

Mai 2021

## **Médecine Interne Générale Ambulatoire : Recommandations pour les non-spécialistes**

### **1. Pas de dépistage ni de nouvelle prise en charge des dyslipidémies pour les personnes de plus de 75 ans en prévention primaire.**

Avec les cancers, les infarctus du myocarde et les AVC représentent les causes de décès les plus fréquentes en Suisse. Des taux de lipides sanguins élevés contribuent au risque de maladies cardio-vasculaires. Le taux de cholestérol LDL en fait notamment partie. Sa concentration dans le sang peut être réduite par voie médicamenteuse grâce aux fameuses statines. Les statines réduisent ainsi le risque de maladies cardio-vasculaires et d'infarctus du myocarde.

Les premières études sur les statines ont été réalisées en excluant les personnes âgées. Longtemps, le bénéfice de la prise de statines pour les personnes âgées aussi était uniquement basé sur des suppositions. Ces dernières années toutefois, les personnes de plus de 75 ans ont également été incluses dans les études. Selon les données les plus récentes, on ne sait pas si, après avoir entamé un traitement pour réduire le cholestérol LDL, les infarctus du myocarde mortels et les AVC sont moins fréquents chez les personnes de plus de 75 ans sans maladies cardio-vasculaires.

De l'autre côté, les statines ont des effets secondaires connus, notamment les problèmes musculaires susceptibles de survenir dans toutes les classes d'âge (mais qui sont plus fréquents chez les patients d'un certain âge). En outre, les personnes âgées précisément prennent souvent plusieurs médicaments qui peuvent provoquer des interactions indésirables avec un traitement aux statines.

En raison de leur bénéfice probablement faible et des effets secondaires possibles, la SSMIG recommande de renoncer à commencer un traitement aux statines pour les seniors de plus de 75 ans sans maladies cardio-vasculaires. Pour les patients qui de toute façon ne sont pas soignés avec des statines en raison de leur âge, il n'est pas non plus nécessaire de mesurer le taux de lipides dans le sang.

Pour les patients avec des maladies cardio-vasculaires et notamment ayant subi un infarctus du myocarde, la décision de savoir si le recours aux statines est justifié devrait être prise d'entente avec le patient sur la base d'une information préalable détaillée de ce dernier.

### **2. Les IRM pour les patients ressentant des douleurs dans la partie avant du genou ne fournissent en général aucune information supplémentaire**

L'imagerie par résonance magnétique chez des patients se plaignant de douleurs à l'avant du genou n'apporte en général aucune information supplémentaire, mais peut conduire à accorder trop d'importance à l'usure due à l'âge pourtant bénigne. Le danger est alors de se précipiter pour subir des traitements invasifs (opérations, arthroscopies du genou), qui comportent des risques pour le patient et ne servent à rien.

La cause la plus fréquente des douleurs antérieures chroniques du genou n'est pas une blessure du genou ou un phénomène d'usure avec lésions du cartilage, mais le syndrome douloureux fémoro-patellaire (SDFP). Il s'agit de douleurs causées par la faiblesse musculaire au niveau de la cuisse, par une instabilité dans les ligaments du genou ou par une géométrie osseuse défavorable (p. ex. jambes en X ou en O ou malformation de la rotule provoquant un glissement de cette dernière sur l'os de la cuisse).

Le SDFP ne doit pas être opéré. Le traitement englobe en lieu et place des bandages de soutien, de stabilisation ou de décharge, des coques ou des attelles ainsi que de la physiothérapie. Comme le SDFP est très fréquent en cas de douleurs antérieures du genou, ce traitement dit «conservateur» est très souvent efficace en cas de douleurs du genou. En général, les radiographies classiques fournissent toutes les informations nécessaires au traitement, notamment en cas de mauvaise position de l'os de la cuisse ou de l'articulation du genou.

### **3. Pas de substitution ferrique chez les patients asymptomatiques non anémiques et pas d'infusion de fer sans essai thérapeutique préalable par voie orale (sauf en cas mauvaise absorption)**

Le fer est un constituant important de l'hémoglobine, qui transporte l'oxygène dans les globules rouges. Quand le corps ne peut plus produire suffisamment d'hémoglobine à cause du manque de fer (anémie ferriprive, résultat d'une carence en fer), la performance physique et la capacité à se concentrer diminuent parce que les muscles et le cerveau sont mal approvisionnés en oxygène et on se sent fatigué.

Pour les femmes ayant un taux d'hémoglobine normal et des réserves en fer suffisantes (ferritine  $\geq 15$   $\mu\text{g/L}$ ) sans état de fatigue, l'administration de fer n'est pas utile. En cas de fatigue en revanche, elle peut subjectivement leur être faiblement profitable, même si leur taux de ferritine est assez élevé.

Les effets sont identiques selon que l'apport en fer se fasse par voie orale ou intraveineuse. En raison des risques potentiels que présentent les infusions de fer, il faudrait essayer de privilégier l'apport en fer par la voie orale (avec des comprimés ou des capsules).

### **4. Ne pas mesurer la vitamine D 25(OH) par habitude pour les personnes ne présentant pas de facteurs de risques pour une carence en vitamine D.**

Un manque de vitamine D augmente le risque de chutes et de fractures osseuses. En Suisse, beaucoup de personnes ont, en hiver surtout, un taux de vitamine D 25(OH) plutôt faible. Ce manque ne nécessite toutefois une prise en charge que dans peu de cas, car les avantages d'un apport supplémentaire en vitamine D sont flous. Une mesure de la vitamine D n'est que rarement judicieuse.

Ni les bénéfices, ni les dommages n'ont clairement été prouvés par des études systématiques sur la vitamine D auprès de la population globale (sans les résidents des EMS). Une mesure ciblée de la vitamine D 25(OH) n'est judicieuse que pour les personnes qui présentent un risque de carence en vitamine D, comme les personnes ayant un problème d'absorption des nutriments.

Les analyses inutiles entraînent souvent des traitements inutiles, voire nocifs. Un apport inutile en vitamine D en quantité excessive peut par exemple entraîner des calculs rénaux ou des lésions d'autres organes.

## **5. Aucun check-up de santé approfondi régulier chez les personnes asymptomatiques**

De nombreuses études ont montré que les check-up de santé ne contribuent ni à améliorer la santé, ni à réduire les hospitalisations, ni à empêcher les décès prématurés pour cause d'infarctus ou de cancer. En revanche, ils peuvent alerter à tort, ce qui peut provoquer des inquiétudes inutiles ou des examens complémentaires stressants.

Les actes médicaux ne devraient pas être dispensés selon un programme rigide, mais plutôt être ajustés en fonction des facteurs de risque individuels des patients et de leurs besoins. Les tests et les examens médicaux ne devraient être effectués qu'en présence de de risques accrus ou de symptômes de maladies; les personnes en bonne santé n'ont pas besoin de faire un check up de santé annuel. Plus particulièrement, les actes suivants ne sont pas recommandés: radiographies régulières du thorax pour les fumeurs, examens d'urine, ECG (électrocardiogramme) ou ECG à l'effort, échographie du ventre et tests des fonctions pulmonaires.

Un test sanguin faussement positif peut par exemple entraîner un prélèvement de tissu inutile et un ECG faussement positif peut entraîner d'autres examens du cœur inutiles.

Les examens de dépistage, notamment pour détecter tôt des cancers spécifiques, sont toutefois corrects et importants, au même titre que le soutien et le suivi par des conseils relatifs à un mode de vie sain, par exemple dans le but d'arrêter de fumer.