

PROCÈS-VERBAL DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA SNM DU 19 NOVEMBRE 2020

(Art. 27 Ordonnance 3 Covid-19)

RÉSULTATS

L'Assemblée générale ordinaire de la SNM qui avait été convoquée une première fois pour le 26 mars 2020, puis pour le 22 octobre 2020, a dû être annulée en raison des restrictions sanitaires liées à la pandémie de Covid-19.

En conséquence, le Comité de la SNM a adressé à l'ensemble des membres en date du 28 octobre 2020 un envoi l'informant de la tenue d'une Assemblée générale restreinte le 19 novembre 2020, en la seule présence d'une délégation formée de quelques membres du Comité.

L'envoi comportait l'ordre du jour, ainsi que les questions soumises au vote de l'Assemblée et la liste pour les élections statutaires.

138 bulletins de vote sont parvenus au Comité de la SNM, par l'adresse du secrétariat (soit 138 valables).

En reprenant l'ordre du jour, les résultats sont les suivants :

1. Le procès-verbal de l'Assemblée générale du 24 octobre 2019 est approuvé par 130 « oui », 0 « non », 7 « abstentions » et 1 « vote blanc »..
2. Les comptes 2019 sont approuvés par 131 « oui », 0 « non », 5 « abstentions » et 2 « votes blancs »..
3. Décharge est donnée au Comité et au Trésorier pour leur activité par 133 « oui », 0 « non », 4 « abstentions » et 1 « vote blanc »].
4. Le budget 2020 et le maintien des cotisations à Fr. 645.- (membre ordinaire), et Fr. 402.- (membre extraordinaire) sont approuvés par 130 « oui », 0 « non », 7 « abstentions » et 1 « vote blanc ».
5. Les propositions pour le renouvellement du Comité, des commissions et des différentes fonctions de représentation et autres au sein de la SNM sont approuvées en bloc par 130 « oui », 1 « non », 6 « abstentions » et 1 « vote blanc »..



PROCÈS-VERBAL DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA SNM DU 19 NOVEMBRE 2020

Sont donc élus [à l'unanimité – état 05.11.2020] au Comité, ainsi que dans les différentes commissions et fonctions de représentation de la SNM les membres suivants :

COMITÉ :

Président :	Dr Dominique Bünzli, Peseux
Vice-président :	Vacant
Trésorier :	Dr Stéphane Pellissier, Neuchâtel
Médecin rédacteur :	Dr Réza Kehtari, Neuchâtel
Président de la Commission de déontologie :	Dr Michel Hunkeler, Fontaines
Président de la Commission des tarifs et des intérêts professionnels :	Dr Laurent Pugnère, Le Locle
Président de la Commission scientifique et de la formation continue :	Dr Hervé Zender, La Chaux-de-Fonds
Présidente de la Commission de la garde :	Dre Nicole Rothen, La Chaux-de-Fonds
Délégation de MFNE:	Dr Vladimir Mayor, Colombier
Doyen du Collège des médecins cadres du RHNe :	Dr Hervé Zender, La Chaux-de-Fonds
Membres :	Dr Ali Sarraj, Neuchâtel
	Dre Michelle Grämiger, Neuchâtel
	Dr Christophe Racine, La Chaux-de-Fonds
	Dr Walter Gusmini (past-président)

COMMISSION DE DÉONTOLOGIE :

Président :	Dr Michel Hunkeler, Fontaines
Membres (6) :	Dr Philippe Babando, Les Brenets
	Dr Vincent Cattin, Neuchâtel
	Dr Pascal Dessoulavy, Neuchâtel
	Dr Philippe Freiburghaus, Corcelles
	Dre Patrizia Giorgini, Neuchâtel
	Dr Jean-Paul Kramer

PROCÈS-VERBAL DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA SNM DU 19 NOVEMBRE 2020

COMMISSION DES TARIFS ET DES INTÉRÊTS PROFESSIONNELS (CIP) :

Président	Dr Laurent Pugnère, Le Locle
Membres (6)	Dre Alexane Boluix Chauvin, Boudry
	Dr Gregory Clark, La Chaux-de-Fonds
	Dr Renzo Dal Zotto, Neuchâtel
	Dr Cédric Déruaz, La Chaux-de-Fonds
	Dr Valerio Ghisletta, La Chaux-de-Fonds
	Dr Cyril Jeanneret, Corcelles
	Dr Michael Moser, Le Landeron

COMMISSION SCIENTIFIQUE ET DE LA FORMATION CONTINUE :

Président	Dr Hervé Zender, La Chaux-de-Fonds
Membres (17)	Dr Jacques Boulan, Colombier
	Dre Catherine Bourban Jirounek, Marin
	Dr Ismaïl El-Hirech, La Chaux-de-Fonds
	Dre Francine Glassey Perrenoud, Chx-de-Fonds
	Dre Sophie Guinand, Le Landeron
	Dre Nathalie Jenin, Neuchâtel
	Dr John Gregor, Neuchâtel
	Dre Johana Manchuel, Boudry
	Dr Vladimir Mayor, Neuchâtel
	Dre Nathalie Meyer Keller, Peseux
	Dr Claude-André Moser, La Chaux-de-Fonds
	Dr Philippe Olivier, La Chaux-de-Fonds
	Dre Anne Pelet, Neuchâtel
	Dre Baya-Laure Pégard, Neuchâtel
	Dre Ariane Perrinjaquet, Le Locle
	Dr Christophe Persoz, Neuchâtel
	Dr Fabien Stucker, Neuchâtel



PROCÈS-VERBAL DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE LA SNM DU 19 NOVEMBRE 2020

COMMISSION DE LA GARDE MÉDICALE :

Présidente :	Dre Nicole Rothen, La Chaux-de-Fonds
Membres (4)	Dre Camille-Laure Daucourt, Chx-de-Fonds
	Dr Louis Gagnier, Couvet
	Dre Bettina Rebell-Edye, Saint-Blaise
	Dr Arnaud Widmeier, Colombier
Délégués à la SMSR (2) :	Dr Dominique Bünzli, Peseux
	Dr Christophe Racine, La Chaux-de-Fonds
Délégués à la Chambre médicale FMH (3) :	Dr Dominique Bünzli, Peseux
	Dr Laurent Pugnère, Le Locle
	Dr Ali Sarraj, Neuchâtel
Suppléante :	Dre Michèle Grämiger
Délégués à la Commission de déontologie de la FMH (2) :	Dr Laurent-Philippe Widmer, Neuchâtel
	Dr Michel Hunkeler, Fontaines
Délégué au Forum Qualité de l'ASQM :	Vacant
Suppléant/s :	Vacant
Vérificateurs des comptes (2) :	Dre Monika Nobel, La Chaux-de-Fonds
	Dre Francine Glassey Perrenoud, Chx-Fonds
Médiateurs (2) :	Dr Pierre Yves Bilat, La Chaux-de-Fonds
	Vacant (pour le bas du canton)
Responsable de la formation des assistantes médicales :	Dr Marc Giovannini, La Chaux-de-Fonds

Résultats constatés à Neuchâtel, le 19 novembre 2020.

Au nom du Comité de la SNM :

Dr **WALTER GUSMINI**, Président sortant | Dr **DOMINIQUE BÜNZLI**, Président de la SNM | Dr **STÉPHANE PELLISSIER**, Trésorier | Dr **RÉZA KEHTARI**, Médecin rédacteur | Dr **LAURENT PUGNÈRE**, Président de la CIP | Dr **HERVÉ ZENDER**, Président Comm. scientifique et formation continue | Me **ANNE KLAUSER-PÉQUIGNOT**, Secrétaire-juriste



LE SARS-COV-2 EN EMS : RÉVÉLATEUR D'ENJEUX MULTIPLES

Fabienne Wyss Kubler | secrétaire générale de l'Association neuchâteloise des établissements et maisons pour personnes âgées (ANEMPA)

Depuis le début mars 2020, les établissements médico-sociaux (EMS) du canton de Neuchâtel sont, comme toutes les institutions résidentielles hébergeant des populations hautement vulnérables en Suisse et dans le monde, emportés par la tourmente sanitaire provoquée par le SARS-CoV-2. Il est vrai que ce nouveau coronavirus présente un «design» particulièrement adapté pour faire des ravages au sein de ces lieux de vie communautaires. Dès lors, au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie et du déploiement des mesures de santé publique, les EMS ont adapté leurs stratégies de prise en charge, non sans arrière-pensée parfois. Petit tour d'horizon des enjeux de la période.

ENJEUX D'ATTENTION

Alors que le nouveau coronavirus se répandait en Europe, les autorités sanitaires ont concentré l'essentiel des efforts sur les structures hospitalières, redoutant à juste titre le scénario à l'italienne avec ses hôpitaux débordés contraints au tri des patients. A la fin de l'hiver, l'impact du virus dans les homes pour personnes âgées n'avait ainsi pas encore été appréhendé à sa réelle mesure. Ce fut chose faite dès la fin mars, suite au développement de clusters de contamination avec leurs lots de décès. Les stratégies médico-soignantes et organisationnelles des EMS ont alors désormais été déployées avec toute l'attention des politiques, mais aussi sous l'œil parfois polémique des médias.

ENJEUX DE PRISE EN CHARGE

Que les EMS soient sous ou sur le radar, ce focus hospitalier, aussi légitime soit-il, n'est pas sans conséquence sur le positionnement des institutions médico-sociales dans le réseau sanitaire. La préservation des capacités en soins aigus a en effet constitué une préoccupation majeure durant la première vague et perdue aujourd'hui au cœur de la deuxième, avec l'injonction faite aux EMS d'examiner l'objectif et les conséquences de toute hospitalisation et de révisiter les directives anticipées des résidents à la lumière du pronostic d'une infection sévère au SARS-CoV-2. Il faut noter cependant que ces questions sont en tout temps présentes dans les homes, qui n'ont pas attendu la pandémie de COVID-19 pour prendre en considération, dans leur prise en charge, les résultats d'une évaluation gériatrique globale et les valeurs des résidents, en fonction d'un projet de soins anticipés. La crise actuelle est venue confirmer à «grands cris» cette évolution, qui se fonde aussi sur le développement des soins palliatifs et celui du libre choix vu comme une valeur centrale de notre société.

ENJEUX DE RÉSEAU

Par ailleurs, la nécessité de libérer au plus vite des lits hospitaliers ou d'éviter de les occuper tant que faire se peut lorsque le maintien à domicile atteint ses limites exige une pesée d'intérêts souvent très délicate ! Diminué depuis plusieurs années au gré des réformes voulues par la planification médico-sociale, les capacités d'hébergement sont ainsi mises à rude épreuve par les contaminations multiples qui, si elles se développent dans des structures-clés telles que les EMS de court séjour, peuvent impacter l'ensemble du flux des patients. Dans ce contexte de crise, les prestations d'évaluation et d'orientation récemment déployées sur le territoire cantonal n'ont pas pu apporter de réponses immédiates suffisantes pour assurer la fluidité pourtant nécessaire au sein d'un réseau dont les capacités varient au rythme des contaminations.

ENJEUX DE RESSOURCES

Du point de vue des ressources, la première vague a été largement dominée par la question des matériels de protection qui - dès leur généralisation décidée par les autorités sanitaires à la mi-mars - ont cependant toujours été disponibles dans les EMS neuchâtelois, même si un cadre d'utilisation aussi rationnelle que possible a dû être posé. La seconde vague se conjugue quant à elle avec la question des effectifs, qui sont mis sous pression par les nombreux isolements et quarantaines résultant d'une large contamination populationnelle. A cet égard, les stratégies de recours à du personnel remplaçant par les EMS se heurtent non seulement à des contraintes de disponibilité mais aussi à un handicap, existant même hors situation de pandémie, en termes d'attractivité. Essentiels puisqu'ils concernent 20% des personnes dépassant l'âge de 80 ans, les soins de longue durée en milieu résidentiel ne font toujours pas rêver les professionnels soignants, malgré la richesse de ce secteur.

« Les EMS n'ont pas attendu la pandémie de COVID-19 pour prendre en considération, dans leur prise en charge, les résultats d'une évaluation gériatrique globale et les valeurs des résidents, en fonction d'un projet de soins anticipés.



// LE SARS-COV-2 EN EMS : RÉVÉLATEUR D'ENJEUX MULTIPLES

Fabienne Wyss Kubler | secrétaire générale de l'Association neuchâteloise des établissements et maisons pour personnes âgées (ANEMPA)

ENJEUX ORGANISATIONNELS

Si la question des ressources a changé de «visage» d'une vague épidémique à l'autre, celle des stratégies organisationnelles n'a que peu évolué, si ce n'est qu'elles peuvent désormais compter sur des capacités cantonales de dépistage suffisantes. Une stratégie de tests systématiques dans les institutions touchées a ainsi démontré ce que beaucoup supposaient : un nombre élevé de résidents et de collaborateurs asymptomatiques. Cette caractéristique de la maladie, ainsi que la contagiosité de ces personnes, qu'elles développent ensuite des symptômes ou non, couplée à un temps d'incubation court, rendent la prévention particulièrement ardue dans les lieux de vie collective que sont les EMS. C'est ainsi que le coronavirus y conserve toujours plusieurs coups d'avance. Et trois verbes pour lui couper la route : dépister, isoler, cohorter. Si le dépistage se décide sur la base de l'examen clinique ou de l'enquête de traçage, les deux autres pratiques recouvrent une réalité loin d'être anodine : tant l'isolement de certains résidents - voire de tous, que la création d'unités COVID en EMS signifient un bouleversement en profondeur des pratiques d'accompagnement au nom d'un intérêt sanitaire que d'aucuns estiment soit survalorisé par une «idéologie» de toute-puissance du bio-politique, soit tellement essentiel qu'il doit déterminer l'ensemble des actions à conduire.

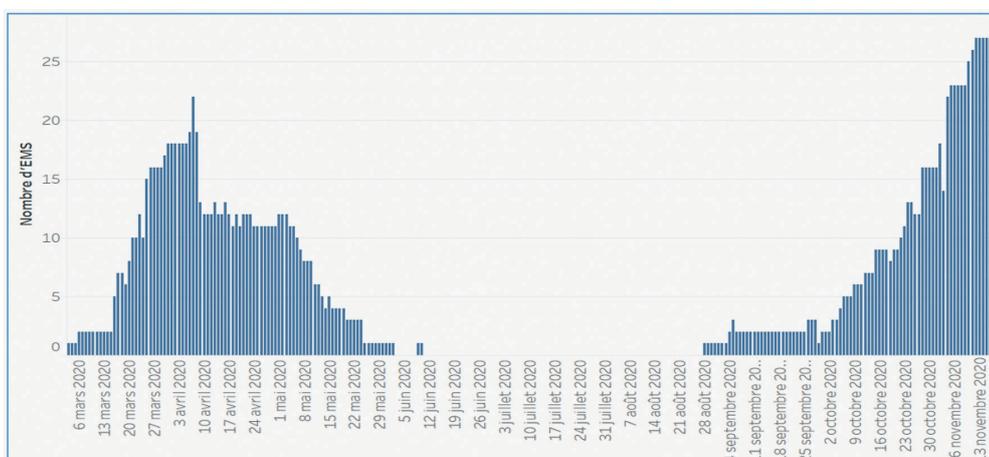
Evolution des cas positifs ou suspects parmi les quelque 2200 résidents des EMS neuchâtelois

©SCSP – Selon les données fournies par les EMS (état au 19.11.2020)



Evolution des EMS avec des cas positifs ou suspects (résidents - collaborateurs) sur les 54 institutions neuchâteloises

©SCSP – Selon les données fournies par les EMS (état au 19.11.2020)



// LE SARS-COV-2 EN EMS : RÉVÉLATEUR D'ENJEUX MULTIPLES

Fabienne Wyss Kubler | secrétaire générale de l'Association neuchâteloise des établissements et maisons pour personnes âgées (ANEMPA)

ENJEUX ÉTHIQUES

Car, pour nécessaire que cela puisse être, cohorter en EMS revient à déménager le résident et son chez-soi tout entier, avec tout ce que cela comprend de charge affective, bien loin de ce qui constitue en hôpital le simple passage d'un lit d'une chambre à l'autre. Et qu'en est-il du fait d'isoler et de réduire l'espace vital du résident aux quelques mètres carrés de sa chambre ? Une nécessité pour couper les chaînes de transmission. Un véritable casse-tête lorsque le résident présente des troubles cognitifs, à un tel point que certaines institutions fortement contaminées ont décidé de laisser déambuler les malades et d'isoler les résidents testés négatifs. Cela représente un dilemme éthique dans tous les cas. D'ailleurs, emblématique de l'articulation entre droit à la protection et respect des libertés, la question centrale des visites en EMS a également constitué depuis le début de la pandémie un sujet constant de réflexion, qui ne peut aboutir à aucune réponse univoque. La politique des établissements en la matière a ainsi été un ouvrage remis sur le métier à plusieurs reprises durant ces derniers mois, certainement appelée à évoluer encore au gré des contaminations et des pressions politico-sociales.

ENJEUX FINANCIERS

Déjà concernés par les importantes réformes de la planification médico-sociale et la pression croissante exercée par les assureurs-maladie et par les décisions des autorités cantonales, les EMS ne sont pas épargnés par les conséquences financières de la crise sanitaire. Aux charges extraordinaires résultant de la pandémie - matériels de protection, absentéisme, renforcement des effectifs - viennent s'ajouter de très importantes pertes de recettes liées directement ou indirectement aux vagues épidémiques. Des pans entiers de prestations ont en effet dû être suspendus ou réduits depuis de nombreux mois en vertu des plans de protection, comme l'accueil en foyer de jour ou certaines offres à la communauté telles que les tables de midi pour les aînés et les écoliers du voisinage de l'EMS. Le rythme des entrées en EMS a parfois été drastiquement réduit à la suite de contaminations multiples empêchant toute admission ou, notamment en court séjour, à la suite de l'abandon des activités de chirurgie électorale ou encore à la suite de décisions de report des entrées de la part de familles échaudées par le risque de contamination ou les modalités d'entrée démarrant par une quarantaine préventive. Dans ce contexte, le fait que bon nombre d'EMS, en particulier les institutions à but non-lucratif, continuent à ne percevoir que le 80% de la prestation-loyer à laquelle elles auraient droit constitue un facteur péjorant et discriminant supplémentaire. Par ailleurs, le morcellement structurel du secteur d'activité médico-social constituera également une difficulté majeure lorsque l'heure des comptes aura sonné, avec des EMS touchés de manière différenciée et une prise en compte par les autorités cantonales qui visera nécessairement un règlement des dommages sur un mode homogène.



©ANEMPA - Lily Péquignot, Académie de Meuron

« Isoler et réduire l'espace vital du résident aux quelques mètres carrés de sa chambre ? Une nécessité pour couper les chaînes de transmission. Un véritable casse-tête lorsque le résident présente des troubles cognitifs. Un dilemme éthique dans tous les cas.

// LE SARS-COV-2 EN EMS : RÉVÉLATEUR D'ENJEUX MULTIPLES

Fabienne Wyss Kubler | secrétaire générale de l'Association neuchâteloise des établissements et maisons pour personnes âgées (ANEMPA)

AU FINAL...

La pandémie mondiale de SARS-CoV-2 aura été un révélateur de plusieurs enjeux d'importance qui caractérisent déjà le quotidien des EMS, venant les exacerber de manière concrète aussi bien qu'en termes émotionnels. Ces enjeux incluent :

- La place des soins de longue durée dans le dispositif sanitaire,
- La nécessaire spécialisation des soins en EMS,
- La préservation tout aussi nécessaire de leur ADN en tant que lieux de vie,
- Le statut de la gériatrie et ses développements dans une perspective de liaison avec les institutions d'accueil et d'hébergement,
- L'attractivité des EMS en tant qu'employeurs,
- L'image, aussi véhiculée par les médias, du grand âge et de la fin de vie ainsi que celle des institutions qui en prennent soin.
- L'attention sociétale focalisée sur la vulnérabilité des plus âgés avec la demande d'une sécurité et d'une liberté toutes deux à protéger, dans l'articulation d'une double préoccupation formant une équation quasi-impossible à résoudre en EMS.

... UN SOUHAIT



©ANEMPA - Samuel Stocco, Académie de Meuron

Tels sont quelques-uns des sujets que la crise sanitaire actuelle aura mis «sur le devant de la scène». Ils auront été très souvent éclipsés par le sentiment d'urgence et, parfois, par la tentation d'un certain sensationnalisme. Car c'est un fait : des personnes très âgées et hautement vulnérables meurent dans les EMS ; les résidents représentent ainsi 60% du total des décès neuchâtelois dus au COVID enregistré lors de la première vague. A voir au moment des bilans si les homes neuchâtelois auront enregistré une surmortalité, et de quelle ampleur. Quoi qu'il en soit, COVID-19 ou non, la fin de vie et la mort font partie du quotidien des institutions médico-sociales. L'accompagnement des résidents et de leurs proches dans ces phases essentielles de l'existence nécessite professionnalisme, humanisme et constance, que seules des politiques publiques construites à moyen et long terme peuvent garantir avec l'allocation de ressources permettant de les mettre réellement en œuvre. S'il fallait ne formuler qu'un souhait en vue de la fin de cette crise sanitaire mondiale, c'est que la nécessité de telles conditions-cadres ne soit pas oubliée dès que le «méchant coronavirus» aura été dompté. Et que cette attention pleine de sollicitude et d'empathie dont a fait preuve la population à l'égard des résidents en EMS et envers la place qu'ils occupent dans la société ne disparaisse pas avec lui.

RÉSIDENCE ARC-EN-CIEL RECHERCHE D'UN MÉDECIN RÉPONDANT



Résidence médicalisée
l'Arc-en-ciel



La Résidence médicalisée l'Arc-en-ciel à Vilars (NE) recherche un médecin répondant pour ses 16 résidents, avec entrée en fonction prévue au 1^{er} janvier 2021.

Il s'agirait de venir consulter une fois par semaine, trois ou quatre de nos résidents et répondre aux questions de nos infirmiers si un souci devait survenir (par courriel si la réponse peut attendre – par téléphone en cas d'urgence).

La charge de travail n'est guère excessive : elle avoisine une heure par semaine environ (visite médicale, tâches administratives et accessoires comprises). Le médecin répondant sera épaulé par du personnel soignant qualifié, connaissant très bien les résidents et agissant avec diligence, efficacité et bonne humeur.

En cas d'intérêt, merci de bien vouloir contacter Monsieur Quentin Basinski, infirmier chef basinskiquentin@icloud.com ou la direction, Madame Corinne Botteron residencearcenciel@icloud.com ou encore en appelant le 079 418 33 92.

Une visite sur notre site www.residence-arc-en-ciel.ch vous donnera également quelques renseignements complémentaires.

Contactez-nous ! Vous découvrirez un lieu de vie convivial et familial où le résident est au centre de nos préoccupations.

LE BILLET DU PRÉSIDENT

REMERCIEMENTS

suite

D^r Dominique Bünzli, président de la SNM



Un peu moins à l'aise pour rédiger des textes élaborés que des guides pratiques, voici mon premier billet.

A ce stade, que dire d'autre si ce n'est remercier le travail de ceux qui sont partis et ceux qui poursuivent leur activité au sein des divers commissions et du comité de la SNM.

J'aimerais saluer leur investissement sans faille depuis de nombreuses années pour la société.

Je profite pour aussi remercier les personnes qui ont repris certaines de mes activités de politique professionnelle afin que je puisse m'engager dans la présidence de manière sereine.

Je souhaite la bienvenue aux nouveaux dans le comité qui m'accompagneront, avec ceux qui restent, dans les défis actuels et à venir :

- COVID-19 suite...
- Mesures à venir visant à maîtriser les coûts à charge de l'assurance maladie, tout en maintenant une qualité de prise en charge et une collaboration sereine entre médecin de premier recours et spécialistes
- Tarifs
- Pénurie médicale
- ... autres surprises ?

Avec l'aide de ce comité qui a toute ma confiance, je m'efforcerai de guider la SNM au mieux dans les difficultés à venir.

Bref à tout bientôt pour de nouvelles aventures !

POLYMYALGIA RHEUMATICA ET ARTÉRITE GIGANTOCELLULAIRE

Margarita Candil, rhumatologue, Neuchâtel | Ludovic Tapparel, rhumatologue, RHNe La Chaux-de-Fonds

Fréquemment rencontrée dans la pratique quotidienne, la polymyalgia rheumatica (PMR) reste un mystère sur le plan pathophysiologique. La barrière entre la PMR et l'artérite giganto-cellulaire (maladie de Horton) est également floue. Les moyens diagnostiques ont quelque peu évolué et de nouvelles perspectives thérapeutiques ont vu le jour ces dernières années.

SYNDROME POLYMYALGIQUE

La présentation clinique comprend typiquement des douleurs des ceintures scapulaires et pelvienne symétriques et inflammatoires, avec des réveils nocturnes en seconde partie de nuit et une raideur matinale significative [> 15 minutes]. A ce stade, on parle alors de syndrome polymyalgique, ouvrant la liste de diagnostics différentiels comprenant la polymyalgia rheumatica, la polyarthrite rhumatoïde à début rhizomélique, plus fréquente chez la personne âgée, les arthropathies microcristallines à cristaux de pyrophosphate de calcium (CPPD - chondrocalcinose), les myopathies inflammatoires, les effets secondaires médicamenteux (p.ex. statines) ainsi que les phénomènes paranéoplasiques.

Au stade initial et dans les premières semaines, il est primordial de rechercher des symptômes et signes d'artérite giganto-cellulaire (AGC), à savoir des céphalées temporales, une hyperesthésie du cuir chevelu (signe du peigne), une claudication de la mâchoire, des symptômes visuels (vision floue, diplopie ou amaurose fugace) ainsi que des signes évoquant une ischémie des membres supérieurs. Les poulx temporaux doivent être bien palpées avec des artères temporales non indurées, la tension artérielle aux deux membres supérieurs est mesurée à la recherche d'une asymétrie. L'absence de syndrome polymyalgique rend le diagnostic et la prise en charge de l'AGC parfois plus difficiles. La complication la plus redoutée reste la survenue d'une cécité (19%), malheureusement irréversible.



// POLYMYALGIA RHEUMATICA ET ARTÉRITE GIGANTOCELLULAIRE

Margarita Candil, rhumatologue, Neuchâtel | Ludovic Tapparel, rhumatologue, RHNe La Chaux-de-Fonds

LES OUTILS DIAGNOSTIQUES

Le bilan biologique comprend la recherche de signes inflammatoires (anémie, thrombocytose, élévation de la VS et de la CRP), que l'on complète volontiers avec les facteurs rhumatoïdes et anti-CCP, le dosage des CK et un bilan phosphocalcique, outre la fonction rénale et les paramètres hépatiques de base.

De la chondrocalcinose peut être recherchée sur des radiographies standard des mains (ligaments triangulaires du carpe), du bassin (symphyse pubienne) ainsi que des genoux (articulations fémoro-tibiales). D'intenses céphalées occipitales doivent faire penser à une « dent couronnée », bien visible au CT-scanner, toutefois, en cas de fort syndrome inflammatoire ou de symptômes B tels que fièvre, frissons ou sudations, une origine infectieuse et une vasculite doivent être impérativement écartées. Le recours à une hospitalisation afin d'accéder à ces différents examens ou au PET-CT rapidement peut s'avérer utile. A noter que le PET-CT est remboursé en ambulatoire en cas de suspicion diagnostique de vascularite ainsi que pour le contrôle thérapeutique depuis février 2020 (Modification de l'OPAS du 07.02.2020).

En cas d'arthrite, bursite ou épanchement articulaire, une ponction peut orienter le diagnostic, notamment confirmer un liquide inflammatoire et parfois mettre en évidence des cristaux de pyrophosphate de calcium.

Le rôle de l'échographie gagne du terrain. En effet, on retrouve des bursites sous-acromiale deltoïdiennes uni- a bilatérales dans près de 96% de patients atteints de PMR. Au niveau de la ceinture pelvienne, il s'agit typiquement de bursites per-trochantériennes (petit et moyen fessier).

En cas de symptômes évocateurs de vasculite, la biopsie temporale reste encore le Gold Standard dans la littérature, avec une sensibilité de 60% à 85%. Elle peut rester positive pendant 1 à 2 mois après l'introduction de la corticothérapie. Toutefois, elle tend à être remplacée par une évaluation angiologique par échographie, non invasive, plus rapidement et facilement accessible. L'idée d'une filière de prise en charge rapide - « fast track » - comme on la retrouve en cardiologie ou neurologie, fait son chemin. Elle consiste en une échographie des artères temporales, carotides et axillaires dans les 24 heures suivant la suspicion clinique. Le signe du « halo » est pathognomonique et confirme le diagnostic. D'après une étude Norvégienne, elle permet de réduire le temps jusqu'au diagnostic et donc la survenue de cécité ($p = 0.01$), d'éviter une biopsie temporale si l'US est positif, ainsi que de diminuer le temps d'hospitalisation (et donc les coûts de la santé).

En cas de trouble visuel et d'US négatif, on recommande la réalisation d'un bilan ophtalmologique à la recherche de signes d'œdème papillaire de la rétine.

Lors d'AGC, il faut compléter par un angio-CT thoracique (ou IRM, voire PET-CT) afin de bilancer une atteinte des gros vaisseaux.

LE TRAITEMENT CORTISONIQUE

Les glucocorticoïdes restent le fer de lance de la thérapie. Il n'y a pas de bénéfice à prescrire des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ni d'autres antalgiques, sauf en cas de comorbidité avérée (p.ex. arthrose). Les sociétés de rhumatologie européenne et américaine (Eular et ACR) recommandent un dosage de prednisone (ou équivalent) entre 12.5 et 25 mg/jour, en dosage unique. Le schéma dégressif vise la dose de 10 mg/jour à 4-8 semaines. À partir de 10 mg/jour, on peut considérer des paliers dégressifs de 1 mg par mois. En cas de récurrence, le dosage précédent est repris pendant un mois, avant de revenir au dosage ayant mené à la recrudescence des symptômes.

Une PMR est dite atypique si elle nécessite plus de 30 mg/jour de prednisone, ou si le sevrage cortisonique est difficile. Il faut alors remettre en question le diagnostic de polymyalgia rheumatica (cf diagnostic différentiel ci-dessus). Les facteurs de risque de rechute sont le sexe féminin, un sevrage cortisonique initiale rapide et la persistance d'un syndrome inflammatoire élevé.

Dans le cadre de l'AGS, un bolus de corticostéroïdes I.V., à savoir la méthylprednisolone 1 g/jour pendant 3 jours de suite est recommandé, suivi de corticostéroïdes per os 40-60 mg/jour, avec une réduction de 10% toutes les deux à quatre semaines jusqu'à 7.5-10 mg/jour, puis par paliers de 1 g par mois.

La prise d'un traitement antiplaquettaire (aspirine 75 à 100 mg/jour), semble diminuer l'incidence des événements ischémiques.

LES ALTERNATIVES À LA CORTICOTHÉRAPIE

En cas de polymyalgia atypique, de facteurs de risque de récurrence, d'artérite giganto-cellulaire ou en présence de contre-indication à une corticothérapie prolongée, on peut considérer un traitement cortico-épargnant. Le premier choix reste le méthotrexate à 10-20 mg par semaine. Les formes sous-cutanées présentent une meilleure biodisponibilité que les formes orales. L'adjonction d'acide folique 5-10 mg par semaine diminue l'incidence des effets indésirables des muqueuses orales et digestives. Les « recommandations de traitement » de la Société Suisse de Rhumatologie résument les bilans à effectuer avant et pendant le traitement.

Le léflunomide 10-20 mg/j représente une alternative en cas de contre-indication au méthotrexate.

Les anti-TNF-alpha n'ont pas leur place dans la PMR ni l'artérite giganto-cellulaire. Par contre, les anti-IL6, notamment le tocilizumab, ont été démontrés efficaces dans l'induction et le maintien de la rémission clinique dans l'artérite giganto-cellulaire et l'artérite de Takayasu. Bien que validé par Swissmedic, ce dernier n'est pas encore inscrit dans la liste des spécialités.

PRÉVENTION DE L'OSTÉOPOROSE CORTISONIQUE

Le risque fracturaire est accru à partir de 2.5 mg/jour de prednisone pour une durée de plus de trois mois. Il est recommandé de débiter un traitement préventif de biphosphates associé à des suppléments vitaminocalciques. En Suisse, seul l'alendronate 70 mg hebdomadaire est remboursé en l'absence d'une « ostéoporose documentée », d'où l'utilité d'effectuer une ostéodensitométrie en début de traitement. En effet, la présence d'ostéoporose avérée ouvre un panel thérapeutique plus large. Les apports calciques quotidiens recommandés sont de 1 g/jour, à compléter au besoin par les suppléments plus ou moins couplés à de la vitamine D, avec un dosage quotidien minimum recommandé à 800 unités/jour. En cas d'hypovitaminose D, des doses initiales à 2000 unités/jour peuvent être prescrites jusqu'à correction du déficit.

A RETENIR

- 12.5-25 mg/j de prednisone sont suffisants pour le traitement de la polymyalgia rheumatica
- Rechercher les diagnostics alternatifs d'un syndrome polymyalgique, si réponse insuffisante ou échec de sevrage à la corticothérapie
- En cas de suspicion d'artérite giganto-cellulaire, l'échographie des artères temporales et pré-cérébrales effectuée dans les 24h raccourcit le temps au diagnostic et diminue le risque de cécité

RÉFÉRENCES

I. Descamps, I. Olagne, C. Merlin et al, Utility of PET/CT in the diagnosis of inflammatory rheumatic disease: a systematic review and meta-analysis, Ann Rheum Dis 2018 ; 77 : e81.

M. Candil, P. Zufferey, Anti-IL-6 : nouvelles perspectives thérapeutiques, Rev Med Suisse 2017 ; 13 : 105-9.

A. P. Diamantopoulos, The fast-track ultrasound clinic for early diagnosis of giant cell arteritis significantly reduces permanent visual impairment : towards a more effective strategy to improve clinical outcome in giant cell arteritis ?, Rheumatology 2016 ; 55-66-70.

Villiger et al, Tocilizumab for induction and maintenance of remission in giant cell arteritis: a phase 2, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet 2016; 387: 1921-7.

Lally I, A prospective open-label phase IIa trial of tocilizumab in the treatment of polymyalgia rheumatica, Arthritis Rheum 2016;68:2550-4.

Dejaco C, Singh Y, Perel P, Hutchings A, et al. "2015 Recommendations for the Management of Polymyalgia Rheumatica." Arthritis & Rheumatology (2015).

B. Aubry-Rozier O. Lamy J. Dudler, Prophylaxie de l'ostéoporose cortisonique : qui, quand et quoi ?, Rev Med Suisse 2010 ; 6 : 307-13.

Michael J. Nissen, Cem Gabay, Polymyalgia rheumatica et artérite giganto-cellulaire : quoi de neuf ?, Rev Med Suisse 2010; volume 6. 575-580.

UNE EXPÉRIENCE DANS LA GESTION DU COVID EN EMS

« SYMPTÔMES, COMPLICATIONS ET PISTES THÉRAPEUTIQUES »

Madame Ketsia Ramchurn , infirmière & directrice du Home Beaulieu, Hauterive/NE | Dr Réza Kehtari, Médecin responsable, Home Beaulieu, Hauterive/NE

Cet article constitue une analyse très sommaire de ce que nous avons pu réaliser à petite échelle. Nous croyons cependant, qu'en regard des résultats positifs, il serait souhaitable d'étudier de manière plus formalisée les axes thérapeutiques décrits, dans le but d'élaborer des recommandations cliniques.

Concernant les complications hémodynamiques et métaboliques, il serait instructif de voir si des études telles que celles menées par Puntmann et al. (2020) viennent confirmer nos observations et si des explications se dessinent.

Quant à l'état confusionnel finalement, le sujet est déjà abondamment traité dans la littérature. Il reste malheureusement encore trop méconnu et sous-diagnostiqué par les soignants, qui omettent dès lors de déployer des axes de prises en charges souvent simples mais qui impactent réellement la capacité de récupération des patients.

Nous sommes convaincus de l'importance de procéder à la revue critique de nos procédés de soins car l'expérience d'hier mais surtout sa lecture critique constitue le socle qui doit nous permettre d'agir avec plus de pertinence demain.

Face à une pandémie qui se veut toujours menaçante, face aux peurs qui trouvent bien souvent leurs origines dans le manque de compréhension des phénomènes que nous avons à affronter, offrir un regard plus complet et même très imparfait s'avère une piste particulièrement cruciale pour améliorer la qualité des soins que nous dispenserons demain.

INTRODUCTION

Mi-mars 2020, notre EMS de 19 lits a été largement touché par la pandémie de COVID alors à ses débuts. Notre équipe de travail a dû rapidement faire face à des situations cliniques nouvelles, pleines d'inconnues, qui ont demandé(s) une grande capacité d'adaptation mais aussi beaucoup de proactivité. Dans cet article, nous essayons de décrire de manière objective la manière dont cette crise a été gérée dans notre institution durant les différentes phases, notamment :

1. La phase aiguë avec la prise en charge des symptômes et complications.
2. La phase chronique où nous avons eu à manager des complications secondaires de nature neurologique, hémodynamique ou encore métabolique.

Les données exposées dans cet article émanent d'un tableau de suivi clinique que nous avons élaboré durant la pandémie. Il nous a permis de suivre et d'adapter nos actions et de mesurer l'évolution des symptômes de nos résidents. Afin d'assurer la véracité de nos données, nous avons procédé en juillet dernier à des sérologies chez tous nos résidents et nos collaborateurs. Nous avons ainsi pu établir un lien direct entre les symptomatologies observées en mars et les contaminations COVID.

MÉTHODES ET STRATÉGIES ÉVALUATIVES

En préambule et avant de rentrer à proprement parler dans le récit de ce qui fut un événement sanitaire hors norme, il nous semble important de rappeler que ce qui rendit la situation particulièrement complexe pour les acteurs du terrain fut le manque de connaissances cliniques et thérapeutiques sur lesquelles s'appuyer. A l'heure où l'Evidence Based constitue un standard non discutable, nous avons dû prendre en charge des personnes extrêmement fragiles sans avoir une idée claire sur le type de symptômes que nous allions observer, la meilleure manière de les prendre en charge ainsi que les chances de survie de nos résidents.

Complexité supplémentaire reliée à la gériatrie, au-delà de la question de ce qu'il est « possible » de faire, émerge toujours la question de l'adéquation avec le projet thérapeutique anticipé du résident. En effet, l'âge et la perte d'autonomie encouragent parfois les personnes concernées à privilégier le maintien de la qualité de vie et du confort sur la durée des années vécues. A la complexité de la prise en charge clinique se mêle ainsi inmanquablement le dilemme éthique de se montrer juste et bienfaisant tout en respectant le droit à l'autodétermination de chacun.

Tenant compte de cette situation nouvelle et de sa complexité, comme mentionnée, nous avons opté pour une approche analytique de nos observations basées sur :

- a) taux de contamination, b) type, fréquence et durée des symptômes observés, c) mettre les données en lien avec les axes thérapeutiques que nous avons choisis de privilégier à court et moyen terme, d) analyse critique de notre démarche afin de mettre en évidence les bénéfices et les limites y relatifs, e) recommandations et/ou éventuelles pistes de réflexion et thématiques pertinentes à approfondir.



Etat des lieux

Au mois de mars 2019, deux jours après l'annonce du confinement, nous faisons face à l'annonce de nos premiers cas COVID. En l'espace de quelques jours, les cas se sont multipliés chez nos collaborateurs et nos résidents, nous plaçant face à une situation clinique complexe où, tout en manquant de ressources humaines, nous avons vu la charge en soins exploser. Nous avons dû très rapidement mettre en place des mesures de confinement généralisées, augmenter les dispositifs de désinfection, réorganiser le travail pour assurer des soins et surveillances adaptés à de nouveaux besoins. Devant cette situation atypique, où nous observions des symptômes peu décrits, et face au manque de données sur lesquelles s'appuyer, nous avons mis en place un tableau de suivi clinique (figure 1) qui nous a permis de suivre chez chaque résident l'évolution quotidienne des symptômes en parallèle des traitements mis en place. Ce recueil de données nous a permis d'avoir rapidement une idée des symptômes récurrents, de leur durée moyenne et de réfléchir aux axes de traitement simple mais efficace que nous pouvions imaginer afin de stabiliser nos résidents. Face au manque de connaissances cliniques propres au COVID, nos actions se sont basées sur une démarche de transposition clinique : observer les symptômes, en déduire les conséquences potentielles et mettre en place des mesures qui enrayerent les conséquences négatives pour le patient..

Test sérologique

En juillet afin de vérifier si les symptômes observés chez nos résidents correspondaient à une contamination COVID, nous avons pris la décision de tester l'ensemble de nos résidents avec l'accord des familles.

Parmi les résidents présents, au moment de notre vague de COVID en mars, nous avons dénombré 14 tests positifs sur 17 soit 82,3% de tests positifs. Nous avons effectué cette même démarche chez le personnel pour obtenir 13 tests positifs sur 24 soit 54%. Concernant les résidents, 3 avaient eu un PCR positif en mars. Pour le personnel, 8 avaient eu un PCR positifs. Ce différentiel s'explique par le nombre de PCR limité à trois par institution en raison de la pénurie de matériel.

Symptômes et tableau clinique

Chez nos résidents âgés le tableau clinique était dominé par les symptômes suivants :

- Asthénie (100% des résidents suivis)
- Etat fébrile (90,9% des cas)
- Symptômes digestifs : nausées, vomissements, perte d'appétit, diarrhées (63,6% des cas)
- Toux (54,5% des résidents)
- Hypoxémie avec signes d'insuffisance respiratoire nécessitant un apport en O₂ (36% des patients).
- 75% des cas associées à une surinfection pulmonaire avec nécessité d'une antibiothérapie supplémentaire.

Durée des symptômes

- 27,3% de nos résidents n'ont présenté aucune manifestation clinique bien qu'il reste parfois difficile d'observer certains phénomènes comme l'agueusie ou l'anorexie chez des patients présentant des troubles cognitivo-comportementaux.
- 18% des résidents ont présenté des symptômes furent très légers sur une durée de 3 jours.
- 72,7% des résidents ont présenté des symptômes sur une durée d'environ 12 jours.

A noter que la prolongation par des ECA (figure 2) et la présence d'une asthénie importante durant la période virale rend parfois difficile ce calcul. Pour rappel, l'état confusionnel est défini par le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) selon cinq critères : 1) Diminution de la capacité à maintenir l'attention ; 2) Désorganisation de la pensée ; 3) Au moins deux des manifestations suivantes : [obnubilation de la conscience ; anomalie de la perception, perturbation du rythme veille-sommeil ; modification de l'activité psychomotrice ; désorientation temporo-spatiale ; troubles mnésiques ; 4) Évolution de cette symptomatologie sur une courte période ; 5) Facteur organique présumé ou confirmé en l'absence de troubles psychiatrique.

// UNE EXPÉRIENCE DANS LA GESTION DU COVID EN EMS

Madame Ketsia Ramchurn , infirmière & directrice du Home Beaulieu, Hauterive/NE | Dr Réza Kehtari, Médecin responsable, Home Beaulieu, Hauterive/NE

Taux d'anticorps

La variabilité des taux d'anticorps (AC) est importante. Elle varie entre 1,23 et 8,3 pour les résidents et entre 1,2 et 5,89 pour le personnel. Nous observons donc peu de différence entre la production d'anticorps entre nos résidents et notre personnel. Nous notons cependant la présence de cas où le taux très faible d'IGM fait qualifier ces personnes de réactives (trois membres du personnel et une résidente). Parmi ceux-ci, une seule personne a présenté des symptômes de COVID, les autres ont été asymptomatiques.

Il est actuellement très difficile de pouvoir tirer une quelconque conclusion sur le plan immunitaire, sa durée et le taux d'AC présent. Notre objectif serait de procéder à un nouveau testing d'ici quatre à six mois afin de pister l'évolution du taux des AC et, si possible, son impact sur le plan de protection et/ou de défense immunitaire.

Axes thérapeutiques

En mars dernier, seuls quelques symptômes courants (toux, insuffisance respiratoire, fièvre, douleurs musculaires) étaient connus et compatibles avec une contamination au COVID-19. Toutefois conscient du fait que les personnes âgées présentent, pour bon nombre de pathologies et/ou des symptomatologies atypiques, nous avons dès lors et par mesure de sécurité, décidé de considérer tout symptôme inhabituel chez un résident comme COVID compatible.

Utiliser la transposition clinique dans la phase aiguë

Dans les milieux de soins aigus, il est précocement enseigné aux infirmiers la manière et le choix de dégager les soins et surveillances nécessaires chez un patient en fonction de la nature des pathologies, des symptômes, des traitements et des divers risques associés. Comme nous manquions de documentation propre au COVID pour aiguiller nos actions, nous avons choisi de privilégier cette approche afin de mettre en place auprès de nos résidents toutes les actions « standards » qui pouvaient les aider à passer cette phase critique. Conscients également que les moyens de prise en charge sont, en raison des infrastructures, de la logistique et aussi du niveau de formation du personnel, rapidement limités en EMS, notre objectif était, du fait, de mettre en place toute action à même d'augmenter, ne serait-ce que de 1 à 2 %, les chances de survie de nos résidents, pour autant que cela reste en accord avec le projet thérapeutique du résident.

Ce modèle réflexif de transposition clinique, nous a permis de comprendre que les symptômes observés et ci-dessous mentionnés, engendraient rapidement des complications par baisse d'état général, de volémie et de dénutrition susceptible d'impacter leur fonctionnement hémodynamique de manière générale.

- La fièvre accroît les pertes hydriques tout en majorant le travail cardio-vasculaire et les besoins en oxygène.
- Les nausées et les vomissements diminuent leur apport calorique et liquidien.
- L'asthénie s'accompagne souvent d'une anorexie et d'une réduction de l'hydratation.

Face à ces constats, nous avons décidé d'appliquer à l'entier de nos résidents un ensemble de mesures très simples.

- Mise en place de Bilan hydrique, Stimulation de l'hydratation et supplémentation en vitamines et électrolytes.
- Supplémentation calorique liquide(s) (type SNO) chez les résidents présentant une anorexie
- Régularisation de la température par l'administration de fébrifuge (Paracétamol) afin de diminuer les besoins en oxygène et la charge cardiaque et les besoins métaboliques y relatifs.
- Contrôle de la saturation en O₂ (SpO₂) et des signes d'insuffisance respiratoire et soutien en oxygène si nécessaire.
- D'autres axes se sont rajoutés par la suite, comme la prescription de traitements anticoagulants pour les résidents alités sur une longue période, ou encore l'antibiothérapie lors de surinfections pulmonaires.

// UNE EXPÉRIENCE DANS LA GESTION DU COVID EN EMS

Madame Ketsia Ramchurn , infirmière & directrice du Home Beaulieu, Hauterive/NE | Dr Réza Kehtari, Médecin responsable, Home Beaulieu, Hauterive/NE

L'ensemble des mesures entreprises est résumé dans le tableau 1 « SYMPTÔMES ET AXES THÉRAPEUTIQUES ».

AXES THÉRAPEUTIQUES	
En dehors de tout symptômes	<ul style="list-style-type: none">- Mesure de la T° min 1x par jour- Bilan hydrique- Supplémentation en vitamines et électrolytes- Mesure. de la saturation (SpO2) minimum 1x/j
Etat fébrile	<ul style="list-style-type: none">- Fébrifuge si T° > 38°- Tension artérielle et pulsation 1x/j
Symptômes digestifs (nausées, diarrhées)	<ul style="list-style-type: none">- Stimuler hydratation
Asthénie, Anorexie	<ul style="list-style-type: none">- Supplémentation calorique liquide- Anticoagulation prophylactique si alitement prolongé
Symptômes respiratoire	<ul style="list-style-type: none">- Signes cliniques de détresse respiratoire- Supplémentation en O2- Antibiothérapie si signes de surinfection pulmonaire

Prise en charge de l'état confusionnel

Suite à deux semaines d'évolution, nous avons observé une résolution progressive des symptômes associés au COVID-19. Nos résidents étaient alors presque tous confinés en chambre avec, pour conséquence, un isolement social important mais aussi une perte globale des stimulations physiques et cognitives, ce qui peut se révéler particulièrement délétère chez une personne âgée.

Nous avons alors pris conscience qu'à peine sortis de cette phase aiguë, nous devons continuer à travailler avec acharnement afin d'enrayer les complications au long court, dont l'état confusionnel semble être un élément majeur.

L'état confusionnel est bien connu chez les personnes âgées comme complication consécutive à un événement aigu (ù), comme une chute, une infection, la prise de certains traitements ou, aussi et tout simplement, lors d'une hospitalisation. Ce phénomène a donc déjà été largement traité dans la littérature et il existe de nombreuses recommandations simples à mettre en place pour prévenir et traiter cette pathologie corrélée à un taux élevé de décès chez les sujets âgés, car trop souvent sous-diagnostiquée.

Nous avons, pour notre part, observé des signes d'état confusionnel chez 45,5% de nos résidents atteints, le plus souvent sous une forme hypo-active.

Durant cette seconde phase, les axes de prise en charge ont été surtout concentrés sur la poursuite du maintien d'une hydratation adéquate, d'une mobilisation au maximum des résidents avec exposition à la lumière du jour pour mieux resynchroniser leur rythme nyctéméral et, enfin, d'éviter une déprivation sensorielle (port des lunettes, appareils auditifs).

// UNE EXPÉRIENCE DANS LA GESTION DU COVID EN EMS

Madame Ketsia Ramchurn , infirmière & directrice du Home Beaulieu, Hauterive/NE | Dr Réza Kehtari, Médecin responsable, Home Beaulieu, Hauterive/NE

Complications

- Incidents thromboemboliques : EP& TVP (18% des patients)
- Etat confusionnel (45,5% des cas).
- 36,3% de nos résidents ont présenté des PIC hypertensifs qui semblent signer une souffrance cardiaque associée au COVID. L'observation de ce phénomène a donné lieu à une revue complète de la médication hémodynamique qui a permis de stabiliser ces situations après 4 à 8 semaines.
- 27,3% des résidents ont présenté des épisodes de prurit généralisé, qui ont conduit à la prescription de topiques apaisants. Ce symptôme s'est manifesté sur une durée de 2 à 4 semaines avant de diminuer progressivement.
- 18% des patients ont présenté des perturbations du profil glycémique, le plus souvent asymptomatique, requérant une revue complète des traitements.

ANALYSE CRITIQUE

Etre en mesure de constater que 82% de nos résidents ont été contaminés par le SARScov2 et qu'ils ont survécu constitue assurément un marqueur important que les démarches mises en place, associées à l'engagement intense des collaborateurs auprès des résidents, ont été efficaces.

Il nous semble toutefois essentiel d'oser porter un regard plus fin et plus critique sur ce que nous avons fait, afin de rester dans une démarche d'amélioration continue (*Lessons to be learned*) qui nous permettra d'offrir demain des soins qui portent les fruits de nos expériences passées.

Taille de l'échantillon

Le premier facteur qui semble impacter la fiabilité de nos résultats est le nombre très restreint de cas étudiés. En effet parmi les 20 résidents testés au total, seul 17 étaient présents au moment de cette première vague et seuls 11 ont bénéficié d'un suivi des symptômes. Si nous voulons offrir plus de contenance aux résultats obtenus, il est souhaitable de déployer à plus large échelle les axes thérapeutiques étudiés, en procédant, comme dans la présente étude, à une revue des symptômes et au testing des résidents traités.

Établir des guidelines de soins

Un autre aspect qu'il nous semble primordial de relever, c'est que nous ne possédions pas de protocole clair sur la manière de gérer une épidémie institutionnelle, les mesures à mettre en place et les stocks de matériel minimaux permettant d'assurer des mesures additionnelles. Nous avons eu à faire face, comme la majorité des institutions, à un rationnement du matériel de protection nous permettant difficilement de protéger de façon optimale nos collaborateurs et nos résidents. Avoir des guidelines claires, indiquant les points d'alerte à considérer, les stocks à posséder et les mesures à déployer en cas de récurrence, constitue une priorité en termes de gestion logistique et sanitaire.

Ce que nous avons constaté aussi, c'est que c'est la réactivité face aux situations cliniques qui a bien souvent assuré une évolution positive de nos résidents. Il s'agit dès lors d'établir, en parallèle, des protocoles et des algorithmes décisionnels qui permettent aux soignants de déterminer facilement les mesures qui peuvent être initiées chez un patient. Ces guidelines sont le plus souvent le résultat d'une collaboration médico-infirmière.

Questionner largement la médication

Pechère-Bertschi et al. (2020) ont émis l'hypothèse que des molécules comme les « sartan » pouvaient influencer l'évolution clinique des patients atteints de la COVID-19. Nous n'avons pour notre part et, pour l'instant, pas encore demandé au médecin de revoir les traitements cardiovasculaires des résidents dans la phase aiguë. Il aurait pourtant pu être intéressant de questionner l'impact de la prise des diurétiques ou des anticalciques afin de conserver la volémie des résidents. Au niveau du risque thromboembolique, seuls 18% de nos résidents ont été mis sous anticoagulant (Clexane). Les études ont montré qu'il s'agissait de complications fréquentes et, en ce qui concerne notre établissement, nous avons constaté un cas d'embolie pulmonaire et un autre cas de thrombose veineuse profonde. Il semble donc important de questionner largement la mise sous anticoagulant dans le cas d'une contamination mais aussi plus simplement dans le cadre du confinement où l'activité du résident peut être largement réduite.



// UNE EXPÉRIENCE DANS LA GESTION DU COVID EN EMS

Madame Ketsia Ramchurn , infirmière & directrice du Home Beaulieu, Hauterive/NE | Dr Réza Kehtari, Médecin responsable, Home Beaulieu, Hauterive/NE

ANALYSE CRITIQUE

Le constat principal que nous faisons est la nécessité d'établir des protocoles de soins et des algorithmes décisionnels qui accélèrent la réactivité des institutions et des soignants lors d'évènements inhabituels. Leur objectif est de formaliser le raisonnement clinique et de s'assurer que les options de soins sont en lien avec les connaissances cliniques actuelles (Evidence Based).

Cela permet également de fournir à plus large échelle des outils de travail aux équipes, car n'oublions pas que bon nombre d'EMS n'ont, à l'heure actuelle, pas été confrontés directement à cette situation. Enfin ces outils sont un pas global vers une uniformisation des pratiques. A l'heure où la complexité des soins est croissante, développer des processus de travail uniformisés se révèle de plus en plus un marqueur de qualité des soins mais aussi le signe d'une volonté d'établir une meilleure coordination entre les acteurs et, par extension, d'un travail plus d'efficent.

L'INÉVITABLE QUESTION ÉTHIQUE

Cette question relève toute la subtilité et la spécificité de la gériatrie. Comment respecter le droit à l'autodétermination du patient tout en osant questionner les bénéfices réels d'un traitement lourd ou, au contraire, de ne pas excessivement limiter l'accès aux soins sur la seule base de l'âge ?

Devant les possibilités quasi sans borne que nous offre la santé aujourd'hui, la question des limites thérapeutiques reste primordiale alors que dans le milieu gériatrique, la question du projet thérapeutique anticipé du patient devient prioritaire. Qu'est ce qui fait sens dans le projet de vie de la personne ? A 85 ans, beaucoup de personnes ne désirent pas forcément une longévité de plusieurs années mais souhaitent le maintien d'un maximum de qualité de vie et de dignité dans leur quotidien.

La culture, la religion, l'environnement social, les craintes mais aussi les aspirations sont autant d'éléments qui rendent chaque situation unique. Les soignants ont, dans ce contexte, la responsabilité d'agir comme un guide auprès des patients et de leur famille. Des mots comme ventilation ou acharnement ne parviennent souvent pas à rendre perceptible la complexité des soins que nous fournissons aujourd'hui et qui, tout en pouvant sauver, ne garantissent pas toujours le maintien de ce qu'on appelle une qualité de vie.

CONCLUSIONS

La réalisation des sérologies nous a permis d'objectiver que les symptomatologies observées et traitées au mois de mars concernaient réellement des cas de COVID 19, car, comme l'explique le professeur Lagier (2020), chef du service des maladies infectieuses et tropicales à l'IHU, il est nécessaire de détecter la présence actuelle ou passée du micro-organisme chez le patient par PCR ou sérologie (phase diagnostic) afin de prouver que le cas étudié concerne la pathologie référée (IHU Méditerranée-Infection, 2020).

De manière globale, nous constatons que, si les stratégies déployées n'ont pas été en mesure de contenir la contamination (82% chez les résidents et 54% chez le personnel), elles nous ont en revanche permis de stabiliser l'état de santé dans la phase aiguë et surtout de favoriser une récupération à long terme. En effet, suite à l'ajustement des traitements, nos résidents ne montrent aujourd'hui aucune séquelle neurologique ou en termes d'autonomie fonctionnelle.

Comment expliquer ces chiffres quand on constate aujourd'hui que 50% des décès en Suisse ont eu lieu en EMS comme décrit par Ackermann et al. (2020)? Ou comment déterminer parmi les décès stipulés, lesquels sont directement liés au COVID-19 et lesquels sont rattachés à des complications secondaires telles citées plus haut ? Et finalement que sait-on réellement de la capacité de résistance de ces sujets âgés institutionnalisés qui malgré leurs poly-pathologies réalisent souvent l'exploit de parvenir à un âge bien supérieur aux moyennes nationales ?

Concernant les complications à moyen terme nous en retiendront principalement deux.

1.- L'ECA, essentiellement sous forme hypo active.

Cela a représenté un travail massif pour les équipes de soins, dans une période où beaucoup se sentaient épuisés par un mois de tensions psychologiques, de travail intense et, pour bon nombre d'entre eux, en ayant eu à faire face eux-mêmes à une phase de contamination. En appliquant les axes « Evidence based » pour prévenir et traiter les ECA, nous avons pu obtenir des résultats extrêmement encourageants. Le point crucial semble avoir été la réaction précoce et la proactivité. Et nous ne pouvons qu'insister sur l'importance de maintenir au maximum la stimulation cognitive et physique des personnes âgées surtout en situation de confinement.



DIAGNOSTIC DE LA CONFUSION AIGUË

Les critères diagnostiques de la confusion aiguë sont ceux du DSM-5(1), associant les critères A, B, C, D et E :

A. Diminution de la capacité à maintenir l'attention envers les stimulations externes et à s'intéresser de façon appropriée à de nouvelles stimulations externes.

B. Désorganisation de la pensée se traduisant par des propos décousus, inappropriés ou incohérents.

C. Au moins 2 des manifestations suivantes :

1. obnubilation de la conscience ;

2. anomalie de la perception : erreurs d'interprétation, illusions ou hallucinations ;

3. perturbation du rythme veille-sommeil ;

4. augmentation ou diminution de l'activité psychomotrice ;

5. désorientation temporo-spatiale, non-reconnaissance des personnes de l'entourage ;

6. troubles mnésiques.

D. Évolution de cette symptomatologie sur une courte période (de quelques heures à quelques jours), et tendance à des fluctuations tout au long de la journée.

E. Soit 1, soit 2 :

1. Mise en évidence (histoire de la maladie, examens clinique ou complémentaires) d'un ou plusieurs facteur(s) organique(s) spécifique(s) de l'étiologie de la confusion aiguë.

2. En l'absence de 1, on peut présumer de l'existence d'un facteur organique si les symptômes ne sont pas expliqués par un trouble psychiatrique (par ex. un épisode maniaque).

(1) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, édité par l'American Psychiatric Association.

2- Les complications hémodynamiques : Nous avons observé plusieurs phénomènes, [Thrombose, embolie pulmonaire, pic hypertensif] bien que l'établissement d'un lien direct avec le COVID semble difficile. Nous n'avons malheureusement pas pensé à questionner largement sur l'intérêt de l'introduction d'anti-coagulation à titre prophylactique, même si cette option est sujette à caution chez le sujet âgé, en raison du risque d'hémorragie lié aux chutes. Mais la baisse importante de l'activité physique globale, l'asthénie et l'alitement inhérents que nous avons observé en phase aiguë pourrait introduire son éventuel intérêt dans les priorités thérapeutiques.

Quant aux résultats des tests sérologiques effectués dans notre institution, nous avons remarqué une variabilité sensible du taux d'anticorps chez nos résidents comme chez les soignants sans pour autant une différence significative entre les deux groupes. Il sera intéressant de contrôler à nouveau ces paramètres à intervalles réguliers (4-6mois) afin d'observer l'évolution de ces chiffres ceci pour autant que des futures études puissent en déterminer ses impacts sur l'immunité face à une nouvelle contamination et sa durée.

// UNE EXPÉRIENCE DANS LA GESTION DU COVID EN EMS

Madame Ketsia Ramchurn , infirmière & directrice du Home Beaulieu, Hauterive/NE | Dr Réza Kehtari, Médecin responsable, Home Beaulieu, Hauterive/NE



BIBLIOGRAPHIE

Ackermann, S., Baumann Hölzle, R., Biller Andorno, N., Kronen, T., Meier-Allmendinger, D., Monteverde, S., ... & Weidmann-Hügler, T. (2020). Appel aux responsables de la politique, du management, des soins et de la prise en charge* Pandémie: protection et qualité de vie des personnes en EMS. Bulletin des médecins suisses, 101(2728), 843-845.

Carballo, S., & Emery, J. (2009). Etat confusionnel aigu: une approche systématique. Rev Med Suisse, 5, 2034-2039.

Ebbing, K., Giannakopoulos, P., & Hentsch, F. (2008). Etat confusionnel chez la personne agee: une detection laborieuse. Revue médicale suisse, (153), 966-973.

Ho, L. K. S., & Truchard, E. R. (2020). COVID-19 et médecine ambulatoire-Patient · e · s âgé · e · s: qu'avons-nous appris?. Revue medicale suisse, 16(701), 1444-1445.

Meier, D., Domenichini, G., Mahendiran, T., Pagnoni, M., Monney, P., Pruvot, E., ... & Fournier, S. (2020). Pandémie de COVID-19: aspects cardiologiques. Rev Med Suisse, 16(692), 930-932.

Pechère-Bertschi, A., Ponte, B., & Wuerzner, G. (2020). Les bloqueurs du système rénine-angiotensine-aldostérone en temps de pandémie Covid-19: amis ou ennemis?. Rev Med Suisse, 1003-1007.

Puntmann, V. O., Carerj, M. L., Wieters, I., Fahim, M., Arendt, C., Hoffmann, J., ... & Vehreschild, M. (2020). Outcomes of cardiovascular magnetic resonance imaging in patients recently recovered from coronavirus disease 2019 (COVID-19). JAMA cardiology.

Verloo, H. (2014). Détection et prévention de l'état confusionnel aigu chez des personnes âgées à domicile après une hospitalisation ou maladie aiguë récente: une étude clinique randomisée pilote.

IHU Méditerranée-Infection, (2020). Leçon et examen de maladies infectieuses à propos du COVID-19. <https://www.youtube.com/watch?v=qejCC2R9zAU>

LOMBALGIES : QUAND PENSER À UNE SPONDYLARTHRITE ?

Dr Laure Brülhart Bletsas | Médecin cheffe de service, Département de médecine, Service de rhumatologie



INTRODUCTION

La lombalgie et la cervicalgie représentent un problème majeur de santé publique. Elles sont le second motif de consultation en médecine de premier recours, après les infections respiratoires et sont également le pourvoyeur le plus important d'années de vie vécues ajustées au handicap, c'est-à-dire de la perte d'années de vie vécues en bonne santé, devant les maladies cardiovasculaires ou psychiatriques. Seuls une personne sur 10 en moyenne présente une lombalgie spécifique, avec une étiologie identifiée tel qu'une fracture vertébrale (4%), une tumeur ou une métastase (0.7%), une infection (0.01%) ou une spondylarthrite (SpA) (0.3%). Les outils qui nous permettent d'identifier les patients souffrant d'une lombalgie spécifique sont principalement l'anamnèse et l'examen clinique.

La SpA est une maladie inflammatoire chronique dont la lombalgie est l'un des symptômes cardinaux. Son diagnostic est souvent difficile avec un délai qui reste important. Il est primordial d'identifier précocement les patients souffrant d'une SpA afin de leur offrir une prise en charge spécifique pour soulager leurs symptômes et prévenir les complications de la maladie. En effet, le délai du diagnostic a été non seulement associé à l'activité inflammatoire de la maladie, au pronostic fonctionnel, à la progression des lésions structurelles et à la réponse thérapeutique mais également à l'impact psychologique de la maladie, à la capacité de travail et à la charge économique sur le système de santé(1).

Ainsi, l'objectif de cet article est de revoir les éléments anamnestiques et cliniques qui devraient nous faire évoquer la possibilité d'une SpA ainsi que le bilan à proposer dans ce contexte.

QU'EST-CE QU'UNE SPONDYLARTHRITE ?

Les SpA regroupent un ensemble de pathologies inflammatoires chroniques (image 1) qui partagent des manifestations cliniques et un terrain génétique, associé avec l'antigène HLA B27. Au niveau musculo-squelettique, les spondylarthrites se caractérisent par une atteinte de l'enthèse, c'est-à-dire de la zone spécifique d'attache d'une structure ligamentaire, tendineuse ou de la capsule articulaire à l'os. On distingue les SpA axiales que sont la spondylarthrite ankylosante (maladie de Bechterew) et la spondylarthrite axiale non radiographique, des SpA dites périphériques, où prédominent les arthrites périphériques, les dactylites et les enthésites.

La SpA ankylosante a été définie par les critères modifiés de New York en 1984, associant la présence de lombalgies chroniques évoluant depuis 3 mois ou plus, améliorées par l'activité physique, une limitation de mobilité du rachis ou de l'ampliation thoracique et la présence d'une sacroiliite radiologique (grade 2 bilatéral ou grade 3 ou 4 unilatéral) (2). Ces critères identifient toutefois des patients qui ont déjà une atteinte structurelle et donc une présentation avancée de la maladie. L'identification de signes inflammatoires à l'IRM des sacro-iliaques a conduit à un diagnostic plus précoce, avec le concept de SpA axiale « non radiographique », c'est-à-dire des patients présentant une SpA sans les signes typiques de sacroiliite à la radiographie standard.

Environ 10% des patients qui remplissent les critères de classification d'une SpA non radiographique progressent vers une forme radiographique à 2 ans. Les facteurs associés à cette progression sont la présence d'une CRP élevée, des signes inflammatoires à l'IRM, la présence de syndesmoyphes au bilan radiologique ainsi que la consommation de tabac.

Le groupe de l'ASAS (Assessment of SpondyloArthritis international Society) a publié en 2009 les critères de classification de la SpA axiale (image 2). Ces critères ont été établis dans l'objectif d'identifier une population homogène pour la recherche clinique. Bien qu'il ne s'agisse pas de « critères diagnostique », ils donnent toutefois une bonne image de la pathologie.

// LOMBALGIES : QUAND PENSER À UNE SPONDYLARTHRITE ?

Dr Laure Brülhart Bletsas | Médecin cheffe de service, Département de médecine, Service de rhumatologie

QUELS SONT LES ÉLÉMENTS À RECHERCHER À L'ANAMNÈSE ?

1. Le caractère inflammatoire de la lombalgie

La SpA se caractérise par des lombalgies dites inflammatoires. A nouveau, plusieurs critères ont été établis, notamment les critères de Calin (1977), de Rudwaleit (2006) et les critères de l'ASAS (2009). Typiquement, la lombalgie inflammatoire s'installe progressivement, prédomine le matin, s'accompagne d'une raideur matinale significative (>30minutes) et de réveils nocturnes en 2ème moitié de nuit, les patients étant alors souvent obligés de se lever. L'activité physique améliore les douleurs mais pas le repos.

2. Les autres manifestations articulaires

On reconnaît les arthrites périphériques, les dactylites et les enthésites.

L'atteinte articulaire périphérique (arthrites) est plutôt mono ou oligoarticulaire, asymétrique, touchant préférentiellement les grosses et moyennes articulations, notamment aux membres inférieurs.

La dactylite, ou « orteil en saucisse » est une tuméfaction de tout un doigt ou un orteil. Bien que non spécifique, lorsqu'elle est présente, la dactylite est très suggestive d'une SpA ou d'une arthrite psoriasique.

Finalement, l'enthésite est une inflammation de la zone d'attache sur l'os d'un tendon, d'un fascia ou d'un ligament. Cliniquement, l'enthésite se caractérise par une douleur élective à la palpation de la zone d'attache sur l'os, parfois accompagnée d'une tuméfaction et rougeur locale. L'atteinte du talon (insertion de l'aponévrose plantaire ou du tendon d'Achilles) est la plus caractéristique. Mais toutes les enthèses peuvent être touchées, notamment au niveau de la cage thoracique.

3. Les atteintes extra-articulaires

Plus de deux tiers des patients vont présenter des manifestations extra-articulaires.

L'uvéite antérieure est l'atteinte la plus fréquente. Le patient se présente avec un œil rouge, douloureux, associé à une photophobie et parfois à un larmoiement. L'examen clinique peut révéler un hypopion. Une prise en charge rapide est importante pour prévenir l'atteinte visuelle qui peut être irréversible.

L'anamnèse et l'examen clinique recherche également un psoriasis. Notamment, le psoriasis unguéal, l'atteinte des plis (psoriasis inversé) et le psoriasis du cuir chevelu sont associés au risque de développer des manifestations articulaires. Il n'y a pas de corrélation entre la sévérité de l'atteinte cutanée et les manifestations articulaires, une atteinte cutanée minime pouvant être associée à des manifestations articulaires caractéristiques et sévères.

L'atteinte digestive (maladie de Crohn ou RCUH) est fréquente, avec une inflammation de la muqueuse digestive retrouvée chez 20 à 70% des patients dans les études qui ont pratiqué une colonoscopie systématique, sans symptômes gastro-intestinaux. Une colopathie inflammatoire serait à recherche face à une anamnèse de diarrhées, notamment si elle sont associées à la présence de selles hémorragiques et à une perte pondérale.

4. Autre

Les autres éléments suggestifs d'une spondylarthrite sont l'anamnèse familiale. Un diagnostic de spondylarthrite, de psoriasis, de colopathie inflammatoire ou d'uvéite chez un membre de la famille de 1er ou 2ème degré augmente la probabilité d'une spondylarthrite (rapport de vraisemblance de 6.4).

Finalement, l'anamnèse recherchera encore une réponse favorable aux AINS avec une amélioration de 50% ou plus des douleurs.



// LOMBALGIES : QUAND PENSER À UNE SPONDYLARTHRITE ?

Dr Laure Brülhart Bletsas | Médecin cheffe de service, Département de médecine, Service de rhumatologie

LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

1. Le bilan sanguin

Face à une suspicion de SpA axiale, le bilan sanguin comprend la recherche d'un syndrome inflammatoire sérique et de l'antigène HLA B27.

La présence d'un syndrome inflammatoire sérique est retrouvée chez environ 40% des patients avec une SpA active. Ainsi, il est important de noter que l'absence de syndrome inflammatoire sérique n'écarte pas le diagnostic de SpA. Une CRP élevée est un facteur de mauvais pronostic, associée au risque de développement/progression des lésions radiographiques et donc de la perte fonctionnelle.

Le HLA B27 est retrouvé chez 75 à 90% des patients, avec une prévalence équivalente dans la SpA radiographique et non radiographique. Il ne permet toutefois pas, à lui seul, de poser un diagnostic de spondylarthrite car il est également présent chez 8% de la population générale. La présence d'un HLA B27 est associée au risque d'uvéïte antérieure, à la présence de lésions radiographiques et à un âge plus jeune d'apparition des premiers symptômes de la maladie.

2. L'imagerie

La radiographie standard du rachis et du bassin permet d'identifier des lésions structurelles comme une sacroïlite ou la présence de syndesmophytes. Toutefois, la radiographie a peu de place dans le diagnostic précoce de la SpA car elle ne montre pas l'activité inflammatoire de la maladie mais seulement ses conséquences sur les structures osseuses. Il s'agit d'un examen irradiant, avec une dose d'environ 1mSv pour un examen du rachis, ce qui reste faible mais est environ 100 fois plus qu'une radiographie du thorax. Finalement, même interprétée par des radiologues expérimentés, la reproductibilité de l'interprétation d'une radiographie du bassin est modérée avec un kappa entre 0.32 et 0.55 [3].

L'IRM axiale, notamment des sacroïliaques détecte des lésions inflammatoires avant que les dommages structuraux soient apparents en radiographie standard. La présence d'une sacroïlite active à l'IRM est l'un des critères majeurs pour la classification d'une SpA. Et ainsi, le développement de l'IRM a été une évolution majeure qui a permis de poser des diagnostics précoces de SpA, avant la survenue de lésions structurelles. La définition d'une «sacroïlite active» à l'IRM découle d'un consensus d'expert [4]. La technique d'acquisition des images est importante avec un examen qui doit être dédié, centrés sur les articulations sacroïliaques. L'examen comprend 2 incidences : une coronale oblique et une axiale, avec des séquences en pondération T1 pour la recherche de lésions structurelles, et des séquences STIR (suppression de graisse) pour la recherche des lésions inflammatoires. L'ajout d'une injection de produit de contraste et l'ajout de séquences sur le rachis dorso-lombaire reste très discutée, augmentant la sensibilité des examens mais au détriment d'une perte de sensibilité de spécificité avec un risque d'excès diagnostique (faux positifs).

Toutefois, si la présence d'une sacroïlite active renforce la probabilité d'une spondylarthrite en cas de forte suspicion clinique, l'IRM ne permet pas de poser un diagnostic de spondylarthrite hors du contexte clinique. En effet, des lésions inflammatoires remplissant les critères de SpA sont retrouvés chez environ 20% des patients qui présentent des lombalgies non spécifiques. Par ailleurs, une proportion non négligeable de sportifs (hockeyeurs, coureurs, etc) et de femmes dans la période post partum remplissent également ces critères [5].

Bien qu'irradiant, le CT permet parfois de mieux identifier des lésions structurelles, et peut ainsi être une aide au diagnostic différentiel, notamment entre des lésions inflammatoires ou dégénératives. Le développement de techniques de CT faible dose pourrait se révéler intéressant [6]. Tant la spécificité (80%) que la sensibilité (50-55%) de la scintigraphie osseuse pour le diagnostic de SpA restent faibles et ainsi cette technique d'imagerie n'est pas recommandée dans ce contexte. Finalement, l'échographie est un bon outil pour évaluer les enthèses. Toutefois sa place dans le diagnostic et la prise en charge de la SpA reste à déterminer.

// LOMBALGIES : QUAND PENSER À UNE SPONDYLARTHRITE ?

Dr Laure Brülhart Bletsas | Médecin cheffe de service, Département de médecine, Service de rhumatologie

QUI RÉFÉRER AU RHUMATOLOGUE(?)

La question « est-ce que ce patient pourrait avoir une spondylarthrite » devrait se poser face à tout patient qui présente une lombalgie chronique, évoluant depuis plus de 3 mois et ayant débuté avant l'âge de 45 ans. Dans cette population, les critères pour sélectionner les patients à adresser à un spécialiste doivent être faciles à appliquer en médecine de premier recours, accessibles et avoir une sensibilité suffisante pour ne pas manquer de diagnostic. Un groupe d'expert propose ainsi de référer à un rhumatologue les patients qui présentent des lombalgies chroniques, ayant débuté avant 45 ans et qui ont l'un des critères suivant :

- Un horaire inflammatoire des douleurs. Seulement 25% des patients avec une SpA n'ont pas de lombalgies inflammatoires. Il s'agit d'un bilan peu coûteux et accessible. Une bonne réponse aux AINS est équivalent en terme de probabilité avec un diagnostic de SpA retenu en moyenne chez 1 patient sur 5.
- Le HLA B27 a une sensibilité de 90%. La probabilité post-test du diagnostic est de 32% et ainsi le diagnostic de SpA sera retenu en moyenne chez 1 patient sur 3. Il s'agit également d'un marqueur de mauvais pronostic associé à une maladie plus sévère.
- La présence d'une sacroiliite à l'imagerie (RX ou IRM). Toutefois, la radiographie est un examen irradiant et peu sensible. Quant à l'IRM, il reste un examen coûteux, qui devrait être réservée à des patients avec une probabilité clinique modérée ou élevée.

CONCLUSION

Le diagnostic de spondylarthrite devrait systématiquement être évoqué face à un patient qui présente des lombalgies chroniques, notamment lorsqu'elles ont un horaire inflammatoire et ont débutées avant 45 ans. L'anamnèse et l'examen clinique recherchera alors d'autres manifestations articulaires tel que des arthrites périphériques, des dactylites ou des enthésites, ainsi que des manifestations extra-articulaires comme un psoriasis, une uvéite ou une colopathie inflammatoire. Un horaire inflammatoire des douleurs, une bonne réponse aux AINS, la présence d'un HLA B27 ainsi qu'une sacroiliite à l'imagerie sont des éléments fortement évocateur d'un diagnostic de SpA qui devraient ainsi conduire à une évaluation chez un spécialiste.

BIBLIOGRAPHIE

1. Yi E, Ahuja A, Rajput T, George AT, Park Y. Clinical, Economic, and Humanistic Burden Associated With Delayed Diagnosis of Axial Spondyloarthritis: A Systematic Review. *Rheumatol Ther.* mars 2020;7(1):65-87.
2. Sjeff Van der Linden, Hans A. Valkenburg, Arnold Cats. Evaluation of diagnostic criteria for ankylosing spondylitis. *avr* 1984;361-8.
3. Lukas C, Cyteval C, Dougados M, Weber U. MRI for diagnosis of axial spondyloarthritis: major advance with critical limitations 'Not everything that glisters is gold (standard)'. *RMD Open.* janv 2018;4(1):e000586.
4. Rudwaleit M, Jurik AG, Hermann K-GA, Landewe R, van der Heijde D, Baraliakos X, et al. Defining active sacroiliitis on magnetic resonance imaging (MRI) for classification of axial spondyloarthritis: a consensual approach by the ASAS/OMERACT MRI group. *Annals of the Rheumatic Diseases.* 1 oct 2009;68(10):1520-7.
5. de Winter J, de Hooge M, van de Sande M, de Jong H, van Hooft L, de Koning A, et al. Magnetic Resonance Imaging of the Sacroiliac Joints Indicating Sacroiliitis According to the Assessment of SpondyloArthritis international Society Definition in Healthy Individuals, Runners, and Women With Postpartum Back Pain. *Arthritis Rheumatol.* juill 2018;70(7):1042-8.
6. Kucybała I, Urbanik A, Wojciechowski W. Radiologic approach to axial spondyloarthritis: where are we now and where are we heading? *Rheumatol Int.* oct 2018;38(10):1753-62.
7. Sieper J. Early referral recommendations for ankylosing spondylitis (including pre-radiographic and radiographic forms) in primary care. *Annals of the Rheumatic Diseases.* 1 mai 2005;64(5):659-63.



// LOMBALGIES : QUAND PENSER À UNE SPONDYLARTHRITE ?

Dr Laure Brülhart Bletsas | Médecin cheffe de service, Département de médecine, Service de rhumatologie

IMAGE 1 : Le concept de spondylarthrite | Tirée de la librairie de l'ASAS | IBD : maladie inflammatoire de l'intestin

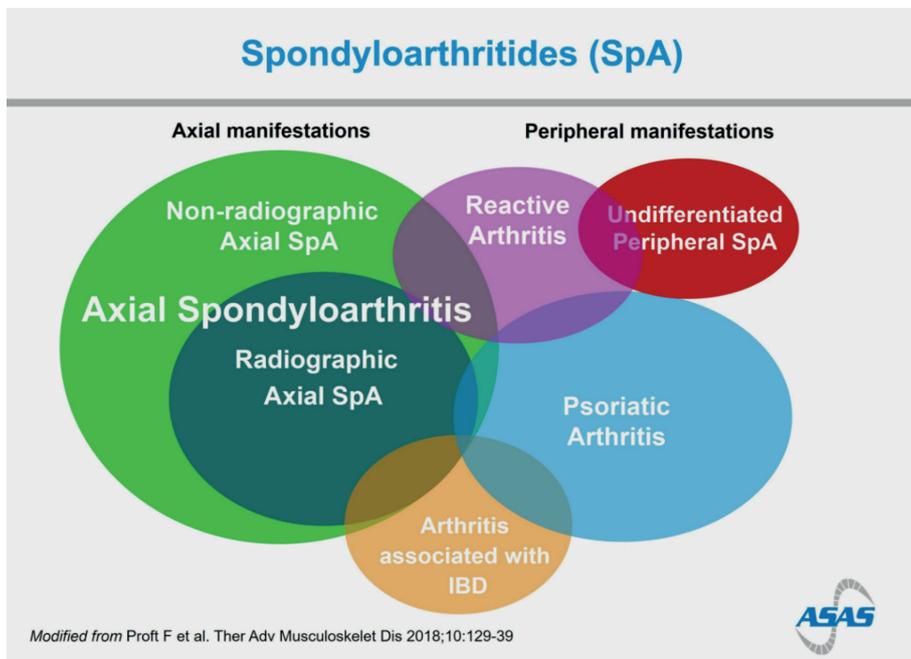
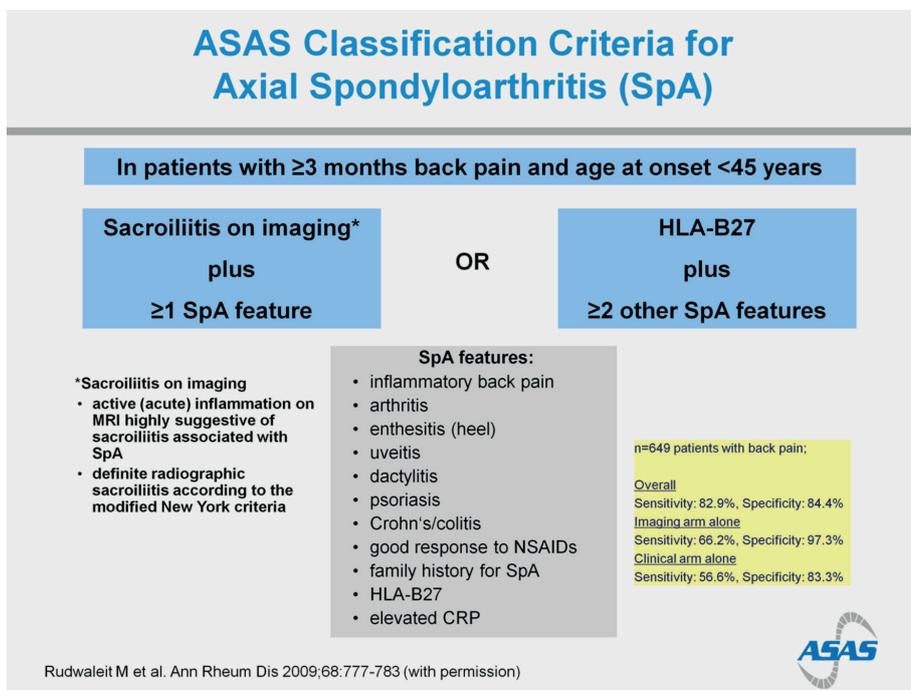


IMAGE 2 : Critères de classification de la spondylarthrite axiale | Tirée de la librairie de l'ASAS



SYNDROME DE SJÖGREN PRIMAIRE : DU DIAGNOSTIC AU TRAITEMENT.

Amara Pieren et Eva Benillouche | Service de rhumatologie RHNe.

1. INTRODUCTION

En 1930, un ophtalmologue suédois examina une patiente souffrant d'arthrite et d'une extrême sécheresse des yeux et de la bouche. Il s'agissait du Dr. Henrik Sjögren qui donna non pas seulement le nom au Sd de Sjögren mais qui fut le premier à utiliser la tinction rose bengale pour étudier l'ampleur de l'atteinte cornéale, et qui établit le terme de "kérato-conjonctivite sèche".

Le sd de Sjögren est une maladie multisystémique chronique auto-immune de progression lente et d'étiologie méconnue. Il se caractérise par une infiltration lymphocytaire des glandes exocrines et par la production d'autoanticorps. Il peut être primaire (pSS) ou être associé à d'autres maladies auto-immunes (Sd Sjögren secondaire). Il se manifeste typiquement par un syndrome sec sous forme de xérophtalmie et xérostomie accompagné de plaintes générales. Un patient sur trois va présenter une atteinte extra-glandulaire organo-spécifique.

Il s'agit de la deuxième maladie auto-immune la plus fréquente, après la polyarthrite rhumatoïde avec une prévalence estimée de 1–23 personnes par 10000 habitants dans les pays européens¹ avec un pic d'incidence à l'âge de 50 ans. Le ratio femme/homme est de 9 :1.

Il est important de comprendre la maladie et d'apprendre à la reconnaître. Il s'agit d'une pathologie qui peut être potentiellement grave et qui s'accompagne d'une forte morbidité et impact psycho-social.

2. PHYSIOPATHOGÉNIE

Les modèles physiopathologiques montrent une activation des cellules épithéliales des muqueuses, possiblement par une stimulation virale. Ceci induit une activation du système immunitaire adaptatif et inné avec la sécrétion secondaire d'auto-anticorps. Ces auto-anticorps vont former des immunocomplexes qui maintiennent et amplifient la production d'interféron alpha, à l'origine des lésions tissulaires. La présence des centres ectopiques germinales dans les glandes salivaires souligne l'activation des cellules B, particularité caractéristique du pSS².

Le pSS se définit par une infiltration lymphocytaire des glandes lacrymales et salivaires avec une destruction tissulaire secondaire, à l'issue du syndrome sec. Cette infiltration peut également toucher l'épithélium d'autres organes donnant lieu aux complications systémiques, telles que la néphropathie interstitielle, la cholangite biliaire primitive auto-immune et la bronchiolite oblitérante. Le dépôt des immunocomplexes est responsable des manifestations extra-épithéliales comme le purpura palpable, la glomérulonéphrite associée aux cryoglobulines, l'atteinte interstitielle pulmonaire et la neuropathie périphérique³.

3. MANIFESTATIONS CLINIQUES

La triade clinique du pSS est composée d'un syndrome sec associé à une fatigue limitante et des arthralgies. Le challenge diagnostique repose sur la haute prévalence de ces symptômes dans la population générale. La sécheresse buccale et orale sont présentes dans 30% et 15% de la population générale respectivement, avec une prédominance du sexe féminin et une augmentation avec l'âge, d'où l'importance du diagnostic différentiel avec un impact majeur dans la prise en charge (Tableau 2. Causes syndrome sec).

L'atteinte des glandes exocrines se traduit par une kératoconjonctivite sèche (98%), une xérostomie (90%) et parfois, une tuméfaction des glandes salivaires (30-50%, voir tableau 3). La xérophtalmie se présente par une impression de corps étranger, fréquemment décrite comme du sable, ou d'une photophobie qui oblige le patient à instiller fréquemment des gouttes.⁴

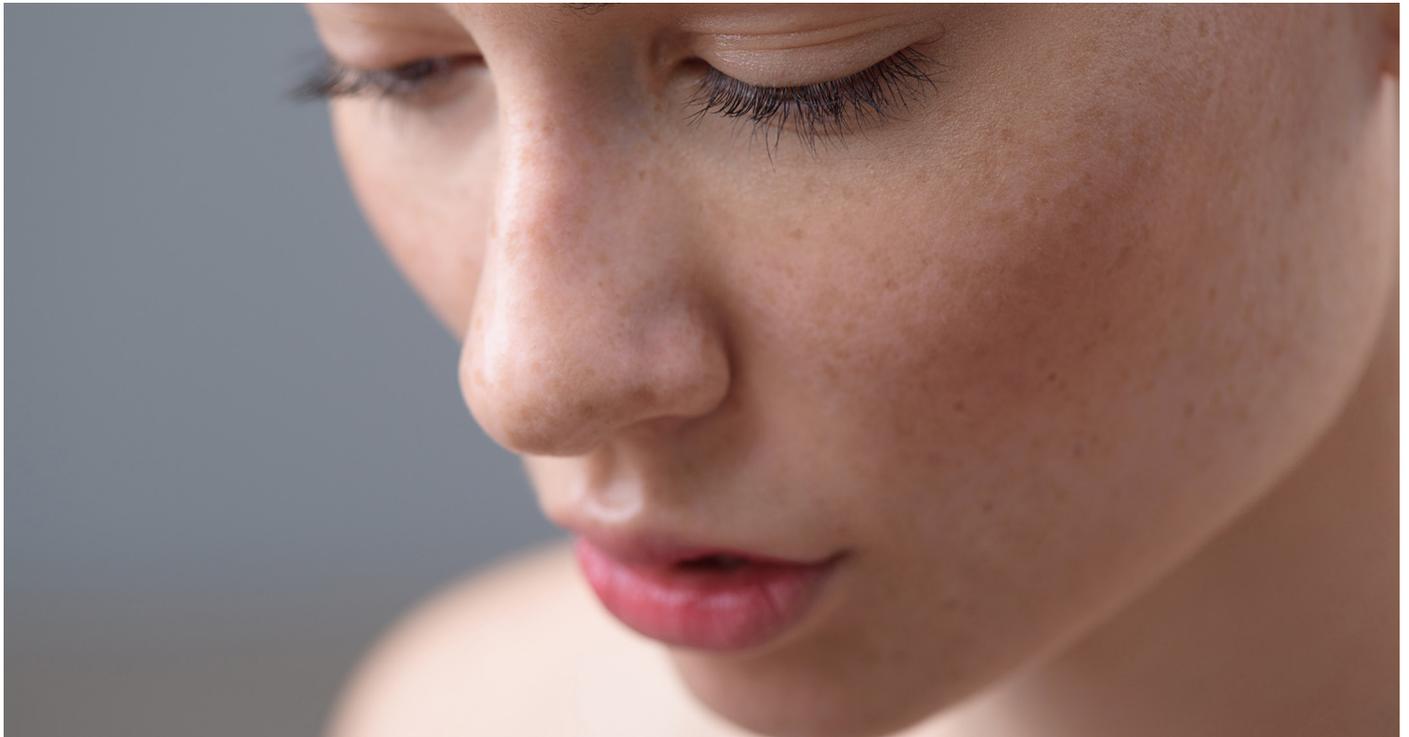
L'hyposialorrhée se manifeste par une xérostomie pouvant s'associer à des brûlures buccales ou une dysphagie aux solides secs. Les patients boivent fréquemment pendant et en dehors des repas, y compris durant la nuit. La perte de l'effet tamponné de la salive et des larmes, induit des infections à répétition (caries récurrentes et ulcérations ou infections cornéennes). La sécheresse peut également s'exprimer au niveau cutané, vaginale avec une dyspareunie secondaire ou bronchique, entraînant une toux sèche.

Les manifestations extra-glandulaires peuvent être le premier signe de la maladie, entraînant souvent un retard diagnostique du pSS. Devant le diagnostic d'une neuropathie périphérique ou pneumopathie interstitielle, entre autres, et en particulier s'il existe des symptômes de sécheresse oculaire ou orale, il est important de suspecter un pSS. Les atteintes organiques sont résumées dans le tableau 4.

// SYNDROME DE SJÖGREN PRIMAIRE: DU DIAGNOSTIC AU TRAITEMENT.

Amara Pieren et Eva Benillouche | Service de rhumatologie RHNe.

Dans le pSS, le risque de développer un lymphome à cellule B est 15 à 20 fois plus élevé que dans la population générale (5-10% au cours de la vie)⁵, celui-ci étant secondaire à une hyperactivation de cellules B chronique. Il s'agit principalement de lymphomes non Hodgkinien à cellule B de bas grade. Les lymphomes apparaissent typiquement là où l'activité du pSS a été la plus agressive, comme les glandes salivaires (lymphomes associés aux muqueuses MALT). Les facteurs de mauvais pronostic vers une transformation lymphomatose sont résumés dans le tableau 5.



4. DIAGNOSTIC

Le diagnostic repose sur les éléments cliniques, l'objectivation du syndrome sec et les données biologiques et histologiques. Depuis 1967, plusieurs critères de classification ont été proposés par les différentes sociétés. Actuellement, les critères de classification ACR-EULAR 2016 sont les plus utilisés en pratique clinique [Tableau 6]. Ceux-ci présentent comme nouveauté, la possibilité d'inclure des patients ayant des atteintes extra-glandulaires suspectes de pSS même sans syndrome sec. L'objectif est de diminuer le délai diagnostique et de faire connaître aux praticiens ces formes moins fréquentes mais potentiellement plus graves.

A. Objectivation du syndrome sec

Le test de Schirmer est un test facile d'utilisation et de lecture en consultation. L'objectif est de mesurer la sécrétion lacrimale. Il s'agit d'une bandelette rectangulaire de 5x35mm, millimétrée, et placée dans le cul-de sac conjonctival inférieur de chaque œil près de l'angle externe. La longueur du papier humidifié par les larmes est relevée après cinq minutes. Le test est considéré pathologique en dessous de 5 mm / 5 minutes.

Une consultation ophtalmologique va nous permettre d'écarter des signes de kératoconjunctivite sèche avec les différents tests de coloration. L'érosion de la surface épithéliale oculaire est évaluée en instillant différents colorants : le vert de lissamine ou le rose Bengale pour la conjonctive et la fluorescéine pour la cornée. Il existe deux classifications permettant d'apprécier le degré d'atteinte oculaire en fonction de la distribution du marquage à la surface oculaire : l'« Ocular Staining Score » et le score de van Bijsterveld .

La mesure du flux salivaire permet de confirmer la présence d'une xérostomie. Elle peut être mesurée de manière stimulée ou non stimulée. Le flux salivaire total sans stimulation considéré normal est d'environ 0,4 ml/min.

B. Tests sérologiques

En cas de suspicion d'un pSS, nous allons rechercher la présence d'anticorps anti-nucléaire (ANA). Le premier screening sera fait par immunofluorescence sur les cellules Hep-2. En cas de confirmation de la présence des ANA et plus précisément, des ANA d'aspect moucheté, on recherchera les antinucléoprotéines (Anti-ENA) par ELISA ou Western-Blot (selon le laboratoire, d'autres test peuvent être utilisés), comprenant les spécificités anti-SSA/Ro 52/60kD et anti-SSB/La. Jusqu'à 30% des patients sont séronégatifs, ainsi, l'absence des ANA n'exclue pas la pathologie. La présence des AntiSSA/SSB est associée au risque de bloc congénital chez les nouveaux nés des patientes présentant ces anticorps. Ainsi, l'anti-R052Kd est associé au risque de pneumopathie interstitielle. Malgré la haute prévalence des Anti-SSA/Ro et SSB/La dans le pSS, ceux-ci ne sont pas spécifiques de cette entité et peuvent apparaître dans d'autres maladies auto-immunes comme le lupus érythémateux diffus, les myopathies inflammatoires, certaines infections virales ou chez les sujets sains. De ce fait, le tableau clinique est primordial pour l'interprétation des auto-anticorps.

Le bilan immunologique comprendra également la recherche du facteur rhumatoïde, le complément et les cryoglobulines. Le dosage des immunoglobulines retrouve fréquemment une hypergammaglobulinémie avec une augmentation de la VS secondaire. Cet élément isolé peut nous orienter vers un pSS.

C. Biopsie des glandes salivaires

La biopsie des glandes salivaires a un rôle diagnostique et pronostique. Il s'agit d'un geste simple, mais non dépourvu de complications, qui est réalisé au niveau de la lèvre inférieure par une incision horizontale de 1 à 1,5 cm en regard de la muqueuse de la lèvre inférieure. L'objectif est de prélever au minimum 6 ou 7 glandes salivaires mineures.

L'histologie repose sur la mise en évidence d'infiltrats lymphocytaires dans la glande salivaire. Un focus (= foyer) correspond à un agrégat de ≥ 50 lymphocytes, caractéristique de la sialadénite lymphocytaire focale. La présence de ≥ 1 foyer par 4 mm² de tissu glandulaire (grade ≥ 3 de Chisholm et Mason) est compatible avec un pSS.

Le Focus Score correspond au nombre de focus visibles sur une surface glandulaire de 4 mm². Un Focus score ≥ 1 est considéré comme pathologique, suggestif de pSS. La recherche des focus score et des centres germinatifs est primordial, puisqu'il s'agit de signes de mauvais pronostic vers une transformation lymphomatose.

D. Imagerie des glandes salivaires

L'importance de l'échographie dans la prise en charge des pathologies inflammatoires ne peut pas être questionnée. Dans le pSS, l'ultrason est la technique d'imagerie par excellence, permettant d'évaluer le parenchyme glandulaire ⁷. Les foyers hypoéchogènes, correspondant aux zones inflammatoires qui caractérisent la maladie de Sjögren, sont recherchés au niveau d'une glande sous-mandibulaire et d'une glande parotide. Dans le cas des tuméfactions chroniques des parotides, l'échographie permet également d'écartier des signes suggestifs de lymphome. Toutefois, le PET est l'examen de référence en cas de suspicion de lymphome.

Plusieurs études ont suggéré une association entre l'échographie, les données histologiques et l'activité de la maladie. ⁸ Plus d'études sont nécessaires pour pouvoir établir le rôle de l'échographie dans la prise en charge du pSS.

Les méthodes de sialographie parotidienne et scintigraphie salivaire sont peu utilisées, étant donnée l'irradiation et leur manque de spécificité.

E. Evaluation de l'activité de la maladie et suivi

Il existe actuellement deux index validés pour évaluer l'activité de la maladie : le ESSPRI et ESSDAI. Le questionnaire ESSPRI est un questionnaire simple, faisable en consultation, (EULAR Sjögren's Syndrome Patient Reported Index) qui s'intéresse à la sécheresse oculaire et orale, la fatigue et la douleur. Le ESSDAI par contre, est un index composé de 12 domaines, qui reprend les manifestations organiques.

La stratification du risque de lymphome est recommandée une fois tous les 1 ou 2 ans et doit comporter un hémogramme, une électrophorèse des protéines, le facteur rhumatoïde, C3 et C4 et les cryoglobulines.

5. PRISE EN CHARGE DU SYNDROME DE SJÖGREN

Le groupe EULAR a établi récemment les premières recommandations de prise en charge pharmacologique du pSS 9. Le traitement du pSS a malheureusement peu changé dans la dernière décennie. Il s'agit principalement d'un traitement symptomatique du syndrome sec. Divers immunosuppresseurs sont utilisés dans les atteintes organiques par parallélisme avec les autres maladies auto-immunes. Toutefois, on manque d'études de bonne qualité qui puissent démontrer l'efficacité et la sécurité des traitements employés.

La première ligne de traitement du syndrome sec repose sur l'utilisation des traitements topiques. La cyclosporine topique a démontré avoir un effet positif sur la qualité de la larme produite¹⁰. Les corticoïdes topiques ne sont pas recommandés en raison d'une efficacité limitée et des effets secondaires. Les agonistes muscariniques (pilocarpine et chlorhydrate de céviméline) ont prouvé leur efficacité dans le traitement de la xérostomie, et dans une moindre mesure, de la xérophtalmie¹¹.

Pour le traitement de la douleur, le traitement de première ligne reste l'acétaminophène. Il est important de faire la différence entre les arthralgies et l'inflammation articulaire ou arthrite, dont la prise en charge est drastiquement différente. L'introduction d'un traitement modulateur de la douleur doit être considéré. La gabapentine, prégabaline et duloxétine doivent être privilégiées, celles-ci induisant moins de sécheresse. L'hydroxychloroquine est employée dans les arthralgies inflammatoires récurrentes¹².

Dans l'atteinte extra-glandulaire, le choix du traitement doit être basé sur la sévérité de la maladie selon le ESSDAI. Les corticoïdes systémiques seront utilisés à la dose la plus faible et le moins de temps possible. Les traitements immunosuppresseurs (méthotrexate, léflunomide, azathioprine, mycophénolate mofétil et cyclophosphamide) sont introduits à but d'épargne cortisonique. De nos jours, aucune étude ne nous permet de choisir un traitement plutôt qu'un autre. Un traitement par rituximab doit être considéré dans les formes sévères et réfractaires¹³. Le belimumab pourrait être essayé comme deuxième choix¹⁴.

6. CONCLUSIONS

L'hétérogénéité clinique et biologique du syndrome de Sjögren rend le diagnostic difficile. Il est important de dépister les patients à risque de développer des atteintes extra-glandulaires sévères qui nécessitent une prise en charge rapide et multidisciplinaire. Un futur prometteur se dessine avec le développement de nouvelles thérapies.

Tableau 1. Maladies associées au SS

- Polyarthrite rhumatoïde
- Lupus systémique érythémateux
- Sclérose systémique
- Connectivite mixte
- Maladie coéliquaue
- Thyroïdite auto-immune
- Cholangite biliaire primitive
- Rare : maladie de Crohn, anémie de Biermer, myasthénie grave, spondylarthrite

Tableau 2. Autres causes de syndrome sec

Médicaments <ul style="list-style-type: none"> – Benzodiazépines – Antidépresseurs – Neuroleptiques – Antihistaminiques – Bêta/alphabloquants – Antiparkinsoniens – Opiacés – Inhibiteurs calciques – Antirétroviraux – Atropine
Tabac
Viellissement
Etat anxiodépressif
Diabète décompensé
Antécédents de radiothérapie cervico-faciale
Sarcoïdose
VIH
VHC
Réaction du greffon contre l'hôte

Tableau 3. Autres causes de parotidomégalie

<u>Unilatérale</u>	<u>Bilatérale</u>
Infections Tumeurs : <ul style="list-style-type: none"> • Adénome • Adénocarcinome • Lymphome • Mixome Sialadénite chronique Obstruction	<u>Asymétrique</u> <ul style="list-style-type: none"> • Granulomatose • Mononucléose infectieuse • Grippe • CMV • Parotidite <u>Symétrique</u> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Cirrhose hépatique</u> • <u>Diabète</u> • <u>Hyperlipidémie IV et V</u> • <u>Malnutrition</u> • <u>Alcoolisme</u> • <u>Hypersensibilité au iode, Plomb et cuivre</u> • <u>Amyloïdose</u> • <u>Pancréatite chronique</u> • <u>Acromégalie</u>

Tableau 4. Atteinte organo-spécifique du pSS

Signes généraux	9%	Fièvre Perte de poids Transpiration nocturne Adénopathies
Atteinte articulaire	38%	Arthralgies inflammatoires Oligoarthritis intermittente
Atteinte cutanée	10%	Purpura palpable Vascularite Lupus cutané subaigüe
Atteinte pulmonaire	11%	Toux Pneumopathie interstitielle : <ul style="list-style-type: none"> • Pneumopathie interstitielle non spécifique (PINS) (60%) • Pneumopathie interstitielle usuelle • Pneumopathie interstitielle lymphocytaire
Atteinte rénale	5%	Néphrite tubulo-interstitielle. Acidose tubulaire Glomérulonéphrite associée aux cryoglobulines
Atteinte neurologique périphérique	6%	Neuropathie axonale sensoriel pure Névralgie du Trijumeau Ganglionopathie ataxiante Polyradiculonévrite multiplex

Tableau 5. Facteurs de risque de développer un Lymphome et signes biologiques orientant vers une transformation lymphomateuse.

Facteurs de risque	Signes biologiques
Tuméfaction récurrente des glandes parotides Splénomégalie Adénopathies Purpura Score of >5 on the ESSDAI Factor Reumatoide (FR) Cryoglobulinémie C4 bas Diminution lymphocytes T CD4+ Présence des centres ectopiques germinatifs Focus score of >3 Mutations Germinal du TNFAIP3	Apparition hypogammaglobulinémie Disparition hypergammaglobulinémie Apparition d'une bande monoclonale Elevation B2-microglobuline Négativisation des autoanticorps Négativisation du FR Apparition cryoglobulines Consommation du complément Elévation LDH

Tableau 6. Critères de classification ACR-EULAR 2016

Critères d'inclusion : ≥ 1 symptôme de sécheresse oculaire ou buccale ou suspicion de syndrome de Sjögren selon ESSDAI.

Critères d'exclusion : antécédents de radiothérapie dans la région de la tête et du cou, infection par le VHC active, SIDA, sarcoïdose, amyloïdose, maladie associée aux IgG4, « réaction du greffon contre l'hôte ».

Interprétation : score ≥ 4

<u>Item</u>	<u>Ponctuation</u>
Biopsie des glandes salivaires labiales avec sialadénite lymphocytaire focale et focus score de ≥ 1 focus/4 mm ²	3
Anticorps anti-SSA/Ro positifs	3
Ocular Staining Score ≥ 5 ou score de van Bijsterveld ≥ 4 pour au moins un œil	1
Test de Schirmer ≤ 5 mm/5 minutes pour au moins un œil	1
Flux salivaire total non stimulé $\leq 0,1$ ml/min	1

Tableau 7. Idées clés

- Le syndrome de Sjögren est une maladie auto-immune relativement fréquente avec une prévalence pouvant aller jusqu'à 1 % de la population.
 - La triade clinique typique est : syndrome sec, fatigue et arthralgies.
 - Les manifestations systémiques générales ou l'atteinte d'organes spécifiques peuvent être les premiers symptômes, devant lesquelles nous chercheront des signes évocateurs du pSS.
 - Le diagnostic repose sur la combinaison d'éléments cliniques subjectifs et objectifs, le bilan biologique, et l'examen histologique.
-
- Le risque de lymphome et les atteintes extra-glandulaires doivent être évalués systématiquement.

// SYNDROME DE SJÖGREN PRIMAIRE: DU DIAGNOSTIC AU TRAITEMENT.

Amara Pieren et Eva Benillouche | Service de rhumatologie RHNe.

BIBLIOGRAPHIE

1. Brito-Zerón, P. et al. Sjögren syndrome. *Nat. Rev. Dis. Primer* 2, 1–20 (2016).
2. Gottenberg, J.-E. et al. Activation of IFN pathways and plasmacytoid dendritic cell recruitment in target organs of primary Sjögren's syndrome. *Proc. Natl. Acad. Sci. U. S. A.* 103, 2770–2775 (2006).
3. Mariette, X. & Criswell, L. A. Primary Sjögren's Syndrome. *N. Engl. J. Med.* 378, 931–939 (2018).
4. Netgen. Syndrome de Sjögren : quand le suspecter et comment le confirmer ? *Revue Médicale Suisse* <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-513/Syndrome-de-Sjogren-quand-le-suspecter-et-comment-le-confirmer>.
5. Nocturne, G. & Mariette, X. Advances in understanding the pathogenesis of primary Sjögren's syndrome. *Nat. Rev. Rheumatol.* 9, 544–556 (2013).
6. Shiboski, C. H. et al. 2016 ACR-EULAR Classification Criteria for primary Sjögren's Syndrome: A Consensus and Data-Driven Methodology Involving Three International Patient Cohorts. *Arthritis Rheumatol.* Hoboken NJ 69, 35–45 (2017).
7. Netgen. Syndrome de Sjögren : contribution de l'ORL au bilan diagnostique. *Revue Médicale Suisse* <https://www.revmed.ch/RMS/2020/RMS-N-709/Syndrome-de-Sjogren-contribution-de-l-ORL-au-bilan-diagnostique>.
8. Astorri, E. et al. Ultrasound of the salivary glands is a strong predictor of labial gland biopsy histopathology in patients with sicca symptoms. *J. Oral Pathol. Med. Off. Publ. Int. Assoc. Oral Pathol. Am. Acad. Oral Pathol.* 45, 450–454 (2016).
9. Ramos-Casals, M. et al. EULAR recommendations for the management of Sjögren's syndrome with topical and systemic therapies. *Ann. Rheum. Dis.* 79, 3–18 (2020).
10. Ramos-Casals, M., Tzioufas, A. G., Stone, J. H., Sisó, A. & Bosch, X. Treatment of primary Sjögren syndrome: a systematic review. *JAMA* 304, 452–460 (2010).
11. Vivino, F. B. et al. Pilocarpine tablets for the treatment of dry mouth and dry eye symptoms in patients with Sjögren syndrome: a randomized, placebo-controlled, fixed-dose, multicenter trial. P92-01 Study Group. *Arch. Intern. Med.* 159, 174–181 (1999).
12. Gottenberg, J.-E. et al. Effects of hydroxychloroquine on symptomatic improvement in primary Sjögren syndrome: the JOQUER randomized clinical trial. *JAMA* 312, 249–258 (2014).
13. Letaief, H. et al. Efficacy and safety of biological DMARDs modulating B cells in primary Sjögren's syndrome: Systematic review and meta-analysis. *Joint Bone Spine* 85, 15–22 (2018).
14. Mariette, X. et al. Efficacy and safety of belimumab in primary Sjögren's syndrome: results of the BELISS open-label phase II study. *Ann. Rheum. Dis.* 74, 526–531 (2015).

Le RHNe CONFRONTÉ À UNE SITUATION SANITAIRE CRITIQUE

Pierre-Emmanuel Buss | Responsable communication RHNe

Le 10 novembre, l'hôpital cantonal recensait 150 hospitalisations de patients atteints par le COVID-19. Le risque de saturation du système reste élevé.



Depuis début novembre, le Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe) a fortement renforcé son dispositif pour faire face à l'augmentation rapide du nombre de cas de COVID-19. La Suisse fait partie des pays les plus touchés au monde, avec 208 cas positifs confirmés pour 10'000 habitants (au 9 novembre). L'incidence est presque deux fois plus élevée dans le canton Neuchâtel avec 401 cas pour 10'000 habitants malgré une sous estimation liée aux limites du système de test. Cette situation a un impact direct sur les hospitalisations: le 11 novembre, 150 patients COVID positifs étaient hospitalisés, dont 9 hospitalisés à la Providence sous supervision médicale du RHNe.

Cette contexte extrêmement tendu a amené le RHNe à mettre en place un dispositif extraordinaire qui permettra d'accueillir au besoin jusqu'à 250 patients COVID en parallèle des 150 lits nécessaires à la prise en charge de tous les autres patients nécessitant des soins urgents. Avec l'utilisation des lits des acteurs privés sous supervision médicale du RHNe, il sera possible de monter jusqu'à 350 lits COVID.

Pour libérer des locaux au sein des urgences du site de Pourtalès et accueillir des patients couchés, le tri des urgences et la Voie verte adulte ont été délocalisés dans le hall d'entrée depuis le 3 novembre. Ouvert de 8h à 20h, ce dispositif permet notamment d'identifier les patients ambulatoires suspicion COVID sans les faire entrer dans l'hôpital et de séparer les flux programmés et non-programmés. Le même dispositif sera mis en place pour les urgences pédiatriques dès la fin de cette semaine. Sur le site de La Chaux-de-Fonds, la capacité d'accueil de patients couchés aux urgences a été augmentée de manière importante avec l'utilisation des locaux du bloc opératoire et de la physiothérapie.

Le dispositif extraordinaire dédié aux patients COVID comprend une dizaine d'unités d'hospitalisation dédiées sur les sites de Pourtalès, de La Chaux-de-Fonds et du Locle. Parmi elles, une unité spécialisée de ventilation non invasive (VNI) à Pourtalès et un secteur dédié à la VNI à La Chaux-de-Fonds. En soins intensifs, le nombre de lits a été triplé pour atteindre 16 lits à Pourtalès et 10 à La Chaux-de-Fonds. Avec 26 lits de soins intensifs pour 178'000 habitants, le RHNe offre un nombre de supérieur à la moyenne des hôpitaux comparables.

Les hôpitaux romands se sont entendus pour ne pas activer les dispositifs exceptionnels tant que des lits certifiés de soins intensifs sont disponibles dans le réseau romand et national. L'objectif est de préserver le plus longtemps possible la meilleure prise en charge des patients dans toutes les disciplines médicales.

Dans cette logique, 19 transferts ont été effectués depuis le 26 octobre en direction du CHUV et de l'Inselspital, notamment, via la coordination des soins intensifs.

En cas de saturation du système, les hôpitaux activeront leurs possibilités de montée en puissance de lits de soins intensifs. Le dispositif du RHNe pourrait alors monter à un maximum de 30 lits de soins intensifs avec le recours à d'autres professionnels, notamment de l'anesthésie.

Avec les mesures prises, le RHNe est prêt à affronter l'augmentation des cas hospitalisés jusqu'à saturation des moyens mis en place. Néanmoins, si le taux de reproduction du virus n'est pas rapidement freiné par les mesures en cours, l'ensemble du système de santé suisse pourrait se trouver saturé. Le réseau neuchâtelois serait parmi les premiers en difficulté au vu du taux actuel d'hospitalisations bien au-dessus de la moyenne nationale.

Le RHNe rappelle que le respect strict des mesures barrières est une condition sine qua non pour éviter une limitation des soins au niveau cantonal et national.

LES NOUVEAUX VISAGES DU RHNe | ARRIVÉES

Pierre-Emmanuel Buss | Responsable communication RHNe

La D^{re} **EKATERINA REBMANN CHIGRINOVA**, titulaire d'un FMH d'hématologie, a rejoint le service d'onco-hématologie le 1^{er} juillet 2020. Originnaire de Russie, elle a effectué sa formation aux HUG et a ensuite travaillé à l'Hôpital de Sion, au Centre de Transfusion Interrégionale (CRS) et à l'Inselspital à Berne, où elle poursuit toujours son activité à temps partiel. Elle travaille en qualité de médecin cheffe adjointe à 50% sur les deux sites.

Le D^r **DANIEL-ERIC ROBERT**, hématologue, a rejoint le service d'onco-hématologie le 1^{er} octobre 2020. Originnaire de La Chaux-de-Fonds, il a travaillé en qualité de praticien hospitalier au CH de Saint-Brieuc depuis 2011, après avoir été chef de clinique à Sion, au CHUV et aux HUG. Il est engagé dans la recherche clinique avec de multiples protocoles de recherche à son actif. Il consultera à 80% sur les deux sites.



Numéro 102 | AUTOMNE 2020

Bulletin officiel de la Société neuchâteloise de médecine

APRÈS LA DEUXIÈME VAGUE DE COVID-19

Dr Claude-François Robert, médecin cantonal

A ce jour, cette épidémie a occasionné 8410 cas confirmés dont 7461 (89%) en octobre et novembre avec 149 décès dans le canton de Neuchâtel. La deuxième vague montre un fléchissement bienvenu. Le taux de reproduction effectif (R_e) du virus se situe à 0.8 ce qui indique que la vitesse de transmission décroît. L'hiver sera long et le système de santé reste fragile. Au service de la santé publique, nous avons posé plusieurs objectifs pour les mois à venir :

1. Assurer l'accès aux soins
2. Lutter contre l'épidémie

L'accès aux soins dépend à la fois de la capacité du système hospitalier « d'encaisser » la vague et de celle du système ambulatoire de traiter les cas les moins graves et surtout, contrairement en mars, à assurer la prise en charge des tous les autres malades.

La lutte contre l'épidémie se joue sur quatre fronts, l'hôpital, les EMS, les soins ambulatoires et le front de la lutte contre l'épidémie.

LE FRONT DE L'HÔPITAL

Jeudi 19 novembre, nous avons été accueillis sur le site de Pourtalès du RHNE. Dès l'entrée, avec l'aide la Protection civile, les personnes sont triées dans des flux sécurisés, voire testées avec des tests antigéniques rapides. Aux urgences, la prise en charge des COVID et non COVID est bien organisée. Une unité de soins de courte durée permet de réaliser des investigations et de commencer les traitements, d'observer l'évolution sous oxygène.

Nous avons été frappés par l'organisation des soins intensifs, le calme et le professionnalisme des équipes. Les traitements ont évolué depuis mars, on intube et dialyse moins, la dexaméthasone est administrée en cas d'aggravation. La charge reste importante, par exemple quand il faut se mettre à quatre pour installer un patient en décubitus ventral.

Le plus intéressant est l'unité de dix lits de ventilation non-invasive. On y administre de l'oxygène à haut débit au masque. Les physiothérapeutes interviennent précocément et on y débute aussi la mobilisation du patient qui a souvent perdu une grande partie de sa masse musculaire après une intubation de plusieurs semaines.

Avec cette vague, l'hôpital accueille plus de 150 patients COVID. As-t-on déjà vu, même au pic de la grippe, près de 50 % des soins orientés vers un seul diagnostic ?

En sortant du RHNE, nous partageons tous un sentiment de gratitude pour ces équipes. Leurs compétences sont visibles et la population peut être rassurée d'avoir un tel outil à disposition malgré les circonstances.

LES EMS

13 EMS sur 52 sont touchés avec plus d'une centaine de résidents atteints. C'est là aussi que se concentre une majorité des décès. Après une période de stabilisation, nous observons depuis dix jours une recrudescence de clusters de grandes tailles. Après le premier cas, l'entourage est testé rapidement par une équipe mobile de NOMAD. Parfois, plus de dix nouveaux cas sont découverts avec d'autres dans les jours à venir.

Les conséquences pour le personnel sont lourdes. Après analyse des besoins, la Protection civile peut être engagée en appui.

Nous aurons encore une augmentation des décès pendant une dizaine de jours. Donc, les besoins en soins palliatifs augmenteront. La hotline de soins palliatifs de la gériatrie a été réactivée. Avec l'équipe mobile de soins palliatifs, tout doit être fait pour que ces personnes soient accompagnées avec dignité.

Le dossier des EMS est sans doute le plus douloureux. Faire une pesée d'intérêts entre des mesures de frein au virus et qui provoquent l'isolement, des formes de contrainte, est une tâche difficile qui doit se construire aussi avec les directions de ces établissements et à l'écoute des familles.



// APRÈS LA DEUXIÈME VAGUE DE COVID-19

Dr Claude-François Robert, médecin cantonal

LE FRONT AMBULATOIRE

Ce front est bien connu des lecteurs de SNM News puisqu'ils en sont les acteurs. Nous observons que certaines craintes se sont dissipées sur la manière de se protéger. Donc, l'activité médicale peut se poursuivre, contrairement à la période du confinement. L'élément le plus important est la poursuite des activités médicales pour les autres pathologies.

Nous sommes heureux que des tâches de base comme le service de garde puisse être réalisé sans surcharge.

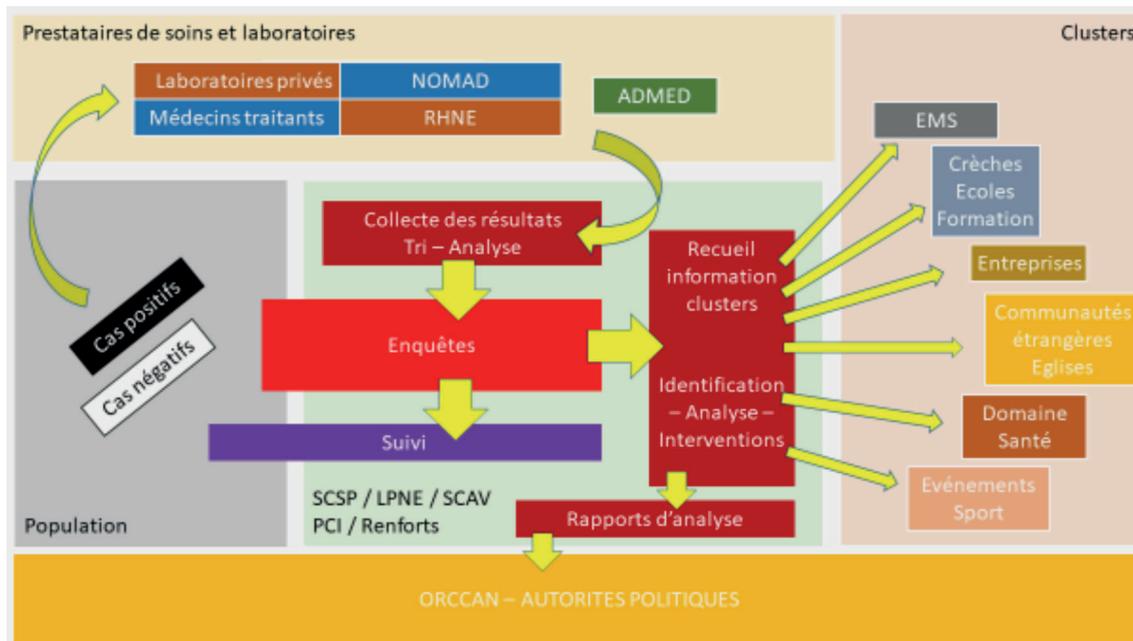
LE FRONT DE LA LUTTE CONTRE L'ÉPIDÉMIE

La lutte contre l'épidémie s'appuie sur deux modes d'action, les mesures collectives et les mesures individuelles.

Les mesures collectives sont décidées par le Conseil d'Etat après étude par l'Etat-major ORCCAN. Elles comprennent par exemple les décisions de fermeture des restaurants, les limitations de rassemblement de personnes, le port du masque. L'équilibre entre le bénéfice de santé publique mesurable et l'impact économique est très subtile. Il faut relever le rôle central du service de la consommation et des affaires vétérinaires qui propose ces mesures et est aussi chargé de leur surveillance.

Les mesures individuelles se traduisent par les décisions d'isolement et de quarantaine. C'est le service de la santé publique qui en a la charge. Ce sont plus d'une trentaine d'enquêteurs, rattachés à la Ligue pulmonaire, qui gèrent chaque jour et le plus vite possible toutes ces situations sous la conduite du médecin cantonal adjoint.

Figure 1 : ORGANISATION DES FLUX POUR RÉALISER LES MESURES DE CONTRÔLE INDIVIDUELLES



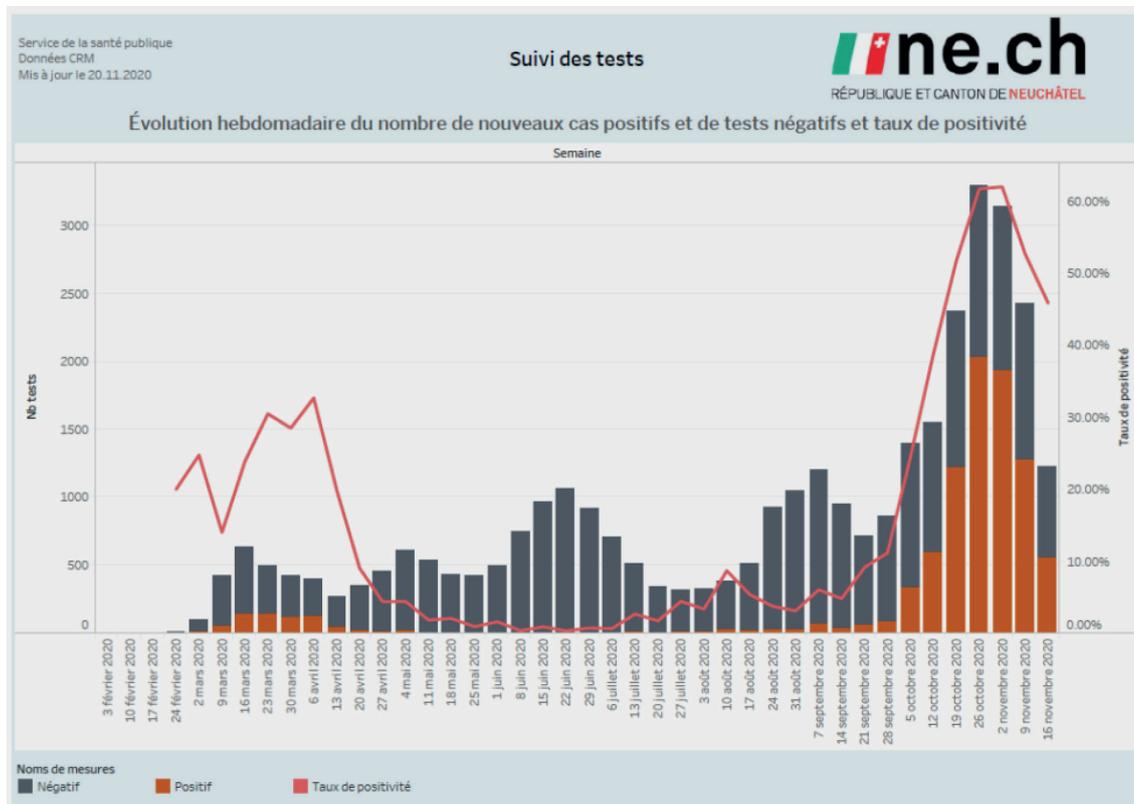
Ce système doit sans cesse être réorganisé. Actuellement, nous travaillons sur une nouvelle stratégie de dépistage qui intègre aussi les tests rapides antigéniques et leurs limites. L'étape suivante est de développer une approche de tests plus agressive en cas de clusters, notamment dans les entreprises.

Une fois que les mesures collectives auront ralenti l'épidémie, il s'agira de renforcer encore les mesures de traçage pour rester dans une zone de sécurité, comme ce fut le cas en juin et juillet. La zone de sécurité peut se définir à Neuchâtel comme une période prolongée avec moins de dix cas par jour et un taux de positivité des tests de moins de 5%.

// APRÈS LA DEUXIÈME VAGUE DE COVID-19

Dr Claude-François Robert, médecin cantonal

Figure 2 : NOMBRE DE TESTS ET TAUX DE POSITIVITÉ



CONCLUSION

Une fois atteint le seuil de sécurité, tout doit être mis en œuvre pour y rester. Nous avons tous compris que le risque de laisser le virus ensemençer la population et ressurgir en mode exponentiel doit être empêché.

C'est donc une attention maximale qui devra être portée ces prochains mois pour éviter une troisième vague.

La vaccination est la seule option pour contrôler le virus COVID-19. Ce sera une opération jamais réalisée en Suisse. Elle s'inspirera de campagnes de vaccinations organisées par l'OMS dans la lutte contre la méningite au Sahel ou au Brésil, soit réaliser des milliers de vaccinations chaque mois. Avec quels vaccins, dans quelles conditions, vers quel groupe prioritaire ?

Ces questions sont encore en suspens. Au service de la santé publique, nous avons engagé une cheffe de projet chargée de conduire ce dossier. La collaboration avec médecins et pharmaciens sera essentielle. Nous savons combien nous pouvons compter sur le corps médical depuis le début de l'épidémie.

Les mois à venir seront un défi majeur pour viser le contrôle de ce virus et pour réduire les impacts sur la société.