

Préambule : Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles.

Voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV (nouveau) :

<https://www.hug.services/groupe/departement-enfant-et-adolescent>

La première fois il faut créer un compte externe (onglet), puis après s'identifier comme collaborateur externe.

Colloque de pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 6 novembre 2018

2^e heure

Less is more

Dr M. Gehri, Lausanne

Tout d'abord, le Docteur Gehri rapporte une anecdote : il rencontre une mère lors d'une visite dans un service d'urgence, cette mère lui rappelle qu'il avait soigné son fils pour une maladie de Kawasaki. Elle lui explique que maintenant son fils avait un diagnostic de trouble du spectre autistique. Et que déjà une IRM et un EEG avaient été faits avant une évaluation psychiatrique plus approfondie. Le Docteur Gehri est resté perplexe sur la procédure effectuée.

Voici un autre exemple : un enfant glisse, puis présente une boiterie avec refus de pose du pied. La radiographie montre une petite fracture tibiale. Comment le soigner ? Immobilisation plâtrée ? Quel type de plâtre ? En fait, il y a une remise en question de l'utilité de l'immobilisation. Une étude a été conduite selon les principes PICO : patient (ici fracture tibia) Intervention (ici immobilisation), C (ici pas de plâtre), outcome. Les résultats de l'étude ont montré qu'il n'y avait pas de différence avec ou sans immobilisation plâtrée (mais le collectif était petit).

Less is more : cette idée vient d'un architecte, qui a essayé de simplifier au maximum les choses.

En médecine, l'idée a été notamment développée par le Docteur Janouelle ; il s'agit notamment d'une prévention de la médecine non nécessaire et de la surmédicalisation.

« Less is more » est devenu « choosing wisely ». Ceci devient une nécessité lorsque les moyens font défaut et s'inscrit dans une logique de rationalisation des soins, mais sans rationnement.

Beaucoup d'associations proposent une liste des interventions inutiles selon leur spécialité. Ces recommandations semblent être sous-utilisées. En Suisse, a été lancée une campagne de « smarter medicine ».

En pédiatrie, d'attitude de bienveillance prépondérante amène plutôt une attitude restrictive des actes médicaux.

Néanmoins, des progrès peuvent être fait : par exemple dans les traumatismes craniocérébraux, jusqu'en 2008, il y avait un grand nombre de CT scan pratiqués. Il existe néanmoins un risque d'une tumeur cérébrale ou une leucémie par 10'000 Ct Scan pratiqués.

Autre exemple : La bronchiolite : le saturomètre est un appareil très utile, largement répandu, permettant une mesure non invasive du taux d'oxygène. Néanmoins, on note une augmentation du taux d'hospitalisation pour problème respiratoire. La définition de l'hypoxie peut être variable : faut-il choisir 90% ? 94% ? Le saturomètre peut amener un surdiagnostic et des excès d'hospitalisations.

Désaturation du sommeil : est-ce que la détection est utile ou non ? L'appareil peut montrer des hypoxémies sévères, mais l'outcome est le même.

3^e question : quel est l'impact sur la santé ? La diminution de la mortalité n'est pas évidente, sauf en cas de pneumonie. L'usage du saturomètre amène donc une augmentation des hospitalisations est une surutilisation des ressources de la santé.

Quel est l'impact de l'oxygénothérapie ? Ce qui est sûr, c'est qu'elle emploie beaucoup de ressources du système de santé.

Le besoin de « faire quelque chose » semble être inhérent au médecin, qui ne peut s'en empêcher. Par exemple, dans la prise en charge des fractures diaphysaire des deux os de l'avant-bras, faut-il faire un traitement conservateur ou un traitement ECMES (embrochage des deux os) ? Si le patient est opéré avec cette technique, il y a tout de même une immobilisation prolongée. La technique opératoire ne diminue pas le nombre de radio ni les rendez-vous. Par contre, l'alignement est très bon. Un travail avait été effectué, conduisant une réflexion sur le sujet, et a abouti à une diminution de l'immobilisation si l'ECMES a été pratiqué.

Autres questions : lors de fracture de clavicule, est-il vraiment nécessaire de faire une radiographie en service d'urgence ? La réponse est non.

Dans le traitement des crises d'asthme modéré, l'usage de l'Atrovent est devenu très fréquent. Souvent, l'impression subjective est qu'il y a une amélioration. C'est vrai qu'il existe quelques études soutenant cet usage, mais il n'y a pas d'étude conclusive, et les recommandations GINA n'incluent pas l'Atrovent dans le traitement de la crise d'asthme modérée.

Le « faire » semble être un travers médical. L'essai thérapeutique en est un exemple. Par exemple, dans la bronchiolite, beaucoup de médecins essayent un traitement par Salbutamol. Un autre exemple est la prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons, très largement répandu en cabinet. Lorsque des formations des pédiatres sont organisées, on observe une diminution de cet usage. Souvent le traitement est prolongé au-delà des 10 jours nécessaires, et à ce moment-là des effets secondaires sont possibles. À long terme, les IPP peuvent entraîner un risque accru de fracture, en particulier du pelvis, ainsi qu'un risque accru de pneumonie.

Il existe des listes des traitements abusifs (par exemple Coon ER 2017 dans Update Pediatrics).

Par exemple, dans la prise en charge de la vaccination des migrants, il est nécessaire aussi de tenir compte de l'état vaccinal précédent pour ne pas répéter des vaccins inutiles.

Les pistes à explorer sont la nécessité d'une réflexion, surtout pour les patients complexes (oncologie, psychiatrique). Par ailleurs, il est nécessaire également de rechercher les prescriptions inappropriées.

Finalement, le Docteur Mario Gehri mentionne le futur Congrès de Pédiatrie Suisse qui aura lieu au Tessin, abordant ce sujet, ainsi que l'ethnopédiatrie.

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch