

4,20 €

QUE

CHOISIR

Santé

EXPERT • INDÉPENDANT • SANS PUBLICITÉ

LE NEZ

Un rempart fragile

189

JANVIER 2024

UNE PUBLICATION DE L'UNION FÉDÉRALE
DES CONSOMMATEURS — QUE CHOISIR

2 **ACTUALITÉS**

Cystites : un vaccin
contre les récurrences ?

8 **SANS
ORDONNANCE**

En finir avec
les cors au pied

9 **COLLAGÈNE**

Mensonges et
fausses promesses

10 **MÉDICAMENTS**

Ceux qui favorisent
les mycoses

11 **TÉMOIGNAGE**

“La maladie à corps
de Lewy est encore
trop mal connue”

12 **SE SOIGNER**

La somnolence
et ses causes

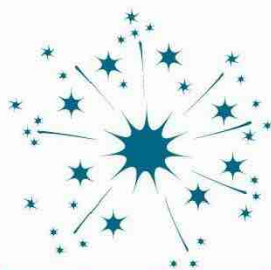
14 **VOS COURRIERS**

16 **FOCUS**

Comprendre
l'index glycémique



DOSSIER
Page 4



Meilleurs vœux

Chères lectrices, chers lecteurs, toute l'équipe de *Que Choisir Santé* vous souhaite une bonne année 2024!

300 000 €

C'est le prix (minimum !) d'un traitement par cellules CAR-T. Ce tarif illustre l'explosion des coûts des traitements anticancéreux, dont certains ont été multipliés par 165. Cela pose des problèmes en termes de soutenabilité économique et de disponibilité pour les patients.

📌 Académie de médecine, 10/10/23.

L'édifiante histoire du soldat, du trichloroéthylène et de Parkinson

Située en Caroline du Nord (États-Unis), Camp Lejeune est une base d'entraînement de Marines comme les autres. À une exception notable : de 1950 à 1990, l'eau de boisson de la base a été massivement contaminée par des produits chimiques tels que le trichloroéthylène (TCE) et le perchloroéthylène (PCE), utilisés notamment comme dégraissants par l'industrie et pour le nettoyage à sec dans le pressing. Un scandale qui a permis, en 2023, de démontrer ce que l'on soupçonnait déjà : l'implication de ces produits dans la maladie de Parkinson. Généralement, il est très difficile d'établir rigoureusement un lien de cause à effet entre un polluant et une maladie. Les industriels en profitent d'ailleurs largement pour maintenir des produits suspects sur le marché. Dans le cas de Camp Lejeune, les épidémiologistes disposaient d'un groupe témoin parfait : les soldats d'un autre camp, le Camp Pendelton, en tout point comparables (des jeunes gens en bonne santé suivis toute leur vie) mais qui buvaient une eau non contaminée. Une quarantaine d'années plus tard, le nombre de malades de Parkinson parmi les vétérans du Camp Lejeune était accru de 70 % par rapport à ceux de Pendelton. Cet excès manifeste apporte une pierre à la théorie selon laquelle la maladie de Parkinson serait en grande partie liée à la pollution humaine (pesticides, polluants atmosphériques). Le nombre de cas a doublé au cours des 25 dernières années, une augmentation qui ne s'explique ni par la croissance de la population ni par son avancée en âge. ▢

RECHERCHE MÉDICALE SAVOIR ATTENDRE

Un traitement innovant n'est pas toujours le meilleur. *Que Choisir Santé* le répète régulièrement : disposer d'un recul suffisant est essentiel pour juger de l'intérêt d'un nouveau produit, en particulier s'il soigne une maladie chronique. En voici une parfaite illustration. Un essai

clinique a évalué l'impact d'un traitement novateur de la sténose aortique, le TAVR (*transcatheter aortic valve replacement*), qui consiste à implanter une valve de manière peu invasive. Cette méthode a été comparée à une intervention chirurgicale

classique. Après un an de suivi, les résultats sont favorables au TAVR : moins de décès, d'AVC et de réhospitalisations. Mais 5 ans plus tard, il n'y a plus de différence de résultat entre les deux méthodes. La patience a donc des vertus.

📌 NEJM, 23/11/23.

HYPERTENSION Réduire le sel a un effet rapide et important

Adopter un régime alimentaire à teneur réduite en sel est l'une des premières mesures à mettre en place en cas d'hypertension. Mais on sous-estime souvent l'importance de cette mesure diététique. Sa mise en pratique se heurte à la croyance qu'elle ne serait efficace que chez une minorité des personnes (celles « sensibles au sel ») et qu'elle deviendrait secondaire quand on prend des médicaments. Pour y voir

plus clair, une étude a été menée sur plus de 200 volontaires, qui ont suivi à tour de rôle un régime accru en sel (environ 12,5 g/jour) et un régime réduit en sel (3 g/jour). Le passage au régime bas en sel a permis de faire baisser la pression artérielle systolique (chiffre le plus haut) de 8 mm Hg au bout d'une semaine. L'effet est donc rapide et comparable en importance à celui d'un médicament de première intention (hydrochlorothiazide).

La diminution en sel n'a pas eu d'effet chez tout le monde. Mais une réduction a été observée chez près de 75 % des participants, supérieure à 5 mm Hg chez une majorité d'entre eux. Cet effet positif a été constaté que l'hypertension soit traitée par des médicaments ou non, contrôlée ou non. Enfin, peu d'effets indésirables sont apparus, des crampes et des faiblesses surtout.

📌 Jama, 11/11/23.



INFECTIONS URINAIRES La piste d'un vaccin contre les récidives

Les cystites sont dites récidivantes quand elles sont survenues plus de 3 ou 4 fois au cours des 12 derniers mois. Ces infections urinaires sont très pénibles et aucun traitement vraiment satisfaisant n'existe. La recherche s'oriente depuis quelques années vers un vaccin. Il vise à entraîner le système immunitaire des femmes en leur faisant prendre chaque jour une préparation des bactéries le plus souvent impliquées dans les infections urinaires (*Escherichia coli* en premier lieu), mais inactivées pour ne pas les rendre

malades. Un premier essai clinique rigoureux est paru en 2022, avec des résultats prometteurs : les femmes traitées pendant trois mois par ce vaccin sublingual ont eu, en moyenne, 1 infection dans les neuf mois qui ont suivi contre plus de 3 infections pour celles qui n'étaient pas traitées. Mieux, la proportion de femmes indemnes de toute nouvelle infection était plus que doublée : 56 % des femmes traitées contre 25 % des autres. Des essais de plus grande ampleur sont attendus.

📖 Vidal, 14/11/23.

51%

C'est la proportion d'événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) qui auraient pu être évités en 2022. Ces EIGS provenaient en premier lieu d'erreurs médicales et ont mené, près d'une fois sur deux, au décès du patient.

📖 HAS, 11/23.

ANTIBIOTIQUES RÉSISTANCE À DISTANCE

L'antibiorésistance est la capacité des bactéries à échapper aux antibiotiques censés les détruire. Cette résistance est conférée par un gène. Celui-ci peut apparaître spontanément dans une bactérie (mutation), mais aussi être transmis d'une bactérie à une autre (acquisition). On pensait que

ce deuxième mécanisme se produisait seulement quand deux bactéries entraient en contact. Grâce à une nouvelle technique de microscopie, des chercheurs français ont montré que ce transfert de gène pouvait aussi se faire à distance. La bactérie « donneuse » utilise une petite structure tubulaire,

appelée pilus, pour s'accrocher à la bactérie « receveuse ». Mais ce pilus peut aussi servir de tunnel par lequel transite le gène résistance alors même que les deux bactéries restent éloignées. On s'émerveillerait de cette ingéniosité si ce n'était pas aussi néfaste pour la santé.

📖 PNAS, 14/11/23.

BON CHEVEU NE SAURAIT MENTIR

Il serait possible d'analyser les cheveux pour mesurer l'exposition à divers polluants, comme les pesticides, les bisphénols et les phthalates. En effet, ceux-ci se fixent à la kératine, ce qui fait des poils (donc des cheveux) un meilleur témoin de notre exposition réelle que le sang ou l'urine qui les éliminent plus vite.

📖 Anses, 16/11/23.

DÉSINFECTANT Eau et savon en priorité

En cas d'écorchure, de griffure ou de brûlure légère, on a souvent recours à un désinfectant, la chlorhexidine (Biseptine). Mais son usage répété peut entraîner des réactions allergiques graves : urticaire, gonflement du visage, difficultés respiratoires, voire choc anaphylactique. L'Agence de sécurité du médicament, qui reçoit un nombre croissant de signalements, rappelle que l'eau et le savon suffisent le plus souvent pour nettoyer les plaies superficielles. Si une désinfection est recommandée, par le médecin par exemple, la chlorhexidine reste la meilleure option, sauf pour les personnes suspectant une allergie. Elles doivent la signaler aux professionnels de santé afin qu'ils n'utilisent pas ce désin-



Laver la plaie sous l'eau courante est la meilleure option quand elle est superficielle.

fectant au cours des soins. La vigilance est aussi de mise avant d'acheter un bain de bouche, un collyre, du dentifrice ou même des cosmétiques (crèmes, déodorants) : ces produits peuvent contenir de la chlorhexidine, utilisée comme désinfectant ou conservateur.

📖 ANSM, 04/12/23.

ADIEU ET SANS REGRET

Deux médicaments ont disparu de la liste noire annuelle de la revue *Prescrire*. L'antitussif pholcodine (Biocalyptol) et le tixocortol associé à la chlorhexidine (Thiovalone), contre les maux de gorge, ont enfin été retirés du marché. Inefficaces, ils étaient responsables de réactions allergiques sévères.

📖 Prescrire, 28/11/23.

LE NEZ Infections avec effractions

Chargé de faire barrage aux virus, bactéries et pollens qui y entrent lors de l'inspiration, le nez constitue un rempart efficace mais pas invincible. Le Covid a été l'occasion d'en apprendre plus sur le fonctionnement de sa muqueuse, porte d'entrée des rhinites et sinusites.

Sophie Cousin

C'est par lui que les virus et les bactéries hivernaux entrent dans notre organisme et nous affaiblissent. Au moment de la pandémie, plusieurs articles scientifiques ont d'ailleurs montré comment le Covid-19 était avant tout une infection nasale qui, sous certaines conditions, s'étendait à des zones pulmonaires. Le nez est en effet le filtre de la respiration, doté de deux fonctions principales : conditionner l'air inspiré en l'humidifiant et en le réchauffant ; éliminer de nombreuses molécules présentes dans l'air (virus, bactéries, poussières, pollens, champignons...). À l'intérieur du nez, une fine membrane en tapisse les parois : c'est la muqueuse nasale, dont le rôle majeur a été mis en lumière lors des infections par le virus du Sars-CoV2. Recouverte de mucus – une substance composée d'eau, de sel et de glycoprotéines –, elle forme une barrière protectrice face aux agents pathogènes qui pénètrent dans notre nez. Toutefois, cette barrière n'est pas infailible. Elle cède parfois devant les assauts répétés des virus respiratoires.

UN BARRAGE PAS INFRANCHISSABLE

Bien avant l'épidémie de Covid, les scientifiques James Di Santo et Darragh Duffy (Institut Pasteur/Inserm) travaillaient déjà en tandem sur les mécanismes à l'origine de la vulnérabilité individuelle aux infections, et plus précisément sur le fonctionnement de la muqueuse nasale, leur point d'entrée. Ils ont découvert que la flore bactérienne nasale était plus perturbée chez les personnes souffrant des formes les plus sévères. Aujourd'hui, ils poursuivent leurs recherches sur les bactéries présentes dans la muqueuse nasale, soit notre microbiote nasal, beaucoup moins connu pour l'heure que le microbiote intestinal. « Nous connaissons tous des personnes qui sont malades sans arrêt tous les hivers et d'autres qui sont très résistantes. Nous pensons que cette variabilité individuelle s'explique en partie par les caractéristiques de la muqueuse nasale de chacun », indique James Di Santo.

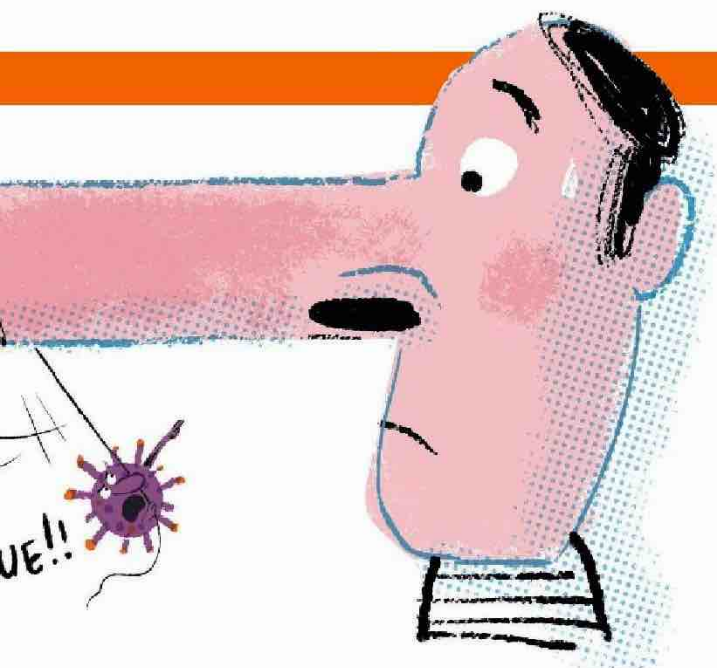
Les deux chercheurs ont déjà identifié des bactéries qui protègent la muqueuse nasale (*Corynebacterium*, *Dolosigranulum*) et des bactéries pathogènes, comme *Moraxella*, fréquemment retrouvée chez les enfants souffrant d'otites à répétition. Mais tout n'est pas si simple car *Moraxella* est aussi présente chez

certaines adultes qui en sont des porteurs sains et ne développent pas de pathologie ORL. « Nous ne sommes qu'au début des découvertes des facteurs régulateurs du microbiote nasal. Les rares études dont nous disposons portent sur des personnes malades, mais nous manquons d'études sur la muqueuse nasale de personnes en bonne santé afin d'établir des comparaisons », souligne James Di Santo. Autant dire que notre muqueuse nasale ne laissera pas percer tous ses mystères si facilement... Mais d'ici 10 à 20 ans, il est possible que les classiques lavages de nez à l'eau de mer seront enrichis en telle ou telle bactérie probiotique ciblée de façon à renforcer la fonction barrière de la muqueuse nasale de chacun.

De son côté, le Dr Amine Harichane, ORL, rejoint en partie ces premières pistes de recherche par ses observations cliniques : « Les patients ayant une pathologie nasale chronique et une muqueuse nasale moins saine sont plus sensibles aux infections de manière générale. La présence ou l'absence de certaines bactéries est sans doute une partie de l'explication et le manque de mucus chez certains patients est un autre facteur explicatif. » Pour que la muqueuse nasale assure son rôle protecteur, une quantité minimale de mucus est nécessaire. Mais il peut être asséché par des traitements (corticoïdes locaux) utilisés trop longtemps ou en trop grande quantité ainsi que par le chauffage et la climatisation. Par ailleurs, il y a des cellules immunitaires dans cette muqueuse nasale qui sont chargées de repousser les assaillants venus de l'extérieur, mais elles sont parfois débordées. En dépit de ses divers dispositifs de défense, le nez devient ainsi la porte d'entrée des infections, les plus fréquentes étant le rhume, la sinusite et la rhinite allergique.

→ LE RHUME OU RHINITE AIGUË

Le banal rhume que nous attrapons tous les hivers est une infection bénigne de la muqueuse nasale. Nez bouché puis écoulement de mucus important s'accompagnent de maux de tête et de gorge, d'éternuements, parfois de frissons et d'une légère fièvre (38 °). Le mucus devient généralement plus épais et parfois jaune ou vert. Toutefois, cette coloration ne prouve pas l'origine bactérienne du rhume ni sa surinfection.



À NOTER Le rhume peut être une rhinopharyngite s'il atteint le pharynx, situé à l'arrière des fosses nasales, et s'il s'accompagne de maux de gorge. Le reflux gastro-œsophagien est propice au déclenchement d'une pharyngite.

LES TRAITEMENTS

Dans la majorité des cas, le rhume dure une semaine, rarement deux, et guérit spontanément. Pour dégager le nez et évacuer les sécrétions abondantes, les lavages au sérum physiologique ou avec des flacons type Stérimar ou Humer doivent être renouvelés régulièrement dans la journée, jusqu'à 8 à 10 fois par 24 h sans risque. Le paracétamol (au maximum 3 g/24 h) soulage les éventuels maux de tête et le mal de gorge associés. Chez les personnes très gênées par les symptômes, des sprays de corticoïdes locaux (sur ordonnance, type Pivalone ou Nasonex) utilisés ponctuellement permettent de limiter la congestion, mais ils sont à éviter chez les personnes sujettes

aux saignements de nez. De petits gestes simples améliorent le confort au quotidien : dormir la tête surélevée par des oreillers dans une pièce pas trop chauffée (18-20 °), placer un bol d'eau sur le radiateur pour humidifier l'air et améliorer le confort nasal, ne pas consommer d'alcool. Le tabagisme actif et passif peut aggraver les symptômes. Pour les personnes souffrant de rhumes à répétition et de saignements de nez fréquents, l'utilisation d'un humidificateur sera un bon investissement, car la muqueuse nasale est très sensible aux changements de température et au chauffage.

À NOTER En phytothérapie, les sprays à base d'huiles essentielles (type spray nasal décongestionnant Phytosun) peuvent soulager ponctuellement les symptômes, mais il n'y a pas d'études démontrant leur efficacité sur le temps de guérison du rhume. Ils sont contre-indiqués chez les femmes enceintes, les enfants de moins de 3 ans et les personnes ayant des antécédents de troubles convulsifs et épileptiques. Par ailleurs, certains de leurs ingrédients entraînent parfois des allergies (échinacée, propolis, romarin, huiles essentielles de ravintsara, eucalyptus radié, niaouli...). Autant s'en passer !

HARO SUR LES MÉDICAMENTS ANTIRHUME

Fin octobre, l'Agence nationale de sécurité du médicament a appelé officiellement à éviter les vasoconstricteurs en cas de rhume. Commercialisés sous les noms de Dolirhume, Actifed Rhume, Humex Rhume, etc. et vendus sans ordonnance, ces médicaments contiennent tous de la pseudoéphédrine. Cette molécule a un effet vasoconstricteur au niveau de la muqueuse nasale : elle va donc réduire la sensation de nez bouché et la production de mucus. Problème : elle n'agit pas seulement sur les vaisseaux du nez, mais aussi sur ceux du cerveau. Elle est ainsi suspectée de provoquer des troubles neurologiques graves pouvant nécessiter une hospitalisation et laisser des séquelles. Une cinquantaine de cas ont été rapportés en lien avec la prise de pseudoéphédrine. De plus, ces médicaments exposent, dans de très rares cas, à des effets indésirables cardiovasculaires (hypertension, infarctus du myocarde) et psychiatriques (hallucinations, épisodes psychotiques). Au vu de cette balance bénéfices-risques très défavorable qu'elle dénonce depuis plusieurs années, l'UFC-Que Choisir a demandé la suspension de l'autorisation de mise sur le marché de la pseudoéphédrine en France. Mais ses effets ont été minimisés par l'Agence européenne du médicament lors de sa réévaluation en décembre 2023..

JE SAIGNE DU NEZ, C'EST GRAVE ?

S'ils peuvent être impressionnants, les saignements de nez (ou épistaxis) ne sont pas graves en tant que tels. Mais ils deviennent problématiques lorsque la personne est sous traitement anticoagulant. Il y a alors un risque de saignements répétés et abondants (car le sang est très fluide), ce qui peut conduire à une anémie, une situation qui concerne plus fréquemment les personnes âgées. Dans ce cas, les saignements ne seront pas stoppés par une simple compression ou des

tampons. Une cautérisation, électrique ou chimique, est généralement nécessaire. Ces dernières années, une technique s'est imposée en raison de ses bons résultats et de sa bonne tolérance : le Floseal. Il s'agit d'un dispositif médical que le médecin place à l'intérieur du nez et qui a une action proche de la colle, ce qui stoppe les saignements. Toutefois, malgré sa grande efficacité, il est réservé à un usage hospitalier pour les personnes à très haut risque hémorragique à cause de son prix élevé.

→ LA SINUSITE AIGÜE

Les sinus sont des cavités creusées dans le massif osseux du visage, qui communiquent avec les fosses nasales par un orifice étroit. Ils peuvent s'infecter soit par voie nasale à la suite d'une rhinopharyngite, soit par voie dentaire à cause d'une carie ou d'un abcès. Cette inflammation touche plus souvent les sinus maxillaires (à côté des pommettes) que les sinus frontaux et éthmoïdaux (entre les yeux). Les premiers signes d'une sinusite aiguë se caractérisent par une obstruction du

- nez importante, un écoulement nasal vers le fond de gorge devenant parfois purulent, un trouble de l'odorat et de forts maux de tête avec une sensation de congestion de la face, voire des douleurs irradiant vers les dents (en cas de sinusite maxillaire). La sinusite est due à un virus ou à une bactérie. L'origine bactérienne se manifeste en général par la présence d'au moins deux ou trois des signes suivants : les douleurs sous les yeux s'aggravent, elles sont pulsatiles et présentes d'un seul côté, elles augmentent lorsqu'on penche la tête en avant et/ou en fin de journée ou la nuit, l'écoulement nasal devient purulent et se fait par une seule narine.

LES TRAITEMENTS

Au niveau local, les lavages de nez avec du sérum physiologique ou des solutions d'eau de mer isotoniques (eau ayant la même teneur en sel que celle produite naturellement par le corps) sont à renouveler régulièrement. Parmi les pathologies nasales, c'est d'ailleurs en cas de sinusite que ces lavages ont prouvé leur plus grande efficacité, selon une revue des études de la Collaboration Cochrane. Les solutions nasales utilisées quotidiennement, surtout les irrigations en grand volume (voir encadré p. 7), permettent même dans certains cas de diminuer l'utilisation d'antibiotiques et de corticoïdes. L'usage de corticoïdes locaux en spray (type Nasonex ou Pivalone, 1 ou 2 pulvérisations matin et soir) aidera à réduire l'inflammation des sinus, la production de mucus et la taille des éventuels polypes (petites excroissances de chair se développant sur les muqueuses des cavités de l'organisme). Ils n'ont pas les effets indésirables des corticoïdes en comprimés, car ils ne diffusent pas dans le corps. Pour soulager les douleurs, il est recommandé de miser sur le paracétamol en priorité et d'éviter les anti-inflammatoires non stéroïdiens (aspirine, ibuprofène) qui risquent de faire flamber l'infection.

Quand les antibiotiques sont-ils nécessaires ? Lorsque l'origine bactérienne de la sinusite est suspectée et/ou en présence de

signes de complication : fièvre très élevée, douleur faciale et maux de tête intenses, troubles oculaires. L'amoxicilline est l'antibiotique de premier choix, avec une posologie de 500 mg à 1 g toutes les 8 h pendant 7 jours chez les adultes.

QUAND LA SINUSITE DEVIENT CHRONIQUE

Le plus souvent, la sinusite aiguë évolue vers la guérison en une à deux semaines. Mais quand les symptômes durent depuis plus de 1 mois, la sinusite est dite chronique et son traitement devient plus complexe. En effet, les cures de corticoïdes par voie générale sont limitées à 3 ou 4 cures de 5 jours par hiver en raison des effets secondaires possibles au-delà (risque augmenté d'ostéoporose et d'insuffisance surrénalienne). C'est l'identification des facteurs favorisants qui permettra de stopper les récives. La présence de polypes est l'un des facteurs expliquant cette chronicisation, surtout s'ils se trouvent dans le méat, l'orifice de vidange du sinus. Si les corticoïdes par voie nasale ne suffisent pas, il faut parfois retirer ces polypes chirurgicalement pour stopper le cercle vicieux des sinusites à répétition. Pour les sinusites maxillaires récidivantes, il y a souvent une infection dentaire associée et le traitement passera d'abord par des soins dentaires. Enfin, chez certaines personnes, la sinusite est associée à une allergie avérée après bilan sanguin. Un traitement par anti-IgE (type Xolair, injections sous-cutanées) permet de casser la réaction inflammatoire et de passer le cap. Il empêche la libération d'anticorps allergiques et d'histamine, ce qui diminue l'inflammation de la muqueuse.



L'ANOSMIE, CONSÉQUENCE DU COVID

La perte de l'odorat a concerné entre 46 % et 86 % des personnes infectées par le Sars-CoV2. Un symptôme si répandu qu'il est même devenu l'un des premiers signes de l'infection. Dans la majorité des cas, l'odorat est revenu en quelques semaines, quelques mois tout au plus, notamment chez les personnes jeunes chez qui les cellules olfactives se régénèrent rapidement. L'anosmie persistant au-delà de 1 an après

l'infection au Covid est estimée entre 15 et 25 % des patients selon la littérature internationale. Les personnes âgées ont été particulièrement concernées par ce trouble persistant. Un autre trouble est apparu en parallèle : sentir des odeurs qui n'existent pas. En effet, quand les cellules se régénèrent, elles peuvent le faire de façon disproportionnée, entraînant l'apparition de cette parosmie. Un vrai handicap au quotidien.

➔ LA RHINITE ALLERGIQUE

Crises d'éternuements, démangeaisons dans le nez et la gorge, nez qui coule ou se bouche, yeux secs ou rougeoyants, etc. Les symptômes de la rhinite allergique laissent peu de place au doute. La plus connue est le rhume des foins qui se manifeste au printemps et en été. Elle est provoquée par l'apparition des pollens de graminées, mais d'autres allergènes peuvent être aussi en cause : poils d'animaux, moisissures, etc.

UNE PATHOLOGIE EN FORTE HAUSSE

La rhinite allergique toucherait 28 % de la population de l'Hexagone, d'après la Société française ORL. Sa prévalence est en hausse depuis les années 2000 dans les pays développés selon de grandes enquêtes épidémiologiques. Cela serait lié à plusieurs facteurs : l'élévation de la pollution de l'air, l'augmen-

LAVER SON NEZ Quand, comment et avec quoi

Le lavage de nez avec du sérum physiologique ou des solutions salines s'est imposé au fil des années comme un traitement simple et validé des infections nasales. Si son utilité est consensuelle aujourd'hui, le type de solutions et dispositifs employés fait en revanche débat.

➔ **En cas de début de rhume ou rhume installé.** Ponctuellement, les dosettes de sérum physiologique sont idéales. Avec 9 g de chlorure de sodium (du sel) par litre, de l'eau distillée stérile et un pH neutre, elles aident à évacuer le mucus un peu trop épais tout en conservant le mucus sain. On peut aussi acheter une seringue à embout arrondi (en pharmacie) et du sérum physiologique en grand conditionnement (100 mL, 500 mL ou 1 L, certains sont remboursables) afin de laver à plus grand volume (100 à 250 mL par côté) les fosses nasales. À condition de bien nettoyer la seringue après chaque utilisation.

Pour passer à un lavage un peu plus intensif, on pourra recourir à des flacons d'eau de mer filtrée type Humer ou

Sterimar. La version isotonique a la même concentration en sel (9 g/L) que le sérum physiologique, mais elle est naturellement riche en sels minéraux et oligoéléments qui favoriseraient la production d'un mucus protecteur. La version hypertonique (20 g de sel/L) est réservée aux nez très bouchés ou aux sinusites aiguës et ne doit pas être utilisée trop longtemps sous peine d'irriter la muqueuse nasale. On trouve aussi des flacons dont la solution est enrichie en cuivre, zinc ou magnésium, mais il n'y a pas de bénéfices démontrés.

➔ **En cas de sinusite, rhinite chronique ou en soins postopératoires.** Les dispositifs type Rhino Horn et Respimer NetiFlow sont indiqués, car ils permettent d'irriguer les cavités nasales et celles des sinus de manière abondante, ce qui va décongestionner et assainir la muqueuse. Le Rhino Horn est vendu avec une dosette pour le sel afin de fabriquer sa solution saline sans se tromper. Ce n'est pas le cas du Respimer, vendu avec des sachets. Certains médecins proposent de préparer soi-même sa solution d'eau salée.

La recette est généralement la suivante : 1 L d'eau du robinet avec 2 cuillères à café de gros sel de cuisine et 1 de bicarbonate de soude (de qualité pharmaceutique). Mais, selon la Société française ORL, cette préparation n'est pas totalement sûre car, si l'on verse un peu trop de sel, on risque de décaper sa muqueuse et de provoquer des saignements de nez. La balance bénéfices-risques ne serait donc pas en faveur de ces solutions maison, même si l'aspect économique est évidemment intéressant.

➔ **Comment procéder ?** Pour l'ensemble de ces lavages, le plus efficace est de garder la tête droite, sans la pencher à droite ni à gauche, ni en avant ni en arrière. La fosse nasale se trouvant alors à l'horizontale, le liquide ressort directement par la bouche et on peut le cracher. Pour plus de confort et éviter de mouiller ses vêtements, on peut aussi incliner légèrement sa tête du côté du lavage, comme le préconisent les modes d'emploi, de façon que l'eau entre par une narine et ressorte par l'autre.

tation des allergènes domestiques et des problèmes de logement (acariens, humidité, moisissures...), mais aussi l'explosion du nombre de dépistages et diagnostics dans un contexte de fort développement de la spécialité d'allergologie.

LES TRAITEMENTS

Dans les formes légères, les antihistaminiques les plus récents dits de deuxième génération (cétirizine/Zyrtec, desloratadine/Aerius, loratadine/Clarityne...), sont prescrits en première intention. Ils provoquent moins de somnolence que ceux de la génération précédente et sont efficaces sur les éternuements, le nez qui coule et la conjonctivite, mais plus partiellement sur l'obstruction nasale. Les lavages de nez à l'eau de mer sont utiles mais pas suffisants.

Dans les formes les plus sévères, les sprays nasaux à base de corticoïdes (type Nasonex) et en association avec des antihistaminiques (Dymista) sont indiqués en première intention. Ils assèchent les sécrétions et diminuent la réaction inflammatoire au niveau du nez. Ils sont en général bien tolérés, mais peuvent entraîner des saignements de nez minimes. En revanche, les corticoïdes par voie générale ne sont plus préconisés dans la prise en charge de la rhinite allergique en raison de leurs nombreux effets secondaires.

Depuis une quinzaine d'années, les personnes chez qui les antihistaminiques ne donnent pas de résultats suffisants

peuvent être traitées avec des antileucotriènes (comme le montélukast/Singulair), qui permettent de bloquer les mécanismes de l'inflammation. Initialement prescrits aux asthmatiques, ces médicaments ne sont pas officiellement autorisés dans la rhinite allergique. Leur tolérance est généralement bonne. Attention toutefois aux troubles neuropsychiatriques (cauchemars, confusion) avec le montélukast.

Pour les personnes les plus gênées par les symptômes, et après identification de l'allergène en cause par un bilan allergologique, la désensibilisation est la dernière option de traitement. Son principe : administrer des extraits d'allergènes de façon progressive afin d'augmenter la tolérance de la personne. Son efficacité contre les acariens et les pollens d'arbres ou de graminées est débattue. Des effets secondaires de type majoration de la rhinite et de l'asthme peuvent se manifester dans les premières semaines de traitement, les effets bénéfiques mettent parfois plusieurs mois à apparaître et la cure dure plusieurs années. Cette désensibilisation est contre-indiquée dans certains cas : déficit immunitaire, asthme sévère et mal contrôlé, prise de bêtabloquants. ■

🔴 **Experts consultés :** James Di Santo, directeur de l'unité Inserm Physiopathologie du système immunitaire, Institut Pasteur; Darragh Duffy, directeur du laboratoire d'immunologie translationnelle et coordinateur du LabEx Milieu intérieur à l'Institut Pasteur; Dr Amine Harichane, ORL pédiatrique et chirurgien cervico-facial, référent au sein de la SFORL.



En finir avec les cors au pied

Petits par la taille, les cors peuvent être très douloureux et, selon leur localisation, gêner significativement la marche. Comment les traiter et éviter leur réapparition ?

❏ D'où viennent les cors

Comme les callosités et les durillons, les cors sont le résultat d'un épaissement de la couche cornée de la peau. De petite taille, ils se distinguent par la présence en leur centre d'un cône corné dont la pointe s'enfonce dans les tissus plus profonds et qui fait mal en cas d'appui. Ils se

forment sur les orteils ou sur la partie haute de la plante du pied en réaction à des frottements avec la chaussure ou un « hyper-appui » lié à la manière de poser son pied en marchant. L'œil-de-perdrix est un cor particulier : il est mou et se forme entre deux orteils qui frottent l'un contre l'autre.

❏ Bien se chausser

Les femmes sont bien plus concernées par les cors que les hommes pour une raison plus esthétique qu'anatomique. Porter des chaussures mal adaptées entraîne l'apparition de cors, et augmente à plus long terme la probabilité de voir ses pieds se déformer. Or ces déformations favorisent

à leur tour les frottements avec les chaussures et donc la formation de cors. Il faut choisir ses chaussures avec ses pieds, pas avec ses yeux ! Chez les personnes qui marchent beaucoup, des cors peuvent apparaître avec de bonnes chaussures, car les frottements, même minimes, sont répétés sur de longues durées. Anticiper le gonflement des pieds lors de l'achat des chaussures et porter des chaussettes suffisamment protectrices peuvent limiter les désagréments. D'une manière générale, ne pas porter la même paire de chaussures tous les jours est un bon moyen d'éviter qu'une zone du pied soit sursollicitée.



Impossible de faire rentrer un pied dans un escarpin sans le comprimer !

LES FACTEURS DE RISQUE

L'âge augmente la probabilité de souffrir de cors, surtout en dessous des pieds. En effet, la zone renflée sous les orteils, constituée de graisses amortissantes, s'amincit avec les années. Certaines maladies (polyarthrite rhumatoïde, maladie de Charcot, par exemple), qui provoquent des déformations des pieds, favorisent aussi les cors.

❏ Savoir les soigner

➔ **Les pansements avec un petit trou central** créent une décharge de la zone douloureuse. Ils sont donc utiles pour soulager la douleur et éventuellement ralentir la réapparition d'un cor.

➔ **Des produits dits kératolytiques ou coricides** sont proposés en vente libre. Ils contiennent de l'acide salicylique qui « dissout »

l'épaississement de la couche cornée. Mais ils n'éliminent pas toujours le cor dans son intégralité. Attention : ils ne sont pas adaptés pour traiter les cors mous et ne doivent pas être utilisés chez les personnes diabétiques ni chez celles dont la peau est fragile.

➔ **Râpes et crèmes contenant de l'urée** (dites émollientes) permettent de réduire l'épais-

sissement de la couche cornée. Toutefois, elles sont plus efficaces sur les callosités que sur les cors.

➔ **En cas d'œil-de-perdrix**, séparer les deux orteils impliqués est important. Différents dispositifs existent en pharmacie, mais un simple tampon de coton peut parfois suffire.

➔ **Le pédicure-podologue traite les cors** en éliminant

mécaniquement l'épaississement et le cône douloureux. Il pourra vous conseiller, selon l'origine du cor, pour limiter sa réapparition. Des orthèses ou des semelles de décharge peuvent être prescrites pour limiter les appuis sur les zones les plus sensibles.

➔ **Il est déconseillé d'enlever soi-même un cor** en utilisant des lames coupantes.

❏ **Experte consultée : Karine Poirier**, pédicure-podologue à Troyes, déléguée aux affaires internes du Conseil national de l'Ordre des pédicures-podologues.



COLLAGÈNE Produit miracle ou poudre de perlimpinpin ?

➔ Grâce à un marketing outrancier et des arguments scientifiques malhonnêtes, le collagène a réussi à se faire passer pour un produit qui comblerait aussi bien les rides qu'il soulagerait les articulations.

On le connaissait déjà comme un ingrédient des crèmes antirides. Le collagène revient en force sous forme de produits à avaler : bonbons, boissons, poudre à diluer et gélules avec le statut de complément alimentaire. Le collagène est l'une des principales protéines du corps. Dans la peau, il assure tenue et élasticité. Au sein des articulations, il contribue aux propriétés biomécaniques du cartilage sollicité lors des mouvements. On en trouve aussi dans les os, les tendons, les ligaments, les muscles, les vaisseaux sanguins, etc. Il est produit massivement pendant l'enfance, mais sa synthèse ralentit très fortement à l'âge adulte.

Sur cette base, les marchands de compléments alimentaires déclinent des promesses à l'envi. Côté esthétique, le collagène « efface les signes de l'âge », « lutte contre le relâchement cutané », peut « prévenir l'apparition des rides et rajeunir le visage ». Ongles cassants, cheveux ternes ? Une cure de collagène devrait arranger ça. Côté santé, il garantit « le confort articulaire », une « atténuation des douleurs ». Certains osent même le promouvoir « pour renforcer la densité osseuse », ce qui est interdit sur un complément alimentaire car cela relève de l'allégation thérapeutique. Bref, vous allez rajeunir, de la tête aux pieds !

Alors, ça marche ? Les vendeurs de compléments en ligne assurent que oui, études scientifiques à l'appui. Nous avons demandé à deux d'entre eux, Vita Recherche et Biocyte, de nous fournir

ces études, aucun n'a répondu. Les rares essais cliniques qu'on peut dénicher, sur les douleurs d'arthrose par exemple, sont mal faits, sur un trop petit nombre de patients et sans comparer le collagène à un placebo (une règle méthodologique de base). Certains produits affichent la mention « recommandé par les rhumatologues ». On ne sait pas lesquels. En tout cas, pas le président d'honneur de la Société française de rhumatologie, le Pr Francis Berenbaum, qui tranche : « Il n'y a aucune preuve que ça marche, et surtout, il n'y a aucune raison que ça marche. »

Un argumentaire absurde

Le collagène est une protéine, soit une grosse molécule faite de l'assemblage de petites briques, les acides aminés. « Le corps n'est pas capable de l'assimiler sous cette forme, explique la Dr Claire Vinatier, chercheuse dans l'unité Inserm Médecine régénérative et squelette. Lorsqu'il est ingéré, il est, comme toutes les autres protéines, dégradé en acides aminés pour pouvoir passer la barrière intestinale. Une fois assimilés, ces acides aminés peuvent servir à reconstruire des protéines, mais pas le collagène plus spécifiquement qu'une autre. » Dire qu'il va régénérer le cartilage ou combler les rides est aussi absurde qu'imaginer que manger du jarret de porc vous donnera de bons mollets musclés ou que la cervelle d'agneau vous fournira des neurones pour être plus intelligent. Le collagène ne se souvient pas d'où il vient. ▣

Page réalisée par
Perrine Vennetier

TROIS MENSONGES DÉCRYPTÉS

Pour imposer le collagène comme un produit désirable et efficace, les marchands de compléments alimentaires multiplient les manœuvres. Outre la publicité déguisée sur des sites de presse, le recours à des influenceurs, le détournement de termes scientifiques, certains avancent sans sourciller des contre-vérités.



← **La fausse certification**
La Direction générale de sécurité sanitaire des produits alimentaires française n'existe pas. Il s'agit en réalité d'une affabulation.



← **Le pourcentage improbable**
Chez les adultes, le cartilage se répare « difficilement » (source : Inserm). C'est bien le problème auquel sont confrontées toutes les personnes qui souffrent d'arthrose. Ce 95 % n'est pas crédible.

↓ **La collaboration fantasmée**
Le vendeur de collagène se targue de fournir du collagène pour une étude clinique dans

Nos peptides marins COLLAGEN VITAL, déjà utilisés dans plusieurs études scientifiques prouvant leur efficacité*, sont encore utilisés pour une étude clinique avec l'Hôpital Européen George Pompidou de Paris.

le prestigieux hôpital Georges-Pompidou à Paris... dont nous n'avons pas retrouvé trace. Le service de presse de cet hôpital nous a indiqué qu'il n'y avait pas d'étude en cours avec du collagène.



Les médicaments qui favorisent les mycoses

Les antibiotiques et les corticoïdes inhalés peuvent induire des déséquilibres qui entraînent la prolifération de champignons : c'est une mycose.

Les mycoses sont des infections provoquées par des champignons, micro-organismes d'une grande diversité (le genre *Candida* rassemble à lui seul plus de 200 espèces). Les plus fréquentes, dites superficielles, sont bénignes et se limitent à la peau, aux muqueuses (bouche, intestin, vagin) et aux ongles. Mais il existe des mycoses invasives, dans lesquelles les champignons sont capables de coloniser les organes, en particulier les poumons, et leur taux de mortalité avoisine les 50 %.

Les antibiotiques à large spectre et les corticoïdes inhalés sont bien connus pour favoriser l'apparition de mycoses superficielles. Les premiers éliminent les bactéries pathogènes (c'est le but du traitement), mais aussi celles existant dans les microbiotes digestif et vaginal principalement. La disparition de ces « bonnes » bactéries crée un vide pouvant engendrer le développement de champignons naturellement présents, tel *Candida albicans*. La plupart des mycoses secondaires aux traitements antibiotiques sont ainsi des candidoses. Si vous avez déjà eu des mycoses vaginales lors d'un traitement précédent, le médecin pourra vous prescrire un traitement antifongique (type éconazole) sous forme d'ovules à prendre en même temps que l'antibiotique.

Quant aux corticoïdes inhalés, pris en cas d'asthme ou de bronchopneumopathie chronique obstructive, ils perturbent l'immunité locale, ce qui entraîne parfois l'apparition de candidoses buccales (aussi appelées muguet). Il est donc impératif de bien se rincer la bouche après chaque inhalation pour éliminer les résidus de produit. Une mycose buccale peut aussi apparaître avec une chimiothérapie ou si la production de salive est réduite, par un traitement antidépresseur par exemple, car celle-ci a un rôle protecteur contre les infections bactériennes et fongiques.

Des mycoses plus sévères

La prise de médicaments entraînant une baisse importante de l'immunité peut provoquer l'apparition de mycoses superficielles, mais aussi invasives. Ainsi les personnes traitées par des corticoïdes oraux au long cours ou par des anticorps monoclonaux pour des maladies chroniques telles que les maladies auto-immunes (polyarthrite rhumatoïde, maladie de Crohn, lupus...) y sont plus sujettes. Les personnes greffées, qui prennent un traitement immunosuppresseur,

PRINCIPAUX MÉDICAMENTS IMPLIQUÉS

● **Molécule** Nom de marque

ANTIBIOTIQUES À LARGE SPECTRE

● **Amoxicilline (pénicilline)** Augmentin, Clamoxyl
 ● **Azithromycine** Zithromax ● **Cefpodoxime** Orelox
 ● **Ciprofloxacine** Ciflox ● **Doxycycline** Tolexine
 ● **Fosfomycine** Monuril

CORTICOÏDES INHALÉS

● **Béclométhasone** Bécotide ● **Budésonide** Symbicort
 ● **Ciclésone** Alvesco ● **Fluticasone** Flixotide
 ● **Mométasone** Atecura

CORTICOÏDES ORAUX

● **Bétaméthasone** Betnésol, Célestène
 ● **Dexaméthasone** Dectancyl, Néofordex
 ● **Prednisolone** Solupred ● **Prednisone** Cortancyl

ANTICORPS MONOCLONAUX (immunosuppresseurs)

● **Infliximab** (inhibiteur du TNF-α) Inflectra, Remsima
 ● **Rituximab** (anti-CD20) Ruxience, Truxima

Liste non exhaustive

et celles atteintes de cancer en chimiothérapie y sont aussi plus exposées. Les candidoses invasives sont très rares, mais constituent une part non négligeable des maladies nosocomiales, c'est-à-dire acquises à l'hôpital (comme les aspergilloses), où elles sont favorisées par la présence d'un cathéter vasculaire.

Il existe peu de médicaments pour soigner les mycoses. L'amphotéricine a longtemps été le traitement de référence et reste prescrite sous forme de sirop pour les mycoses buccales et digestives (Fungizone) et en intraveineuse pour les mycoses invasives. Les dérivés triazolés (fluconazole, itraconazole...), développés plus récemment, sont mieux tolérés, mais peuvent présenter une toxicité hépatique et, dans certains cas, nécessiter une surveillance durant le traitement. Les échinocandines, administrables par voie intraveineuse, sont surtout indiquées pour les candidoses invasives.

🔴 **Expert consulté :** Pr Christophe Hennequin, chef du service de parasitologie-mycologie, hôpital Saint-Antoine, Paris.

MALADIE À CORPS DE LEWY

“Cette pathologie est encore trop mal connue”



Le raisonnement est fluide et le vocabulaire choisi quand Catherine C. nous raconte sa maladie. Qui croirait que, le matin même, n'arrivant pas à retrouver le mot « couvercle », elle a demandé à son mari le « toit » du Tupperware ? Depuis 12 ans, elle est atteinte d'une maladie à corps de Lewy. Une pathologie difficile à diagnostiquer.

Page réalisée par
Fabienne Maleysson

J'ai accepté de témoigner pour ceux qui ne peuvent pas ou plus le faire. Passé 40 ans, j'ai peu à peu pris conscience que mon fonctionnement intellectuel s'altérait. Au travail, j'étais incapable de passer d'un sujet à l'autre. Par ailleurs, je suis tombée plusieurs fois inexplicablement. Mon généraliste avait mis tout cela sur le compte d'un burn-out. Puis j'ai consulté un neurologue qui m'a prescrit un datscan [examen d'imagerie cérébrale, ndlr]. Sur le compte-rendu était simplement écrit « début de M.A. ». On ne m'a rien expliqué, j'ai compris toute seule que cela signifiait « maladie d'Alzheimer ». Mais je n'y croyais pas et mon médecin traitant non plus. Un an après, un second cabinet de radiologie a fait une batterie d'examens, puis m'a adressée à l'hôpital où on m'a diagnostiqué la maladie à corps de Lewy. Cela a pris 2 ans et demi. Cette errance diagnostique est un classique de cette maladie et cette incertitude engendre une angoisse supplémentaire. Savoir de quoi on souffre, c'est un soulagement en même temps qu'un séisme psychologique, d'autant qu'on m'a annoncé sans ménagement une espérance de survie de 7 ans.

C'était il y a une douzaine d'années. J'ai compris que la maladie allait bouleverser ma vie, mais j'ai décidé de ne pas la laisser la détruire.

Un des moyens pour y parvenir est de m'impliquer dans une association d'aide aux malades et aux aidants. J'ai mis en place des groupes de parole mensuels que j'anime avec une psychologue. Les thèmes abordés sont variés : sommeil, alimentation, aménagement du logement ou encore recherche de professionnels compétents sur cette maladie (neurologue, orthophoniste, kinésithérapeute...). C'est très compliqué car la pathologie est encore mal connue. J'ai proposé aussi l'élaboration d'une lettre ouverte expliquant nos ressentis et nos attentes.

Nous avons tous une épée de Damoclès au-dessus de la tête mais, à travers ces discussions,

il se crée une fraternité. C'est cela qui me meut : le fait de me sentir utile. J'ai survécu au-delà du pronostic. Alors ce temps, je le consacre aussi aux autres. Les gens m'appellent ou m'envoient des petits mots me disant que je dois continuer, cela me nourrit. La

“Pour ne pas la laisser me détruire, je me suis impliquée”

dépression est souvent associée à la maladie à corps de Lewy, car les fluctuations dans les performances cognitives font que l'on se rend compte de la dégradation de son état. J'ai trouvé un réconfort dans le fait de m'impliquer de la sorte. Cela m'aide à développer une pensée positive. J'aime beaucoup la phrase de Sénèque : « La vie, ce n'est pas d'attendre que l'orage passe, c'est d'apprendre à danser sous la pluie. » ■

DIAGNOSTIC Des confusions fréquentes

De nombreuses personnes atteintes de la maladie à corps de Lewy sont diagnostiquées avec retard, voire jamais. La pathologie n'est identifiée que depuis une trentaine d'années. Surtout, elle partage des symptômes avec les maladies d'Alzheimer et de Parkinson

avec lesquelles elle peut être confondue. Elle mêle troubles cognitifs et corporels, les premiers apparaissant souvent d'emblée, les seconds survenant plus tard ou pas du tout. Les altérations de la concentration, du raisonnement, des capacités d'exécution, sont toujours présentes mais par-

fois discrètes. La dépression fait souvent partie du tableau clinique. Peuvent s'y ajouter une démarche traînante, des blocages corporels, des troubles de l'équilibre, des chutes répétées. Trois symptômes en particulier doivent orienter vers cette maladie : des fluctuations au

niveau de la cognition (un jour, le raisonnement est normal, le lendemain, il est incohérent) et/ou de la vigilance (d'une minute à l'autre, la personne est « ailleurs » puis reprend ses esprits) ; des hallucinations visuelles détaillées ; une tendance à vivre ses rêves, gestes à l'appui.

SOMNOLENCE J'ai envie de dormir pendant la journée

Qu'elles soient causées par un manque de sommeil nocturne, la prise de certains médicaments ou une pathologie sous-jacente, les somnolences diurnes excessives peuvent nous jouer de mauvais tours.

Sophie Cousin

Selon les enquêtes épidémiologiques, 4 à 5 % des personnes seraient touchées par une somnolence sévère quotidienne et 15 % par une somnolence modérée et occasionnelle. « Cette somnolence diurne excessive est clairement sous-diagnostiquée. Elle est banalisée et parfois moquée, comme si ce n'était pas grave du tout, alors que les personnes concernées ont une mauvaise qualité de vie et un risque augmenté d'accident de voiture. Non seulement c'est un handicap sévère au quotidien, mais cette somnolence révèle fréquemment une pathologie sous-jacente », expose le Pr Yves Dauvilliers, spécialiste du sommeil.

La somnolence peut se manifester de différentes façons : une incapacité à se réveiller le matin, des envies irrésistibles de dormir en pleine activité, une somnolence plus ou moins permanente tout au long de la journée. Alors, quand doit-elle être prise au sérieux ? S'endormir dans le train ou en regardant la télévision, cela peut arriver à tout le monde et n'a rien de pathologique. S'assoupir lors d'une activité (en discutant avec quelqu'un, à table ou au volant) est beaucoup plus problématique. A fortiori quand ces accès de somnolence se produisent plusieurs fois dans la journée. Il est alors recommandé de consulter (voir encadré ci-contre). Le point sur les différentes causes sous-jacentes et les moyens de les limiter.

→ DORMEZ-VOUS ASSEZ LA NUIT ?

Un manque de sommeil nocturne chronique est la première cause de somnolence diurne excessive, toutes classes d'âge confondues. Une personne qui ne dort pas assez la nuit aura du mal à maintenir un niveau d'éveil normal au cours de la journée suivante. Au fil de nuits trop courtes, elle se retrouvera en privation chronique de sommeil. Dans

ce cas, les somnolences sont surtout marquées dans l'après-midi et le soir, et s'accompagnent de troubles de l'attention, irritabilité, manque de motivation, entre autres. Problème : le déni est fréquent, comme en témoigne le Pr Dauvilliers : « Passer trop de temps sur les écrans est l'une des grandes causes de privation de sommeil de nos jours. Certaines personnes ayant besoin de dormir 8 à 9 h par nuit se retrouvent à dormir seulement 7 h avant de se lever péniblement chaque matin. Elles ne considèrent pas que c'est une privation de sommeil mais, lorsqu'on les interroge sur leur heure de coucher, on explique facilement leurs somnolences diurnes. »

QUE FAIRE

Le meilleur traitement consiste à mieux s'écouter et à s'efforcer de se coucher plus tôt afin d'allonger son temps de sommeil nocturne. Une courte sieste, d'environ 20 minutes, après le déjeuner peut aussi être utile. Si ces somnolences sont trop fréquentes et handicapantes, il est recommandé de consulter.

→ PRENEZ-VOUS DES SOMNIFÈRES ?

Les hypnotiques (somnifères) et les anxiolytiques (tranquillisants) sont les médicaments les plus impliqués dans les somnolences diurnes, notamment les « Z-drogues » (zolpidem, zopiclone...). Leurs effets secondaires sont bien documentés : somnolences, confusion, troubles de la concentration et de la mémoire, voire chutes. C'est la raison pour laquelle ils doivent être pris sur une courte durée, à faible dose, ce qui n'est pas toujours respecté dans les faits.

QUE FAIRE

Votre médecin pourra vous proposer de modifier l'heure de la prise du médicament, de changer de molécule ou d'entamer un sevrage si vous prenez ces molécules depuis longtemps et que les

QUI CONSULTER ?

Même si peu de personnes le consultent pour ce motif, le premier recours est le médecin traitant. Si besoin, il pourra vous adresser vers un centre du sommeil pour procéder à un enregistrement de nuit et des tests de vigilance. Ces centres sont aussi dédiés à l'accompagnement au sevrage médicamenteux (anxiolytiques...). Certes, les délais sont souvent longs, plusieurs mois en général, mais quand le retentissement des somnolences est important, cela en vaut la peine.



somnolences en journée sont trop handicapantes ou dangereuses au quotidien (voir Q.C. Santé n° 174, septembre 2022).

→ RONFLEZ-VOUS EXCESSIVEMENT ?

Les apnées du sommeil sont des interruptions de la respiration anormalement fréquentes (plusieurs fois par heure). Elles se manifestent par des ronflements intenses et une agitation nocturne. Pendant le jour, elles entraînent une fatigue et une somnolence excessives. La somnolence est variable, de légère à sévère, et s'accompagne de troubles de l'humeur et cognitifs (difficulté à se concentrer, à mémoriser...). Le syndrome d'apnées du sommeil, souvent associé à un surpoids, concerne 4 % des hommes et 2 % des femmes. Des chiffres qui augmentent avec l'âge des personnes.

BON À SAVOIR L'obésité favorise la somnolence en journée par le biais des apnées du sommeil, mais aussi en provoquant une inflammation de bas grade et une variation du taux de certaines hormones (insuline, ghreline, leptine...) impliquées dans le sommeil.

QUE FAIRE

Le diagnostic repose sur l'enregistrement du sommeil. Le traitement consiste en la mise en place soit d'une orthèse d'avancée mandibulaire, soit d'une ventilation nocturne avec un masque nasal (respirateur à pression positive continue), ce qui diminue souvent les somnolences diurnes en paral-

lèle. « Toutefois, même quand les apnées sont efficacement traitées par ventilation nocturne, il peut persister une somnolence diurne chez 5 à 8 % des patients. Dans ce cas, après élimination des autres causes, un traitement stimulant pourra être envisagé au cas par cas », souligne le Pr Dauvilliers. Deux molécules psychostimulantes ont été récemment autorisées dans cette indication : le solriamfétol et le pitolisant. Cependant, elles sont à manier avec précaution en raison de leurs possibles effets secondaires.

→ VOUS ENDORMEZ-VOUS SUBITEMENT ?

La narcolepsie est la cause la plus sévère de somnolence diurne. Il s'agit d'une maladie chronique rare (1 personne sur 3 000 à 5 000), qui survient le plus souvent entre 10 et 30 ans et qui est sous-diagnostiquée. Elle se caractérise par un sommeil nocturne de durée normale mais de qualité médiocre, une somnolence diurne excessive et des endormissements irrésistibles à tout moment de la journée, souvent avec des hallucinations à l'endormissement et des paralysies de sommeil. On distingue deux formes différentes : la narcolepsie avec cataplexie (des pertes soudaines de tonus musculaire de quelques secondes) et celle sans cataplexie.

QUE FAIRE

Le diagnostic est essentiellement clinique. Les soins reposent sur des conseils comportementaux et surtout, un traitement à l'aide de molécules qui

DU BON USAGE DE LA SIESTE

Un petit somme permet de récupérer d'une mauvaise nuit et de relancer la machine. Mais si la sieste est trop longue, elle va fragmenter le sommeil de la nuit suivante. L'idéal ? Une courte sieste de 20 minutes en tout début d'après-midi, vers 14 h. Mais si l'on ressent le besoin de plusieurs siestes dans la journée, voire dès la matinée, il vaut mieux consulter.

maintiennent éveillé. De nombreux médicaments existent à ce jour et leur prescription dépendra des symptômes et de leur sévérité, avec une prise en charge personnalisée. Celle-ci se fait idéalement dans un centre de référence et de compétence prenant en charge la narcolepsie.

→ SOUFFREZ-VOUS DE DÉPRESSION ?

L'impact de la dépression sur le sommeil est variable. Certaines personnes ont des insomnies marquées, d'autres au contraire restent très longtemps au lit et n'arrivent pas à se lever le matin car elles se sentent épuisées en permanence. Dans les deux cas, cela peut se traduire par des somnolences en journée.

QUE FAIRE

S'exposer à la lumière du jour, pratiquer une activité physique tôt le matin et diminuer le temps passé au lit sont de bons conseils. Un changement d'antidépresseur, ou de son heure de prise (le soir s'il a un effet sédatif), est parfois envisagé. Par ailleurs, de nombreux antidépresseurs sont associés à une somnolence diurne (notamment les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, comme la paroxétine), à l'exception de certains d'entre eux qui ont des propriétés stimulantes (venlafaxine, duloxétine). ▢

Expert consulté : Pr Yves Dauvilliers, responsable du Laboratoire du sommeil-CHU de Montpellier et de l'équipe Neuropeps-Inserm, coordinateur du Centre de référence national des narcolepsies et hypersomnies rares.

POURQUOI IL FAUT S'EN OCCUPER

« Un tiers des accidents mortels sur l'autoroute est causé par une somnolence au volant, avant la vitesse et l'alcool. C'est la seule cause non répréhensible par la loi », pointe le Pr Dauvilliers. Certes, des campagnes de sensibilisation sont régulièrement menées, notamment lors des départs en vacances estivaux, avec cette consigne d'observer des pauses toutes les 2 h. Mais personne n'est là pour

contrôler ou quantifier le manque de sommeil du conducteur. Par ailleurs, une somnolence diurne excessive peut entraîner une diminution des performances professionnelles ainsi que des difficultés d'ordre social et familial. Enfin, chez les personnes âgées, le risque de chute et de maladies cardiovasculaires, neurologiques et psychiatriques est augmenté.



Chez l'ophtalmo tous les 2 ans ?

Je me rends chez l'ophtalmo-logue tous les 2 ans car je porte des lentilles. Ce même praticien demande à mon mari, âgé de 58 ans, et à mon fils de 24 ans de le revoir aussi tous les 2 ans. Quelles sont les recommandations ?

Catherine J., par e-mail



O.C. SANTÉ La fréquence des bilans ophtalmologiques varie selon l'âge et la santé visuelle. Entre 18 et 40 ans, si vous souffrez d'un trouble visuel léger, vous pouvez réaliser un bilan tous les 3 à 5 ans. Ce peut être moins si vous n'avez aucune correction, ou plus si vous avez une correction forte. À partir de 40 ans, cet intervalle est réduit à 2-3 ans en l'absence de trouble visuel important ou d'antécédents familiaux de glaucome ou de DMLA. À partir de 65 ans, le bilan doit se faire tous les 1 à 2 ans, car le risque de cataracte, glaucome ou DMLA est plus élevé. Le port de lentilles, une correction forte, la présence d'un diabète ou des antécédents familiaux peuvent réduire ces délais. Ce sera alors à l'ophtalmo de vous renseigner. ■

Essentiel mais pas remboursé !

En raison d'une récurrence de cancer du sein, j'ai subi une mastectomie avec reconstruction immédiate par prothèse. Une brassière de contention m'a été prescrite sur une ordonnance permettant une prise en charge à 100 %. Elle coûte presque 100 € et n'est pas remboursée par la Sécu ni par ma mutuelle. C'est scandaleux.

Nancy C., par e-mail

O.C. SANTÉ Le soutien-gorge de contention est indispensable après la pose d'un implant mammaire, car il permet de le maintenir en place et de plaquer les tissus dessus le temps de la cicatrisation. Il n'est pas pris en charge par la Sécu, même dans le cadre d'un cancer du sein. Peu de mutuelles couvrent en partie son prix. Oui, c'est scandaleux, alors que les dépenses déjà subies par les patientes sont considérables : dépas-

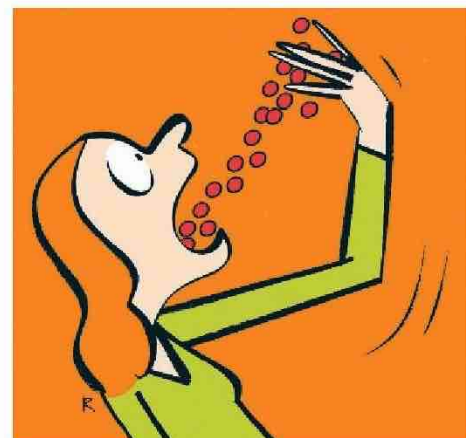
sements d'honoraires des chirurgiens courants, frais d'hôpitaux pas toujours couverts, un matériel qui coûte parfois plus cher que le montant remboursé par la Sécu. En 2014, la Ligue contre le cancer estimait que 456 € restaient à la charge des patientes après une mastectomie et presque 1 400 € après une reconstruction mammaire ! Il y a fort à parier que ce reste à charge n'a pas diminué depuis 2014. ■

La cranberry contre les cystites

Longtemps, j'ai souffert de cystites tous les mois et demi. Depuis 15 ans, je prends tous les jours un complément à base de cranberry apportant 36 mg de proanthocyanidines. Mes cystites ont stoppé. J'ai entendu qu'il était conseillé de l'arrêter plusieurs jours par mois, car cela irriterait la vessie. Qu'en est-il ?

Cécile D., par e-mail

O.C. SANTÉ Consommée en tant que fruit, la cranberry (ou canneberge) peut en effet irriter la vessie. Mais ce constat ne s'applique pas forcément aux compléments alimentaires, dont la formulation diffère. Dans le cas de compléments à base de cranberry et de probiotiques, les effets indésirables sont surtout gastro-intestinaux. Un constat rassurant, d'autant que l'intérêt de la cranberry en prévention des cystites avait été remis en cause vers



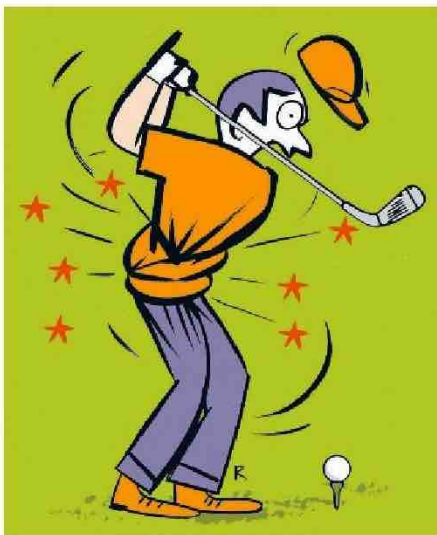
2012, car il n'était pas prouvé qu'elle empêchait les bactéries d'adhérer aux parois de la vessie. En avril dernier, la Collaboration Cochrane a réanalysé les données disponibles et conclu qu'elle « pourrait aider à prévenir les infections urinaires qui provoquent des symptômes chez les femmes souffrant d'infections urinaires fréquentes ». ■

Activité physique: attention au dos

Dans le n° 186, vous proposez des exercices pour entretenir ses muscles. Vous y indiquez le pont pour travailler les muscles du dos. Je crois que la Mayo Clinic le déconseille aux personnes atteintes d'ostéoporose ou d'ostéopénie, car cet exercice peut provoquer des fractures osseuses.

Marie M., par e-mail

Q.C. SANTÉ Une activité physique régulière avec impacts est essentielle pour prévenir l'ostéoporose et en limiter les complications. Mais vous avez raison de le souligner: certains exercices augmentent le risque de fracture, en particulier des vertèbres, chez les personnes souffrant de cette maladie osseuse. La Mayo Clinic ne déconseille pas nommément l'exercice du pont, mais recommande d'éviter les activités à fort impact avec le sol (course, saut), celles nécessitant de se pencher au-delà de la taille (comme certaines poses de yoga) ou celles impliquant une torsion de la colonne (tennis ou golf, par exemple). Pour s'y retrouver, la Royal Osteoporosis Society suggère 3 repères. 1. Pour les personnes en bonne



santé ou n'ayant pas eu de fracture d'ostéoporose, au moins 50 impacts modérés par jour sont préconisés. 2. En cas de fracture vertébrale ou d'incapacité à pratiquer une activité physique modérée, 20 minutes quotidiennes d'exercice à faible impact sont conseillées. 3. Pour les personnes déconditionnées ou ne pouvant pas pratiquer une activité régulière, il est recommandé de ne pas rester trop longtemps assis et de marcher quelques minutes chaque heure. ■

Qu'est-ce qu'un décès prématuré ?

Votre article sur la pollution de l'air (*Q.C. Santé* n°185) fait mention de 2300 morts prématurées et plus loin de 4000 morts annuelles. Je m'interroge sur la différence entre ces deux chiffres. Lorsqu'on parle d'un décès suite à une pathologie ou à un accident, n'est-ce pas toujours une mort prématurée, car évitable ?

Francis B., par e-mail

Q.C. SANTÉ Votre interprétation tombe sous le coup du bon sens. Malheureusement, les concepts épidémiologiques ne suivent pas toujours ce raisonnement. Depuis les années 1990, en France, la mortalité « prématurée » se définit comme un décès survenant avant l'âge de 65 ans. Dans d'autres pays, cette borne est fixée à 75 ans. Mais le concept de mortalité « évitable » répond à une autre logique, qui varie selon les pays. On y inclut géné-

ralement la mortalité routière, mais aussi des cancers pouvant être dépistés (peau, utérus...), des infections contre lesquelles des vaccins existent (tuberculose, rougeole, tétanos...) ou encore des maladies cardiovasculaires liées au mode de vie ou aux polluants (hypertension, AVC, cardiopathies ischémiques...). Les deux ne se recoupent donc pas systématiquement, ce qui explique cette variation dans les chiffres. ■

POUR NOUS ÉCRIRE

Que Choisir Santé

233, boulevard Voltaire, 75011 Paris
ou par e-mail : sante@quechoisir.org

N. B.: nous ne pouvons pas répondre aux demandes de conseils médicaux personnels

Appel à témoignages

Vous avez trouvé des solutions originales alors que vous êtes atteint(e) d'une maladie ou d'un handicap, et vous aimeriez les partager avec les autres lecteurs. Votre expérience nous intéresse.

QUE CHOISIR Santé

UFC - Que Choisir

Association à but non lucratif
233, boulevard Voltaire, 75011 Paris
Tél. 01 43 48 55 48 - www.quechoisir.org

Présidente et directrice des publications:

Marie-Amandine Stévenin

Directeur général délégué: Jérôme Franck

Rédactrice en chef: Perrine Vennetier

Rédaction: Audrey Vaugrente

Assistante: Catherine Salignon

Directeur artistique: Ludovic Wyart

Secrétaire de rédaction: Clotilde Chaffin

Maquette: Sandrine Barbier

Iconographie: Catherine Métayer

Documentation: Véronique Le Verge, Stéphanie Renaudin

Ont collaboré à ce numéro:

Fred Benaglia, Sophie Cousin, Stéphanie Gardier, Fabienne Maleysson, Gilles Rapaport

Diffusion: Laurence Rossilhol

Service abonnés: 01 55 56 70 24

Tarif annuel d'abonnement: 46 €

Commission paritaire: 0228 G 88754

ISSN: 1155-3189 - **Dépôt légal:** n°144

Ce numéro comporte un encart de 4 pages, et, pour une partie du tirage, un encart sous enveloppe collée en 4^e de couverture.

Tous droits de reproduction et d'adaptation réservés

Impression: SIEP, rue des Peupliers, 77590 Bois-le-Roi

Imprimé sur papier Ultra Mag Plus
Imprimé avec des encres blanches

Origine du papier: Allemagne

Taux de fibres recyclées: 100 %

Certification: PEFC

Eutrophisation:
333 kg CO₂ / T papier

ILLUSTRATIONS: GILLES RAPAPORT



10-23-2013



Comprendre l'index glycémique

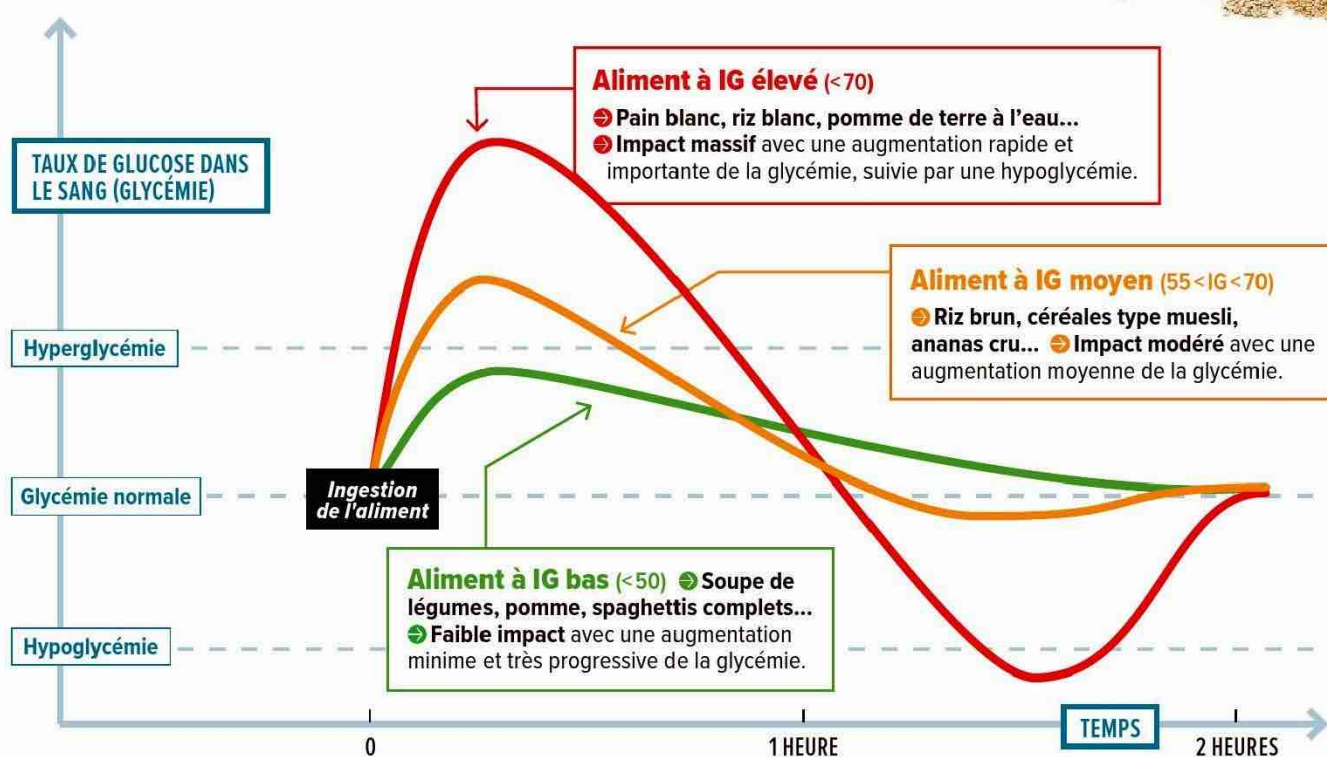
L'index glycémique (IG) permet de classer les aliments selon leur effet sur le taux de sucre dans le sang. Pour le calculer, on compare l'aliment étudié à du glucose pur, connu pour provoquer une élévation très forte de la glycémie et dont l'IG est fixé à 100. Pour ce faire, il est demandé à une même

personne d'ingérer d'abord l'aliment étudié, puis la même quantité de glucides sous forme de glucose. À chaque fois, sa glycémie est mesurée à plusieurs reprises sur une période de 2 heures. On établit ainsi une courbe. La surface située entre la courbe et le seuil de glycémie normal est calculée pour l'aliment

étudié et pour le glucose. Si la surface pour l'aliment est 2 fois plus petite, son IG est de $100/2 = 50$.



L'IMPACT DES ALIMENTS SUR LA GLYCÉMIE



Un outil de choix, pas une règle directrice

➔ L'intérêt

Conçu en 1981 au Canada, l'index glycémique est d'abord un outil de chercheurs. Il peut être utilisé dans la vie quotidienne pour faire de meilleurs choix alimentaires. Les personnes diabétiques, par exemple, s'en serviront pour privilégier les aliments qui élèvent peu la glycémie. En effet, limiter les fortes

variations du glucose sanguin permet de prévenir les pics d'hypoglycémie et les complications associées au diabète. Chez les personnes en bonne santé, cet index aidera à choisir des aliments qui prolongeront la satiété ou à se décider entre deux options. Un pain intégral au levain (IG=35) est ainsi préférable à une baguette blanche (IG=70).

➔ Les limites

Par convention, les aliments à index glycémique élevé ont un indice supérieur à 70, mais c'est un seuil arbitraire. De plus, de nombreux éléments font varier l'IG d'un aliment. La cuisson a un impact : l'IG des carottes passe de 16 à 47 une fois cuites. La préparation aussi : des aliments très finement découpés ou accompagnés

de matière grasse ont un IG plus bas. C'est pourquoi les frites ont un meilleur IG que les pommes de terre vapeur, sans être pour autant plus saines. Enfin, les caractéristiques du mangeur jouent un rôle. Avoir l'estomac plein ou vide au moment de l'ingestion change l'IG d'un aliment. Il en va de même pour la résistance à l'insuline chez les diabétiques.