisateurs : Olivier COHEN (0490769036) et Philippe REGARD (0490885480)**

### ► *Suite du compte rendu de la page 3 sur les maladies neuro dégénératives*

#### LA SLA (Sclérose Latérale Amyotrophique) (C-D)

Affection du motoneurone avec une atteinte pyramidale et une amyotrophie amenant à une paralysie rapidement totale. Décès en 3 ans.

**Diagnostic** : Amyotrophie avec fasciculations et signes pyramidaux (réflexes vifs et Babinski). Le diagnostic est parfois retardé en cas de forme pseudo périphérique (steppage et Babinski).

**Traitement** :

\* RILUTEK® il fait gagner 3 à 6 mois. Surveillance hépatique.

\* Les réseaux spécifiques permettent la prise en charge de l'ergothérapie et autres soins.

\* Espoir : La neuroprotection .

#### LES MESSAGES DU NEUROLOGUE

- *Pour un généraliste, un examen clinique (avec paires crâniennes, recherche de signe de Babinski, recherche d'un déficit (signe du serment, Mingazzini) et ROT) avec la notion qu'un début brutal correspond plutôt à un problème vasculaire (si phénomène critique, qui dure quelques secondes ou quelques dizaines de secondes il faut évoquer une épilepsie focale) et un début progressif à un processus expansif, inflammatoire ou dégénératif, doit permettre d'orienter à bon escient.*

- *Ne faire que des IRM. Abandonner les scanners en neurologie (sauf urgence et indisponibilité d'IRM).*

- *NB Cas vécu : l'épilepsie temporale se caractérise par des douleurs épigastriques ascendantes fugaces avec bizarrerie. Ne pas confondre avec pathologie cardiaque ou oesophagienne.*

**Compte rendu: Michel CADART, relu par le Dr PERROUTY**