



Focus
page 3

Fracture du col du fémur.

SOMMAIRE

INFORMATIONS MÉDICALES

- Cancer colorectal
- Cancers féminins
- Chirurgie plastique et reconstructrice
- Gynécologie
- ORL
- Transsexualisme

FOCUS

Chutes répétées des personnes âgées : recommandations pour la prise en charge



>> Chaque 1^{er} jeudi du mois

RECEVEZ LA VERSION
ÉLECTRONIQUE

DE VOTRE MENSUEL

en vous abonnant sur l'Espace
Actualités & Pratiques du site

www.has-sante.fr

Haute Autorité de santé

Mensuel d'information aux professionnels de santé

Numéro 19 – Mai 2010

INFORMATIONS MÉDICALES

Cancer colorectal

La coloscopie virtuelle : des indications limitées

La vidéo-coloscopie constitue l'examen de référence pour rechercher des lésions cancéreuses et précancéreuses du côlon.

La HAS a été saisie par la Société française de radiologie (SFR) et par la Fédération des spécialistes des maladies de l'appareil digestif (FSMAD) pour évaluer une technique récente, la coloscopie virtuelle, et préciser les indications de cet examen scannographique avec reconstruction informatique des images du côlon.

Il ressort de l'évaluation effectuée par la HAS que la coloscopie virtuelle ne constitue pas aujourd'hui un examen de première intention. Elle peut notamment être proposée en cas de vidéo-coloscopie incomplète. Il s'agit aussi d'une alternative en cas de refus ou de contre-indication à la réalisation d'une vidéo-coloscopie. La HAS a rendu un avis favorable à l'inscription de la coloscopie virtuelle sur la liste des actes remboursables dans ces trois indications.

Pour en savoir plus, voir le rapport d'évaluation technologique et l'avis sur « Coloscopie virtuelle : métaanalyse des performances diagnostiques, indications et conditions de réalisation ».

Cancers féminins

Trois nouveaux guides ALD pour le médecin traitant

La HAS vient de publier trois nouveaux guides ALD, portant respectivement sur le cancer du sein, de l'ovaire et du col de l'utérus. Ces documents, qui décrivent le parcours de soin optimal des patientes traitées pour l'une de ces maladies, ont vocation à aider le médecin à assurer la coordination des soins et la surveillance de ces patientes en ambulatoire.

Cancer du sein. L'intervention du médecin traitant peut se situer à toutes les étapes de la prise en charge de ce cancer, qui, avec plus de 50000 nouveaux cas estimés en 2008, constitue le plus fréquent des cancers féminins. Ce nouveau guide rappelle le parcours de soins optimal depuis la mammographie bilatérale (examen diagnostique de référence) et l'examen anatomopathologique sur prélèvement biopsique (pour affirmer le diagnostic), jusqu'aux mammographies annuelles de surveillance après traitement.

Cancer du col de l'utérus. Ce cancer étant pour l'essentiel une affection tumorale à évolution lente d'origine infectieuse, le médecin traitant peut être amené à jouer un rôle clé en incitant au dépistage régulier par frottis cervico-utérin (meilleur moyen de porter un diagnostic précoce) ou en demandant cet examen devant des signes suspects non spécifiques (métrorragies provoquées, leucorrhées, douleurs...), notamment chez une femme sans suivi gynécologique régulier. Le rôle du médecin traitant est essentiel dans le suivi et la prise en charge des complications liées aux traitements ou à la maladie.

Cancer de l'ovaire. Hormis les diagnostics fortuits, par exemple à l'occasion d'une échographie, le cancer de l'ovaire, longtemps silencieux, est volontiers découvert à un stade déjà évolué.

Aussi le diagnostic doit-il être évoqué devant des signes non spécifiques voire banals (simple inconfort digestif, douleurs pelviennes, saignements et/ou pertes anormales...), qui doivent alerter quand ils sont d'installation récente,

>> INFORMATIONS MÉDICALES

qu'ils perdurent quelques semaines et qu'ils ne sont pas expliqués par une affection, notamment digestive. Ces signes nécessitent au moins un examen clinique complet avec touchers pelviens (vaginal et rectal). En cas de suspicion d'une tumeur ovarienne, l'examen de première intention est alors l'échographie abdomino-pelvienne suspubienne et endovaginale.

Les trois guides font en outre une mise au point sur les conditions actuelles d'exonération du ticket modérateur relative aux actes et prestations rendus nécessaires dans le cadre de la prise en charge de ces cancers. De principe, la malignité de l'affection fonde à elle seule l'exonération du ticket modérateur.

Pour en savoir plus, voir les Guides médecin et les Listes des actes et prestations « ALD n° 30 – Cancer du sein » « ALD n° 30 – Cancer de l'ovaire » et « ALD n° 30 – Cancer invasif du col utérin ».

Chirurgie plastique et reconstructrice

Restylane SubQ® : pas d'intérêt démontré en correction des lipoatrophies faciales consécutives aux antirivaux

L'un des effets indésirables des traitements antirivaux est l'apparition d'un syndrome lipodystrophique, caractérisé par une fonte partielle ou totale du tissu adipeux sous-cutané (forme lipoatrophique). Une intervention réparatrice est alors possible et le NewFill® est le seul produit de comblement actuellement pris en charge.

Également destiné au comblement des dépressions cutanées faciales, Restylane SubQ® a fait l'objet dans cette indication d'une étude non prospective, portant sur 20 patients seulement, pendant 52 semaines. Le taux de réponse rapporté est de 100 % à la 6^e semaine et 60 % à la 52^e semaine mais, faute d'étude comparative et compte tenu du faible effectif de patients inclus dans cette unique étude, la HAS a rendu un avis défavorable au remboursement de Restylane SubQ® dans la correction des lipoatrophies faciales consécutives aux traitements antirivaux des patients ayant une infection par le VIH.

Pour en savoir plus, voir la synthèse d'avis sur l'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé « Restylane SubQ® ».

Gynécologie

Intrinsa® : avis défavorable au remboursement

Ce dispositif transdermique de testostérone est indiqué en association avec une estrogénothérapie, en cas de baisse du désir suite à une ménopause chirurgicale. Deux études randomisées en double aveugle *versus* placebo ont montré, sur 4 semaines, une amélioration statistiquement significative de l'activité sexuelle satisfaisante en faveur d'Intrinsa® associé à des estrogènes, mais la pertinence clinique de cette amélioration est incertaine.

Par ailleurs, il n'y a aucune donnée de tolérance au-delà d'un an et l'incidence des effets indésirables androgéniques est élevée (acné, alopecie, hirsutisme, raucité de la voix).

La HAS a donc rendu un avis défavorable au remboursement en ville et à la prise en charge à l'hôpital d'Intrinsa®.

Pour en savoir plus, voir la synthèse d'avis sur le médicament « Intrinsa® ».

ORL

L'accès au langage des enfants sourds doit être mis en place avant l'âge de un an

En cas de surdité bilatérale permanente avec un seuil auditif supérieur à 40 dB HL, il faut tout faire pour favoriser l'accès au langage, quel que soit le choix

éducatif de la famille (français et/ou langue des signes française). Pour y parvenir, un programme d'intervention précoce doit être mis en place, selon une approche audiophonatoire ou visugestuelle, avec l'ensemble des professionnels concernés. L'approche audiophonatoire vise au développement de la langue parlée, par stimulation de la voie auditive (éducation auditive avec audioprothèses dans les 3 mois suivant le diagnostic, puis, si indiqué, implants cochléaires). L'acquisition parallèle de la langue des signes est possible et ne retarde pas l'acquisition de la langue parlée.

L'approche visugestuelle ne stimule pas la voie auditive, mais s'appuie sur l'utilisation quotidienne de la langue des signes et l'acquisition secondaire du français, essentiellement écrit.

La clé de la réussite tient à la précocité des programmes d'intervention – ils doivent débiter avant l'âge de un an – et à l'implication des parents.

En effet, les résultats obtenus dépendent du seuil auditif de l'enfant, de la présence ou non de troubles associés, mais aussi très largement de la langue utilisée au domicile avec l'enfant. La HAS insiste tout particulièrement sur l'accompagnement personnalisé dont la famille de l'enfant concerné doit bénéficier dès le plus jeune âge de celui-ci.

Pour en savoir plus, voir les recommandations de bonnes pratiques « Surdité de l'enfant : accompagnement des familles et suivi de l'enfant de 0 à 6 ans, hors accompagnement scolaire ».

Transsexualisme

Pour la mise en place d'une structure organisée d'offre de soins

La prévalence du transsexualisme n'est pas connue avec précision, mais les transsexuels seraient entre 10 000 et 50 000 environ en France. La HAS vient de publier un rapport recommandant la mise en place d'une structure d'offre de soins spécifique pour prendre en charge les transsexuels en France.

Cette recommandation prévoit l'existence de quelques équipes de référence comprenant des représentants des différentes spécialités médicales impliquées (psychiatres, endocrinologues et chirurgiens principalement), ainsi que des juristes et des assistantes sociales. Un réseau composé de professionnels de santé assurerait le relais de la prise en charge à proximité du patient. Les professionnels du réseau participeraient notamment aux premiers contacts entre les transsexuels et le système de soins, au suivi des transsexuels éloignés géographiquement des équipes, au suivi des transsexuels avec des traitements hormonaux stables. Ils assureraient également un lien entre les équipes et les transsexuels. Les médecins traitants des transsexuels pourraient faire partie de ce réseau.

Il est prévu que les professionnels de santé ne faisant pas partie de cette structure reçoivent une information pour en connaître l'existence. Ils pourraient ainsi orienter efficacement et rapidement les transsexuels qui se présentent à leur cabinet.

Cette proposition de structure d'offre de soins a été transmise à la ministre de la Santé, qui décidera de sa mise en œuvre.

Pour en savoir plus, voir le rapport « Situation actuelle et perspectives d'évolution de la prise en charge médicale du transsexualisme en France ».

Consultez l'intégralité des recommandations, des guides, des avis et des fiches de bon usage de la HAS sur :

www.has-sante.fr

FOCUS

Chutes répétées des personnes âgées : recommandations pour la prise en charge

Dr Christine Revel

Service des bonnes pratiques professionnelles – HAS

Quel est l'enjeu de ces recommandations sur les chutes répétées des personnes âgées ?

Les chutes à répétition (plus de deux au cours des 12 derniers mois) concernent un quart des personnes âgées de plus de 80 ans. Elles sont associées à une forte morbi-mortalité, à une accélération de la

perte d'autonomie (avec un taux d'institutionnalisation pouvant atteindre 40 %) et à un coût financier important. En 2005, la HAS et la Société française de documentation et de recherche en médecine générale (SFDRMG) avaient déjà établi une liste de recommandations pour la prévention de ces chutes. Ce travail, qui porte sur la prise en charge des personnes âgées de plus de 65 ans faisant des chutes répétées, vient en complément.

Quelle démarche adopter face à un patient faisant des chutes répétées ?

L'évaluation est essentiellement clinique. Première étape indispensable : la recherche de signes de gravité mettant en jeu

Que faire face à une personne âgée faisant des chutes répétées ?

1^{re} étape Rechercher les signes de gravité

Entretien avec le patient :

- la chute a-t-elle occasionné un traumatisme physique ?
- êtes-vous resté(e) au sol plus d'une heure ?
- avez-vous pu vous relever seul ?
- avez-vous pu vous tenir debout sans aide après la chute ?
- avez-vous peur de faire une nouvelle chute ?
- avez-vous ressenti un malaise ou un vertige au moment de la chute ?
- avez-vous perdu connaissance ?
- avez-vous eu de la fièvre ou une pathologie infectieuse avant la chute ?
- prenez-vous un anticoagulant ?
- prenez-vous un médicament hypoglycémiant ?
- tombez-vous plus fréquemment ces dernières semaines ?
- souffrez-vous d'ostéoporose sévère ?
- vivez-vous seul(e) ? avez-vous une aide à domicile ?

Examen clinique :

- recherche de douleurs aiguës
- examen de la capacité à rester stable debout
- tests de la station unipodale et « *timed up & go* »
- auscultation du cœur et des poumons
- prise de la tension
- test de Romberg
- prise de la température corporelle
- et, éventuellement, prescription **en fonction des signes d'appel** de : radiographies osseuses, dosage des CPK et de la créatine sérique, ECG, glycémie...

L'imagerie cérébrale ne doit pas être réalisée à titre systématique. Son indication dépend des données cliniques.

Patient de plus de 65 ans ayant fait plus de deux chutes au cours des 12 derniers mois



2^e étape Rechercher les facteurs de risque

Entretien avec le patient :

- quel âge avez-vous ?
- avez-vous déjà eu des fractures traumatiques ?
- quels traitements prenez-vous ?
- votre lieu de vie est-il suffisamment éclairé ?
- n'est-il pas trop encombré ?

Examen clinique :

- évaluation de la capacité à se relever d'une chaise sans l'aide des mains
- calcul de l'IMC
- recherche de troubles articulaires
- examen des pieds et du chaussage
- monofilament sur la voûte plantaire et diapason sur la malléole externe de la cheville
- examen de l'acuité visuelle
- test mini-GDS
- test MMSE
- et, éventuellement, prescription **en fonction des signes d'appel** de : ionogramme sanguin, dosage sérique de la vitamine D, hémogramme, ECG, dosage de l'HbA1c...



3^e étape Proposer des mesures de prévention adaptées

Réévaluation des prescriptions médicamenteuses actuelles, adaptation du lieu de vie et du chaussage, utilisation d'une canne, incitation à l'activité physique, séance de kinésithérapie, augmentation des apports de calcium et de vitamine D...

>> FOCUS

le pronostic vital et/ou fonctionnel de la personne. Cette recherche repose sur seize questions standardisées visant à identifier les conséquences de la chute (douleurs et lésions traumatiques), la pathologie responsable (évaluation de l'équilibre postural, de la marche, du système cardio-vasculaire et neurologique) et, donc, le risque de nouvelle chute grave.

“ L'évaluation clinique doit reposer sur des tests d'orientation systématisés, et tous les facteurs de risque doivent être recherchés sans en oublier aucun. ”

La seconde étape porte sur la recherche de facteurs de risque, presque toujours multiples. Il est essentiel de bien les repérer tous. Sont particulièrement importants à rechercher les facteurs de risque prédisposants (problèmes de santé pouvant expliquer un malaise, la faiblesse d'un membre, etc.) et les facteurs de risque précipitants : notion de malaises, chaussures ou aménagement de l'habitat inadaptés. Étant donné la fréquence de la iatrogénie dans la survenue d'une chute, l'intérêt de chaque médicament prescrit doit également être réévalué. En revanche, il n'y a pas lieu de demander des examens complémentaires à titre systématique, hormis une natrémie et un dosage sérique de la vitamine D.

Sur quoi repose la recherche de signes de gravité ?

Le bilan habituel comprend, entre autres, la prise de la tension artérielle, l'évaluation de la motricité, avec le test de la station unipodale, par exemple, qui consiste à évaluer la capacité d'une personne à rester debout sur un pied pendant plus de 5 secondes. Autre test : celui du « *timed up and go* », qui consiste à mesurer le temps, en secondes, mis pour se lever d'une chaise avec accoudoirs, marcher 3 mètres, faire demi-tour et se rasseoir (normal si inférieur à 20 secondes) et enfin, la recherche d'une dénutrition (IMC inférieur à 21). Afin d'estimer les facteurs prédisposants associés, le bilan

peut être complété, par exemple, par la recherche d'une dépression au moyen du test mini-GDS, qui consiste à demander à la personne de répondre par oui ou par non à 4 questions, un score de 0 indiquant un faible risque de dépression :

- vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste ? (oui = 1, non = 0) ;
- avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? (oui = 1, non = 0) ;
- êtes-vous bien la plupart du temps ? (oui = 0, non = 1) ;
- avez-vous le sentiment que votre situation est désespérée ? (oui = 1, non = 0).

De même une démence sous-jacente peut être recherchée avec le test Codex : il consiste à demander à la personne de mémoriser 3 mots simples (cigare, fleur, porte), puis de dessiner les chiffres d'une horloge sur un cercle imprimé et de représenter les aiguilles pour une heure donnée et enfin, de se rappeler les 3 mots mémorisés : un résultat normal indique l'absence de démence.

Comment prévenir les récurrences et leurs complications ?

La prévention passe par une réévaluation de la prescription médicamenteuse, l'adaptation du chaussage, l'utilisation d'aides techniques, un programme d'activité physique ou de kinésithérapie pour travailler l'équilibre postural et renforcer la force des membres inférieurs (programme à poursuivre bien au-delà des séances), l'augmentation des apports de calcium et de vitamine D, un éventuel traitement antiostéoporotique et le réaménagement de l'habitat (moins d'encombrement, moins de tapis, plus de lumière, etc.). Cette prise en charge multifactorielle peut nécessiter l'intervention, en plus des kinésithérapeutes, d'autres professionnels de la rééducation comme des ergothérapeutes ou des psychomotriciens.

Pour en savoir plus, retrouvez sur www.has-sante.fr :

- « Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées », recommandations professionnelles, avril 2009.
- « Prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée », recommandations professionnelles, novembre 2005.

Les missions de la HAS

La HAS, autorité publique indépendante à caractère scientifique, a été créée pour renforcer la qualité de notre système de santé et assurer à tous un accès durable et équitable aux meilleurs soins.

Domaines d'intervention de la HAS

- Évaluation du service médical et de l'amélioration du service médical rendu par les médicaments, les dispositifs médicaux et les actes professionnels pris en charge par l'assurance maladie.
- Évaluation économique et de santé publique.
- Élaboration de recommandations professionnelles et de guides de prise en charge des affections de longue durée.
- Certification des établissements de santé.
- Évaluation des pratiques professionnelles et accréditation des médecins et des équipes médicales des disciplines porteuses de risques.
- Amélioration de la qualité de l'information médicale : certification de la visite médicale, des sites e-santé et des logiciels d'aide à la prescription.

HAS Actualités
& Pratiques

ABONNEZ-VOUS ET RECEVEZ GRATUITEMENT

- **la version électronique** de cette lettre chaque premier jeudi du mois dans votre messagerie en vous inscrivant sur www.has-sante.fr, Espace Actualités & Pratiques
- **la version imprimée** à votre cabinet, en envoyant un courrier à : Haute Autorité de santé
Service communication institutionnelle
2, avenue du Stade-de-France
93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX