Num 003

Au service de la santé

MédiS News

N° 003 / Mai 2018



« MédiS est l'histoire d'une réussite collective, portée par des compétences tunisiennes, qui n'aurait jamais abouti sans la volonté, la persévérance et le savoir-faire de tous ses collaborateurs. »

Youssef Chahed, lors de l'inauguration de NEAPOLIS Pharma

EDITORIAL 03

La santé d'un être humain n'a pas de prix mais a un coût

En matière de traitement du cancer, la Tunisie débourse annuellement plus de 150 MDT pour importer des médicaments anticancéreux. Une facture qui se fait de plus en plus lourde au fil du temps. La création de NEAPOLIS PHARMA est venue répondre à ce besoin national pressant afin de prévenir tout risque de rupture de stock à l'avenir en plus de permettre d'importantes économies en devises à la Pharmacie Centrale.

INNOVATION MédiS 10

INAUGURATION DE NEAPOLIS Pharma

C'est désormais chose faite ! NEAPOLIS Pharma, unité de production de médicaments anticancéreux et biosimilaires, située à Aïn Kemicha (Nabeul), a été officiellement inaugurée dans la matinée du 30 avril 2018 en présence d'hôtes de marque et notamment le Chef du Gouvernement M. Youssef Chahed et le ministre de la Santé M. Imed Hammami.

DOSSIER PHARMACOVIGILANCE 05



En 1972, l'OMS a défini la pharmacovigilance comme étant « toute activité tendant à obtenir des indications systématiques sur les liens de causalité probables entre médicament et réactions adverses dans une population ». En Tunisie, le Centre National de Pharmacovigilance tunisien a été créé en décembre 1984 et est membre de l'OMSC depuis 1993.

Dr Riadh DAGHFOUS

BATAILLE DE VIE 08

Le diabète : un combat au quotidien

En quelques décennies, il s'est imposé comme le mal du siècle. Pourtant, le diabète n'est pas une fatalité. En misant plus sur la prévention, en améliorant le suivi et en insistant sur l'hygiène de vie des patients, la maladie pourrait, en effet, reculer.

ACTIVITÉ MédiS 04

9ème Édition du Prix MédiS de recherche en santé mentale: 3 lauréates primées

Le Groupe MédiS a organisé, vendredi 13 avril 2018, la 9ème édition de son Prix de la recherche en santé mentale. Trois lauréates ont été primées ex-aequo, à savoir Dr Salima Jelili, Dr Ghada Hamdi et Dr Roua Trabelsi. En tout, sept travaux de recherche ont été présentés lors de cette édition, témoignant de l'intérêt des jeunes chercheurs pour le Prix MédiS.

PAROLE AUX PROFESSIONNELS 12

Courbatures : croyances et vérités

Candidoses vulvu-vaginales récidivantes : le vrai du faux 13

Dépression majeure : quels antidépresseurs de nouvelle génération choisir ? 14

INTERVIEW MédiS 09

Il s'appelle Abderraouf Haj Mabrouk, plus connu sous le nom d'El Haj. Il est délégué médical chez MédiS depuis 2006. Grâce à son caractère affable et son côté jovial mais aussi à son professionnalisme et sa parfaite maîtrise des produits qu'il représente, il a réussi à enchaîner les records de vente. Retour sur une carrière impressionnante et un personnage loin d'être ordinaire.

INTERNATIONAL 16 - 17 - 18

Troubles de sommeil chez les enfants et les adolescents: la solution mélatonine

Arthrose: plus fréquent rhumatisme au monde, elle est souvent banalisé à tort !

06 - 07 RÉFLEXIONS

Ramadan : jeûne, abstinence et bien-être

Défi de la baleine bleue : de l'addiction à la malédiction

DIABIPHAGE

Metformine Chlorhydrate

850mg





LA METFORMINE

BY MÉDIS

MédiS au service de la santé

La santé d'un être humain n'a pas de prix mais a un coût

Comité éditorial

DIRECTEUR DU COMITÉ ÉDITORIAL:
Hatem AMIRA

COORDINATRICE:
Imen BOUJBEL

SECRÉTAIRE DE RÉDACTION:
Hatem AMIRA

INFOGRAPHISTES :
Hamdi NAILI / Mohamed KRIMI

RÉDACTRICE EN CHEF:
Rym BENAROUS

LA RÉDACTION :
Imen BOUJBEL
Med BOUCHOUCHA
Inès JELASSI
Linda KNANI
Mohamed Amine BOUJBEL
Dalila DJEMEL

Editorial

par Dr. Lassaad BOUJBEL



En matière de traitement du cancer, la Tunisie débourse annuellement plus de 150 MDT pour importer des médicaments anticancéreux.
Une facture qui se fait de plus en plus lourde au fil du temps, d'une part à cause de la dépréciation du dinar et d'autre part à cause de l'inquiétante prolifération de cette maladie. En effet, 14 000 nouveaux cas de cancer sont détectés chaque année en Tunisie et les experts craignent une recrudescence plus importante d'ici à l'horizon 2025. Une partie de la solution réside donc dans la production locale des médicaments anticancéreux.
La création de NEAPOLIS PHARMA, filiale du Groupe MédiS, est venue répondre à ce besoin national pressant afin de prévenir tout risque de rupture de stock à l'avenir en plus de permettre des économies en devises à la Pharmacie Centrale à hauteur de 25 MDT par an voire plus. Spécialisée dans la fabrication de médicaments hautement actifs à usage humain dédiés au traitement des différentes maladies par chimiothérapie, NEAPOLIS PHARMA deviendra ainsi la plus grande unité de production de traitements anticancéreux en Afrique et au Moyen-Orient.

Un galon de plus pour le groupe MédiS et un investissement de l'ordre de 50 MDT qui mise sur l'excellence en terme de standards de bonnes pratiques et de technologie de production s'appuyant, essentiellement, sur de jeunes compétences tunisiennes parfaitement formées et qualifiées pour assurer la pérennité et l'efficience de cette nouvelle structure. NEAPOLIS Pharma est un rêve collectif qui se concrétise, un motif de fierté pour tous les collaborateurs MédiS et un acquis national pour les Tunisiens. A la croisée des chemins entre science, médecine, technologie et économie, l'industrie pharmaceutique est un des volets de la sécurité nationale sanitaire et un indicateur de référence pour évaluer le progrès et le développement d'une nation. Avec NEAPOLIS Pharma, nous espérons envoyer un signal fort, au delà de nos frontières, pour témoigner de la relance économique nationale mais aussi redonner espoir aux Tunisiens en un lendemain meilleur pour leur pays.

Dr. Lassaad Boujbel

SOMMAIRE

- **Editorial, par Lassaad Boujbel** : La santé d'un être humain n'a pas de prix mais a un coût ..... P. 3
- **Activité MédiS :** 9ème édition du Prix MédiS de la recherche en santé mentale ..... P. 4
- **Dossier :** Pharmacovigilance en Tunisie: état des lieux ..... P. 5
- **Réflexions :** Ramadan: jeûne, abstience et bien-être ..... P. 6
- **Réflexions :** Défi de la baleine bleue: de l'addiction à la malédiction ..... P. 7
- **Bataille de vie :** Le diabète, un combat au quotidien ..... P. 8
- **Interview :** Abderraouf haj Mabrouk, alis Monsieur IRYS ..... P. 9
- **Innovation MédiS:** Inauguration de NEAPOLIS Pharma ..... P.10 - 11
- **Parole aux professionnels :** Courbatures: croyances et vérités ..... P. 12
- **Parole aux professionnels :** Candidoses vulvo-vaginales récidivantes: le vrai du faux ..... P. 13
- **Parole aux professionnels :** Dépression majeure: quels antidépresseurs de nouvelle génération choisir ? ..... P. 14
- **International :** Troubles du sommeil chez les enfants et les adolescents: la solution mélatonine ..... P.16 - 17
- **International :** Arthrose: plus fréquent rhumatisme au monde, elle est souvent banalisée à tort ! ..... P. 18
- **Divertissement** ..... P. 19

9ème édition du Prix MédiS de la recherche en santé mentale: trois chercheuses primées

Le Groupe MédiS a organisé, vendredi 13 avril 2018, la 9ème édition de son Prix de la recherche en santé mentale et récompensé, pour la toute première fois, trois lauréats ex-æquo et plus précisément trois lauréates. Une cérémonie a été organisée à cette occasion, rehaussée par la présence du ministre de la Santé, M. Imed Hammami et de celle de M. Lassaad Boujbel, fondateur des laboratoires pharmaceutiques MédiS.

Enjeu de santé publique majeur, la santé mentale nécessite un travail de recherche continu et participatif afin de mieux cerner l'envergure des troubles psychologiques, identifier les facteurs qui y sont associés, prévenir les risques et enfin, mettre à la disposition des patients un traitement ciblé et efficace. Conscient de l'importance de la santé mentale dans le système de santé de par le monde et notamment en Tunisie, le Groupe MédiS, avec l'appui des sociétés savantes en psychiatrie, organise, chaque année, le Prix de la recherche en santé mentale qui encourage les jeunes psychiatres à approfondir leurs connaissances et à publier des travaux de qualité. Ouvert à tous les professionnels tunisiens ou exerçant en Tunisie, aussi bien ceux du privé que du public, ce Prix récompense le meilleur travail individuel ou collectif de recherche clinique dans une thématique donnée.

Dans son allocution de bienvenue, M. Lassaad Boujbel a déclaré à ce propos : « Fidèle à sa tradition, le Groupe MédiS confirme, pour la 9ème année consécutive, son engagement en faveur de l'excellence en matière de recherche clinique et réitère son soutien à l'égard des jeunes chercheurs désireux de publier des travaux de qualité en matière de santé mentale. Tout au long des 8 sessions écoulées, 78 travaux ont concouru au Prix MédiS. C'est dire l'intérêt porté par les jeunes professionnels à la recherche et leur désir à aller de l'avant afin de mieux se spécialiser. »

Prenant la parole à son tour et d'une manière très décontractée, M. Imed Hammami, ministre de la Santé, a déclaré qu'un ancien lien professionnel le liait aux laboratoires MédiS. Ingénieur de formation, il avait travaillé à ses débuts dans une société de bâtiment et avait été chargé du chantier MédiS, chapeautant ainsi la construction de la première unité du Groupe 20 ans en arrière. Un souvenir qu'il se plaît à remémorer. Continuant sur sa lancée, il a ajouté : « Je suis heureux de constater l'évolution spectaculaire de ce fleuron tunisien de l'industrie pharmaceutique. L'implantation de MédiS dans des pays autres que la Tunisie est un gage de réussite et de prospérité tout comme l'est l'organisation de la 9ème édition du Prix MédiS de la recherche en santé mentale. Cela représente beaucoup de travail et un engagement de toute heure d'hommes et de femmes regroupés autour d'une vision et d'un projet pérenne. Le ministre de la Santé a réaffirmé à cette occasion son soutien au Groupe MédiS et à tous les acteurs de l'industrie pharmaceutique en Tunisie qui jouent un rôle essentiel pour la prospérité de l'économie nationale.



Pour cette 9ème édition du Prix MédiS de la recherche en santé mentale, sept travaux de recherche ont été présentés par des psychiatres aussi bien du privé que du public, représentatifs de plusieurs villes tunisiennes. Pour la première fois de son histoire, le Prix a été attribué ex-æquo à trois lauréats qui ont reçu, chacun, la somme de 2500 DT à titre d'encouragement pour la poursuite de leurs recherches.

Il s'agit de Dr Salima Jelili, du service de pédopsychiatrie de l'hôpital Razi, pour sa recherche intitulée « Adolescents à ultra haut risque de psychose: quelles particularités cognitives ? » Rejoignant les résultats d'autres études scientifiques menées en Tunisie et ailleurs, son étude a permis de mettre en évidence une altération de l'attention et de la mémoire chez les sujets étudiés.

La deuxième lauréate est Dr Ghada Hamdi, du service de psychiatrie F de l'hôpital Razi, pour sa recherche intitulée « Protéine C Réactive (CRP) et troubles cognitifs dans la maladie bipolaire ». Sa recherche a permis de prouver que le taux de CRP est particulièrement élevé au cours de l'altération de la mémoire et des fonctions exécutives chez les bipolaires par rapport aux sujets témoins.

Troisième chercheuse primée, Dr Roua Trabelsi, du service de psychiatrie F de l'hôpital Razi, pour sa recherche intitulée « Hypovitaminose D et troubles cognitifs dans la schizophrénie ». Son travail de recherche pourrait constituer une piste pour une meilleure prise en charge des patients atteints de schizophrénie.

Liste des projets de recherche proposés dans le cadre du Prix MédiS de la recherche en santé mentale pour l'année 2018

-Dr Salima Jelili, (Service de pédopsychiatrie de l'hôpital Razi) : Recherche intitulée « Adolescents à ultra haut risque de psychose : quelles particularités cognitives ? »
-Dr Ghada Hamdi (Service de psychiatrie F de l'hôpital Razi) : Recherche intitulée « Protéine C Réactive (CRP) et troubles cognitifs dans la maladie bipolaire ».
-Dr Roua Trabelsi (Service de psychiatrie F de l'hôpital Razi) : Recherche intitulée « Hypovitaminose D et troubles cognitifs dans la schizophrénie »
-Dr Faten Fekih (Service de psychiatrie E de l'hôpital Razi) : Recherche intitulée « Idéations suicidaires sont-elles liées à la religiosité chez les étudiants après la révolution du 14 janvier? »
-Dr Mohsen Hedrich (Libre pratique) : Recherche intitulée « مصطلح جديد للهلوسة البصرية »
-Dr Yosra Abid (Service de psychiatrie E de l'hôpital Razi) : Recherche intitulée « Relation entre dépendance aux smartphones, la qualité du sommeil, l'anxiété et la dépression chez les étudiants»
-Dr Hend Maatoule (Unité pédopsychiatrie de l'hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir): Recherche intitulée « Profil psychologique et qualité d'attachement chez des étudiants avec cyberaddiction »
-Pr Ag. Amel Mrad (Service psychiatrie de l'hôpital Fattouma Bourguiba de Monastir) : Recherche intitulée «Activation de la voie de la kynurénine et risque suicidaire chez les patients avec troubles dépressifs majeurs »

La pharmacovigilance en Tunisie : État des lieux

En 1972, l'OMS a défini la pharmacovigilance (PV) comme étant « toute activité tendant à obtenir des indications systématiques sur les liens de causalité probables entre médicament et réactions adverses dans une population ».

En 2005, la surveillance des médicaments a évolué après le retrait brutal du marché de certains médicaments et en particulier la Cérivastatine® en août 2001, le Vioxx® en octobre 2004 et le Ximelagatran en 2005. La pharmacovigilance a ainsi été intégrée dans des plans de gestion des risques et sa définition a été élargie à la surveillance, la prévention, l'évaluation et la gestion du risque d'effets indésirables liés aux médicaments quelles que soient les conditions d'utilisations, conformes et non conformes aux termes de l'AMM et les situations de surdosage, de mésusage, d'abus et d'erreurs médicamenteuses.

La pharmacovigilance a pour objectif d'identifier les effets indésirables inconnus en fin de développement clinique. Une bonne connaissance de ces derniers permet un meilleur usage du médicament et donc une réduction des risques pour chaque patient exposé.
Le Centre National de Pharmacovigilance tunisien (CNPV) a été créé en décembre 1984 et est membre de l'OMS depuis 1993. A travers le service de recueil et d'analyse des effets indésirables et les services régionaux de PV, le CNPV a pour mission de promouvoir, sur le plan national, les mesures permettant une meilleure connaissance de la nature et de la fréquence des effets indésirables des produits médicamenteux et apparentés (vaccins, sérums, produits utilisés dans les thérapies alternatives, cosmétiques, ...) et les mesures permettant de contribuer, tant au plan individuel que collectif, à la réduction de leur survenue dans un but d'amélioration de la sécurité des malades, tout en veillant à l'efficacité thérapeutique. C'est ainsi que le CNPV a mis au service des malades des consultations quotidiennes permettant de recevoir les patients, et/ou leurs parents, ayant fait l'objet d'effets indésirables concernant les médicaments, les vaccins ou les produits cosmétiques.

Les opérateurs du CNPV procèdent, à chaque notification, à la vérification de l'imputabilité de ces effets indésirables aux médicaments et proposent des stratégies thérapeutiques au médecin traitant, en fonction du cas. Ces opérateurs évaluent également le risque foetal suite à la prise de médicaments par une femme au cours de sa grossesse et analysent les cas de mésusage et d'erreurs médicamenteuses afin de déterminer leur cause et d'établir les recommandations nécessaires pour les prévenir.

La notification des effets indésirables en Tunisie est une activité spontanée. Elle n'est obligatoire que pour les représentants des sociétés pharmaceutiques implantées en Tunisie ou à l'étranger. Elle se fait de différentes manières : l'utilisation d'une fiche de présomption (document qui permet de déclarer le cas), par appels téléphoniques (71 260 699, 71 260 636, 71 260 697), par Fax (71 260 714), ou via le site Web (www.pharmacovigilance.rns.tn). La consultation au sein de notre centre (locaux de l'administration de l'ancienne Faculté de Médecine de Tunis, 9, rue Dr Zouheir Essafi, 1006 Tunis) reste la principale source de notification.

Par ailleurs, le CNPV, à travers le service de pharmacologie clinique, réalise des études de biodisponibilité et de bioéquivalence sur des malades et des sujets sains et assure le dosage d'une centaine de médicaments et le suivi thérapeutique, ce qui permet de prévenir et de minimiser les risques des effets indésirables chez les patients.

En Mars 2016, de nouvelles directives tunisiennes pour les bonnes pratiques en pharmacovigilance (GVP) ont été publiées sur le site du CNPV. Ces directives sont une synthèse des Arab guidelines on GVPs, elles mêmes inspirées des bonnes pratiques internationales nouvellement formulées en matière de PV (bonnes pratiques de PV européennes). Elles ont pour principal objectif de souligner les exigences nationales spécifiques à la Tunisie par rapport aux différentes tâches et responsabilités en PV des détenteurs d'AMM. Ainsi, selon ces directives, toute entreprise ou organisme exploitant un médicament ou produit à usage humain a l'obligation de mettre en place un service de pharmacovigilance dans le but d'assurer le recueil, l'enregistrement et l'évaluation scientifique des informations relatives aux effets indésirables susceptibles d'être dus à des médicaments dans un but de prévention et de réduction des risques et au besoin prendre des mesures appropriées. Ce service



est placé en permanence sous la responsabilité d'une personne qualifiée justifiant d'une expérience en matière de pharmacovigilance. Le responsable doit veiller au respect des obligations de déclaration de pharmacovigilance auprès des autorités. A noter qu'une nouvelle version mise à jour de ces directives sera disponible dans les jours à venir.

Deux autres acteurs participent à l'activité de pharmacovigilance en Tunisie. D'abord, les professionnels de santé qui jouent un rôle fondamental dans le système national de PV, puisque ce sont eux qui prescrivent, administrent ou délivrent les médicaments et assurent le suivi médical des patients et sont ainsi à la base de la notification. Ensuite les patients et associations de patients qui peuvent déclarer directement un effet indésirable lié à un médicament, sans passer par un professionnel de santé. L'ouverture du système national de PV aux patients fait suite à plusieurs expérimentations menées par plusieurs pays depuis une dizaine d'années, en collaboration avec les associations.

En conclusion, on peut dire que l'importance de la pharmacovigilance, pour assurer la qualité des médicaments, n'est plus discutable actuellement. La PV est l'affaire de tous : personnels de santé, laboratoires pharmaceutiques, patients qui doivent rapporter toute suspicion d'effet indésirable et d'inefficacité des médicaments (princeps, génériques et biosimilaires), autorités (CNPV) qui doivent garantir la qualité et la sécurité des médicaments.

Docteur Riadh DAGHFOUS
Directeur Général du Centre
National de Pharmacovigilance



RAMADAN: Jeûne, abstinence et bien-être

Le jeûne, dans sa signification médicale, est une abstinence nutritionnelle de durée variable, proposée souvent comme adjuvant thérapeutique pour la mise au repos de certains organes affectés par la maladie, ou rarement comme épreuve dynamique testant l'activité motrice ou sécrétoire de certains viscères ou glandes ayant un rôle métabolique et digestif. L'essence divine du jeûne, considéré dans son contexte religieux, est une mise à l'épreuve de la volonté, de la patience et de la charité interhumaine face à la faim, sans occulter toutefois son objectif sanitaire tel qu'annoncé par le prophète Mohamed pour signifier l'apport d'une bonne santé par le jeûne : soumou tesouhhou.



LA RUPTURE DU JEÛNE

Le mois de Ramadan, outre ses vertus religieuses, se caractérise par une adaptation de l'organisme à une nouvelle chronologie comportementale perturbant, surtout au début, l'horloge biologique du jeûneur. Ces perturbations sont encore accentuées par le manque de respect des règles hygiéno-diététiques réclamées par l'état de santé de chacun.

Après un jeûne plus ou moins long selon les saisons, la sécrétion gastrique acide affiche son summum par le biais de l'hypoglycémie, ce qui explique les symptômes de la faim ressentis en fin de journée : malaise, lourdeur, céphalées, vertige, fatigue et irritabilité.

Pour répondre aux besoins de l'organisme, la première collation doit être quantitativement modérée et composée essentiellement de liquides et de sucres d'absorption rapide. Ceci est pratiquement et empiriquement pratiqué dans nos traditions puisque l'eau, le lait, la bsissa, les dattes ou encore mieux la tisane tiède sont bien souvent consommés dans nos régions. A ce titre, on rappelle qu'en saison chaude et contrairement à l'accoutumée, les boissons trop fraîches ou glacées n'apaisent ni la soif ni la chaleur corporelle. Les boissons gazéifiées sont, quant à elles, déconseillées.

L'importance accordée à l'eau dans nos habitudes ramadanesques traditionnelles est illustrée par la place qu'occupe la bouteille ou la carafe sur la table à manger. Certains vont jusqu'à parfumer l'eau en y instillant des arômes. L'extrait de fleur d'oranger est le plus utilisé. L'usage du lait et des dattes pour rompre le jeûne, rite émanant du prophète, est souvent apprécié par les pieux qui se l'offrent mutuellement dans les mosquées avant la prière.

Après la rupture du jeûne, qui n'est autre qu'un coupe-faim permettant à l'estomac de reprendre doucement ses fonctions digestives, un temps de pause est médicalement recommandé, durant lequel habituellement, certains se livrent à leurs prières et d'autres à des activités ménagères.

LE DÎNER

Souvent, le dîner est pris lors de la rupture du jeûne, rendez-vous sacré rassemblant tous les membres de la famille et parfois même des invités autour d'une table bien chargée de plats variés défiant ainsi l'ordinaire et les principes élémentaires de la nutrition. L'ordre de service des plats est identique un peu partout.

La soupe dans tous ses aspects (potage, crème, bouillon, sder, hlelem, etc.) représente le premier mets consommé en raison de sa digestion facile. Il est toutefois important de veiller à son épaississement à l'intention des personnes souffrant de reflux gastro-œsophagien. Il est également recommandé d'exclure les épices piquantes dans tous les plats cuisinés pour tous les gastropathes.

Les salades sont également très présentes sur les tables ramadanesques. Elles représentent médicalement les aliments les plus recommandés et s'intègrent dans les régimes de multiples affections telles que le diabète, les atteintes cardio-vasculaires, l'obésité, les maladies digestives, etc. En effet, de par leur richesse en fibres, les légumes réhabilitent le transit intestinal et assurent une protection colique, à l'exception des légumes fortement aromatisés dont le radis, le fenouil, le chou et le chou-fleur ainsi que les féculents qui sont déconseillés chez les colopathes.

Les graisses cuites et polysaturées sont difficiles à digérer bien qu'elles stimulent l'axe hépatobiliaire d'où l'idée de différer la consommation des briks, des tajines, des plats riches en œufs ou encore du kaftaji à la fin du repas.

Notre comportement nutritionnel fait en sorte que le plat de résistance soit à base de céréales. En effet, les pâtes sous toutes ses formes figurent presque toujours au menu. Ce qui nous amène à en alerter les diabétiques autorisés à jeûner ainsi que les obèses et les dyspeptiques.

Les viandes rouges, réputées responsables de maladies graves essentiellement coliques, doivent être remplacées par de la viande blanche de volaille et par du poisson bien qu'ils soient mal appréciés durant le mois de Ramadan en raison de la soif qu'ils engendrent.

La viande hachée, rentrant dans la préparation de plusieurs mets (merguez, bnedek, tajines, cannelloni, etc) est très vulnérable et périssable.

Les fruits de mer, également périssables, sont rarement consommés durant le mois sacré.

Les produits laitiers figurent timidement dans notre cuisine ramadanesque.

DELICES NOCTURNES

Les boissons, en dehors de l'eau, sont déconseillées à table et plus particulièrement les boissons gazéifiées. Toutefois, pendant la soirée et en dehors des repas, une bonne ration hydrique est recommandée voire nécessaire : eau, jus de fruits, café et thé légers.

Les fruits, étant riches en sucres d'absorption rapide, leur consommation juste après le dîner est une habitude à rectifier et à éviter. Les servir loin du dîner est mieux souhaité.

Les gâteaux et confiseries (essentiellement samsa et zlebia) ainsi que les préparations d'occasion type bouza, krima, assida et zriga sont souvent appréciés en soirée bien qu'ils soient interdits aux patients atteints de diabète, de dyslipémie, d'obésité ou encore souffrant d'atteintes cardio-vasculaires ou de troubles digestifs. A noter que le chocolat a un effet délétère sur les reflueurs essentiellement alors que les fruits secs, consommés modérément, sont bénéfiques pour la protection des vaisseaux en raison de leur richesse en huiles insaturées.

LE SHOUR

Dernière collation de la nuit, le shour est à prendre le plus tard possible, voire même à l'aube.

Selon les habitudes, il se compose des surplus du dîner pour certains et pour d'autres de plats composés de lait avec du riz, du couscous ou des vermicelles. Le masfouf, aux dattes, aux raisins secs ou encore aux grenades, reste l'un des mets les plus apprécié pendant le Ramadan.

RECOMMANDATIONS

Il est utile d'insister sur l'importance d'une alimentation bien équilibrée, tenant compte des spécificités de chacun :

- Peu de sel pour les hypertendus, les cardiaques, les néphropathies ainsi que les malades hépatiques à condition qu'ils soient tous autorisés à jeûner.
- Pas d'épices ou d'acides pour les gastritiques.
- Pas de graisse ni fritures pour les dyspeptiques biliaires, les dyslipémiques et les coronariens.
- Les mets trop sucrés, les fruits et les pâtisseries sont à consommer avec prudence.
- La fragmentation du repas est nécessaire.
- Pour beaucoup de patients, le jeûne ne se pratique qu'après avis du médecin traitant à qui revient la modulation des moments de prise médicamenteuse.
- L'ulcère actif contrindique le jeûne car, même après cicatrisation, les récidives peuvent survenir et des complications peuvent se déclencher, d'où la nécessité d'avoir un traitement protecteur le mois durant.

Le jeûne médicalement conçu est une véritable épreuve d'épuration permettant à certains organes comme le foie de débarrasser l'organisme des produits toxiques résultant des réactions métaboliques. C'est aussi une épreuve de mise au repos de certains autres organes digestifs comme le pancréas et la vésicule biliaire. Pour d'autres, il s'agit d'une véritable épreuve de stimulation tant motrice que sécrétoire.

Durant le mois de Ramadan, d'autres facteurs, outre le jeûne, interfèrent sur la santé et méritent d'être pris en considération tels que le manque de sommeil, le changement de rythme des prises alimentaires, le non respect des heures de prise médicamenteuse, les écarts de régime ou encore les agressions acoustiques environnantes.

Dr Mokhtar Ben Ismail

* Le grand livre du Ramadan Mc- Editions 2008 (Livre collectif)

Défi de la baleine bleue : de l'addiction à la malédiction



Durant ces dernières décennies et au vu des mutations socio-économiques et culturelles auxquelles notre société a été assujettie, les modalités d'interactions sociales ont changé et de nouvelles sociabilités ont émergé. Internet est devenu un nouvel espace de vie particulièrement occupé par les adolescents, tel que rapporté par plusieurs auteurs dans la littérature [1]. En effet, les jeunes ont plus de temps libre, n'ont pas de préoccupations familiales ou professionnelles et cherchent davantage à nouer des relations [1-3].

En l'absence de surveillance parentale, les adolescents, en classe d'âge vulnérable, peuvent plus facilement glisser vers une dérive dans l'usage d'Internet. Leurs facilités d'adaptation aux nouvelles technologies semblent en faire le groupe le plus à risque.

L'association significative entre les usages excessifs d'Internet et les problèmes de santé mentale, physique et la vie scolaire et sociale a été démontrée [1-5].

Dans ce contexte, le « blue whale challenge » d'origine russe, en français le « défi de la baleine bleue », ou encore « Meriem » dans sa version arabe, est un jeu addictif qui existe sur Internet. C'est un jeu morbide et dangereux qui s'inspire d'une légende populaire, selon laquelle les baleines bleues sont capables de se suicider en s'échouant sur les plages. Il comporte en tout cinquante défis. Certains semblent à première vue inoffensifs (Exemples : « Écris un mot sur ta main », « Dessine une baleine sur une feuille »). Les autres, sont beaucoup plus sinistres : se réveiller en pleine nuit pour écouter de la musiques triste, regarder des vidéos prônant le suicide, se scarifier, ne plus parler à personne, fuguer, etc. L'étape ultime de ce jeu étant de se donner la mort.

Les enfants ou adolescents s'adonnant à ce jeu peuvent être déprimés ou psychologiquement fragiles. Ils sont, de ce fait, une proie beaucoup plus facile à manipuler et à endoctriner. Ils passent plus facilement sous la coupe des administrateurs et leur emprise.

Certains d'entre eux peuvent avoir été victimes de harcèlement. Ainsi, ils trouvent dans ce jeu une forme de communauté au sein de laquelle ils trouvent leur place.

L'adolescence, période de remaniements psychologiques, est propice aux conduites d'essai et d'exploration. L'adolescent cherche continuellement à découvrir de nouvelles potentialités et à tester ses limites. Il pourrait ainsi expérimenter ce jeu dans le cadre d'un défi, alimenté par la pression des pairs dont le rôle initiateur peut être important.

La faible cohésion de la structure familiale, la précarité sociale ainsi que le faible niveau d'instruction des parents sont autant de facteurs fragilisants.

Toutefois, il convient de rester prudent et de considérer les sujets au cas par cas.

Les mesures de protection ne se limitent pas seulement à la famille mais doivent concerner aussi les autorités spécialisées.

Dans ce cadre, en France par exemple, l'éducation nationale a ajouté le défi de la baleine bleue à la liste des jeux dangereux qui figurent sur son site internet [6].

Au Brésil, c'est un « anti-défi » qui a été créé : la « baleine rose ». Ce jeu propose, à la place des défis morbides de la baleine bleue, des tâches plus positives et met en contact les jeunes en difficulté avec d'autres qui sont en mesure de les aider [6].

Au Bangladesh, un numéro spécial a été mis à la disposition des citoyens. Les autorités bangladaises ont même ordonné aux opérateurs de téléphonie mobile et fournisseurs d'accès internet d'interrompre le trafic internet à certaines heures du soir [6].

En Tunisie, suite au suicide de sept enfants, des mesures ont été entreprises. Le jeu a été signalé en décembre 2017 par l'Agence Nationale de la Sécurité Informatique. Le ministère de la Femme, de la Famille et de l'Enfance a lancé un programme éducatif de sensibilisation à la culture numérique. Un spot de sensibilisation a été créé mais sa diffusion a été retardée en raison de la complexité des procédures administratives. Dernièrement, le tribunal de première instance de Sousse a rendu public un arrêt en référé interdisant « La baleine bleue » et « Meriem » [7, 8].

Notre expérience dans le service de pédopsychiatrie du CHU Razi sur le sujet a consisté à recevoir et prendre en charge des cas sporadiques à ce jour, soit à l'occasion de conduites suicidaires soit à l'occasion d'une addiction constatée par les parents et devant laquelle ils n'ont rien pu faire. Ces parents alertent le Délégué à la protection de l'enfance ou consultent directement notre service. Comme pour toute addiction, on constate la rencontre entre un profil psychologique (fragile ou fragilisé par l'adolescence ou tout autre facteur d'environnement négatif) et le jeu addictif. Le caractère morbide de cette application va trouver résonance chez un sujet déprimé ou isolé affectivement. On a observé d'autres répercussions psychologiques chez certains jeunes enfants (non usagers) après la médiatisation récente du caractère mortifère de ce jeu, à type de troubles anxieux, de phobies et de troubles du sommeil.

La prévention s'avère un pilier essentiel de lutte contre ce fléau. Elle passe essentiellement par la famille mais aussi par tous les professionnels de l'enfance dont le rôle est de prévenir, dépister et orienter précocement vers une prise en charge.

Références

[1] Cherif L, Ayedi H, Hadjkacem I et al. Prévalence de l'usage problématique d'Internet chez les adolescents, Sfax, Tunisie. L'Encéphale 2015 ; 41(8) :487-92.

[2] Blaya C. Les jeunes et les prises de risque sur Internet. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2015 ; 63(8) : 518-23.

[3] Plusquellec M. Les mondes virtuels menacent t'ils la santé mentale des enfants et des adolescents ? Arch Pediatr 2000 ; 7 :209-10.

[4] Danet M, Milijkovitch R. Monde virtuel : enjeux et risque liés à l'attachement. Psychologie Française 2017 ; 62(1) : 57-83.

[5] Cerniglia L, Zoratto F, Cimino S et al. Internet Addiction in adolescence: Neurobiological, psychosocial and clinical issues. Neuroscience and Biobehavioral Reviews 2017; 76:174-84.

[6] Saadoun H. Qu'est-ce que le « défi de la baleine bleue », ce jeu qui inquiète les Algériens ? TSA-Algérie : 10/12/2017.

[7] Rédaction de HuffPost Tunisie. 3 victimes de la "Baleine Bleue" en Tunisie en près de 10 jours: Le Délégué à la Protection de l'enfance tire la sonnette d'alarme. HuffPost Tunisie : 19/02/2018.

[8] Mourad S. Tunisie: Encore une nouvelle victime du Défi de la Baleine Bleue. Tunisie Numérique : 12/03/2018.

Ennaifer S., Hajri M., Abbes Z.,
Halayem S., Bouden A.
Service de Pédopsychiatrie
Hôpital Razi, la Manouba



Le diabète : un combat au quotidien

En quelques décennies, il s'est imposé comme le mal du siècle. Pourtant, le diabète n'est pas une fatalité. En misant plus sur la prévention, en améliorant le suivi et en insistant sur l'hygiène de vie des patients, la maladie pourrait, en effet, reculer. Les malades de type 1, portant le fardeau du diabète dès l'enfance, sont habitués à surveiller leur alimentation et leur santé pour éviter, autant que possible, les complications. Rien de tel pour les "types 2", qui se découvrent soudainement diabétiques, souvent vers la quarantaine et doivent désormais se plier à de multiples injonctions: maigrir, manger équilibré, faire 10000 pas par jour... Une discipline de vie qui peut être difficile à accepter.

Mohamed, 42 ans, commerçant, père de trois enfants, nous parle de sa victoire contre le diabète : « Quand mon médecin m'a dit que j'avais le diabète, j'avais 32 ans. Ca m'a révolté et je me suis dit que c'était impossible et que j'étais trop jeune pour ça. » Oui, je l'avoue aujourd'hui. Entendre ce mot "diabète" a été très difficile au début. Quand on travaille et qu'on est dynamique, on n'est pas préparé à affronter cette nouvelle mais il faut y penser. Devant cette maladie, il faut faire le deuil de sa vie passée. On passe par beaucoup d'étapes : choc, culpabilité, déni, dépression puis acceptation. J'ai beaucoup déprimé à cette époque.

Il m'a fallu chercher par moi-même le courage et les solutions pour y faire face. Jusque là, j'avais ignoré les premiers signes qui se présentaient. Je ne me suis pas inquiété de ma somnolence après les repas, de ma fréquente envie d'uriner, de ma soif plus importante, des compulsions alimentaires avec une alimentation déséquilibrée. Par ignorance, je mettais cela sur le compte du stress surtout que j'étais commerçant et que je me déplaçais assez souvent.

C'est en 2007, suite à une bronchite qui m'a fait garder le lit et qui a nécessité une consultation chez le médecin que j'ai découvert ma maladie. J'ai été diagnostiqué diabétique type 2 en décembre 2007 avec 2.47 g/l. C'était un vrai cataclysme ! Je refusais de me rendre à l'évidence et d'affronter cette réalité surtout que ma mère est diabétique et qu'elle était au stade de complications. Pendant une année, j'ai vécu dans le déni total de la maladie et je n'en ai même pas en parlé à ma famille. J'ai continué ma vie normalement. Je me suis même mis à faire la fête très régulièrement et suite à une soirée bien arrosée, j'ai été hospitalisé et c'est à partir de ce moment que tout a changé et que ma vie a changé.

Curieusement, je me suis vite intéressé à l'alimentation des diabétiques. J'ai dû évaluer mes besoins alimentaires au cours de mes journées à l'aide d'une nutritionniste. Il m'a fallu du temps pour trouver le juste équilibre afin d'éviter les hypoglycémies. J'ai rapidement compris que la rigueur à ce sujet était préconisée. Il fallait combiner, au quotidien, un régime alimentaire sain et une activité sportive telle que la marche tout en respectant la prise régulière des médicaments. J'ai suivi ce rythme pendant 3 à 4 mois. Après cette période, j'ai repris une alimentation quasi-normale, sans excès et sans restrictions, tout en équilibre. Mes analyses mensuelles de glycémie à jeun dans différents labo étaient correctes. A partir de là, j'ai adopté ces habitudes de vie et ça m'a réconcilié avec ma maladie. J'ai enfin vaincu mes pulsions. Je dois aussi avouer que ma famille a été d'un grand soutien.

Dans le traitement de votre diabète, l'alimentation occupe un rôle important, au même titre que l'activité physique et les traitements médicamenteux. Les effets bénéfiques d'une alimentation équilibrée sur la glycémie et la santé sont scientifiquement prouvés.

Voici quelques conseils de base :
- Prenez trois repas équilibrés par jour et, au besoin, des collations et évitez de sauter des repas
- Ayez un horaire de repas régulier. Ceux-ci devraient être espacés d'environ 4 à 6 heures. Les collations devraient être prises de 2 à 3 heures après le repas, s'il y a lieu.
- Mangez une variété d'aliments provenant des différents groupes alimentaires : légumes, fruits, féculents, lait et substituts, viandes et substituts
- Composez votre repas selon le modèle de l'assiette équilibrée et choisissez des aliments riches en fibres alimentaires. Limitez la consommation d'aliments sucrés et peu nutritifs (gâteaux, pâtisseries, sucreries, chocolat, biscuits, miel, sirops, confitures, etc.). Ceux-ci ne devraient être consommés qu'en petite quantité et de façon occasionnelle.
- Privilégiez l'eau pour vous hydrater plutôt que les jus de fruits et les boissons sucrées
- Consommez des substituts du sucre avec modération
- Pratiquez une activité physique régulière. Associée à une modification du régime, elle est efficace pour prévenir ou retarder l'apparition du diabète du type 2 chez des sujets à risque, avec une diminution de moitié en moyenne de son incidence. Au cours du diabète de type 2, l'exercice physique favorise l'équilibre glycémique et entraine une diminution de l'hémoglobine glyquée et ceci grâce à l'amélioration du transport et de l'utilisation du glucose musculaire pendant l'exercice et à la réduction du phénomène de l'insulinorésistance après la pratique de l'exercice. Elle améliore également la pression artérielle, le métabolisme des lipides et la perte et/ou la stabilisation du poids. Enfin, celà a un effet protecteur contre l'apparition des complications vasculaires ou neuropathies et reste bénéfique même en présence de ces complications.

Ines Jelassi



Entretien avec Abderraouf Haj Mabrouk

« MédiS est notre maison. Je l'ai vu s'agrandir, évoluer et s'internationaliser au fil des années et je ne peux qu'être fier d'appartenir à ce groupe. »

Il s'appelle Abderraouf Haj Mabrouk, plus connu sous le nom d'El Haj. Il est délégué médical chez MédiS depuis 2006 et opère principalement au Centre. Grâce à son caractère affable et son côté jovial mais aussi à son professionnalisme et à sa parfaite maîtrise des produits qu'il représente, il a réussi à enchaîner les records de vente. El Haj s'impose aujourd'hui comme l'un des meilleurs délégués médicaux de MédiS de tous les temps. Retour sur une carrière impressionnante et un personnage loin d'être ordinaire.

Quand avez-vous rejoint MédiS ?
Après des études en médecine et des stages d'étude en France et sur les conseils d'un ami cardiologue, j'ai eu une première expérience en tant que représentant dans une société de promotion de médicaments mais le travail n'était pas assez challengeant pour moi car les objectifs étaient immédiats et il n'y avait aucune stratégie à long terme mise en place. J'ai donc rejoint le groupe MédiS en décembre 2006. A l'époque, le nom MédiS commençait déjà à faire parler de lui mais il n'avait certainement pas la notoriété qu'il a aujourd'hui. Il a donc fallu travailler dur pour gagner la confiance des partenaires en leur proposant des produits pharmaceutiques de qualité et à l'efficacité prouvée pour les convaincre de les prescrire à leurs patients. Aujourd'hui, nous récoltons les fruits du dur labeur collectif des années passées puisque MédiS est devenue, entre temps, une multinationale et les médecins ne doutent plus du tout du sérieux de nos équipes et de l'efficacité de nos médicaments.

Sur quelles gammes avez-vous travaillé durant ces 16 ans ?
Mes débuts à MédiS étaient avec des produits « matures », bien installés sur le marché. Mais le challenge a été d'accompagner, par la suite, le lancement de nouveaux médicaments. Là est le vrai défi ! Et pour réussir ma mission, j'ai trouvé une technique infaillible. Mes produits, je les adopte et les présente comme mes enfants. Pour IRYS, le lien est encore plus fort puisqu'entre son lancement et la naissance de mon fils, il n'y a que quelques mois. Je les ai vu grandir tous les deux au fil des années et j'ai accompagné leurs premiers pas. Je me rends compte aujourd'hui qu'ils ont bien évolué depuis. D'ailleurs, là où je passe, on me surnomme « Monsieur IRYS ». Je suis d'ailleurs le délégué médical qui a le plus travaillé sur ce produit et j'y ai obtenu les meilleures performances de vente pendant des années. IRYS est aujourd'hui leader sur le marché et j'en suis vraiment fier. Il y a quelques mois, quand j'ai changé de gamme, certains, en plaisantant, me demandaient : « Comment as-tu pu abandonner ton enfant ? » Mais en réalité, il n'en est rien. Car aujourd'hui, même si je suis en charge d'autres produits, je trouve toujours le moyen de parler également de IRYS aux médecins. C'est plus fort que moi. Le nom d'IRYS est définitivement associé au mien et je ressens beaucoup de nostalgie en l'évoquant.

Pourquoi tant d'attachement à ces produits ?
Tout simplement parce que je crois en leur efficacité. Je suis convaincu qu'ils soulagent les patients et leur offrent une bonne alternative thérapeutique tout aussi efficace que celles des produits vendus par d'autres laboratoires mais à moindre coût. D'ailleurs, je garde en tête ce que nous a dit M. Lassaad Boujbel lors d'une réunion : « Moi, je vous extrais les meilleures molécules et vous offre les meilleurs produits. A vous de me donner les meilleurs résultats. » D'ailleurs, quatre semaines sont suffisantes pour s'assurer de l'efficacité de nos produits. Il suffit de les prescrire et de demander un bilan au patient au bout d'un mois. Les résultats seront au rendez-vous et l'ont toujours été heureusement. C'est ce qui finit par convaincre les professionnels de la santé.

Que représente MédiS pour vous ?
MédiS est notre maison. Je l'ai vu s'agrandir, évoluer et s'internationaliser au fil des années et je ne peux qu'être fier d'appartenir à ce groupe. Au fil des années, MédiS s'est forgé une image de marque forte et prospère, s'imposant par le sérieux de ses équipes et leurs compétences. On en ressent d'ailleurs l'impact positif au quotidien, au contact des professionnels de la santé. En interne, ce qui nous caractérise, c'est l'ambiance humainement chaleureuse qui règne telle dans une grande famille et ce sont les notions d'entraide, de communication, d'harmonie et de respect qui priment. Ce n'est pas pour rien que nos valeurs sont Motivation, Evolution, Défi, Innovation et Succès. Ces mots résument parfaitement notre philosophie et notre stratégie. Nous en sommes imprégnés et c'est ce qui fait notre force surtout lorsqu'il s'agit d'assurer un lancement. La mise sur le marché d'un nouveau produit né de l'innovation, c'est un défi qui nécessite de la motivation et dont la réussite fera notre succès collectif. Le fait de voir MédiS aller de l'avant, agrandir ses équipes, créer de nouvelles unités en Tunisie et à l'étranger et lancer de nouveaux produits à longueur d'année, nous booste et nous empêche de stagner. C'est cette évolution non stop qui rythme nos performances. Au final, c'est comme un match de foot. On a de bons coachs, les moyens nécessaires pour être d'attaque sur le terrain et une victoire en amène une autre !

« Depuis des années, je suis sur les routes, parcourant Sousse, Kairouan et avant cela Mahdia, Monastir, Kasserine, Gafsa, Tozeur et Sidi Bouzid de long en large, allant à la rencontre des professionnels de santé pour leur présenter les produits MédiS. J'ai toujours été fort de ma conviction que nos produits étaient de haute qualité et leur efficacité prouvée. C'est ce qui explique mes bonnes performances de vente au fil des années. »

Quelle relation entretenez-vous avec les professionnels de santé et comment arrivez-vous à les convaincre de choisir les produits MédiS plutôt que d'autres ?
La rencontre avec les professionnels de santé doit être un moment convivial, à la fois professionnel et amical. Les mots d'ordre de notre profession sont proximité, disponibilité et écoute. Le courant doit passer d'emblée et pour cela, il faut aussi faire preuve de tact. Il faut également être patient et renforcer, à chaque visite, la relation de confiance qui s'est instaurée. Tout au long de ma carrière, j'ai réussi à nouer d'excellentes relations avec les professionnels de santé qui me font


Abderraouf Haj Mabrouk

entièrement confiance quand il s'agit d'introduire un nouveau produit MédiS. D'ailleurs, quand je suis de passage dans la région et que je ne vais pas les voir, certains médecins me le reprochent à titre amical et viennent même me voir à l'hôtel où je passe la nuit.

Chaque lancement est-il un défi ?
La phase de lancement est très délicate parce qu'il faut convaincre les professionnels de santé de l'intérêt et de l'efficacité du nouveau médicament. Mais quand ils te font déjà confiance et que tu collabores avec eux depuis des années et quand ils sentent surtout que tu es vraiment convaincu par le produit, le message passe mieux et ils n'hésitent plus. C 'est, à chaque fois, un nouveau challenge et c'est ce qui me plaît le plus dans mon métier. J'aime les défis et chaque lancement en est un ! Etre tout le temps éjecté de sa zone de confort, user d'arguments de persuasion, parler de ce produit comme si c'était son propre enfant, suivre les chiffres d'évolution des ventes et contribuer à améliorer encore plus l'image de marque de MédiS, c'est ce qui fait que je me réveille chaque jour de bonne humeur et prêt à relever les défis.

Quelques temps forts de votre carrière ?
Je me rappelle encore la première fois où j'ai figuré sur le podium des meilleures ventes. C'était avec IRYS, mon compagnon de toujours. Je me souviens encore de ma fierté et surtout de ma persévérance pour ne pas avoir à céder ma place de Number One. Je dois avouer que lorsque je n'y figure pas, je ressens un pincement au cœur. Je me souviens également de mon premier voyage avec MédiS. La destination était inconnue. On m'avait demandé de préparer mon passeport ainsi que mon visa et de me diriger vers l'aéroport à une date précise. Ce n'est que sur place que nous avons su, mes collègues et moi, que nous partions en Espagne. Enfin, une de mes plus grandes fiertés, c'est que j'ai été à l'initiative du rassemblement des endocrinologues du Centre en organisant, il y a des années de cela, la Rencontre des endocrinos du Centre. Quelques années plus tard, une amicale est née et cette réunion informelle a acquis un statut légal.

NEAPOLIS Pharma : Le nouveau fleuron de l'ind

C'est désormais chose faite ! NEAPOLIS Pharma, unité de production de médicaments anticancéreux et biosimilaires, située à Aïn Kemicha (Nabeul), a été officiellement inaugurée dans la matinée du 30 avril 2018. La cérémonie a été rehaussée par la présence de très nombreux hôtes de marque, accueillis avec les honneurs par M. Lassaad Boujbel et notamment le Chef du Gouvernement M. Youssef Chahed, le ministre de la Santé M. Imed Hammami, le gouverneur de Nabeul, Mme Salwa Khiari, le Président de l'Union tunisienne de l'industrie, du commerce et de l'artisanat (UTICA) M. Samir Majoul, des ambassadeurs de pays arabes, africains et européens ainsi que des représentants des ministères de la Santé arabes et africains.



Le lundi 30 avril 2018, NEAPOLIS Pharma, plus gr
en oncologie et biotechnologie en Afrique et a
Un grand pas pour MédiS, un pas de g

Largement relayé par les médias nationaux, cet événement est le début d'une nouvelle ère pour le Groupe MédiS qui procèdera sous peu à la production de médicaments de chimiothérapie utilisés dans le traitement adjuvant des cancers. La gamme oncologie comprend des formes sèches (comprimés pelliculés et gélules) et des formes injectables stériles (flacons contenant des solutions liquides et/ou produits lyophilisés). Véritable problème de santé publique, le cancer est un fléau qui concerne pratiquement toutes les familles tunisiennes. Avec 14 000 nouveaux cas détectés chaque année et l'absence de médicaments localement fabriqués, il implique de lourdes dépenses en import de médicaments anticancéreux, estimées à plus de 150 millions de dinars convertis en devises, en plus du risque potentiel de rupture de stock à tout moment. NEAPOLIS Pharma vient donc répondre à ce besoin crucial de satisfaire, en priorité, les besoins du marché tunisien en médicaments anticancéreux afin d'alléger le coût de traitement du cancer en Tunisie, de réduire les dépenses en devises et éviter tout risque de pénurie de produits thérapeutiques.

Selon les prévisions, 25% de la production de NEAPOLIS PHARMA servira à couvrir les besoins du marché tunisien et le reste sera destiné à l'export. Un double bénéfice pour cette unité de production dédiée à l'oncologie qui se positionne aujourd'hui comme la plus grande du monde arabe et d'Afrique. Un acquis national, un motif de fierté et un message d'espoir dans un contexte national actuel qui n'est pas très favorable à l'investissement depuis quelques temps. Pourtant, MédiS Groupe a persévéré sur le chemin de l'expansion et concrétisé le projet NEAPOLIS Pharma. Dans son allocution le jour de l'inauguration, M. Youssef Chahed a déclaré à ce propos : « Lorsque j'ai reçu l'invitation de M. Boujbel, je n'ai pas hésité une seconde à y répondre favorablement. Je suis fier, en tant que Tunisien, qu'une telle structure de fabrication de médicaments, répondant aux normes d'excellence et aux standards internationaux, existe désormais en Tunisie. En tant que chef du gouvernement, il est de mon devoir de valoriser de tels projets tunisiens à succès qui ont réussi à percer à l'échelle nationale et internationale dans des domaines pointus nécessitant des compétences spécialisées. Soyez donc, vous ainsi que tous les investisseurs dans le domaine de l'industrie pharmaceutique, assurés de mon plein soutien à de tels projets bénéfiques à l'économie tunisienne. »

Miser sur la Tunisie et ses compétences

NEAPOLIS Pharma S.A, filiale de MédiS Groupe, a été créée en 2008 avec un capital social de 1 440 000 DT et avec un investissement 100% tunisien d'une valeur supérieure à 50 millions de dinars. Elle emploie actuellement 30 collaborateurs avec un objectif à moyen terme la création de 180 postes de travail. La moyenne d'âge actuelle est de 30 ans. Les compétences tunisiennes ont été mises à contribution lors de toutes les étapes de concrétisation du projet NEAPOLIS et selon l'avis d'experts, le recours à des compétences étrangères aurait doublé les coûts d'exécution et de mise en place de cette unité de production pharmaceutique. Pour M. Lassaad Boujbel, le choix de miser sur le potentiel tunisien n'était pas anodin. Il déclare à ce propos : « Le capital humain, c'est la vraie richesse de la Tunisie. L'intelligence tunisienne est notre vraie force. En ces temps durs et malgré le contexte socio-économique qui a eu un impact négatif sur la croissance économique et qui en a rebuté bien des hommes d'affaires aguerris, nous avons fait le pari d'investir car nous savions que nous pouvions compter sur la jeunesse et la compétence tunisiennes. Aujourd'hui, je me dis que nous avions bien raison et je ne peux qu'en être fier ! »

> ***« L'industrie pharmaceutique est un domaine participatif, à la croisée des chemins entre sciences, médecine, technologie et économie. Elle est révélatrice du degré de développement des sociétés modernes. Avec NEAPOLIS Pharma, nous sommes fiers de contribuer à hisser le rang de la Tunisie parmi les nations. »***
>
> **M. Lassaad Boujbel**

Le respect des bonnes pratiques

Les travaux de construction de l'unité NEAPOLIS Pharma ont débuté en 2011 et le bâtiment de trois étages, édifié sur une surface de 3700 m², abrite aujourd'hui les différents locaux nécessaires pour la fabrication de médicaments hautement actifs. Il se compose de salles stériles, de locaux de stockage, de pesée et d'échantillonnage ou encore d'aires dédiées au traitement de l'air et des eaux. L'aboutissement de ce projet a requis autant de temps car il s'agit là d'une unité de production spécifique qui se doit de répondre à des normes internationales et de se conformer aux bonnes pratiques d'usage en matière de production, ce qui nécessite beaucoup de temps et de précision, tant les enjeux et les risques en matière de sécurité du produit, de l'environnement du travail et du personnel sont cruciaux. Le challenge est donc multiple comme le confirme Mme Sonia Triki, responsable qualité à NEAPOLIS Pharma. Elle explique : « Le contrôle qualité est un volet très important dans l'industrie pharmaceutique. C'est un process qui répond à des exigences rigoureuses et à des procédures conformes aux normes internationales. Il s'agit d'abord de contrôler les matières premières et les articles de conditionnement avant même l'étape de fabrication puis de réaliser un deuxième contrôle au cours de la production via des essais réguliers et enfin, troisième étape, le contrôle avant la libération du produit sur le marché qui nécessite plusieurs types de contrôles et notamment les contrôles physico-chimiques ou encore microbiologiques. » Concernant la spécificité des médicaments anticancéreux, elle ajoute : « Le contrôle de ces produits est plus complexe car la manipulation des matières premières est plus délicate car nocive. Il ne faut en aucun cas qu'il y ait un contact direct entre la matière première ou même le produit fini avec l'opérateur. Le niveau de sécurité est donc beaucoup plus élevé que pour les molécules ordinaires. »








ustrie pharmaceutique en Tunisie officiellement inauguré



ande unité de production de médicaments spécialisés
Moyen-Orient, a été officiellement inaugurée.
éant pour la Tunisie et les pays voisins.

Temps forts d'une expansion

Lors de son intervention, Dr Nabil Saadaoui, CEO de MédiS, est revenu sur les moments forts du parcours du groupe pharmaceutique, créé en 1995, ainsi que sur les dates clés de sa croissance et de son développement aussi bien à l'échelle nationale qu'internationale. Il a déclaré à ce propos : « Cette croissance rapide est le fruit, certes de plusieurs années de travail et de sacrifices de nos compétences et à leurs tête notre fondateur Dr Lassaad Boujbel, mais c'est aussi l'aboutissement de nos systèmes de production, de contrôle de qualité, d'assurance qualité et de R&D. » Il a également insisté sur le respect obligatoire des normes et des réglementations, telles que les bonnes pratiques de fabrication prises en compte notamment par la Food & Grug Administration (FDA) et s'est félicité des nombreux certificats obtenus dans ce domaine. Fort de 5 filiales, 7 bureaux à l'étranger, de 4 unités et de 1148 autorisations de mise sur le marché (AMM) à travers le monde, MédiS dispose aujourd'hui d'un important portefeuille de produits de qualité englobant 43 domaines thérapeutiques. Véritable fleuron de l'industrie pharmaceutique, le groupe réalise un chiffre d'affaires de 100 MD réalisé dans 25 pays.



M. Nabil Saadaoui

MédiS, un développement exponentiel pour une demande recrudescente

A ce jour, NEAPOLIS Pharma a présenté au ministère de la Santé 5 dossiers complets avec des échantillons de médicaments produits dans cette unité en vue d'obtenir l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et devrait en présenter encore une dizaine avant la fin de 2018. La capacité annuelle prévisionnelle de production est de l'ordre de 30 millions de comprimés, 1 million de flacons de solutions liquides et 400 mille flacons de produits lyophilisés. L'entrée en production démarrera dès l'obtention des autorisations requises et devrait permettre à la Pharmacie Centrale de réaliser une économie en devises d'une valeur de 25 millions de dinars par an en attendant d'augmenter sa production. Facilement exportables et en absence d'une rude concurrence, ces médicaments localement fabriqués devraient également permettre une hausse des recettes d'export dans le domaine des médicaments. Ces perspectives s'inscrivent dans la continuité de la stratégie de développement du Groupe MédiS qui se positionne aujourd'hui en tant que leader sur le marché de l'industrie pharmaceutique en Tunisie.



L'industrie pharmaceutique, un secteur à forte valeur ajoutée

Dans son allocution à l'occasion de l'inauguration de NEAPOLIS Pharma, M. Youssef Chahed a affirmé que l'Etat, conscient des enjeux et du potentiel de ce secteur à haute valeur ajoutée, employant plus de 9000 salariés dont une majorité de main d'oeuvre spécialisée avec un taux d'encadrement de 48%, accordait la plus haute importance à l'industrie pharmaceutique. Il a également esquissé les grandes lignes de la stratégie nationale de développement du secteur d'ici l'horizon 2020, pensée afin de satisfaire et de couvrir les besoins du marché local à hauteur de 60 %, contre 51% en 2016. Il s'agit, en somme, de mettre en place des dispositifs pour développer des partenariats industriels avec les laboratoires afin d'accroître la production locale de médicaments en réduisant notamment toutes les complications administratives qui pourraient ralentir l'expansion du secteur. L'objectif étant de booster les ventes et de réaliser, d'ici 2020, un chiffre d'affaires annuel de 1350 MDT contre 1165 MDT actuellement. La stratégie nationale implique également une croissance du chiffre d'affaires à l'export avec une ouverture sur d'autres marchés potentiels. Actuellement, les ventes à l'export rapportent à peine 100 MDT, un chiffre qui pourrait facilement enregistrer une hausse fulgurante tant la demande dans les pays émergents est forte et la concurrence quasi-inexistante. D'ici 2020 également, la stratégie nationale de développement de l'industrie pharmaceutique prévoit d'atteindre la barre de 5% des médicaments issus des biotechnologies en production locale.

Groupe MédiS: dates clés

- **1995 :** création de MédiS Tunisie
- **1999 :** démarrage de la production
- **2000 :** obtention de la 1ère autorisation de mise sur le marché (AMM)
- **2000 :** lancement de la commercialisation
- **2006 :** création de la première filiale, Inpha MédiS, en Algérie
- **2007 :** création de MédiS International, établie en République Tchèque
- **2007 :** démarrage des études du projet Biosimilaires
- **2009 :** démarrage de la production en conditionnement primaire et secondaire (comprimés et gélules)
- **2010 :** création de la filiale vétérinaire Tunivet
- **2011 :** création de la filiale Néapolis Pharma, spécialisée en oncologie et de DPI (Dry Powder Inhalation)
- **2016 :** obtention de la licence d'exploitation de la fabrication de la poudre pour inhalation (DPI)
- **2017 :** acquisition de WPS, Médis au Sénégal
- **2018 :** démarrage de production de la filiale Néapolis Pharma








Courbatures : croyances et vérités

On a tous eu, un jour ou l'autre et ce, quel que soit notre niveau d'activité physique, la sensation de jambes de robot au lendemain d'une randonnée ou d'une séance d'entraînement. Familières des sportifs du dimanche comme des plus aguerris, les courbatures sont une récompense savoureusement douloureuse. Elles apparaissent le lendemain d'efforts intenses particuliers et peuvent perdurer plusieurs jours après.



Comment définir les courbatures ?

« Les douleurs musculaires retardées » ou DOMS en anglais (delay onset muscle soreness) sont plus connues sous le nom de courbatures et touchent tout le monde, peu importe le niveau de pratique. Les symptômes sont caractérisés par une douleur sourde localisée dans les muscles affectés, La douleur est souvent combinée avec une sensibilité ou raideur du muscle. Cette douleur est ressentie seulement lorsque le muscle est étiré, contracté ou mis sous tension et non lorsqu'il est au repos. Cette sensibilité du muscle, caractéristique de la courbature, est aussi dénommée « hyperalgésie mécanique musculaire » (muscular mechanical hyperalgesia). Elle apparait principalement suite à un travail excentrique (itération d'étirements du muscle pour résister à des charges extérieures) important ou encore, quels que soient les efforts intenses et inhabituels et mettent 3 à 6 jours pour disparaître.

À quoi sont dues les courbatures ?

Plusieurs hypothèses ont été souvent avancées pour expliquer le pourquoi des courbatures. En voici les principales :

- L'acidose musculaire

Induite par une forte production de lactate lors d'exercices intenses. Cette théorie ne peut être retenue car la métabolisation totale du lactate produit s'échelonne entre 20 minutes lorsque l'exercice est suivi d'une récupération active et environ 1 heure 30 lorsque cette récupération est passive, alors que les douleurs peuvent perdurer au-delà de 5 jours.

Dans la réalité on rencontre des situations où il y a une importante acidité sans survenue de courbatures comme à l'issue d'un 400m chez les coureurs spécialistes bien entraînés ou à l'opposé, des courbatures sans acidité comme lors de descentes de grandes pentes au cours de randonnées en montagne. C'est plus le type de contraction musculaire qui influence les courbatures et non la lactatémie. En effet les travaux de Schwane et coll. 1983 ont pu démontrer que pour la même intensité d'exercice et une même lactatémie obtenue par une course en terrain plat, l'effort n'entraîne pas de courbatures, alors qu'en course en descente (pente de 10%), l'effort engendre de sévères courbatures. Le lactate ne peut donc pas être responsable des courbatures.

- Le spasme musculaire

Il a été montré que le niveau d'activation du muscle était supérieur après un travail excentrique et cette activation supplémentaire provoquerait une accumulation de composés pouvant activés les récepteurs à la douleur. Cette hypothèse n'a toutefois jamais été démontrée.

- Des microlésions

Des microlésions au niveau de l'architecture musculaire et myotendineuse sont habituellement constatées lors d'un travail en contraction excentrique. Comme les douleurs retardées sont aussi concomitantes de l'apparition de concentrations plasmatiques augmentées : en myoglobine, en CPK, en LDH, en hydoxyproline et en troponine, substances qui normalement sont séquestrées dans la cellule musculaire, tout indique aussi des lésions membranaires qui rendraient cette dernière perméable à ces substances. Les lésions se produisent pendant l'effort, alors que les douleurs ne surviennent que 12 à 48 heures après l'exercice, elles ne peuvent donc pas être directement responsables des douleurs ressenties. Elles seraient par contre des signes précurseurs de mécanismes inflammatoires intervenant pour réparer les lésions causées.

- L'inflammation

Suite aux lésions des cellules musculaires et/ou myotendineuses provoquées par ce type d'exercice, comme l'indique l'augmentation constatée des concentrations sanguine en C-RP, un processus inflammatoire se mettrait en place pour protéger les structures endommagées et ensuite contribuer à leur régénération. Ce processus inflammatoire activerait les récepteurs à la douleur (nocicepteurs) ce qui engendrerait les douleurs ressenties.

Quelles conséquences pour les courbatures ?

Les courbatures entraînent principalement une baisse de force maximale produite par le muscle concerné, une moins bonne tolérance à l'impact, une réduction de la laxité articulaire, et une baisse de la proprioception. Ces conséquences peuvent persister de 2 à 10 jours même après disparition des douleurs. Il faut alors faire attention, car les capacités de maintien articulaire que procure le muscle et ses tendons sont réduites et les articulations moins protégées.

Quelles conclusions tirer ?

Le message important est que, en aucune façon les courbatures ne peuvent être dues à l'acide lactique produit par le muscle. Cette hypothèse pourtant continue de circuler alors que l'explication la plus probable est celle du processus inflammatoire déclenché lors de microlésions musculaires et myotendineuses survenant lors d'exercices excentriques avec activation des récepteurs péri et intramusculaires de la douleur et donc des courbatures subséquentes.

Le deuxième message est que les courbatures résultent toujours d'exercices inhabituels. Elles peuvent être ressenties même par des sportifs très entraînés qui se livrent à de nouveaux exercices par rapport à ceux qu'ils ont l'habitude de pratiquer. Le meilleur exemple est celui de nageurs très entrainés à qui il est demandé de courir autour d'un stade ou de pédaler à des intensités élevées. Dans les deux cas ces nageurs auront à subir des courbatures dans les jours suivants.

Quelques conseils

- Afin d'éviter ces courbatures, ne pas se livrer à des exercices comprenant d'importantes contractions excentriques sans avoir préalablement préparé les muscles par des entraînements à intensité progressive.
- En cas de fortes courbatures, il n'y a pas lieu de s'inquiéter. À moins que les douleurs limitent vraiment les mouvements, il est même recommandé de pratiquer quelques exercices de faibles intensités maintenant un meilleur drainage sanguin et aidant à la cicatrisation des lésions musculaires : la marche voire la course à allure modérée peuvent être envisagées…
- De légers massages superficiels ou la prise d'anti-inflammatoires peuvent soulager la douleur mais non accélérer le processus de récupération.
- La bonne nouvelle est que plus le muscle est familier avec un exercice, même de type excentrique, moins il est susceptible de ressentir des courbatures les jours qui suivent. De quoi motiver l'entraînement ! Autre donnée, une fois cicatrisées, les microlésions rendent le muscle plus résistant à de nouvelles agressions mécaniques.
- Eviter le bain chaud directement après des efforts de type excentriques dont la vasodilatation induite risque d'augmenter le saignement des microlésions. Préférer l'immersion dans l'eau froide voire dans de la glace ou cryothérapie aux effets vasoconstricteurs analgésiant bien connus des groupes musculaires sollicités.
- Eviter les étirements car contrairement à une croyance très ancrée, ils ne diminuent pas les courbatures. Rappelons encore ici que les courbatures sont les conséquences de microlésions des muscles et de leur enveloppes (myo-aponévrotiques). Des étirements ne peuvent donc que les aggraver !

Lamia BEN EZZEDDINE
Docteur en sciences et techniques

Candidoses Vulvo-Vaginales récidivantes: le vrai du faux

Entretien avec Pr Ag. Atef Youssef, gynécologue obstétricien, Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis

Qu'est ce qu'une candidose vulvo-vaginale ? Quels sont ses symptômes et qu'est ce qu'on appelle candidoses vulvo-vaginales récidivantes (CVVR)?

La candidose vulvo-vaginale est une infection des voies génitales basses due à leur colonisation anormale par un champignon. C'est une infection d'apparence bénigne, mais elle n'en reste pas moins une pathologie désagréable et gênante à cause d'une symptomatologie faite principalement de prurit vulvaire, d'une irritation et parfois même d'un œdème et de leucorrhées (secrétions vaginales) blanchâtres caillebottées. Cette symptomatologie représente un motif très fréquent de consultation en gynécologie (de 20 à 25%).

La candidose vulvo-vaginale récidivante est classiquement définie par la survenue de plus de quatre épisodes par an confirmés mycologiquement (par la culture au laboratoire). Les récurrences peuvent survenir dans les formes sévères une à plusieurs fois par mois. Et on peut même parler de forme chronique lorsque l'infection persiste depuis plus d'un an avec des symptômes qui ne disparaissent que transitoirement.

Est-ce que c'est une infection sexuellement transmissible (IST) ?

Les CVVR ne sont pas considérées comme des IST. En effet, de nombreuses études ont montré que le traitement du partenaire ne diminue pas significativement le nombre de rechutes des femmes souffrant de CVVR. De plus, il a été démontré que la contamination par le partenaire sexuel n'est prouvée que dans 10 à 20 % des cas.

Quels sont les germes responsables des CVVR ?

Le Candida albicans (C.albicans), qui est une levure commensale saprophite du tractus génital et gastro-intestinal est en cause de 85 à 90% des candidoses vulvo-vaginales accidentelles. Elle est aussi la souche la plus retrouvée en cas de CVVR. Cependant, les Candida non-albicans (principalement le C.glabrata mais aussi C.tropicalis et C.krusei) sont plus fréquemment retrouvées dans les formes récidivantes. Ceci serait en rapport avec une résistance de ces espèces aux imidazolés et aux triazolés.

Quels sont les facteurs de risque des CVVR ?

La CVVR est le plus souvent «idiopathique». Plusieurs facteurs de risque liés à l'hôte et/ou au Candida peuvent s'associer.

Ces facteurs peuvent être physiologiques (grossesse), physiques locaux (transpiration, humidité, microlésions…), généraux liés à une baisse transitoire ou définitive de l'immunité de l'hôte (Hémopathie, SIDA, diabète…) ou secondaires à des traitements médicamenteux (antibiothérapie à large spectre telle qu'avec les β-lactamines et les tétracyclines, corticoïdes, chimiothérapie)

Il est bon de rappeler à ce propos que même en cas de CVVR, la responsabilité d'un éventuel foyer digestif associée, ou de la transmission sexuelle par le partenaire au cours des récidives semble minime.

Quel traitement pour les CVVR ? Y a-t-il actuellement un protocole standard de prise en charge ?

Les antifongiques par voie locale ou générale sont variés et largement dominés par les dérivés azolés qui sont cliniquement très efficaces et relativement bien tolérés par l'organisme.

Malheureusement, nous ne disposons pas à ce jour de protocole uniformisé et validé. Toutefois, la revue des différents protocoles proposés par les experts dans la littérature mondiale souligne la nécessité d'un traitement d'entretien par les dérivés azolés par voie orale pour une période assez prolongée à fin d'éviter les récidives.

En effet, et contrairement aux candidoses simples qui peuvent être traitées soit par voie orale en dose unique soit par voie locale de courte durée, les candidose



vulvo-vaginales récidivantes doivent bénéficier d'un traitement d'attaque suivi d'un traitement d'entretien d'une période minimale de six mois.

En se référant à notre pratique quotidienne au département de gynécologie B du Centre de Maternité de Tunis, nous recommandons pour la prise en charge des CVVR une stratégie bien codifiée basée sur un traitement d'attaque par voie orale par une Fluconazole en trois doses séquentielles de 150 mg chacune au 1er, 4ème et 7ème jour, suivi d'un traitement d'entretien par voie orale avec une prise hebdomadaire de 150 mg de Fluconazole pendant une durée de six mois. Cette stratégie permet une réduction de l'incidence des récurrences.

Propos recueillis par Hechemi Bassem
Les Laboratoires MédiS



Dépression majeure : quels antidépresseurs de nouvelle génération choisir?

La dépression est l'une des maladies les plus répandues en Tunisie comme ailleurs. En soins de première ligne, un patient sur dix présente des symptômes dépressifs . On considère que 15 % des personnes ont vécu ou vivront une dépression au cours de leur vie, avec une prévalence au cours des 12 derniers mois de 4,1 %. La dépression est environ deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la dépression unipolaire deviendra d'ici 2030 la première cause de perte d'années de vie et de morbidité.
Au cours des dernières décennies, le traitement pharmacologique des troubles dépressifs a considérablement évolué. Malgré l'avènement de nombreux antidépresseurs de nouvelle génération et d'une compréhension toujours plus approfondie de leurs mécanismes d'actions, le choix du meilleur traitement possible pour chaque patient demeure un véritable enjeu pour les cliniciens.

Principes généraux
La prise en charge du patient atteint de dépression majeure doit intégrer un soutien psychologique/psychothérapeutique, une prescription médicamenteuse (surtout pour les dépressions sévères) et une dimension sociale (aspects familiaux, professionnels, financiers).
La décision du traitement doit se faire en concertation avec le patient selon ses préférences et l'accessibilité à une psychothérapie. Il est nécessaire d'aborder tout trouble dépressif sans délai dans sa dimension relationnelle.

La stratégie thérapeutique dépend de la sévérité du trouble. Pour les dépressions d'intensité légère à moyenne, une approche psychothérapeutique et/ou la pharmacothérapie seront proposées. Pour les états dépressifs d'intensité moyenne à sévère, l'association de la psychothérapie à la pharmacothérapie est préconisée. Pour les cas très sévères, on envisagera l'électroconvulsivothérapie et pour les patients souffrant d'une dépression saisonnière,
la luminothérapieb avec ou sans psychothérapie /pharmacothérapie.

Ainsi, il est recommandé de ne pas prescrire un antidépresseur pour traiter les symptômes dépressifs subsyndromiques et les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère.

Choix d'un traitement antidépresseur
Un épisode dépressif unipolaire d'intensité moyenne ou sévère, accompagné d'une diminution significative du fonctionnement et/ou de la qualité de vie, est considéré comme l'indication de base pour une pharmacothérapie antidépressive.
L'utilisation d'un seul antidépresseur est la règle. Le choix d'un antidépresseur se fait en fonction de :
-La symptomatologie de l'état dépressif (anxiété, ralentissement psychomoteur, etc.)
-L'âge et l'état physiologique du patient
-L'efficacité ou l'échec des traitements antérieurs du même type

L'antidépresseur idéal allie efficacité et acceptabilité, ce qui améliore le fonctionnement ainsi que les chances d'observance thérapeutique à long terme. Ainsi, il est recommandé de choisir l'antidépresseur le mieux toléré, le moins toxique en cas de surdosage, et le plus simple à prescrire, à dose efficace.

En raison de leur meilleure tolérance, il est recommandé de prescrire en première intention pour un épisode dépressif modéré à sévère : un ISRS ou un IRSN.
Les ISRS présentent une grande sécurité d'emploi, adaptée à la prise ambulatoire : risque minimum de phénomène de sevrage à l'arrêt du traitement, risque minimal en cas de surdosage en monothérapie, bonne tolérance hématologique, hépatique ou cardiaque, et absence de potentialisation des effets de l'alcool.
Les antidépresseurs tricycliques sont de moins en moins prescrits comme traitement initial, car leur profil d'effets secondaires est moins favorable et leur toxicité lors d'un surdosage ou d'une tentative de suicide est plus élevée. De même, les IMAO ne sont recommandés qu'en dernier recours, après échec des autres alternatives thérapeutiques, en prescription spécialisée du fait de leurs nombreux effets indésirables et interactions médicamenteuses.

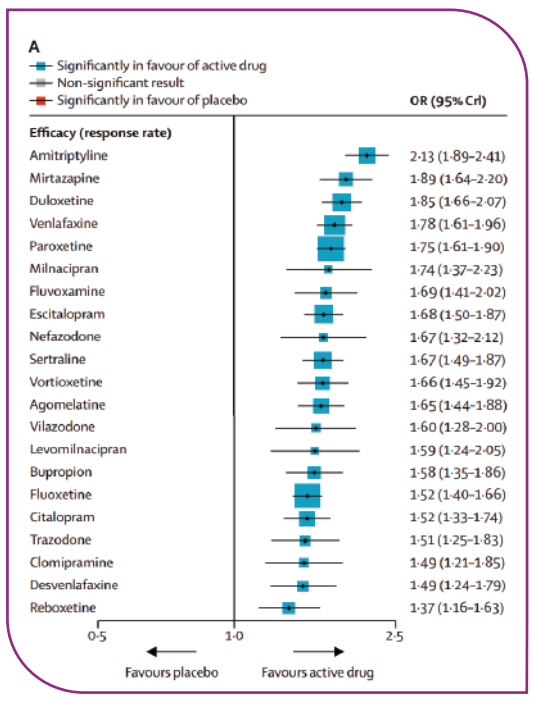
Quel antidépresseur choisir ?
Plusieurs études antérieures ont tenté d'établir quels agents seraient à privilégier, mais la supériorité d'un traitement antidépresseur de nouvelle génération par rapport à un autre ne fait pas l'objet à l'heure actuelle d'un consensus clairement établi.

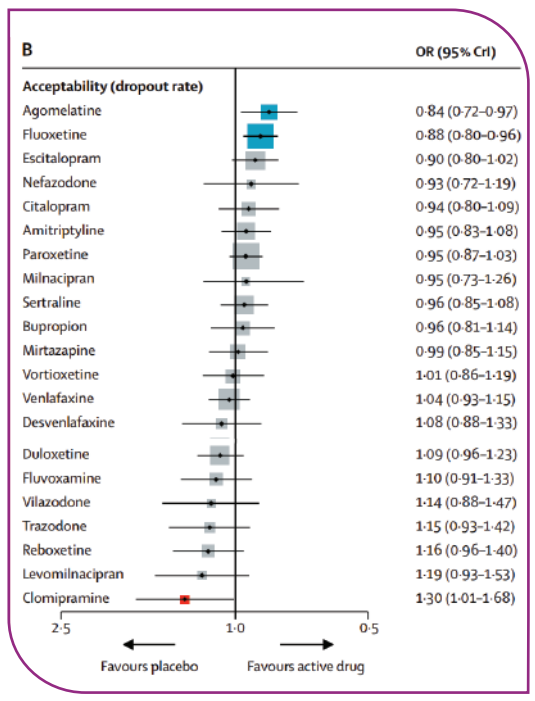
Une méta-analyse multithérapeutique financée de façon indépendante par Cipriani et coll. et publiée dans la revue The Lancet de février 2018, a comparé les données de 522 études randomisées et contrôlées qui regroupaient 116 477 patients souffrant de trouble dépressif majeur (TDM) unipolaire, et portant sur 21 antidépresseurs de nouvelle génération utilisés pour traiter le TDM. Les principaux paramètres mesurés ont été la réponse au traitement et son acceptabilité (Figure 1, Figure 2). L'objectif était d'émettre des directives fondées sur des preuves sur l'efficacité et l'acceptabilité relative des divers antidépresseurs de nouvelle génération.

Tous les antidépresseurs inclus dans cette métaanalyse étaient plus efficaces que le placebo chez les adultes présentant un TDM. Certains antidépresseurs, tels que l'escitalopram, la paroxétine, la sertraline, la mirtazapine et l'agomélatine ont eu une réponse relativement plus élevée et un taux d'abandon plus faible que les autres antidépresseurs.
Les résultats retrouvés chez les adultes contrastaient avec l'efficacité des antidépresseurs chez les enfants et les adolescents, pour lesquels la fluoxétine serait probablement le seul antidépresseur pouvant réduire les symptômes dépressifs.
Cette analyse offre des preuves concrètes que les médecins peuvent utiliser pour orienter leur choix d'un antidépresseur.

Suivi et arrêt du traitement
L'effet thérapeutique d'un antidépresseur se manifeste après plusieurs semaines de traitement. Il faut compter, le plus souvent, entre 2 à 4 semaines et de rares fois au bout de 6 à 8 semaines. Par contre, les effets secondaires sont souvent présents lors de l'introduction du médicament et doivent donc être anticipés et précisés au patient et son entourage pour améliorer l'adhésion au traitement.
En conséquent, il est recommandé de surveiller étroitement le patient par des consultations régulières, particulièrement en début de traitement antidépresseur (notamment au bout de la première semaine puis de la deuxième semaine de traitement), pour rechercher notamment un comportement suicidaire, une agitation ou des effets indésirables somatiques.
En cas de réponse insuffisante, il est recommandé d'augmenter la posologie de l'antidépresseur (dose efficace) ou de changer d'antidépresseur. Il est recommandé pour évaluer la dose minimale efficace des antidépresseurs de prendre en compte notamment l'âge du patient, ses comorbidités, les traitements concomitants et les effets indésirables attendus de l'antidépresseur.
Un traitement concomitant par benzodiazépine (ou apparenté) peut être justifié en début de traitement antidépresseur pour une durée de 2 semaines en cas d'anxiété, d'agitation ou d'insomnie invalidantes.
Dans le cas d'un épisode dépressif isolé, l'arrêt du traitement médicamenteux peut être discuté seulement 6 mois à 1 an après obtention de la rémission clinique afin de réduire les risques de rechute ou de récidive.
L'arrêt du traitement ne doit pas se faire à l'initiative du patient ou de sa famille sans accompagnement médical, et doit se faire de manière progressive, sur plusieurs semaines ou mois, pour prévenir le risque de rechute.
Certains antidépresseurs (notamment la paroxétine et la venlafaxine) peuvent entraîner un syndrome de sevrage. Dans ce cas il est souhaitable de rassurer le patient sur le caractère temporaire de ce symptôme, et si nécessaire revenir temporairement à la posologie précédente avant de reprendre un arrêt plus progressif.

Pr. Mejda CHEOUR
Hôpital Razi de la Manouba





MEDIPRE®

Escitalopram

Reprendre Goût



MédiS
Au service de la santé

Troubles du sommeil chez les enfants et les adolescents: la solution mélatonine

De 15 % à 20 % des enfants et des adolescents éprouvent de la difficulté à s'endormir et à demeurer endormis (1). L'insomnie désigne une perte du fonctionnement diurne causée par un sommeil insatisfaisant. Les symptômes de l'insomnie incluent la fatigue, l'inattention, l'irritabilité, le manque d'énergie et l'anxiété. L'insomnie chronique peut entraîner la dépression, des problèmes d'apprentissage et une mauvaise performance scolaire (2). De plus, l'insomnie chronique peut compromettre le fonctionnement des familles, et pas seulement de l'enfant dont les cycles de sommeil sont inquiétants.

La sécrétion de mélatonine par la glande pinéale en réponse à l'absence de lumière est un mécanisme important pour maintenir le rythme circadien du cycle de sommeil et d'éveil. L'exposition aux médias électroniques et à la lumière d'un écran avant l'endormissement peuvent représenter des facteurs de la fréquence importante de troubles du sommeil [3]. La caféine (provenant des boissons énergisantes, par exemple), l'alcool et le tabagisme faisaient partie des autres facteurs contributifs [2].

Les deux troubles du sommeil définis dans la Classification internationale des troubles du sommeil-2 qu'on observe le plus dans le groupe d'âge pédiatrique sont le « syndrome de retard de phase » et l'« insomnie comportementale de l'enfance ».

Le syndrome de retard de phase se définit par un endormissement beaucoup plus tardif que l'heure souhaitée du coucher. La latence de sommeil, c'est-à-dire la période entre le coucher et l'endormissement, dépasse les 30 minutes normales. La dette de sommeil s'associe souvent à une difficulté à se réveiller le matin (2) Les enfants ayant une insomnie comportementale présentent soit le type d'insomnie lié à l'endormissement (les personnes qui s'occupent de l'enfant doivent respecter des conditions particulières avant que l'enfant s'endorme ou se rendorme) ou le type d'insomnie lié aux limites (l'enfant fait traîner les choses ou refuse de se coucher ou de se recoucher et la personne qui s'en occupe ne parvient pas à établir des limites convenables) [4].

LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DU SOMMEIL

Au moment d'évaluer les troubles du sommeil, il faut tenir compte des problèmes médicaux susceptibles d'être responsables de l'insomnie, dont l'apnée du sommeil, l'anxiété, la dépression et l'utilisation inadéquate des médias à l'heure du coucher.

L'hygiène du sommeil

L'établissement d'une bonne hygiène du sommeil constitue la première étape de prise en charge de tous les troubles du sommeil. Une routine harmonieuse inclut une heure de coucher et d'éveil stable, un nombre d'heures passées au lit adapté à l'âge, un lieu de sommeil sombre et calme, le fait d'éviter d'avoir faim (et de manger) avant l'heure du coucher, des techniques de relaxation avant le coucher et l'évitement de la caféine, de l'alcool et de la nicotine (4). Pour favoriser la relaxation, il faut éviter rigoureusement la télévision, les ordinateurs et les jeux vidéo et encourager la lecture avant le coucher.

L'insomnie comportementale liée aux limites répond souvent à ce type d'intervention. Le processus nécessaire pour changer le comportement tant de l'enfant que de la personne qui s'en occupe peut toutefois être très long [4]. L'insomnie liée à l'endormissement répond souvent à une meilleure hygiène du sommeil et à d'autres interventions comportementales. Cependant, certains cas sont réfractaires à cette approche et peuvent profiter d'un traitement pharmacologique.

L'ACCÈS À LA MÉLATONINE AU CANADA

Santé Canada considère la mélatonine comme un « produit de santé naturel ». En vertu des Règlements sur les produits de santé naturels et de la Loi sur les aliments et drogues, des normes sont en vigueur depuis 2004 afin de garantir la fiabilité des préparations vendues au Canada. La mise à jour la plus récente de ces normes a été publiée en août 2010 [5]. La mélatonine est offerte à la fois sous une forme à action brève et une forme à libération prolongée. Au moment d'écrire ces lignes, quelque 114 produits de mélatonine étaient homologués au Canada [6], mais il n'y a pas nécessairement de bioéquivalence entre les produits qui pré-tendent contenir le même nombre de milligrammes de mélatonine (correspondance personnelle avec Calvin Cheung, agent de projets réglementaires, Santé Canada, le 10 mai 2011). Santé Canada considère que la mélatonine est recommandée pour traiter les troubles de sommeil seulement chez les adultes. Par conséquent, la mélatonine est considérée être utilisée dans un emploi non autorisé pour traiter les troubles du sommeil chez les enfants et les adolescents [7].

La mélatonine pour traiter les troubles du sommeil dans des populations en santé

Parmi les quelques médicaments étudiés pour traiter l'insomnie chez les enfants, seule la mélatonine est considérée sécuritaire et efficace pour un usage à court terme [8]. Il n'existe pas de données probantes pour étayer l'utilisation de la mélatonine chez les enfants de moins de deux ans. Aucune donnée probante n'appuie cette pratique, mais les formes de mélatonine à action brève sont surtout utilisées pour les problèmes d'endormissement, tandis que les formes à libération prolongée sont réservées aux problèmes de maintien du sommeil.

Les types de troubles du sommeil

1.Le syndrome de retard de phase: Puisque le syndrome de retard de phase est un trouble du sommeil lié au rythme circadien, le potentiel que la mélatonine accélère l'endormissement est élevé. Les doses habituelles de mélatonine sont de 2,5 mg à 3 mg chez les enfants, et de 5 mg à 10 mg chez les adolescents [9]. La mélatonine est administrée de 30 minutes à 60 minutes avant l'heure de coucher souhaitée. Cependant, les études sur l'utilisation de la mélatonine en cas de syndrome de retard de phase sont généralement ouvertes ou effectuées chez des adultes.

2.Les troubles liés à l'endormissement: L'utilisation de la mélatonine pour améliorer le sommeil en présence de ce trouble a fait l'objet d'essais aléatoires à double insu contrôlés contre placebo [10,11]. Dans une étude, des enfants d'âge scolaire ont pris une dose de 5 mg de mélatonine ou un placebo identique à 19 h pendant quatre semaines. La mélatonine améliorait l'endormissement et la durée du sommeil. La latence de sommeil passait de 60 minutes ou plus à une trentaine de minutes. Les mesures de l'état de santé et du sommeil étaient beaucoup plus positives dans le groupe prenant de la mélatonine que dans celui prenant un placebo. Quelques patients ont déclaré avoir froid, être étourdis ou manquer d'appétit en début de traitement, mais tous ces effets au potentiel indésirable avaient disparu au bout de trois jours de traitement. Les améliorations aux paramètres de sommeil grâce à la mélatonine étaient similaires à celles constatées dans une étude menée par les mêmes auteurs antérieurement [11].

La mélatonine pour traiter les troubles du sommeil dans les populations particulières

Le trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) :Les enfants ayant un TDAH présentent une dysrégulation qui inclut souvent des troubles du sommeil. De plus, les médicaments utilisés pour traiter le TDAH peuvent accroître les problèmes de sommeil.

Une étude [12] a évalué l'efficacité de l'hygiène du sommeil et de la mélatonine dans un groupe de 27 enfants de six à 14 ans ayant un TDAH. Les participants qui prenaient des stimulants présentaient une insomnie définie par une latence de sommeil d'au moins 60 minutes. Tous les enfants ont reçu une intervention liée à l'hygiène du sommeil. Cinq enfants ont réagi par un passage à un délai d'endormissement de moins de 60 minutes. Les « non-répondants » ont ensuite participé à un essai transversal à double insu de 30 jours à l'aide de 5 mg de mélatonine. Pendant la phase de l'étude portant sur le traitement à la mélatonine, on constatait un recul du délai moyen avant l'endormissement de 91 minutes à 31 minutes.

Une étude similaire [13] a évalué l'effet d'un traitement à la mélatonine chez 105 enfants de six à 12 ans ayant un TDAH et faisant de l'insomnie liée à l'endormissement. Dans ce cas, les participants ne prenaient pas de stimulants au moment de l'étude. Ils ont reçu 3 mg ou 6 mg de mélatonine (compte tenu de leur poids) ou un placebo pendant quatre semaines. On a constaté une accélération moyenne de l'endormissement de 44 minutes dans le groupe traité et un délai supplémentaire de 12 minutes dans le groupe prenant un placebo. La durée totale du sommeil était également plus longue dans le groupe traité. On a constaté des effets indésirables, tels que des céphalées, des étourdissements et des douleurs abdominales dans le groupe prenant de la mélatonine. Aucun de ces problèmes n'a toutefois entraîné un traitement ou un retrait de l'étude. L'amélioration de sommeil observée dans cette étude n'a pas été transférée aux mesures de comportement, de performance cognitive ou de qualité de vie.

Les troubles du spectre autistique (TSA) : On déclare que jusqu'à 67 % des enfants autistiques ont des problèmes de sommeil. Un essai transversal à double insu, aléatoire et contrôlé mené auprès de 11 enfants de cinq à 15 ans ayant un TSA et qui s'endormaient au moins une heure plus tard que le moment désiré a porté sur l'efficacité d'une dose de 5 mg de mélatonine. Chaque période de traitement durait quatre semaines, entrecoupée d'une semaine d'« élimination ».

La latence de sommeil moyenne s'est améliorée pendant le traitement à la mélatonine, passant de 2,6 heures au début du traitement à 1,06 heure pendant le traitement. Les réveils nocturnes ont décru, passant d'une période moyenne de 0,35 heure en début de traitement à 0,08 heure. Le sommeil total a augmenté, passant d'une moyenne de 8,05 heures en début de traitement à 9,84 heures grâce au traitement. Tous les enfants qui ont terminé le traitement ont continué de prendre de la mélatonine par la suite, à la demande de leurs parents [14].

Une étude ouverte sur le traitement à la mélatonine contre l'insomnie auprès de 107 enfants ayant un TSA [15] s'est attardée sur la réponse clinique d'après les

déclarations des parents. Les participants avaient de deux à 18 ans, et leurs troubles du sommeil étaient définis comme une insomnie liée à l'endormissement, une insomnie liée au maintien du sommeil ou les deux types d'insomnie. Ils ont reçu de la mélatonine de 30 à 60 minutes avant l'heure du coucher. Les doses chez les enfants de moins de six ans étaient amorcées entre 0,75 mg et 1 mg, et les parents étaient avisés d'accroître la dose toutes les deux semaines s'ils ne constataient aucune réponse au traitement. Les enfants de six ans et plus commençaient par une dose de 1,5 mg, et les parents étaient avisés d'accroître la dose à 3 mg s'ils ne constataient pas de réponse clinique pendant cette période. Ils pouvaient accroître la dose une deuxième fois, à 6 mg, s'ils n'observaient pas de réponse au cours des quatre semaines suivantes.

Les parents de 25 % des enfants traités n'ont plus déclaré d'inquiétudes à l'égard du sommeil. On remarquait une amélioration du sommeil chez 60 % des autres enfants, mais leurs parents demeuraient inquiets par rapport au sommeil lors des rendez-vous subséquents. Dans 6 % des cas, la mélatonine a commencé par améliorer le sommeil, mais les problèmes ont resurgi au bout de trois à 12 mois, malgré des augmentations de la dose. Dans 14 % des cas, les troubles de sommeil continus demeuraient une importante source d'inquiétude pour les parents. Seulement 1 % des enfants dormaient moins bien pendant le traitement à la mélatonine.

Selon certaines données probantes, la mélatonine pourrait également être utile pour traiter les troubles du sommeil chez les enfants ayant une épilepsie réfractaire[(16)], une incapacité neuro-développementale (1719) ou un syndrome d'Angelman [(20)].

CONCLUSIONS

Le traitement à la mélatonine contre certains troubles du sommeil peut être utile chez les enfants et les adolescents. Des études auprès de populations particulières fournissent les meilleures données probantes quant à l'utilité de la mélatonine dans le traitement de ces troubles du sommeil. Les effets indésirables semblent bénins et résolutifs. Il faudrait envisager une pharmacothérapie des troubles du sommeil seulement après un essai d'intervention en matière d'hygiène du sommeil.

Il existe des limites importantes dans les études effectuées jusqu'à maintenant qui appuient l'utilisation de la mélatonine. Le petit nombre d'essais aléatoires et contrôlés contre placebo et de sujets qui y ont participé limitent la puissance des données probantes en faveur d'un traitement à la mélatonine. De plus, le peu d'études à long terme limite les connaissances, à la fois sur le risque de rechute et sur l'efficacité et l'innocuité de la mélatonine à long terme. D'autres recherches contribueraient à cibler ces enjeux.

Carl Cummings
Société canadienne de pédiatrie
Comité de la pédiatrie communautaire

RÉFÉRENCES

1. Shamseer L, Vohra S. Complementary, holistic, and integrative medicine: Melatonin. Pediatr Rev. 2009;30(6):2238. [PubMed]
2. Tibbitts GM. Sleep disorders: Causes, effects, and solutions. Prim Care. 2008;35(4):81737. [PubMed]
3. Lin-Dyken DC, Dyken ME. Use of melatonin in young children for sleep disorders. Inf Young Children. 2002;15(2):2037
4. Goetting MG, Reijonen J. Pediatric insomnia: A behavioural approach. Prim Care Clin Office Pract. 2007;34(2):42735. [PubMed]
5. Santé Canada. Médicaments et produits de santé. Produits de santé naturels <www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/prodnatur/index-fra.php> (consulté le 23 février 2012)
6. Santé Canada. Médicaments et produits de santé. Base de données des produits de santé naturels homologués <http://webprod3.hc-sc.gc.ca/lnhpd-bdpsnh/index-fra.jsp> (consulté du 23 février 2012)
7. Santé Canada. Médicaments et produits de santé. Base de données sur les ingrédients des produits de santé naturels <http://webprod.hc-sc.gc.ca/nhpid-bdipsn/search-rechercheReq.do?lang=fra> (consulté le 23 février 2012)
8. Babineau S, Goodwin C, Walker B. FPIN's clincial inquiries: Medications for insomnia treatment in children. Am Fam Physician. 2008;77(3):3589. [PubMed]
9. Owens JA. Pharmacotherapy of pediatric insomnia. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009;48(2):99107. [PubMed]
10. Smits MG, van Stel HF, van der Heijden K, Meijer AM, Coenen AM, Kerkof GA. Melatonin improves health status and sleep in children with idiopathic chronic sleep-onset insomnia: A randomized placebo-controlled trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2003;42(11):128693. [PubMed]
11. Smits MG, Nagtegaal EE, van der Heijden J, Coenen AM, Kerkof GA. Melatonin for chronic sleep onset insomnia in children: A randomized placebo-controlled trial. J Child Neurol. 2001;16(2):8692. [PubMed]
12. Weiss MD, Wasdell MB, Bomben MM, Rea KJ, Freeman RD. Sleep hygiene and melatonin treatment for children and adolescents with ADHD and initial insomnia. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006;45(5):5129. [PubMed]
13. Van der Heijden KB, Smits MG, Van Someren EJ, Ridderinkhof KR, Gunning WB. Effect of melatonin on sleep, behavior, and cognition in ADHD and chronic sleep-onset insomnia. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;46(2):23341. [PubMed]
14. Garstang J, Wallis M. Randomized controlled trial of melatonin for children with autistic spectrum disorders and sleep problems. Child Care Health Dev. 2006;32(5):5859. [PubMed]
15. Andersen IM, Kaczmarska J, McGrew SG, Malow BA. Melatonin for insomnia in children with autism spectrum disorders. J Child Neurol. 2008;23(5):4825. [PubMed]
16. Elkhayat HA, Hassanein SM, Tomoum HY, Abd-Elhamid IA, Asaad T, Elwakkad AS. Melatonin and sleep-related problems in children with intractable epilepsy. Pediatr Neurol. 2010;42(4):24954. [PubMed]
17. Wasdell MB, Jan JE, Bomben MM, et al. A randomized, placebo-controlled trial of controlled release melatonin treatment of delayed sleep phase syndrome and impaired sleep maintenance in children with neurodevelopmental disabilities. J Pineal Res. 2008;44(1):5764. [PubMed]
18. Braam W, Didden R, Smits M, Curfs L. Melatonin treatment in individuals with intellectual disability and chronic insomnia: A randomized placebo-controlled study. J Intellect Disabil Res. 2008;52(Pt 3):25664. [PubMed]
19. Braam W, Didden R, Maas AP, Korzilius H, Smits MG, Curfs LM. Melatonin decreases daytime challenging behaviour in persons with intellectual disability and chronic insomnia. J Intellect Disabil Res. 2010;54(1):529. [PubMed]
20. Braam W, Didden R, Smits MG, Curfs LM. Melatonin for chronic insomnia in Angelman syndrome: A randomized placebo-controlled trial. J Child Neurol. 2008;23(6):64954. [PubMed]



Arthrose: plus fréquent rhumatisme au monde, elle est souvent banalisée à tort !

L'arthrose, jadis considérée comme une usure du cartilage liée au vieillissement, est une chondropathie dégénérative avec comme principal mécanisme un déséquilibre entre l'anabolisme et le catabolisme de la matrice cartilagineuse résultant de processus biologiques et biochimiques complexes. Ces processus font intervenir plusieurs facteurs dont la liste ne cesse de s'allonger. D'importantes avancées ont été enregistrées dans la pathogénie de l'arthrose avec une meilleure connaissance des mécanismes et des sites d'action de ces facteurs au niveau de la cellule pivot : le chondrocyte. Les perspectives thérapeutiques qui en découlent sont nombreuses.

Un diagnostic quasi accessible !

L'arthrose est un syndrome anatomo-clinique fait d'une douleur mécanique évoluant par poussées et rémissions, associée à une raideur et des déformations à un stade tardif. Elle peut intéresser toute articulation, même si elle prédomine aux articulations des membres inférieurs, notamment les genoux.

Les signes fonctionnels…

La douleur est le maître symptôme. Son intensité et son type, entre autres caractères, doivent être déterminés. Elle représente le prototype de la douleur mécanique. La douleur survient lors de la mobilisation de l'articulation ou des articulations atteintes. Elle s'intensifie au cours de la journée et se calme au repos : on parle de douleur de sollicitation ! Il existe parfois un dérouillage matinal qui n'excède pas 30 minutes.

L' impotence fonctionnelle est très variable et est la conséquence de la douleur et/ou de la raideur et/ou de la présence d'un épanchement. L'évaluation de la limitation du périmètre de marche, notamment dans l'arthrose des membres inférieurs, est importante.

Des craquements à la mobilisation sont souvent ressentis dans les articulations atteintes. Les sensations de dérobement ne sont pas rares au cours de l'arthrose du genou et dans quelques cas elles sont suivies de chute. Les blocages sont dus, soit à un coincement d'un corps ostéocartilagineux entre les surfaces articulaires, soit à une détérioration méniscale pour le cas du genou.

A une phase tardive, il peut y avoir un certain degré d'instabilité articulaire conduisant à une perte d'autonomie.

La poussée « qui enflamme » l'articulation

En cas de poussée congestive, la douleur revêt un caractère inflammatoire avec un horaire nocturne et un dérouillage matinal supérieur à 30 mn. Il existe un degré d'inflammation important avec des signes locaux : chaleur locale, rougeur et épanchement (figure 1). Cet épanchement est facile à mettre en évidence au niveau des sites superficiels.

La poussée congestive est, le plus souvent, rapidement régressive, soit spontanément sous l'effet du repos, soit grâce à la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens ou à une infiltration de corticoïde.



Figure 1 : épanchement du genou gauche suite à une poussée congestive

L'examen physique permet de relever une déformation articulaire, un crépitement à la mobilisation, une douleur à la pression de l'interligne, une hyper laxité ligamentaire... La mesure des amplitudes articulaires est un temps capital avec une bonne cotation des différents secteurs de mobilité. On n'omettra pas d'apprécier l'état des muscles autour de l'articulation atteinte, et de rechercher des comorbidités.

Peu d'examens complémentaires suffisent pour la confirmation diagnostique

La radiographie standard permet de confirmer le diagnostic, en mettant en évidence la tétrade classique :pincement de l'interligne articulaire, géodes d'hyperpression, condensation de l'os sous-chondral et ostéophytes (figures 2 et 3). Les moyens d'imagerie modernes peuvent être utiles à un stade précoce.



Figure 2 : radiographie standard (cliché de face) : arthrose fémoro-tibiale interne.



Figure 3 : radiographie du rachis cervical (cliché de profil) : cervicarthrose étagée



Savoir évaluer l'arthrose

Des outils simples, l'échelle visuelle analogique et l'échelle verbale de Lickert, permettent d'évaluer la douleur arthrosique. Une évaluation plus globale tient compte du retentissement fonctionnel, notamment avec des indices algofonctionnels.

L'échelle verbale de Lickert comporte 5 items ordonnés : absente, modérée, moyenne, importante, très sévère. Son inconvénient est de limiter voir influencer le choix du malade. L'échelle visuelle analogique ou EVA de Huskisson, a une plus grande sensibilité. Elle permet une évaluation plus fine de la douleur.

Il existe des instruments validés pour l'évaluation de la douleur et des fonctions articulaires au cours de l'arthrose. Parmi ceux-ci, on peut citer l'indice algofonctionnel de Lequesne pour la gonarthrose et la coxarthrose, l'indice de WOMAC pour l'arthrose des membres inférieurs, l'indice de Dreiser pour l'arthrose digitale. Ces indices, parfaitement utilisables en pratique clinique, explorent plusieurs domaines en rapport avec le retentissement du processus arthrosique.

L'arthrose est une affection courante pouvant conduire à une perte d'autonomie.

Si la radiographie est essentielle au diagnostic, elle n'est pas toujours corrélée aux signes cliniques. Une évaluation fine à l'aide d'indices validés constitue le meilleur moyen d'apprécier le retentissement du processus arthrosique.

La meilleure connaissance de l'activité chondrocytaire ouvre des perspectives thérapeutiques intéressantes pour les années à venir.

Pr Souhaibou NDONGO
Chef de Service de Médecine Interne/Rhumatologie
C.H.N Dalal Jamm Dakar/ Sénégal

Références

-Bellamy N Buchanan WW Goldsmith CH Campbell J Stit LWJ. Validation of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee. J Rheumatol 1995; 15: 1833-40.

-Chevalier X. Etat des lieux de l'arthrose et perspectives de nouveaux traitements. Rhumatos 2013 ; 92 : 263-8.

-Dreiser R.L., Maheu E., Guillou G.B., Caspard H., Grouin J.M. Validation d'un indice algofonctionnel dans l'arthrose de la main. Rev.Rhum. (Ed Fr) 1995, 62, 129S-39S.

-Felson DT, Naimark A, Anderson J, et al. The prevalence of knee osteoarthritis in the elderly. The Framingham Osteoarthritis Study. Arthritis Rheum 1987;29:9148.

-Lequesne M, Mery C, Samson M, Gérard P. Indexes of severity for osteoarthritis of the hip and knee. Scand J Rheumatol, 1987, 65 : 85-89.

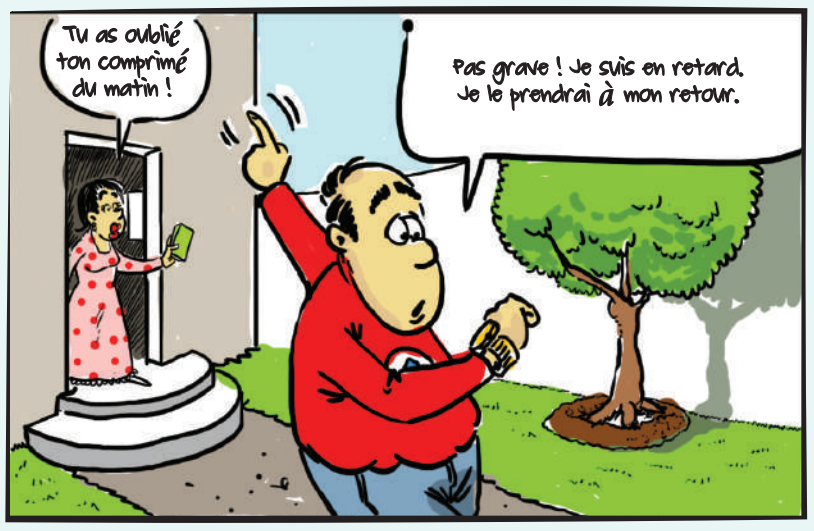
-Mazières B. Arthrose, désespérante arthrose. Rhumatos 2013 ; 92 : 256-8

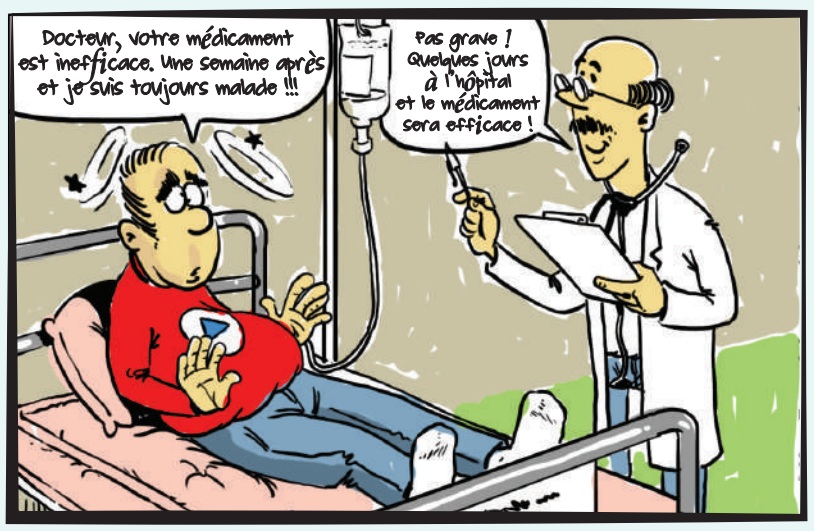
CARICATURE





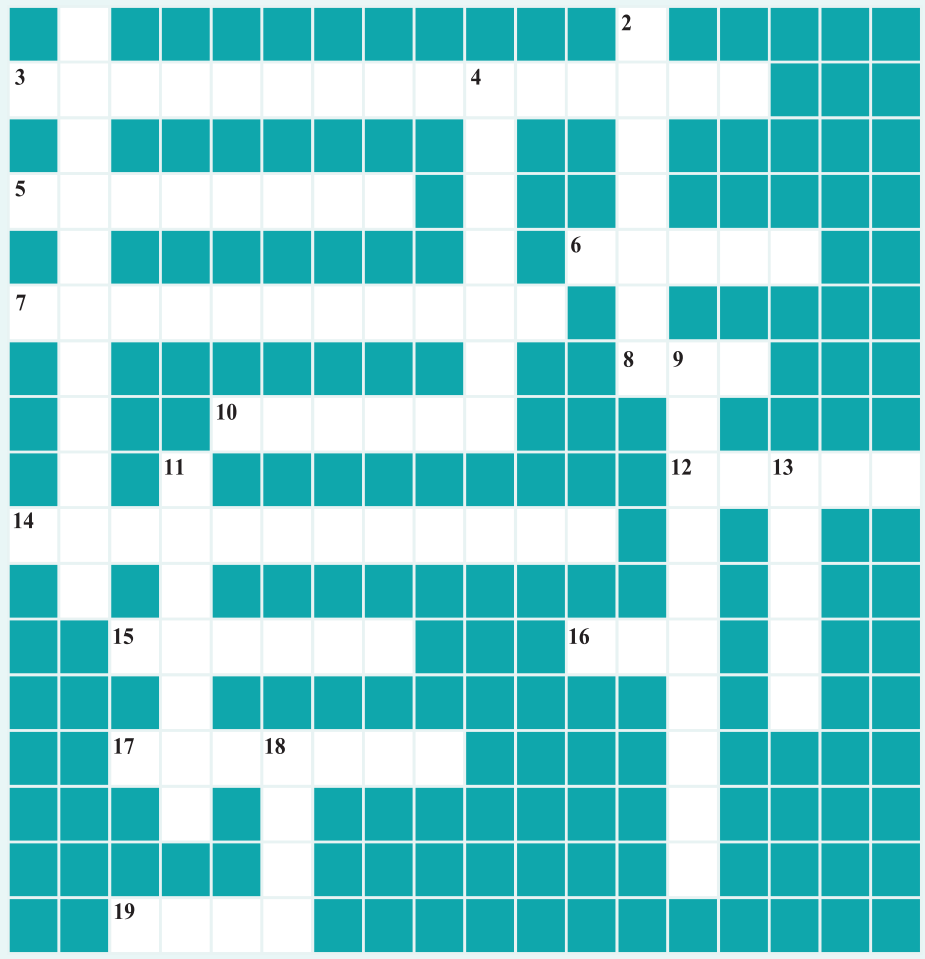






Pour guérir, aux indications du médecin il faut obéir.

MOTS CROISÉS



HORIZONTAL

1. Maintien constant des paramètres de l'organisme
3. Ablation de l'appendice
5. Cassure totale ou partielle d'un os
6. Racine signifiant os
7. Affection du système nerveux
8. Racine signifiant au-dessus
10. Substance toxique sécrétée par les bactéries
12. Racine signifiant colonne vertébrale
14. Nombre très important de globules rouges dans le sang
15. Inflammation du côlon
16. Tissu de régénération osseuse après une fracture consolidée
17. Prélèvement d'un fragment de tissu sur un être vivant

VERTICAL

1. Elévation de la pression artérielle
2. Perte de la mémoire
4. Inflammation de la vessie
9. Paralysie de la partie inférieure du corps
11. Déficit en dioxygène
13. Racine signifiant cœur
18. Racine signifiant pied

IPPROTON®

Oméprazole

L'IPP QUI PORTE BIEN SON NOM



ESORAL®

Esomeprazole

LA ROSE des IPP

MédiS
Au service de la santé