

Madame S, 33 ans, consulte pour la première fois au cabinet le 13/07/11. Elle n'a pas d'antécédents personnels particuliers hormis une notion de nodules thyroïdiens; son seul antécédent familial est un méningiome chez sa mère. Elle est d'origine turque, célibataire, sans enfants. Elle a l'air très négligée, les cheveux mal coiffés, avec de grosses cernes sous les yeux et me laisse d'emblée l'impression d'une personne ne s'occupant pas beaucoup d'elle.

« Qu'est ce qui vous amène ? »

« J'ai depuis le mois de janvier des crises d'urticaire, j'ai vu des dermatologues mais ils m'ont dit qu'ils ne pouvaient rien faire pour moi ».

A l'interrogatoire, elle dit présenter des éruptions cutanées érythémateuses diffuses, prurigineuses, sans facteur déclenchant réellement identifiable (je lui ai demandé si elle avait remarqué que les crises survenaient toujours après la consommation d'une même sorte d'aliment) mais elle a remarqué que « ça vient beaucoup plus quand je suis angoissée ». Elle a déjà pris de l'Aérius (dci : desloratadine) (pour une efficacité médiocre), et de l'Atarax (dci : hydroxyzine) (qui a mieux fonctionné) mais ne prend rien en ce moment.

Elle a pris 6 kg depuis cette période. Elle présente des douleurs articulaires, d'horaire mécanique, au niveau des épaules, de manière intermittente.

« Je viens vous voir car je n'en peux plus de ces problèmes, je n'ai pas de médecin traitant et les dermatologues que j'ai vu ont dit que c'était de l'urticaire, mais qu'ils ne pouvaient rien faire pour moi... »

Elle me tend des résultats d'examens, tous normaux : TSH, Examen parasitologique des selles, bilan hépatique complet, ionogramme sanguin, créatinémie, NFS avec éosinophilie, Sérologies VIH, VHB, VHC, bilan lipidique.

« Je vais déjà, si vous le permettez, revoir ces lésions...vous en avez actuellement ? »

« Non, ça fait 2 jours que la dernière poussée est terminée..Enfin attendez, il en reste encore une ».

J'examine la patiente : je retrouve effectivement une papule urticarienne au niveau du bras gauche. Sa pression artérielle à 125/60, une auscultation cardio-pulmonaire sans particularités. L'examen des épaules est normal. Je ne parviens pas à palper la thyroïde.

« Rassurez-vous, votre examen est normal. Je pense que nous allons faire d'autres prises de sang pour balayer l'ensemble des causes possibles d'urticaire chronique. Toutefois vous me dites que les crises surviennent plus souvent lorsque vous êtes angoissée....mais vous ne m'avez pas dit pourquoi ? »

« J'ai pas mal de problèmes dans ma famille : mon père n'est pas très gentil avec ma maman et je m'inquiète beaucoup pour elle... »

« Vous avez des frères et sœurs ? »

« Oui, mais ils ne se mouillent pas beaucoup »

« Nous en reparlerons lorsque vous aurez fait la prise de sang mais si celle – ci est normale, il faut savoir, comme vous l'avez d'ailleurs remarqué, que l'urticaire peut être causé par le stress et rentrer dans le cadre de ce que l'on appelle les maladies psychosomatiques, et si c'est le cas, c'est en agissant sur vos angoisses que l'on pourra traiter votre problème d'urticaire ».

Elle hoche la tête...et moi les épaules car je ne me souviens plus du tout du bilan à prescrire devant une urticaire chronique. Je me tourne donc vers ma maître de stage qui lui prescrit notamment un bilan auto-immun, au vu du contexte (Age jeune, urticaire, arthralgies).

Je lui renouvelle la prescription d'Atarax (en me disant que si c'est d'origine psychosomatique, l'Atarax, qui a-t-elle dit fonctionne mieux, agira aussi sur l'anxiété).

Enfin je lui tends une lettre pour voir un allergologue pour réaliser des tests cutanés, en lui expliquant bien d'arrêter l'atarax une dizaine de jours avant car cela peut négativer les tests.

« Merci Docteur, par contre j'ai la CMU, ça ne pose pas de problème ? »

« Pas du tout, nous allons faire une feuille de soins. On se revoit donc quand vous avez fait la prise de sang, d'accord ? »

« D'accord, au revoir ! »

....

Le 29/08, Mme S revient au cabinet avec différents résultats, elle a effectué tous les examens mais a l'air toujours aussi négligée : elle ramène tout d'abord une sérologie Helicobacter pylori positive, qui avait été demandée par un dermatologue dans le cadre du bilan de son urticaire. Elle me tend les résultats des bilans que nous avions prescrit la fois dernière : L'ensemble du bilan réalisé (CRP, C3, C4, NFS avec éosinophiles, Facteur anti nucléaire, anticorps anti dna natif, anti CCP, facteur rhumatoïde, Ige totales et spécifiques, Electrophorèse des protides plasmatiques, TSH) est normal.

« Alors Mme S, comment allez vous ? Et votre urticaire »

« ça va un peu mieux, mais je n'ai pas pu faire les tests d'allergie car je n'ai pas pu arrêter le traitement par Atarax pendant plus de 2 jours sinon ça revenait... »

« Votre bilan est normal, donc, par rapport avec votre urticaire, qu'en pensez-vous ? »

Après un long silence, la patiente finit par me répondre d'un ton hésitant : « C'est psychologique, non, c'est ça ? »

« Je le pense...Comment allez vous sur le plan du moral ? »

Elle répond à mes questions : son sommeil est anormal : hypersomnie (sommeil de plus de 10h par nuit avec sieste l'après midi); au niveau de l'appétit elle grignote énormément, elle pleure facilement plusieurs fois par semaine. Elle est très émue et bégaye lorsqu'elle reparle de son enfance et de sa famille. Elle n'a pas d'idées suicidaires. J'ai envie de savoir ce qu'il s'est passé pendant son enfance mais me retient de lui poser des questions, de peur de la gêner et me dis que cela pourra être fait au cours d'une prochaine consultation.

Je lui propose alors un traitement par Paroxetine, qu'elle accepte, en lui délivrant les coordonnées d'un psychiatre, en lui expliquant que le traitement anti dépresseur traite les symptômes mais que cela ne guérira pas les causes de son état dépressif. Je lui explique, que le traitement ne fera effet que dans au moins 2 semaines et qu'il faudra le prendre au moins 6 mois, et je souhaite la revoir, si elle est d'accord, toutes les semaines, je lui donc donne d'emblée un rendez-vous.

Enfin je l'adresse à un gastro-entérologue pour la réalisation d'une endoscopie oeso gastro duodénale devant la présence d'une sérologie positive d'H.Pylori, en sachant qu'elle a d'après le compte rendu qu'elle m'avait tendu, déjà bénéficié d'une éradication suite à une sérologie positive constatée par le dermatologue il y a 3 mois.

Les questions que cette situation m'a posées sont :

- 1- Quel est le bilan à réaliser devant l'urticaire chronique de Mme S?
- 2- Quelle est la prise en charge thérapeutique de l'urticaire de Mme S ?
- 3- Comment réaliser l'éradication d'H.Pylori chez Mme S ?
- 4- Comment affirmer le diagnostic d'un syndrome dépressif chez Mme S?
- 5- Quelle prise en charge est-elle à organiser pour le syndrome dépressif de Mme S ?
- 6- Quels sont les droits dont bénéficie Mme S grâce à la CMU ?

1) Quel bilan clinique et paraclinique aurait-il fallu réaliser dans le cadre du bilan étiologique de l'urticaire chez Mme S ?

Mme S présente une urticaire chronique puisque celle-ci évolue depuis le mois de janvier 2011. J'ai trouvé une recommandation me permettant de répondre à la question (1) :

Il aurait tout d'abord fallu, à l'interrogatoire, rechercher des antécédents personnels et familiaux d'urticaire (aucun antécédent de ce type), des prises médicamenteuses (aucun avant la première consultation hormis de l'atarax) en particulier IEC, ARA II, aspirine et AINS ; rechercher un facteur déclenchant en particulier de contact, alimentaire ++ (ce qui n'est à priori pas le cas chez Mme S), mais également rechercher les circonstances déclenchantes, en particulier le stress (Mme S affirme que les poussées sont plus importantes lorsqu'elle est stressée).

L'examen clinique peut rechercher s'il existe des signes d'urticaire physique comme un dermographisme, une urticaire à la pression ou une urticaire cholinergique. Je n'avais pas réalisé ces tests mais il me semblait que la cause n'était pas physique et il me semble qu'il aurait dans le cas de leur réalisation, fallu faire revenir Mme S à une autre consultation car cela prend du temps. Enfin, il faut rechercher des signes généraux à la recherche de maladies auto-immunes (chez Mme S, je n'avais rien cherché mais elle s'était plainte spontanément d'arthralgies mécaniques).

Au niveau paraclinique, le bilan initial ne doit être réalisé que devant une urticaire résistante à un traitement bien conduit pendant 4 à 8 semaines (grade B), et comporte, en l'absence de signes d'orientation étiologique : NFS, Vitesse de sédimentation, CRP, Anticorps anti thyroperoxydase (grade B). Il était donc justifié de réaliser un bilan biologique chez Mme S, compte tenu du caractère résistant des symptômes ; toutefois il n'était pas nécessaire de réaliser un bilan aussi exhaustif. En cas d'orientation étiologique, on peut réaliser les examens paracliniques pour les rechercher, en particulier dosage d'auto-anticorps en cas de signes en faveur d'une maladie auto-immune (ce qui était pertinent chez elle compte tenu de l'existence d'arthralgies). Il n'est pas recommandé (grade B) de réaliser des tests d'allergie sauf en cas de suspicion d'allergies alimentaires, ce qui n'est pas le cas ici. Enfin, il n'est pas recommandé de rechercher systématiquement des foyers infectieux. Il n'est pas recommandé de rechercher une infection à Helicobacter Pylori en l'absence de point d'appel digestif (je ne savais pas si Mme S présentait des signes digestifs lorsqu'il a été recherché une infection à Helicobacter pylori) (grade B).

Chez Mme S, il aurait donc fallu réaliser un simple bilan comportant NFS vitesse de sédimentation CRP anticorps anti thyroperoxydase et éventuellement le bilan auto-immun avec facteur anti-nucléaire, Facteur Rhumatoïde, Anticorps anti DNA natif et ANCA. Toutefois le bilan exhaustif réalisé ne retrouvait pas de cause « organique » pouvant expliquer ses symptômes. J'ai ainsi pu retenir le bilan à réaliser devant une urticaire chronique

Source :

(1) ANAES et Société Française de Dermatologie, Prise en charge de l'urticaire chronique, 08/01/2003. [Site consulté le 16.07.2011]. disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/urticaire_court.pdf

2) Quelle prise en charge thérapeutique de l'urticaire de Mme S ?

J'ai trouvé la réponse à ma question dans les recommandations HAS (1)

Elle repose sur les antihistaminiques (anti h1) (grade A). L'efficacité doit être réévaluée après 4 à 8 Semaines. En cas de résistance à l'issue de ce délai, il convient de vérifier la posologie et l'observance. Devant une résistance, une bithérapie peut être instaurée avec un anti H1 de seconde génération (moins sédatif) le matin et un anti H1 de première génération le soir afin de favoriser le sommeil.

Pour information, l'atarax (hydroxyzine) est un anti histaminique H1 mais possède également des propriétés anxiolytiques modérées et sédatives. Les effets indésirables les plus fréquents de ce médicament sont somnolence, céphalées, fatigue, sécheresse buccale. Il est contre-indiqué en cas de glaucome par fermeture de l'angle et de risque de rétention aigue d'urine par trouble vésico prostatique.

La prise en charge psychologique associée semble tout à fait pertinente chez Mme S, ceci est l'objet d'une autre question.

Il semble donc tout à fait pertinent d'avoir prescrit un anti histaminique de type H1 chez Mme S, et d'avoir prescrit de l'Atarax compte tenu du caractère psychosomatique de son urticaire pour diminuer son anxiété. J'ai appris de cette situation que le traitement médicamenteux de l'urticaire chronique est la prise d'un anti H1, sans oublier la prise en charge psychologique.

Source :

- (1) ANAES et Société Française de Dermatologie, Prise en charge de l'urticaire chronique, 08/01/2003. [Site consulté le 16.07.2011]. disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/urticaire_court.pdf

3) Comment éradiquer Helicobacter pylori chez Mme S?

J'ai trouvé, pour répondre à cette question, des recommandations de l'AFSSAPS sur le sujet (1)

Chez Mme S, le problème de la sérologie positive (dont la réalisation n'est jamais recommandée) est que cela ne nous permet pas de savoir s'il s'agit d'une infection récente active ou ancienne guérie. J'ai appris a posteriori que Mme S avait bénéficié d'une éradication d'helicobacter pylori par le dermatologue après la réalisation d'une première sérologie positive il y a 3 mois. Il est donc obligatoire de réaliser une endoscopie digestive pour effectuer des prélèvements afin de voir si la bactérie est présente ou non au niveau gastrique, après avoir contrôlé la présence de la bactérie par un Helikit (compte tenu du traitement d'éradication déjà donné antérieurement).

Il faut, après avoir affirmé la présence d'H pylori par un test à rapide à l'uréase ou par l'examen anatomopathologique avec culture si nécessaire, effectuer un traitement d'éradication même en l'absence de lésion macroscopique à l'endoscopie :

IPP à double dose + Amoxicilline 2g par jour + Clarithromycine 1g par jour pendant 7 jours.

On effectue environ un mois après ce traitement un test respiratoire à l'urée marquée (on fait absorber à la patiente de l'urée marquée radioactivement par du Carbone 12 ou 13 ; en cas de présence de la bactérie, la présence d'une uréase clive la molécule et libère le Carbone 12 ou 13 qui peut passer dans le sang et se retrouver dans l'air expiré) en cas d'ulcère duodénal non compliqué ou d'absence de lésion macroscopique (pour éviter de refaire une endoscopie dans ces 2 situations). S'il est positif, on effectuera un traitement de seconde

intention : IPP double dose + Amoxicilline 2g par jour + Flagyl 1g par jour pendant 14 jours. (nous sommes dans cette situation chez Mme S).

En éradiquant H.Pylori chez Mme S, on prévient aussi chez elle les risques d'ulcère gastroduodéal et de cancer gastrique.

Un test respiratoire à l'urée marquée sera à réaliser un mois après l'arrêt du traitement d'éradication de 2^e ligne ; à l'issue duquel elle devra revenir nous voir.

J'ai pu ainsi apprendre la conduite à tenir en présence de la bactérie H.Pylori.

Sources : AFSSAPS, Prise en charge thérapeutique de l'éradication de Helicobacter pylori chez l'adulte et l'enfant, septembre 2005. [Site consulté le 18.07.2011]. Disponible : http://www.infectiologie.com/site/medias/_documents/consensus/2005-atb-helicobacter-afssaps.pdf

4) Comment affirmer le diagnostic de syndrome dépressif chez Mme S ?

Différents critères doivent être présents :

- 1- Symptômes évoluant depuis plus de 2 semaines (ce qui est le cas pour Mme S)
- 2- Absence de symptômes maniaques ou hypomaniaques (ce qui est le cas pour Mme S)
- 3- Symptômes ne sont pas d'origine organique ou secondaire à la prise de substances « psycho actives » (ce qui est à priori le cas chez Mme S)
- 4- Au moins 2 des symptômes suivants :
 - a. Humeur dépressive
 - b. Perte d'intérêt pour les activités habituellement appréciées, et de plaisir
 - c. Baisse d'énergie ou fatigabilité augmentée
 - i. Mme S présente une humeur modérément dépressive, une baisse d'énergie importante et fait moins d'activités qu'auparavant : il semble donc qu'elle présente ces critères
- 5- Au moins 1 des symptômes suivants (pour un nombre total de symptômes supérieur ou égal à 4) :
 - a. Perte de la confiance en soi (c'est le cas pour Mme S, qui vient de perdre son emploi)
 - b. Culpabilité exagérée (c'est le cas pour Mme S, qui ne peut répondre aux injonctions de sa mère qui se plain en permanence de sa vie avec son mari)
 - c. Pensées de mort ou idées suicidaires (pas le cas pour elle)
 - d. Diminution de l'aptitude à penser et à se concentrer (pas le cas ici à priori)
 - e. Modifications psychomotrices (pas le cas ici)
 - f. Troubles du sommeil (c'est le cas pour Mme S : elle présente une hypersomnie dans la journée).
 - g. Troubles de l'appétit (c'est le cas pour Mme S : elle grignote énormément dans la journée et dit manger beaucoup trop).

Il faut, après avoir affirmé le diagnostic, évaluer la sévérité du syndrome dépressif en fonction du nombre de symptômes et le retentissement socio –professionnel : Mme S

présente tout de même plusieurs symptômes, dort beaucoup pendant la journée, ne sort presque plus : je qualifierais ses symptômes de modérés.

L'échelle de dépression d'Hamilton peut être utilisée pour évaluer la sévérité des syndromes dépressifs mais ne doit pas être utilisée pour affirmer le diagnostic. Je n'avais pas pensé à calculer ce score avec Mme S.

J'ai appris de cette situation à diagnostiquer un syndrome dépressif de manière formelle, sur des critères validés.

Source : ANAES, Recommandations pour la Pratique Clinique, prise en charge d'un épisode dépressif isolé chez l'adulte en ambulatoire, mai 2002. [Site consulté le 20.07.2011].

Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_depression_2002_-_mel_2006_-_recommandations.2006_12_27_16_20_34_967.pdf

5) Quelle est la prise en charge à organiser pour le syndrome dépressif de Mme S ?

Il faut tout d'abord, comme il a été fait auparavant, affirmer le diagnostic et évaluer le risque suicidaire (accord professionnel). Il faut rechercher des troubles psychiatriques autres, des addictions (aucune chez Mme S) ou des troubles somatiques (accord professionnel), puis évaluer le retentissement fonctionnel et prescrire si nécessaire un arrêt de travail (accord professionnel), informer la patiente du diagnostic et du traitement (grade A) et l'adresser à une consultation de psychiatre/psychologue (accord professionnel). L'hospitalisation en milieu spécialisé peut s'organiser en cas de risque suicidaire, de symptômes psychotiques, somatiques, d'un environnement social défavorable à l'amélioration des symptômes (accord professionnel).

Sur le plan thérapeutique, les antidépresseurs ont une efficacité prouvée quelle que soit leur classe. Le choix peut être influencé par la recherche d'effets collatéraux comme une sédation (grade C), l'existence d'autres troubles psychiatriques (on prescrira par exemple préférentiellement des IRS en cas de troubles obsessionnels) (grade C), et par les contre indications et interactions médicamenteuses. Les IRS sont le traitement de choix de première intention si possible.

Une psychothérapie peut également être réalisée, de différentes modalités (de soutien, d'inspiration analytique, cognitivo comportementale).

Les différents niveaux de preuve d'efficacité sont les suivants

- 1- antidépresseurs : grade A
- 2- la thérapie cognitivo comportementale : grade B
- 3- Les autres psychothérapies : grade C
- 4- La psychanalyse : accord professionnel.

Chez Mme S, on privilégiera donc un traitement par IRS associé à une psychothérapie cognitivo comportementale. On réalise un suivi hebdomadaire au début du traitement, notamment pour évaluer le risque suicidaire (grade C), expliquer le traitement, le délai d'efficacité nécessaire (3 semaines), la nécessité de poursuivre le traitement même en cas

d'amélioration des symptômes (accord professionnel) ; on peut réaliser une augmentation progressive des doses (grade C), et en l'absence de réponse au traitement, vérifier l'observance, l'existence d'effets secondaires (grade C).

Le traitement doit être poursuivi 6 mois à 1 an après rémission clinique (grade A), avec diminution progressive des doses sur plusieurs mois. Il faut noter qu'il existe un important risque de rechute 6 à 8 mois après l'arrêt, à surveiller (accord professionnel).

J'ai appris de cette situation la prise en charge thérapeutique d'un syndrome dépressif.

Source : ANAES, Recommandations pour la Pratique Clinique, prise en charge d'un épisode dépressif isolé chez l'adulte en ambulatoire, mai 2002. [Site consulté le 20.07.2011].

Disponible : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_depression_2002_-_mel_2006_-_recommandations_2006_12_27_16_20_34_967.pdf

6) Quels sont les droits dont bénéficie Mme S grâce à la CMU ?

La CMU (Couverture Médicale Universelle) nécessite plusieurs conditions :

- une résidence en France stable et régulière depuis plus de trois mois
- ne pas avoir de droits pour bénéficier de l'un des régimes obligatoires de l'assurance maladie.
- avoir un titre de séjour en cours de validité pour les personnes de nationalité étrangère. (1)

Mme S vit en France depuis 20 ans, ne travaille pas et possède un titre de séjour en cours de validité, elle peut donc bénéficier de la CMU.

La CMU permet de bénéficier de toutes les prestations en nature de l'assurance maladie. En cas de CMU de base seule (cf. ci-dessous), il reste à régler à la patiente le ticket modérateur et le forfait hospitalier. (1)

La CMU – complémentaire nécessite (2)

- les mêmes conditions que la CMU de base
- est attribuée si les ressources sont inférieures à un certain plafond (variable selon la composition du foyer).

Mme S est également bénéficiaire de la CMU complémentaire. Elle offre les mêmes avantages que la CMU de base, avec en outre

- le remboursement du forfait hospitalier et du ticket modérateur.
- la prise en charge pour certaines prothèses dentaires, et les lunettes.
- la dispense d'avance des frais.

De plus, aucun médecin ne peut refuser de prendre en charge un patient CMU. Il est obligatoire de leur accorder le tiers payant.

Si la patiente ne peut présenter la carte vitale, il faut cocher sur la feuille de soins, cocher la case « exonération du ticket modérateur » et la case « autre » en inscrivant manuellement « CMU » à côté. Pour se faire régler, il faut en bas cocher les cases « l'assuré n'a pas réglé la part obligatoire » et « l'assuré n'a pas réglé la part complémentaire » en lui faisant signer la feuille et en l'envoyant à la caisse d'assurance maladie. Ce qui était le cas au cours de ma consultation avec elle.

Sources :

- (1) CMU de base. [Site consulté le 22.07.2012]. Disponible : www.cmu.fr
- (2) Assurance maladie, CMU – C. [Site consulté le 22.07.2012]. Disponible : http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/aide-a-la-pratique-memos/les-memos-medico-administratifs/cmu-c_val-de-marne.php.

SYNTHESE

Cette situation m'a permis d'acquérir des compétences dans les compétences suivantes

- Prendre en charge un problème de santé non différencié en contexte de soins Primaires : prise en charge de l'urticaire chronique, prise en charge diagnostique et thérapeutique de son syndrome anxio dépressif. Cela m'a permis d'apprendre de manière précise la prise en charge d'une urticaire chronique et cela m'a permis de me rendre compte que cela pouvait être une manifestation psychosomatique, ce que j'ignorais totalement. J'ai également pu apprendre les critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur que je ne connaissais pas dans leur intégralité et j'ai bien retenu qu'il est possible d'évaluer la sévérité des symptômes par des scores, comme par exemple l'échelle d'Hamilton. Il faut instaurer un traitement anti dépresseur et orienter le patient vers un psychiatre ou psychologue. J'ai appris à expliquer à la patiente les modalités du traitement et notamment le fait que l'efficacité n'est ressentie qu'après 3 semaines de traitement et qu'il est nécessaire de poursuivre ce dernier 6 mois à 1 an après la disparition des symptômes. J'ai également pu revoir de manière précise la conduite à tenir devant une infection à Helicobacter Pylori.
- Assurer la continuité de soin pour toutes les catégories de la population et appliquer les dispositions réglementaires dans le respect des valeurs éthiques : en apprenant les modalités d'accès à la CMU et en soignant cette patiente bénéficiaire de la CMU, en lui dispensant l'avance des frais médicaux.
- Communiquer de façon efficiente avec le patient et son entourage ; chez cette patiente nouvelle au cabinet et ayant un syndrome anxio dépressif avec la réassurance que cet état nécessite de notre part.
- Actualiser et développer ses compétences : en me mettant à jour sur l'urticaire chronique et la prise en charge du syndrome dépressif.