

# L'UNAFORMEC



12 décembre 2017.

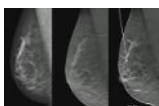
Votre eDPC avec l'UNAFORMEC, la SFDRMG et la Revue MEDECINE  
Vous pouvez vous inscrire dès maintenant aux DPC débutant dans les premiers jours de janvier 2018

## DPC avec la revue Médecine

Inscription dès maintenant pour débiter en janvier 2018.

### Les DPC Médecine disponibles

- **Cancer du Sein : Quel dépistage ? La controverse**
- **Les bons usages en soins primaires : Les antibiotiques**
- **La première consultation de contraception pour une adolescente**
- **Dépistage du cancer colorectal (CCR) : un enjeu de santé publique**
- **Le trouble bipolaire : une pathologie aux lourdes conséquences**
- **Exploration des Dysthyroïdies : arrêter le gâchis**



### Cancer du Sein : Quel dépistage ? La controverse

Avec plus de 48 000 nouveaux cas et près de 12 000 décès par an, le cancer du sein demeure en France le cancer le plus fréquemment diagnostiqué et la première cause de décès par cancer chez les femmes. Depuis plus de 10 ans une campagne de dépistage est organisée au niveau national par les autorités de santé. Une controverse scientifique est née du fait de doutes sur la réalité et l'ampleur de la baisse du risque de décès par cancer du sein liée au dépistage.

La décision relative au dépistage organisé ou individuel est fondée sur la confrontation d'avantages et d'inconvénients de la stratégie de dépistage. La controverse porte sur trois points essentiels :

- l'appréciation de l'efficacité du dépistage pour réduire la mortalité par cancer du sein ;
- la sécurité du dépistage (risques de surdiagnostic et de surtraitement) ;
- les modalités et le contenu de l'information des femmes concernées par le dépistage .

Alors que tout nous incite à dépister sans se poser de question nous devons tre clairs dans notre présentation du dépistage organisé du cancer du sein qui est un acte de diagnostic précoce et non de prévention. Nous n'avons pas à « peser » sur ce choix mais à l'éclairer par une information claire et précise sur les avantages et les risques du processus de dépistage pour partager la décision avec la patiente.

**L'objectif général est d'aider les participants à informer la femme avec qui est abordée la question du dépistage du cancer du sein.**

**Objectifs :**

A l'issue de ce programme les participants seront capables de :

- Informer leur patiente entre 50 et 74 ans sans risque moyen ou élevé de cancer du sein sur le rapport bénéfice /risque du dépistage mammographique systématique.
- Repérer une patiente à risque moyen ou élevé de cancer du sein et l'informer sur les modalités de suivi possibles, leurs avantages et leurs effets secondaires.

[Cliquez ici pour vous inscrire](#)

---



**Les bons usages en soins primaires : Les antibiotiques.**

La prescription antibiotique a régulièrement augmenté en France de 1980 à 2000, commençant à ralentir vers 1992. Un mouvement de baisse plus net de 12,5% a débuté avec le premier « plan antibiotiques » (2001-2005) et la première campagne nationale de l'Assurance Maladie à destination du grand public.

La prescription ambulatoire était concentrée en 2002 sur les mois d'hiver, surtout chez les enfants. Entre 2005 et 2009, elle est restée globalement stable, bien qu'irrégulière. Mais elle a ré-augmenté depuis 2010, avec un niveau de consommation 2015 de 29,9 doses /1000habitants /J, légèrement supérieur à celui de 2005 de 28,9doses/1000habitants /j. La consommation française reste très au-dessus de la moyenne européenne de 22,0 doses/1000habitants/J . Les prescriptions d'antibiotiques sont à 90% faites en médecine de ville et à 70% par des médecins généralistes .

Les consommations humaines, et les consommations animales induisent une pression de sélection sur les bactéries et concourent à l'émergence de bactéries résistantes. l'étude Burden-BMR a recensé en 2012 158 000 personnes contractant une infection à bactérie multirésistante et 12 500 qui en sont décédées. En médecine de ville entre 2005 et 2013 la résistance du staphylococcus auréus à la méticilline est restée stable autour de 17%, celle aux céphalosporines de 3ème génération (C3G) est passée de de 1% à 4%, celle du pneumocoque à la pénicilline et aux macrolides respectivement de 41% à 23% et de 39% à 22%.

Les Bactéries Multi Résistantes(BMR) aux antibiotiques sont des bactéries qui ne sont plus sensibles qu'à un petit nombre d'antibiotiques habituellement actifs en thérapeutique : Il y a donc dans ce cas réduction de l'arsenal thérapeutique. Dans ce groupe se trouve le staphylococcus auréus résistant à la méticilline(SARM) surtout aux USA et à l'hôpital en France. Les Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques (BHR) sont seulement sensibles à une ou deux classes d'antibiotiques : il y a donc impasse thérapeutique. Parmi elles, on retrouve en ce moment en France les Entérobactéries Productrices de Carbapémases (EPC) et les Entérocoques Résistants à la Vancomycine (ERV) .

Quelles sont les stratégies pour les professionnels de santé de premier recours pour éviter la sélection de bactéries résistantes ? Quelles sont les conditions générales de prescription d'un antibiotique en médecine de premier recours pour éviter la sélection de bactéries résistantes ? Ce programme rappellera les différentes stratégies thérapeutiques pour différents types d'infections urinaires et d'infections des voies aériennes supérieures.

L'objectif général est d'aider les participants à prescrire un traitement antibiotique pertinent compte tenu du diagnostic, de la molécule, de la dose et de la durée pour ne pas favoriser la pression de sélection de bactéries multi-résistantes.

**Objectifs :**

A l'issue de ce programme les participants seront capables de :

1. Définir le phénomène de l'antibiorésistance en France, en Europe et dans le monde.
2. Prescrire (ou non) des antibiotiques pour limiter l'antibiorésistance.
3. Prescrire le traitement adapté pour chaque type d'infections urinaires en favorisant le moins possible la pression de sélection sur des germes.
4. Définir les critères de prescription ou non prescription d'un traitement antibiotique pour les différentes infections des voies aériennes supérieures.

[Cliquez ici pour vous inscrire](#)



### **La première consultation de contraception pour une adolescente**

La contraception pose chez les adolescent(e)s des questions complexes et un paradoxe. Selon les premières données du Baromètre Santé 2010, plus de 91 % des Françaises sexuellement actives âgées de 15 à 24 ans déclaraient employer une méthode contraceptive. Malgré cet usage fortement généralisé de la contraception, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) chez les adolescentes reste très élevé : 22 000 femmes de moins de 20 ans en France en 2015, ont eu recours à l'IVG. Ce qui fait en métropole un taux de recours de 12 IVG pour 1000 femmes de moins de 20 ans, (7,6/1000 entre 15 et 17ans et 19,5/1000 entre 18 et 19ans), le taux national de recours étant de 14,4 /1000 femmes de 15 à 49 ans .

La première consultation pour contraception est capitale pour la suite . Bien que le médecin généraliste la connaisse souvent depuis son enfance et qu'il soit proche de toute la famille, situation qui gne parfois sa jeune patiente, il reste le bon interlocuteur pour la contraception de l'adolescente. l'objectif général de ce programme de formation est d'aider les participants à construire une information compréhensible au sujet de l'usage des différents modes de contraception pour des adolescentes, et à élaborer des propositions de contraception dans différentes situations cliniques et sociales.

#### **Objectifs :**

A l'issue de ce programme les participants seront capables de :

1. Informer les adolescentes sur la contraception et les moyens disponibles.
2. Connaître le mode d'utilisation, les contre-indications, les avantages et les effets secondaires des différents moyens de contraceptions pour les présenter à une patiente de 15 à 25 ans.
3. Identifier les principaux sites d'information sur la sexualité et la contraception à conseiller pour un public de jeunes.
4. Aider l'adolescente à choisir son moyen de contraception.

[Cliquez ici pour vous inscrire](#)



### **Dépistage du cancer colorectal (CCR) : un enjeu de santé publique**

Le cancer colorectal est le 2e cancer le plus fréquent chez la femme après le cancer du sein et le 3e chez l'homme après les cancers du poumon et de la prostate. C'est également le plus mortel avec plus de 17 000 décès par an en France . En 2011 le nombre de nouveaux cas estimés était de 21 500 chez l'homme et 19 000 chez la femme. A côté des maladies inflammatoires intestinales, des antécédents personnels et/ou familiaux ou d'une prédisposition génétique, l'âge est le principal facteur de risque. 90 % des cancers colorectaux sont diagnostiqués à partir de 50 ans. Le risque d'avoir un cancer colorectal dans la population âgée de 50 à 74 ans sans autre facteur de risque que l'âge a été estimé à 3,5 %1.

La plupart de ces cancers font suite dans 60 à 80% des cas à des polypes adénomateux, lésions bénignes qui se manifestent par la présence de sang dans les selles. La détection de ces lésions chez les sujets asymptomatiques et leur exérèse avant qu'elles ne se transforment en cancer ont permis en 10 ans une diminution de l'incidence du CCR d'environ 15 à 18% et de la mortalité de 20 %. Les tests au gâïac (Hémocult®) ont montré l'efficacité sur la baisse de la mortalité de la recherche biennale de sang dans les selles, chez les sujets asymptomatiques entre 50 et 74 ans, mais leur faible sensibilité et les conditions de leur mise oeuvre représentent un frein à la généralisation et au succès du dépistage du cancer colorectal. Les études de laboratoire ont montré que les tests immunologiques pouvaient être plus sensibles et plus spécifiques. Par ailleurs, ils n'entraînent aucune restriction alimentaire. L'automatisation de la lecture, qui rend leur coût comparable à ceux des tests au gâïac, permet désormais d'envisager leur utilisation sur de grandes populations asymptomatiques.

L'objectif général est donc pour les participants à ce programme de définir :

- Sur quels critères faire le bon choix de la méthode de dépistage ?
- Comment accompagner toute remise de test d'une information la plus objective sur la balance bénéfiques / risques de cette stratégie de dépistage ?
- Comment accompagner les personnes à risque élevé de CCR ?

### **Objectifs :**

A l'issue de ce programme les participants seront capables de :

1. Définir la modalité de dépistage la plus adaptée du CCR compte tenu du niveau de risque de la personne.
2. Identifier les réticences et freins éventuels au dépistage du CCR.
3. Informer la personne sur les avantages du dépistage du CCR, ses limites, ses modalités.
4. Définir avec le (la) patient(e) les modalités de suivi dans un processus de partage de la décision.

[Cliquez ici pour vous inscrire](#)



### **Le trouble bipolaire : une pathologie aux lourdes conséquences**

Les troubles bipolaires concernent environ 2% de la population mondiale plus 2% présentant des formes infracliniques de la maladie. Mme traités les rechutes sont fréquentes. Dans une étude de cohorte multicentrique sur 1469 patients (STEP-BD) 58% des patients récupéraient mais 49% avaient une récurrence dans un délai de 2 ans, 2 fois plus sur le mode dépressif (humeur triste, perte d'intérêt, fatigue) que sur le mode maniaque (euphorie, grandiloquence, perte de sommeil). Après un premier épisode 90% des patients conservent des troubles dépressifs résiduels pendant au moins 1/3 de leur vie. En 2009 les coûts directs et induits étaient estimés à 151 000 milliards de dollars.

Un repérage précoce des patients atteints de trouble bipolaire est primordial pour réduire le risque de complications, de suicide, de désinsertion socioprofessionnelle et familiale, de comportements à risque et pour soulager le vécu douloureux de leur entourage.

Le diagnostic est clinique. Il n'y a aucun critère spécifique permettant de faire la distinction entre dépression unipolaire et bipolaire.

Devant tout épisode dépressif, il faut rechercher des arguments en faveur d'un trouble bipolaire. L'association d'un épisode dépressif caractérisé avec un antécédent connu d'au moins un épisode de manie ou d'hypomanie permet de poser le diagnostic de trouble bipolaire. 20 % à 50 % des patients avec un diagnostic d'épisode de dépression peuvent se révéler avoir un trouble bipolaire sur le long cours.

Il convient d'être attentif à certains changements de comportement rompant avec le fonctionnement habituel particulièrement chez l'adolescent (repli sur soi, décrochage scolaire, conduites à risques,

prise de drogues...). Le recueil d'informations auprès de la famille, des personnels de santé scolaire, est essentiel pour évaluer leur retentissement.

Aucun examen complémentaire, aucun examen biologique ou d'imagerie en l'absence de point d'appel clinique n'est validé ni utile pour porter un diagnostic de trouble bipolaire.

Le délai moyen entre le début de la maladie, un diagnostic clairement posé et l'instauration d'un traitement adapté est en moyenne de 5 à 10 ans. Avant le diagnostic une large majorité des patients disent avoir consulté au moins une fois leur médecin pour des signes. Le diagnostic est souvent posé lors d'une hospitalisation .

Des études récentes ont réévalué les preuves d'efficacité, les bénéfices et risques du lithium versus placebo et sa place face aux autres traitements thymorégulateurs . Le lithium reste à ce jour clairement le traitement qui possède les meilleurs niveaux de preuves d'efficacité sur le long terme et pour la prévention des rechutes. Il reste la référence pour limiter le risque de déstabilisation de cette pathologie globale de l'humeur et donc du risque de virage maniaque ou dépressif responsable d'un nombre élevé de suicides. La surveillance et la prise en charge sont nécessaires pendant toute la vie du patient.

### **Objectifs :**

A l'issue de ce programme les participants seront capables de :

1. Identifier un accès maniaque ou hypomane d'un trouble bipolaire.
2. Identifier un accès dépressif d'un trouble bipolaire.
3. Évaluer le risque suicidaire
4. Définir avec le patient les modalités de traitement et de suivi dans un processus de partage de la décision.

[Cliquez ici pour vous inscrire](#)



### **Exploration des Dysthyroïdies : arrêter le gâchis**

Selon des données épidémiologiques françaises déjà anciennes les pathologies thyroïdiennes concerneraient 0,9% des actes en médecine générale, 0,4% en médecine spécialisée, environ un homme pour six femmes, et trois fois plus de patients âgés de plus de quarante ans que de patients plus jeunes. Selon les données plus récentes de l'enquête SUVIMAX, portant sur plus de 10 000 volontaires sains répartis sur toute la France, la fréquence de l'euthyroïdie stricte était supérieure à 80% et celle des dysthyroïdies chez la femme supérieure à 13% .

La prévalence de l'hypothyroïdie fruste définie par un taux de TSH entre 4,5 mUI/L et 9 mUI/L sur deux dosages à un mois d'intervalle est de 1,9% chez l'homme et 3,3% chez la femme avec une sous population à prévalence plus élevée : sujets de plus de 60 ans, sujets ayant des antécédents de pathologie thyroïdienne ou ayant des traitements pouvant favoriser une dysthyroïdie.

l'hyperthyroïdie infra clinique se définit par une TSH inférieure à 0,4mUI/l avec des valeurs de T4 libre et T3 libre normales. Plusieurs synthèses d'études montrent que l'hyperthyroïdie infraclinique concernent 1 à 2% de la population avant 50 ans et 5 à 6% après 80 ans. D'après l'étude NHANES, 1,8% de la population présentait une TSH inférieure à 0,4 mUI/L et 0,7% une TSH inférieure à 0,1mUI /L .

Le coût des explorations est important mais beaucoup de prescriptions biologiques ne sont pas conformes aux référentiels.

Faut-il envisager un dépistage systématique ? Aux États Unis la fréquence de l'hypothyroïdie périphérique a fait envisager un dépistage systématique de cette affection chez les femmes de plus de 35 ans pour prévenir les conséquences néonatales chez la femme enceinte ». Mais dans un essai

états-unien en double aveugle comparant lévothyroxine, avec adaptation de la dose en fonction des résultats des dosages hormonaux, et placebo chez 677 femmes enceintes en hypothyroïdie fruste et 526 en hypothyroïdinémie, il n'y a eu aucune différence significative entre les deux groupes pour la fréquence des complications de la grossesse ou néo-natales, ni pour les résultats des tests annuels de développement intellectuel jusqu'à 5 ans .

Dans un autre essai européen également en double aveugle, lévothyroxine versus placebo sur 737 adultes âgés d'au moins 65 ans (âge moyen 74 ans), atteints d'hypothyroïdie fruste persistante, il n'y avait au bout d'un an aucune différence entre les deux groupes pour un score symptomatique d'hypothyroïdie, des scores de fatigue et de qualité de vie, les tests de force musculaire et de fonction cognitive, les index d'activités quotidiennes de mesures de la PA et calculs d'IMC . En France, un tel dépistage n'a pas été proposé.

L'objectif général est de définir les attitudes en adéquation avec les différents tableaux cliniques rencontrés où une exploration de la glande thyroïde s'impose pour mieux en déduire les examens complémentaires adaptés, en termes de nature et de chronologie ainsi que la décision de traiter ou de s'abstenir de traiter.

### **Objectifs :**

A l'issue de ce programme les participants seront capables de :

1. Identifier les sujets à risque d'hypothyroïdie fruste et d'hyperthyroïdie infra clinique.
2. Interpréter un dosage de TSH et proposer une stratégie diagnostique.
3. Définir les critères de traitement d'une hypothyroïdie fruste.
4. Définir les critères de traitement d'une hyperthyroïdie infraclinique.

[Cliquez ici pour vous inscrire](#)



### **Borréliose de Lyme : Que faire en soins de premier recours suivant le stade ?**

En France, entre 2009 et 2015, le nombre moyen annuel estimé de cas de borréliose de Lyme (BL), liée à la piqûre de tique, était de l'ordre de 29 000 cas avec une incidence moyenne annuelle estimée à 46 cas pour 100 000 habitants au niveau national et une grande disparité régionale et départementale avec des incidences estimées élevées (>100 cas/100 000) dans l'Est et le Centre et basses (<50/100 000) à l'ouest et au sud méditerranéen . La maladie passe d'abord par une phase primaire d'érythème migrant (EM) qui régresse spontanément dans 40 à 77% des cas, mais en l'absence de traitement adapté, des manifestations secondaires et tertiaires neurologiques (11% des cas), rhumatologiques (45 à 60%), cutanées ou cardiologiques (4 à 8%) peuvent survenir . Le manque de spécificité clinique est aggravé par un défaut de standardisation de tests sérologiques dont la fiabilité et la précision dépendent du laboratoire. En 2016, cette maladie endémique liée à la piqûre de tique a fait la une de l'actualité en France sous la pression d'associations de patients souffrant de symptômes et douleurs chroniques invalidantes, allant jusqu'à mettre en cause le retard de diagnostic et de prise en charge de leur maladie par le corps médical. La maladie de Lyme fait l'objet aujourd'hui des priorités de santé publique et d'un plan national de lutte qui rappelle que les tiques localisées en Europe peuvent être vecteurs d'autres bactéries que les différentes espèces de Borrelia.

Comment se protéger d'une borréliose de Lyme transmise par une tique ? Quelle est la conduite à tenir devant une morsure de tique et devant un érythème migrant (phase précoce locale ou phase primaire) ? Sur quels éléments cliniques et biologiques évoquer le diagnostic d'une borréliose de Lyme à la phase précoce disséminée (ou phase secondaire) et à la phase disséminée tardive (ou phase tertiaire) et avec quelle fiabilité ?

### **Objectifs :**

A l'issue de ce programme les participants seront capables de :

1. Définir les mesures de préventions de la Borréliose de Lyme avant et après la morsure de la tique.
2. Reconnaître et traiter un érythème migrant.
3. Prescrire des sérologies de Borréliose devant un tableau clinique suspect de Borréliose de Lyme à la phase d'infection précoce disséminée ou à la phase d'infection disséminée tardive.

[Cliquez ici pour vous inscrire](#)



### **Les anticoagulants : traitement et surveillance après une thrombophlébite du membre inférieur.**

Le nombre de nouveaux cas annuels de thromboses veineuses profondes (TVP) dépasse 1 pour 1000 habitants en Europe et en Amérique du Nord et va en croissant avec l'âge. L'âge moyen est de 60 ans. En France, l'embolie pulmonaire est cause de 10 000 décès annuels. Reconnaître une TVP est donc une préoccupation fréquente du clinicien.

L'estimation clinique de la probabilité de TVP est la première étape indispensable à une utilisation rationnelle des examens complémentaires. La probabilité clinique faible, moyenne ou forte du diagnostic présage de l'intérêt et de la valeur diagnostique des trois principaux examens complémentaires : le dosage des D-dimères, l'écho-doppler veineux (EDV), la phlébographie .

Les protocoles de traitement de l'AFSSAPS qui varient suivant la nature de la TVP (TVP idiopathique, TVP sur cause réversible ou permanente, TVP proximale ou distale) conseillent pour les cas ne relevant pas d'une hospitalisation, les HBPM et le relais par AVK pour lesquels se posent les questions de la durée du traitement et du contrôle du risque hémorragique .

La durée optimale de l'anticoagulation par anti-vitamines K (AVK) après un premier épisode de thrombose veineuse profonde (TVP) sans rapport avec un facteur de risque connu (TVP idiopathique) est incertaine. Ce n'est pas tant la durée qui pose question que la possibilité d'arrêter ou non : arrêter fait courir à certains patients un risque de récurrence, poursuivre en expose d'autres à un risque hémorragique accru. Environ 600 000 patients sont traités par AVK en France chaque année, soit environ 1 % de la population. Les accidents hémorragiques des AVK viennent au 1er rang des accidents iatrogènes. En 2007 12,3% des hospitalisations et 5000 décès étaient dus aux complications hémorragiques des AVK .

Depuis quelques années les indications des nouveaux anticoagulants dits anticoagulants oraux directs (AOD) ont été élargies aux patients présentant une maladie thromboembolique. Initialement réservés à la prévention des événements thromboemboliques veineux (TEV) en chirurgie programmée de la hanche ou du genou, leurs indications concernent maintenant le traitement curatif des embolies pulmonaires (EP), des thromboses veineuses profondes (TVP), et la prévention de leurs récurrences ainsi que le traitement préventif des accidents vasculaires cérébraux ischémiques (AVCI) et des TEV chez les patients à risque. Mais l'impossibilité de contrôler le degré d'anticoagulation en pratique courante et, jusqu'à une date récente, l'absence d'antidote incitaient à la prudence . Quel est le risque de saignements des AOD par rapport aux AVK ?

L'objectif général est de pouvoir poser le diagnostic de TVP avec fiabilité et mettre en route le traitement anticoagulant avec le maximum d'efficacité et de sécurité pour le patient.

### **Objectifs :**

A l'issue de ce programme les participants seront capables de :

1. Définir les éléments du diagnostic de thrombophlébite.
2. Evaluer le rapport bénéfices/risques des différents traitements anticoagulants dans la thrombose veineuse profonde.

3. Définir le traitement anticoagulant et sa durée en fonction du type de thrombose veineuse profonde (TVP)
4. Définir les modalités de suivi.

[Cliquez ici pour vous inscrire](#)



---

### **Fibrillation auriculaire non valvulaire et anticoagulation : Pour qui, Pourquoi, Comment ?**

Le risque majeur de l'arythmie complète par fibrillation auriculaire (ACFA) est le risque thromboembolique, notamment celui d'AVC. La prévention de ces complications repose essentiellement sur l'anticoagulation orale, plus efficace que l'aspirine avec une diminution du risque relatif (RR) respectivement de 60% et 20%, et un rapport bénéfice/risque favorable.

Une dose ajustée de warfarine, maintenant l'INR entre 2 et 3, réduit considérablement les accidents vasculaires cérébraux, les accidents vasculaires cérébraux invalidants et la mort chez les patients atteints de FA. S'ils sont administrés à des patients sélectionnés et soigneusement surveillés, les avantages dépassent les effets secondaires hémorragiques .

Mais l'anticoagulation par la warfarine présente des inconvénients notamment un risque accru de saignements graves, la nécessité d'un suivi médical fréquent, une utilisation restreinte des analgésiques, des changements occasionnels dans le mode de vie et les dépenses occasionnées par cette surveillance.

Les nouveaux anticoagulants oraux directs (AOD) comparés aux antivitamines K sont prometteurs. Initialement réservés à la prévention des événements thromboemboliques veineux (TEV) en chirurgie programmée de la hanche ou du genou, leurs indications concernent maintenant le traitement curatif des embolies pulmonaires (EP), des thromboses veineuses profondes (TVP), et la prévention de leurs récurrences ainsi que le traitement préventif des accidents vasculaires cérébraux ischémiques (AVCI) et des TEV chez les patients à risque en particulier entre autres ceux souffrant d'une fibrillation auriculaire non valvulaire (FANV) . Mais en ce qui concerne leur sécurité d'emploi, comparativement à la warfarine, les études disponibles ne permettent pas de tirer des conclusions très solides avec de forts niveaux de preuve quant au rapport bénéfice /risques.

La décision d'utiliser les AOD chez les patients atteints de FA, dont la majorité sont des personnes âgées souffrant d'autres problèmes médicaux, en particulier une détérioration de la fonction rénale est souvent complexe. Elle doit tenir compte du risque inhérent d'AVC, ainsi que du risque de saignement pendant l'anticoagulation, de l'accès à la surveillance anticoagulante et des préférences du patient.

L'objectif général est de permettre ainsi d'« éviter le paradoxe de l'anticoagulation : sur-anticoaguler les patients qui en ont le moins besoin et priver d'anticoagulants ceux qui en tirent le plus grand bénéfice ».

#### **Objectifs :**

A l'issue de ce programme les participants seront capables de :

- Définir l'indication d'un traitement anticoagulant chez un patient présentant une fibrillation auriculaire non valvulaire (FANV).
- Définir le traitement adapté, anticoagulant ou aspirine, à la situation du patient atteint d'une FANV.
- Évaluer le rapport bénéfice /risques des AVK et des AOD chez les patients présentant une FANV.



[Cliquez ici pour vous inscrire](#)

---

### **Thromboses veineuses superficielles - À décoaguler pendant combien de**



## temps ?

La thrombose veineuse superficielle (TVS) des membres inférieurs est très fréquente. Sa prévalence, longtemps sous-estimée, est double de celles réunies de la thrombose veineuse profonde (TVP) et de l'embolie pulmonaire (EP) avec lesquelles elle est étroitement intriquée. Chez les patients consultant leur médecin de premier recours elle est estimée à 10,8% chez les femmes et à 4,9% chez les hommes, plus élevée que la prévalence d'un épisode de TVP/EP, estimée à 4% chez les femmes et 3% chez les hommes .

La TVS a longtemps été considérée comme une affection bénigne et sans conséquence, raison pour laquelle nous ne disposons à ce jour que de peu de données solides concernant la prise en charge. Le traitement a longtemps été purement symptomatique : mobilisation sous contention veineuse, traitements topiques divers, antalgiques mais elle est depuis une dizaine d'années observée avec plus de suspicion comme une composante de la maladie veineuse thromboembolique (MVTE). Dans une étude de suivi épidémiologique sur 844 patients atteints de TVS, dont 547 femmes (âge moyen 65 ans) 210, soit un quart avaient également une TVP ou une EP et parmi les 600 patients indemnes au départ de TVP ou EP, sur un suivi de 3 mois 58 (10%) ont développé des complications thromboemboliques : EP (3= 0,5%), TVP (15 = 2,8%), extension de TVS (18=3,3%) ou récurrence de TVS (10=1,9%), malgré un traitement anticoagulant chez 90,5% de ces patients .

l'analyse du risque thromboembolique réel des TVS a permis des recommandations bien argumentées mais dont le niveau de preuve reste faible .

l'objectif général est d'évaluer le risque de maladie thromboembolique cachée derrière des signes cliniques de thrombophlébite superficielle.

### **Objectifs :**

A l'issue de ce programme les participants seront capables de :

1. Evaluer le risque thromboembolique d'un patient présentant une TVS.
2. Définir le traitement adapté à son niveau de risque., la durée de ce traitement et sa surveillance.

[Cliquez ici pour vous inscrire](#)

---

Et toujours : [WikiDPC](#)

et aussi **BIBLIOMED**. Voir [Ides specimen en accès libre...](#)

--> [Télécharger le nouveau Bibliomed](#)

--> [Les articles du mois que la rédaction a aimés](#)

[Et bien entendu tous nos DPC...](#)

---

#### **Pour contacter l'UnaformeC et la SFDRMG**

Union Nationale des Associations de Formation Médicale et d'Evaluation Continues, Société Française de Recherche et de Documentation en Médecine Générale.

18/20 boulevard de REUILLY 75012 PARIS France

Courriel : [contact@unaformec.org](mailto:contact@unaformec.org)

**Téléphone :**

01 71 19 99 67 standard

01 71 19 99 68 (Véronique Pieri-Gnemmi) [secretariat@unaformec.org](mailto:secretariat@unaformec.org)

Site web : <http://www.unaformec.org>

---