



Apaiser les brûlures d'estomac

- Pourquoi est-ce si douloureux ?
- Faut-il vraiment éviter certains aliments ?
- Comment marchent les médicaments ?

DOSSIER
Page 4

204

MAI 2025

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

- 2 ACTUALITÉS
8 ALIMENTATION
Iode : ni trop, ni trop peu
9 SANTÉ MONDIALE
Donald Trump la met en péril

- 10 CATARACTE
Les complications possibles
11 TÉMOIGNAGE
“J'ai mis mon handicap à profit dans mon métier”

- 12 SE SOIGNER Mon poignet me fait mal, que faire ?
14 COURRIER
16 FOCUS Les métaux lourds et leurs dangers

Perrine Vennetier, rédactrice en chef



A. LECOMTE

SATISFAIT DE VOTRE MÉDECIN ?

Délais d'attente, durée de la consultation, rapport avec le médecin : les Français de plus de 45 ans parlent de leur médecin traitant en termes élogieux. 95 % estiment qu'il leur consacre assez de temps, et la moitié parvient à le voir en moins de 7 jours. Un délai jugé correct.

✉ Drees, 30/03/25.

40 000

C'est le nombre de doses de vaccin prévues pour protéger la population fragile contre le chikungunya, à La Réunion. Ce nombre s'avère insuffisant puisque la campagne lancée le 7 avril 2025 vise 75 000 personnes. Gratuite, la vaccination pourra être effectuée par les pharmaciens.

✉ ARS La Réunion, 04/04/25.

Les plus chers ne sont pas les meilleurs

Voilà le titre percutant sous lequel des chercheurs ont récemment publié un article sur la qualité des Ehpad⁽¹⁾. Ils y croisent les tarifs de ces établissements accueillant les personnes âgées dépendantes avec des indicateurs de qualité des soins.

Leur conclusion est sans appel : les plus chers ne sont pas meilleurs et s'avèrent même souvent moins bons que des structures plus abordables. Les montants payés par les résidents sont ceux de l'hébergement : ils recouvrent la chambre, les activités, la restauration mais pas les soins. Ceux-ci, qu'ils soient personnels (hygiène, toilette...) ou médicaux, sont pris en charge par des fonds publics. Dans le secteur privé lucratif, le prix demandé traduit en réalité une logique de profit. Or, beaucoup de familles, dépourvues au moment de sélectionner un établissement pour leur proche, se fient naturellement à ce tarif comme indicateur de qualité. En l'absence d'éléments suffisants pour juger, nous sommes tous victimes de cette « asymétrie de l'information », qui se résume ainsi : si c'est plus coûteux, ça doit être mieux, non ? Ce biais est à l'œuvre quand nous choisissons une crème antiride ou un chirurgien ! Cependant, les tests réalisés par *Que Choisir*, tout comme les retours des patients opérés, montrent que ce n'est pas vrai. Pour les Ehpad, il est temps de mettre à la disposition des usagers des indicateurs de qualité officiels, fiables, accessibles et compréhensibles. □

(1) Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), 12/24.

LOMBALGIE TOUT N'EST PAS BON À PRENDRE

Lorsqu'on souffre du dos, on est parfois prêt à tout essayer. Les médecins peuvent aussi tenter des options peu conventionnelles. Mieux vaut s'en tenir aux traitements éprouvés, montre une méta-analyse. En cas de douleurs chroniques, le recours

à des anesthésiants ou à des antibiotiques se montre inutile. D'autres errances, comme les bisphosphonates ou le venin d'abeille n'ont pas fait leurs preuves. Et lors de douleurs aiguës, l'injection de corticoïdes ou l'exercice ne sont pas

conseillés. Cela peut paraître paradoxal, mais l'activité physique agit à long terme et n'est pas un traitement de crise. Enfin, le paracétamol semble peu efficace contre des douleurs ponctuelles.

✉ BMJ EBM, 18/03/25.

CANCER DU SEIN Faut-il opérer systématiquement ?

Cette question aux allures provocantes est sérieusement à l'étude pour certains cancers du sein : les carcinomes canalaires *in situ* (CCIS). Il s'agit de petites tumeurs situées dans les canaux qui conduisent le lait dans le sein (d'où l'appellation de canalaire) et qui y sont confinées (d'où le nom de «*in situ*», c'est-à-dire «non infiltrant» ou «non invasif»). La détection de ce type de cancer a été décuplée avec la mise en place du dépistage du cancer

du sein par mammographie. Mais on sait qu'une proportion non négligeable des CCIS se développent peu, voire pas du tout. Aussi a été émise l'idée de ne pas opérer les lésions les moins agressives, mais de les surveiller activement pour n'intervenir que dans le cas où elles progressent vers un cancer invasif. Une étude clinique a ainsi suivi près de 1 000 femmes atteintes d'un CCIS hormono-dépendant de grade 1 ou 2, pendant 2 ans. À l'issue de cette période,

le taux de cancers invasifs s'est révélé similaire dans le groupe des femmes opérées d'emblée et dans celui ayant été suivi par surveillance active. Cette dernière apparaît donc comme une option médicale sûre. Toutefois, la durée de suivi est bien trop courte pour la mettre en pratique. Il faudrait savoir si cette absence de différence se maintient sur le long terme et mesurer l'impact sur la qualité de vie des femmes concernées.

✉ JAMA, 20/02/25.



DOULEUR

Dépression et anxiété s'y ajoutent souvent

Une douleur de plus de 3 mois est dite chronique. Mais la souffrance se limite rarement à un simple ressenti physique : elle affecte la vie quotidienne et le moral. Les troubles dépressifs ou anxieux y sont donc souvent associés. Une méta-analyse estime que 39 % des patients suivis pour douleur chronique souffrent aussi de dépression, dont environ 6 % présentent un trouble dépressif persistant. Et l'anxiété est une comorbidité chez 40 % des

patients, soit 2,5 fois plus que dans la population générale. Les jeunes, les femmes et les personnes atteintes de douleurs nociplastiques (non liées à une lésion spécifique), comme la fibromyalgie, sont davantage touchés. Mieux prendre en charge ces affections est important, car le mal-être alimente la douleur, et vice versa. Mais ces relations complexes entre santé mentale et physique sont encore mal prises en compte.

✉ *Jama Network Open*, 07/03/25.

28,4 %

C'est le taux de participation au dépistage du cancer colorectal en 2024.

Ce taux, stable depuis les années 2000, se montre très inférieur à l'objectif européen (45 %), se désole Santé publique France.

✉ *SPF*, 17/03/25.

ANTIBIOTIQUES UNE NOUVELLE MOLÉCULE IDENTIFIÉE

Comme Alexander Fleming en son temps avec la pénicilline, des chercheurs ont découvert un nouvel antibiotique en laissant traîner un échantillon – mais volontairement cette fois ! La molécule, baptisée lariocidine, a été isolée à partir

de prélèvements réalisés dans la terre du jardin d'un technicien de laboratoire. Elle agit différemment des autres antibiotiques, en s'attaquant à une cible particulière dans la bactérie (le ribosome). En laboratoire,

elle n'a pas montré de toxicité sur les cellules humaines. Chez la souris, elle s'est avérée efficace contre une bactérie résistante à une classe d'antibiotiques de dernier recours, les carbapénèmes.

✉ *Nature*, 26/03/25.

SIGNEZ LES CHENILLES URTICANTES

Qu'elles descendent du pin ou du chêne, les chenilles processionnaires sont des insectes très urticants, dangereux pour la santé des promeneurs ou des animaux de compagnie. On peut désormais signaler leur présence (ou celle de leurs nids qui ressemblent à des poches de tissu blanc) sur la plateforme suivante : signalement-chenilles-processionnaires.atlasante.fr.

✉ *ARS Auvergne-Rhône-Alpes*, 14/02/25.

MOUV'EN SANTÉ Participez à la recherche

l'activité physique est une source inégalable de bonne santé. Mais à quel point ? Quel type d'activité est le plus bénéfique ? Quand ? Et comment ? Pour y répondre, l'idéal est de disposer d'une grande base de données des pratiques à l'œuvre au sein de la population. Pour la constituer, le Centre national de la recherche scientifique (CNRS) a créé le projet Mouv'en santé. Il lance un appel à participation à tous, petits et grands, en bonne santé ou non, sportifs ou sédentaires, handicapés ou valides. Au total, 10 questionnaires et 6 tests physiques sont proposés. Les premiers s'intéressent en détail à vos pratiques (au cours de la dernière semaine) et recueillent des données complémentaires sur les habitudes alimentaires, la qualité du sommeil ou le niveau de bien-être. Des tests de condition physique, qui évaluent la coordination motrice ou la souplesse (exemple : vous pencher en avant et regarder jusqu'où vos mains descendent), complètent le



questionnaire. L'ensemble dure deux bonnes heures, mais peut être réalisé en plusieurs fois. Le tout sera alors anonymisé. Vous recevrez ensuite un bilan personnalisé et pourrez remplir de nouveau ce questionnaire pour suivre l'évolution de votre activité. Pour faire un bon geste pour votre santé et la recherche, rendez-vous sur le site Sport.cnrs.fr/mouv-en-sante.

✉ *CNRS*, 17/03/25.

STOP AU GÂCHIS

Depuis le 1^{er} avril, les pharmaciens délivreront les pansements et les compresses pour une durée de 7 jours maximum. L'ordonnance pourra être ensuite renouvelée, mais seulement si besoin et à la demande expresse du patient. Une mesure de sobriété bienvenue.

✉ *J.O.*, 19/03/25.

REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN

Tous les moyens de l'apaiser

Le plus souvent bénin, le reflux gastro-œsophagien s'avère très pénible au quotidien. Des traitements adéquats et des changements de mode de vie procurent un soulagement. Une consultation se justifie pourtant pour éviter les complications. **Stéphanie Gardier**

Environ 10 % d'entre nous souffrent de manière répétée des attaques acides du reflux gastro-œsophagien (RGO). Cette remontée du contenu de l'estomac est en fait un phénomène physiologique qui se produit de manière ponctuelle chez tout un chacun, sans qu'on le remarque. Mais quand il devient chronique ou que le contenu de l'estomac remonte jusque dans la gorge ou la bouche, et qu'il provoque douleur et gêne, il convient de consulter, pour deux raisons. S'assurer qu'il s'agit bien d'un RGO et mettre en place un traitement. Ou écarter ce diagnostic, posé parfois un peu vite pour expliquer des symptômes divers et variés.

→ LA MÉCANIQUE DU REFLUX

L'estomac produit chaque jour de grandes quantités d'acide chlorhydrique, ce qui permet d'avoir un environnement optimal pour le fonctionnement des enzymes de la digestion. Mais, contrairement à la muqueuse de l'estomac, celle de l'œsophage n'est pas protégée contre cette acidité. Quand le contenu de l'estomac remonte, cela peut provoquer des inflammations de l'œsophage (œsophagites) plus ou moins sévères, avec des douleurs et des sensations de brûlure. Le reflux est plus fréquent après un repas, en période dite postprandiale. Mais il peut se manifester à d'autres moments, en particulier si l'on est amené à se pencher en avant ou à s'allonger.

Il existe une « barrière antireflux » au niveau de la zone de jonction entre l'œsophage et l'estomac. C'est un muscle, le sphincter œsophagien inférieur, qui ferme cette jonction et évite des remontées. Le RGO est la conséquence d'un dysfonctionnement de la barrière antireflux. Il y a plusieurs causes à cela. Elle perd en efficacité avec l'âge, qui diminue le tonus du sphincter. La présence d'une hernie hiatale, entraînant une position anormale de l'estomac, favorise également le passage de son contenu dans l'œsophage. Toute augmentation de la pression à l'intérieur de l'abdomen peut, elle aussi, limiter l'action de cette barrière, raison pour laquelle le RGO est plus fréquent chez les personnes en surpoids et obèses. De même, toute position qui



augmente la pression sur le cardia (orifice par lequel l'œsophage est relié à l'estomac) est susceptible de déclencher un reflux : se coucher à plat, se pencher en avant, avoir la tête en bas, etc. La composition des repas, l'heure à laquelle ils sont pris et les quantités ingérées jouent aussi un rôle dans la survenue du reflux et l'intensité de ses manifestations.

La sensibilité de la muqueuse de l'œsophage, la teneur du liquide gastrique, le volume sécrété et sa répartition dans l'estomac sont d'autres facteurs qui peuvent être impliqués dans l'apparition d'un RGO. Si elle est fréquente, cette maladie n'en reste pas moins complexe, et tous les mécanismes impliqués ne sont pas encore connus.

→ RECONNAÎTRE LES SIGNES

Pour identifier un RGO, il existe des symptômes dits typiques. Le premier est le pyrosis : une sensation de brûlure ou une douleur ressentie à l'arrière du sternum, appelée couramment brûlure d'estomac. Les deux autres sont les régurgitations (retour du contenu gastrique) et le syndrome postural (déclenchement d'une régurgitation quand on se met la tête en bas). La présence d'un ou plusieurs de ces signes permet de poser le diagnostic sans avoir besoin de réaliser d'examens complémentaires. Leur intensité n'est pas le reflet de la sévérité du RGO ou des atteintes de l'œsophage.

Il y a également des symptômes atypiques, qui sont divers et nombreux. Parmi les plus fréquemment rapportés, on note des difficultés à déglutir (dysphagie), une toux sèche, des douleurs thoraciques, des démangeaisons dans la gorge, une sensation de corps étranger dans la gorge (globus), un enrouement persistant, des érosions dentaires, etc. Ces symptômes ne permettent pas de poser le diagnostic de RGO. Devant un ou plusieurs de

EN PRATIQUE Adapter ses habitudes de vie

Apporter quelques modifications à son mode de vie ne permettra pas de guérir un RGO, mais aidera à en limiter les symptômes et les répercussions sur la qualité de vie.

➔ **Perdre du poids.** La première recommandation consiste à perdre du poids en cas d'obésité ou de surpoids, surtout quand il y a une accumulation de graisse viscérale. C'est plus facile à dire qu'à faire ! Adopter un régime méditerranéen raisonnable en calories et pratiquer des activités physiques régulières est un bon début.

➔ **Traquer les suspects alimentaires.** Une rapide recherche sur Internet vous a sans doute mené à de nombreuses listes d'aliments à éviter ou à supprimer : boissons gazeuses, chocolat, alcool, café, choux, poivrons, piments, tomates, biscuits, etc. Si vous y ajoutez les conseils de vos proches qui souffrent aussi de RGO, vous allez vite avoir le sentiment que vous ne pouvez plus rien manger. Il est admis que les repas riches en graisses peuvent favoriser le reflux, mais aucune étude n'a évalué les effets

propres de chaque aliment. De plus, nous ne sommes pas tous sensibles aux mêmes choses. Vous pouvez très bien supporter le vin rouge mais pas le blanc, tolérer un aliment qui déclenche un reflux chez un de vos proches, et vice versa. Il est donc inutile de vous priver systématiquement de dizaines d'aliments. Mieux vaut prendre le temps de faire votre propre enquête pour identifier quels plats, ingrédients ou condiments sont à l'origine de votre reflux. Il suffit de noter durant plusieurs jours d'affilée tout ce que vous ingérez au cours de la journée (boissons et aliments) et, en regard, les symptômes éventuellement ressentis.

➔ **Modifier les prises.** Vous pouvez noter dans votre feuille de suivi d'autres détails sur vos habitudes de vie, car le contenu de vos repas n'est pas seul en cause dans le reflux. Les quantités ingérées peuvent aussi permettre de moduler le reflux. Si vous observez des symptômes plus fréquents ou plus intenses après des repas copieux, vous aurez tout intérêt à fractionner vos prises alimentaires, avec des repas plus légers et une ou deux collations.

➔ **Ne pas s'allonger trop vite.**

Attention à ne pas vous octroyer un grignotage avant le coucher ! Il faudrait idéalement respecter un délai de 3 h entre la dernière prise alimentaire et le moment où l'on s'allonge. Si vous êtes un adepte des siestes après le déjeuner, évitez la position couchée et préférez un fauteuil. Mieux vaut aussi prévoir de prendre son repas après les activités qui nécessitent de s'allonger ou de mettre la tête en bas (yoga, natation, jardinage, massage...)

➔ **Soigner son couchage.** Pour la nuit, avoir le buste un peu surélevé est une bonne idée, mais empiler plusieurs oreillers n'est pas très confortable et peut provoquer des douleurs cervicales au réveil. Quant aux coussins inclinés, ils induisent une position peu naturelle pour dormir qui gêne parfois la digestion. Il est donc plutôt recommandé de surélever la tête du lit en plaçant des cales ou simplement quelques livres sous les pieds du lit. Enfin, si vous dormez sur le côté, essayez le gauche. Étant donné l'anatomie de l'estomac et l'angle de la jonction entre celui-ci et l'œsophage, cette position réduit la possibilité de reflux.

ces symptômes, la toux en particulier, il arrive qu'on pense un peu trop vite à un RGO. « *Nous recevons fréquemment en consultation des patients adressés pour un RGO parce qu'ils présentent une toux sèche. Mais beaucoup n'ont même pas eu de bilan pneumologique au préalable*, constate le Pr Frank Zerbib, hépato-gastroentérologue à l'hôpital Haut-Lévêque du CHU de Bordeaux. *Or la toux n'est pas une maladie digestive. Il est donc nécessaire d'évacuer toute cause pneumologique avant de songer à un RGO. Et il est intéressant de rappeler qu'à l'inverse, tousser peut provoquer un reflux.* » De même, les éructations peuvent être soit un facteur déclenchant du reflux, soit une conséquence. Les liens entre symptômes ORL (otites, sinusites et cancers ORL) et RGO ont été évoqués, mais restent débattus.

DES EXAMENS SONT PARFOIS NÉCESSAIRES

En présence de ces symptômes atypiques, des examens complémentaires (voir encadré p.6) peuvent être prescrits afin de clarifier la situation. Dans un premier temps, l'endoscopie devra apporter des arguments pour établir l'existence d'un RGO. Ensuite, pour confirmer qu'il existe un lien entre ce reflux et les symptômes atypiques, il faut qu'ils disparaissent avec un traitement contre le RGO ou bien qu'un autre examen (pH-impédancemétrie) montre qu'ils se produisent en même temps que les épisodes de reflux.

ATTENTION Certains symptômes sont, eux, considérés comme des signes d'alarme : vomissements, régurgitations contenant du sang, perte de poids, anémie, entre autres. Ils doivent amener à consulter rapidement et conduisent généralement à la réalisation d'examens complémentaires, à commencer par une endoscopie digestive.

➔ **QUAND ÇA S'AGGRAVE**

Le RGO est une maladie le plus souvent bénigne, mais elle peut provoquer des atteintes plus ou moins sévères de l'œsophage si elle n'est pas prise en charge. Chez environ 30 % des patients, le RGO est dit érosif. Dans ce cas, l'acidité du reflux provoque des ulcères de la muqueuse œsophagienne, des plaies ouvertes à l'origine de douleurs derrière le sternum, ou juste en dessous. Sans traitement, la cicatrisation de ces lésions peut être lente et conduire à une fibrose de la muqueuse, responsable parfois d'un rétrécissement de l'œsophage. Cette sténose peut gêner la déglutition de certains aliments solides. La complication la plus sévère du RGO est l'endobrachyœsophage (aussi appelé œsophage de Barrett), retrouvée dans environ 10 % des RGO. Des cellules de la muqueuse œsophagienne sont alors remplacées par des cellules ressemblant à celles de l'estomac ou de l'intestin. Il s'agit d'un stade précancéreux. ➤

➤ Ces cellules ont en effet un risque plus grand de se développer anormalement et de provoquer une dysplasie, elle-même facteur de risque vers l'évolution cancéreuse. « *On estime que seul 0,1 à 0,3 % des cas avec un œsophage de Barrett évoluent vers un cancer chaque année*, rappelle le Pr Zerbib. Ce risque existe donc, mais il est très faible. Néanmoins, nous observons de plus en plus d'adénocarcinomes de l'œsophage liés à un RGO alors qu'avant, ils étaient principalement dus à l'alcool et au tabac. » Une situation qui s'expliquerait en partie par l'augmentation importante de la fréquence du surpoids et de l'obésité qui favorisent la survenue d'un RGO et sont des facteurs de risque de cancer.

→ COMMENT SOULAGER

Pour limiter les facteurs induisant le reflux, il est nécessaire d'adapter ses habitudes de vie (voir encadré p.5). S'il est ponctuel, la prise en charge du RGO peut reposer sur des traitements locaux (antiacides ou alginates). Disponibles en pharmacie sans ordonnance, ce sont des traitements dits topiques, car ils agissent localement. Ils ne réduisent pas le reflux en lui-même, mais diminuent son impact sur l'œsophage.

Certains antiacides ont une action chimique : ils ne réduisent pas la production d'acide chlorhydrique par l'estomac mais « neutralisent » le pH du contenu gastrique. Moins acide, celui-



ci agresse moins la muqueuse œsophagienne lors du reflux. Ces antiacides contiennent, selon les spécialités, du phosphate d'aluminium, de l'hydroxyde d'aluminium et de magnésium, du carbonate de calcium, etc. Ils se présentent sous forme de comprimés à sucer ou de solution buvable. Quelques exemples : Moxydar, Neutrid, Phosphalugel ou encore Rennie. D'autres antiacides associent du bicarbonate de sodium, qui réduit l'acidité, et des alginates qui ont une action mécanique. Ces sucres dérivés d'algues brunes forment une sorte de gel à la surface du contenu gastrique. Lors du reflux, c'est ce film neutre qui touchera l'œsophage plutôt que le contenu acide de l'estomac. Quelques exemples : Gaviscon, Maalox Reflux ou encore Xolaam.

À QUOI SERVENT LES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES ?

Dans la majorité des cas, il n'est pas nécessaire de réaliser des examens pour diagnostiquer un RGO. Mais ils sont utiles dans certaines situations.

L'endoscopie digestive

Elle est habituellement indiquée chez les personnes de plus de 50 ans ou en présence de symptômes d'alarme (régurgitation de sang, difficulté à déglutir, anémie...). Elle peut être prescrite quand un traitement par inhibiteur de la pompe à protons (IPP) n'est pas efficace. L'examen consiste à insérer, sous anesthésie, une sorte de petit tuyau muni d'une caméra jusqu'à l'entrée de l'estomac. Il permet d'observer l'état de la muqueuse de l'œsophage pour déterminer si elle présente une inflammation et en évaluer la gravité. Il permet aussi de

voir d'autres retentissements du RGO : rétrécissement lié à une cicatrisation de lésions, œsophage de Barrett, etc.

La pH-métrie et le pH-impédancemétrie

Ces examens sont généralement réalisés après une endoscopie. Les deux évaluent l'exposition de la muqueuse œsophagienne au reflux acide : la pH-métrie mesure l'acidité, la pH-impédancemétrie mesure, en plus, le reflux. En pratique, une sonde est insérée par le nez. Reliée à un boîtier d'enregistrement, elle mesure durant 24 h le pH et les données d'impédancemétrie qui renseignent sur tous les mouvements d'air et de liquide.

Il est aussi possible d'utiliser une capsule sans fil, beaucoup plus confortable que le dispositif transnasal mais qui ne mesure que le pH.

→ QUAND ÇA PERSISTE

Aussi appelés antisécrétaires, les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), commercialisés à la fin des années 1980, ont révolutionné la prise en charge du RGO. Ces médicaments interviennent à la racine du mal : ils réduisent la production d'acide chlorhydrique dans l'estomac. Pour cela, ils agissent sur des transporteurs spécifiques, les pompes à protons, présents dans la membrane de certaines cellules de l'estomac et par lesquels sont sécrétés les ions hydrogènes nécessaires à la production d'acide. En bloquant ces pompes, les IPP rendent le contenu gastrique beaucoup moins acide. Comme avec les traitements locaux, le reflux existe toujours, mais il est moins délétère pour l'œsophage.

Cette classe thérapeutique rassemble plusieurs molécules : l'ésoméprazole (Inexium), le lansoprazole (Lanzor), l'oméprazole (Mopral), le pantoprazole (Inipomp) et le rabéprazole (Pariet). À l'exclusion du rabéprazole, ils sont disponibles sans ordonnance mais avec un dosage inférieur aux spécialités sur prescription (de 10 à 20 mg au lieu de 40 mg). Ils sont prescrits d'emblée en cas de symptômes typiques sans signes d'alerte pour une durée de 4 à 8 semaines. Les IPP sont des médicaments qui ne deviennent actifs que lorsqu'ils sont dans un milieu acide. Pour être pleinement efficaces, ils doivent être pris à jeun, au moins 20 à 30 minutes avant un repas.

MÉDICAMENTS ANTIREFLUX

Des millions de prescriptions inutiles

Les inhibiteurs de la pompe à protons ou IPP (ésoméprazole, lansoprazole, oméprazole...) figurent parmi les médicaments les plus prescrits dans le monde. En France, pas moins de 16 millions de personnes ont été traitées par un IPP en 2015. Ceci représente un marché de l'ordre de 1,3 milliard d'euros par an, dont 900 millions remboursés par la Sécu. Or l'assurance maladie et l'Agence nationale de sécurité du médicament ont déjà alerté à plusieurs reprises sur des mésusages majeurs, qui pourraient concerner entre 40 et 80 % des patients. Est notamment pointée du doigt la prescription d'IPP en prévention : quand une personne reçoit un traitement anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS),

on lui donne un IPP pour éviter les atteintes gastro-œsophagiennes. Dans 80 % des cas, cette prescription conjointe n'est pas justifiée. Elle n'est recommandée que chez certains patients (avec antécédents) et chez les personnes de plus de 65 ans.

Arrêter ou continuer ?

Quand ils sont donnés pour un RGO, les IPP sont souvent pris trop longtemps, parfois durant des années. Or les patients qui ont besoin d'une prescription continue ne sont pas nombreux (inflammation grave de l'œsophage, sténose, antécédents de saignements dus à un ulcère de l'estomac, œsophage de Barrett...). « *Ce sont des médicaments*

très utiles, mais il y a sans doute des millions de personnes qui les prennent pour rien, déplore le Pr Zerbib. *La balance bénéfices-risques doit toujours être prise en compte pour initier le traitement, mais aussi pour le maintenir. Quand les conditions le permettent, la prise d'IPP "à la demande" est à privilégier.* » Si vous prenez des IPP depuis plusieurs mois ou années, demandez à votre médecin s'il est pertinent de maintenir cette prescription ou si vous pouvez tenter de les arrêter, en réduisant d'abord la dose. Les IPP sont connus pour provoquer un effet « rebond » lors de leur arrêt, c'est-à-dire une résurgence des symptômes qui est normalement transitoire. Ils doivent donc être arrêtés progressivement.

LEURS EFFETS INDÉSIRABLES

Le profil de sécurité des IPP à court terme est bon, les principaux effets indésirables rapportés étant des maux de tête, des nausées et des diarrhées. Sur le long terme, c'est une autre affaire. De nombreuses études se sont penchées sur les effets secondaires liés à un usage prolongé des IPP. Certaines pointent leur rôle dans la survenue de fractures, d'insuffisance rénale, de pneumopathies, de cancers gastriques, de démence, etc. Mais la plupart de ces travaux sont des études qui ne permettent pas d'établir de liens de causalité, leurs résultats ne sont pas toujours concordants et le niveau de preuve est souvent faible. Actuellement, seuls des surrisques de carence en magnésium et d'infections digestives à *Salmonella* et *Campylobacter* ont pu être clairement établis en cas de prise d'IPP au long cours. Et le lien de causalité entre IPP et infection à *Clostridium difficile* reste incertain. Concernant les autres effets secondaires, les notices des fabricants indiquent que les fractures, l'insuffisance rénale et les pneumopathies ont une probabilité plus élevée de se produire selon la dose, le temps de prescription et le profil des

patients (plus de 65 ans, maladies associées, autres traitements en cours...). La balance bénéfices-risques d'un usage prolongé des IPP doit donc toujours être évaluée de manière individuelle. Si vous prenez d'autres traitements, il est important de le signaler à votre médecin ou votre pharmacien, car les IPP peuvent réduire l'efficacité de certaines substances parmi lesquelles le clopidogrel, les antiviraux, la lévothyroxine, le millepertuis, entre autres.

ET LA CHIRURGIE ?

La chirurgie n'est un recours que dans de rares cas. L'intervention, nommée fundoplication, permet de recréer une barrière anti-reflux. Elle ne concerne que peu de patients. Elle peut notamment être indiquée en cas de grosse hernie hiatale et chez des patients jeunes qui ne peuvent se passer d'IPP. « *Attention, les patients pensent parfois que, s'ils répondent mal au traitement par IPP, la chirurgie serait une bonne option. C'est exactement l'inverse ! Seules les personnes chez lesquelles les IPP sont efficaces sont de bonnes candidates à la chirurgie* », prévient le Pr Zerbib. □

VRAI OU FAUX ?

LE RGO FAVORISE L'ULCÈRE DE L'ESTOMAC

FAUX Le reflux peut provoquer des ulcérations (c'est-à-dire des plaies qui se forment dans la paroi d'un organe) dans l'œsophage uniquement, mais pas dans l'estomac.

LE STRESS AUGMENTE LE RGO

FAUX Il est démontré qu'être stressé n'augmente pas le reflux. En revanche, cela modifie la perception douloureuse des manifestations du RGO. Plus on est stressé, plus les symptômes nous semblent intenses. Raison pour laquelle la pratique de techniques de relaxation (cohérence cardiaque, respiration diaphragmatique...) en période de stress aide souvent à réduire les douleurs.

UNE HERNIE HIATALE PROVOQUE UN RGO

VRAI ET FAUX Une hernie hiatale se produit quand une partie de l'estomac passe dans le thorax. Celle-ci peut être un facteur favorisant un RGO, mais elle n'est pas systématiquement associée à un reflux, tout comme l'existence d'un RGO n'indique pas forcément la présence d'une hernie hiatale.



Iode : ni trop, ni trop peu

L'iode est un oligo-élément essentiel à notre santé. Il faut donc veiller à en consommer suffisamment mais sans excès. Comment alors bien couvrir ses besoins ?

Les bons repères

Présent à l'état de traces dans notre organisme, essentiellement dans la thyroïde, l'iode est un oligo-élément indispensable à la synthèse des hormones thyroïdiennes. Si l'excès d'iode peut engendrer des troubles de la thyroïde, la carence en iode peut aussi occasionner des maladies. C'est notamment de là que vient l'expression « crétin des Alpes », qui désigne une réalité médicale, le crétinisme. Il s'agit d'un

ensemble de troubles physiques et de retards mentaux découlant directement d'une carence en iode chez l'enfant.

À RETENIR Chez un adulte, les besoins en iode se situent autour de 150 microgrammes par jour ($\mu\text{g}/\text{j}$). La limite supérieure de sécurité (LSS) est établie à 600 $\mu\text{g}/\text{j}$ chez l'adulte. Cette dose correspond à l'apport quotidien maximal à long terme a priori sans conséquence pour la santé.



LES PRINCIPALES SOURCES ALIMENTAIRES

Les apports en iode dépendent essentiellement de notre nourriture. Les sources principales sont les produits de la mer (poissons, crustacés, algues, coquillages), mais aussi les œufs, les produits laitiers, la viande et les céréales.

Aliment	Teneur moy. en iode ($\mu\text{g}/100 \text{ g}$)
Algue wakamé (séchée ou déshydratée)	34 600
Jaune d'œuf cuit	192
Lieu jaune ou colin	150
Moules (cuites)	106
Parmesan	90
Sardines à l'huile, en conserve, égouttées	80,1
Muesli	78,8
Fromage de chèvre mi-sec	70
Lait demi-écrémé	12,1
Viande de volaille cuite	7,23

Le sel iodé, une source commode

En France, dans le but d'éradiquer les maladies liées à une carence en iode, l'iodation du sel a été autorisée en 1952. On peut donc acheter du sel de table non raffiné, de couleur grise et faiblement iodé (moins de 200 $\mu\text{g}/100 \text{ g}$), ou bien du sel de table raffiné, blanc et enrichi en iode (environ 1800 $\mu\text{g}/100 \text{ g}$), voire en fluor. Ainsi le sel iodé constitue une source « facile » d'iode, à portée de main

en cuisine ou à table. Avec modération évidemment, puisqu'une alimentation trop salée a des effets néfastes sur la santé. Quant aux produits transformés contenant du sel (pain, chips, plats préparés...), ils ne sont pas élaborés avec du sel iodé. Si l'on est peu adepte de fruits de mer, fromages, œufs et autres sources d'iode, le sel de table iodé est donc une bonne option, dont il serait dommage de se passer.

CES NOUVELLES TENDANCES QUI INQUIÈTENT

Les boissons végétales. Dans un rapport publié en 2024, l'antenne européenne de l'Organisation mondiale de la santé s'alarmait de la baisse de la consommation de produits laitiers au profit de boissons végétales et d'une éventuelle carence en iode qui pourrait en découler. Elle appelait à user de stratégies

pour protéger les populations, par exemple *via* l'iodation des boissons végétales.

Les algues. Inversement, en 2018, l'Agence nationale de sécurité sanitaire s'inquiétait d'un risque d'excès d'iode du fait que « *les algues marines s'invitent de plus en plus dans nos assiettes* ». Au regard d'un possible

surdosage, elle avait alors déconseillé la consommation d'algues aux personnes à risque : celles souffrant d'un dysfonctionnement thyroïdien, d'une maladie cardiaque ou d'une insuffisance rénale ; celles qui prennent un médicament contenant de l'iode ou du lithium ; les femmes enceintes ou

allaitantes hors avis médical. Et elle avait recommandé aux consommateurs réguliers de « *rester vigilants* ».

À NOTER Si les ventes d'algues et de substituts végétaux sont en hausse en France, ces craintes ne se concrétisent pas pour l'instant dans les études sur l'alimentation des Français.



MENACE MONDIALE Comment Trump met en péril la santé

 **Avec un premier bilan bien sombre et un secrétaire d'État à la Santé hostile à la vaccination, le retour de Donald Trump à la présidence des États-Unis ne met pas seulement en danger la santé des Américains, mais celle du monde entier.**

Dans la foulée de son investiture, le 20 janvier, Donald Trump a dégainé son stylo pour mettre fin à la collaboration des États-Unis avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS), que le pays avait contribué à fonder il y a presque 80 ans. Un véritable coup de tonnerre pour cette agence ! Ses actions reposent sur la générosité des États, lui permettant de poursuivre le programme d'éradication de la polio, de suivre l'évolution d'épidémies (comme le Covid) et d'améliorer les connaissances sur des maladies émergentes (comme le mpox). La santé de millions de personnes sur la planète en dépend.

Cette décision arrive au pire moment, souligne un article du *New England Journal of Medicine* du 5 mars, qui liste plusieurs menaces n'ayant cure des frontières nationales : épidémies, pandémies, antibiorésistance, changement climatique. De fait, les États-Unis font face à une épidémie de grippe aviaire H5N1 d'une ampleur alarmante. Le virus circule activement dans les élevages bovins, cumule les mutations inquiétantes et commence à contaminer l'humain... Or, le pays compte 2 des 7 centres collaborateurs de l'OMS sur la grippe aviaire, appelés à fermer. Au-delà de ce coup d'éclat, l'administration Trump a tranché dans les dépenses publiques, licenciant par erreur des spécialistes de la grippe aviaire et taillant dans les financements de la recherche publique. La censure s'est aussi imposée dans les communications officielles : l'administration a élaboré une liste de mots à évacuer ou à limiter, comme «femme», «transgenre», «victimes» ou «inégalités». Conséquence de cette épuration, le *New York Times* recensait en février 8 000 pages disparues et des réécritures massives sur certaines. Dans un pays où l'accès à l'IVG a été fortement restreint, des ressources clé sur la santé des femmes ont été effacées.

Le coup le plus violent est sans doute celui porté à l'Agence américaine pour le développement (Usaid) : le secrétaire d'État Marco Rubio a annoncé, début mars, la fin de 83 % des programmes qu'elle finançait. Avec un budget

annuel de 43 milliards de dollars, elle représentait 42 % de l'aide humanitaire mondiale. Dans une note⁽¹⁾, l'administrateur adjoint par intérim de l'Usaid, Nicholas Enrich, a souligné le lourd tribut humain de ce choix budgétaire : des millions de cas de paludisme, des milliers d'enfants paralysés par la polio, un million d'enfants en état de malnutrition sans soutien... Cette note a valu à son auteur d'être placé en congé administratif.

Des attaques contre la science

Parmi les programmes officiellement interrompus, on compte une subvention au programme de vaccination contre la polio de l'Unicef, des projets permettant l'accès à l'eau de populations déplacées par la guerre en République démocratique du Congo, l'hébergement de femmes victimes de violences sexuelles et domestiques en Afrique du Sud ou la lutte contre la malnutrition d'enfants au Yémen ou au Nigeria. Des essais cliniques ont été stoppés du jour au lendemain, laissant les chercheurs face à un véritable dilemme éthique. En Afrique du Sud, par exemple, où des anneaux vaginaux (en prévention du VIH) étaient testés chez 20 femmes. Fallait-il les retirer ou continuer le suivi ?

“Le coup le plus violent est sans doute celui porté à l'aide humanitaire mondiale”

L'arrêt de l'étude a brisé le lien de confiance établi avec ces patientes.

Le premier mandat de Donald Trump était déjà marqué par une attaque systématique de la science et une tentative de museler l'information. Profitant du soutien du Congrès, il est passé à la vitesse supérieure dans l'application d'un programme libertarien, antiscience et fasciste, mûri pendant le mandat de Jo Biden. La nomination de Robert Kennedy Jr. comme secrétaire d'État à la Santé aggrave encore la situation. Antivax notoire, il a propagé de nombreuses théories du complot. Face à l'épidémie de rougeole dans le sud du pays, il l'a d'abord minimisée... avant de vanter les mérites de l'huile de foie de morue. Soixante-quinze lauréats des prix Nobel de chimie, médecine, physique et économie se sont opposés à sa nomination, en vain. □

⁽¹⁾ *Usaid Memos Detail Human Costs of Cuts to Foreign Aid*, *New York Times*, 02/03/25.



Opération de la cataracte : les complications possibles

Chaque année, près de 900 000 chirurgies de la cataracte sont réalisées en France. Connaître les signes d'éventuels problèmes postopératoires permet de réagir s'ils se produisent.

Très sûre, l'opération de la cataracte est l'acte chirurgical le plus pratiqué dans le monde. Les complications les plus sévères sont devenues très rares. Cependant, comme tout acte chirurgical, elle présente des risques. Voici, par ordre de fréquence, ce qui peut se produire après l'intervention.

→ UNE SÉCHERESSE OCULAIRE

Larmoiements, démangeaisons, sensation d'avoir un corps étranger dans l'œil : la sécheresse oculaire est fréquente et les symptômes peuvent durer plusieurs mois. Si la surface oculaire est très fragile, cette sécheresse peut favoriser des lésions de la cornée, qui évoluent parfois en ulcère. Il est possible d'agir en amont afin de préparer la surface oculaire au choc opératoire.

→ UN OËDEME DE LA CORNÉE

Ce gonflement de la membrane à la surface de l'œil se manifeste par une sensibilité excessive à la lumière, une douleur ou des troubles de la vision. Il disparaît généralement en quelques jours. Mais il arrive que l'oedème persiste. Rare, cette complication survient plutôt chez les patients avec une pathologie cornéenne ou lorsqu'il y a eu un problème important lors de l'intervention. Elle peut parfois conduire à une greffe de cornée.

→ UNE PERSISTANCE DE DÉBRIS DE CRISTALLIN

Si tous les débris de cristallin n'ont pas été aspirés pendant l'intervention, une douleur peut survenir. Une courte intervention est alors rapidement programmée afin d'effectuer un lavage de l'œil.

→ UNE HÉMORRAGIE CONJONCTIVALE

L'œil est parfois très rouge plusieurs jours après l'intervention en raison d'un saignement survenu durant l'opération. C'est impressionnant mais indolore, et ce n'est pas grave. Il faut éviter de frotter l'œil pour ne pas aggraver ce saignement.

→ UNE ERREUR RÉFRACTIVE RÉSIDUELLE

La récupération visuelle « sans correction » peut s'avérer moins bonne que prévu, obligeant à continuer de porter des lunettes. Selon les cas, une chirurgie de la cornée par laser ou la mise en place d'un second implant sont envisagées pour corriger cette erreur réfractive.

→ UNE « CATARACTE » SECONDAIRE

Il s'agit d'une opacification de la capsule qui contenait le cristallin et qui permet de fixer l'implant. La vision redevient progressivement trouble, on parle abusivement de « cataracte secondaire ». Elle se produit chez 1 patient sur 3 dans les deux ans, plus souvent chez les personnes jeunes. Une séance de laser permet de rétablir la transparence d'une fenêtre centrale sur la capsule.

→ UN EFFET DE BORD

La lumière passe parfois sur les côtés de l'implant, donnant l'impression

de voir une petite virgule sombre dans son champ de vision temporal (sur les côtés). Ce n'est pas dangereux et c'est assez imprévisible. Le plus souvent, le cerveau va corriger de lui-même et rendre imperceptible cet effet de bord. La présence de halos nocturnes autour des fortes lumières, notamment lors de la conduite, est aussi rapportée. Ils surviennent surtout avec les implants multifocaux (qui corrigent la vision de près et de loin).

→ UN DÉCOLLEMENT DE LA RÉTINE

Il se caractérise par divers symptômes (baisse de vision, vision floue, apparitions de points ou éclairs lumineux...) et survient jusqu'à plusieurs mois après l'intervention. Indolore, il nécessite cependant une prise en charge chirurgicale rapide. Les personnes de moins de 55 ans ou présentant une forte myopie (supérieure à -6 dioptries) sont plus à risque. Une prise en charge rapide permet le plus souvent une bonne récupération.

→ UNE INFECTION

L'infection de l'intérieur de l'œil se manifeste par une baisse de la vision, des douleurs intenses (voir encadré ci-contre). Très rare (moins de 1 cas sur 1 000), elle peut causer la perte de la vision et même de l'œil. Elle doit être traitée très rapidement par des injections intraoculaires

d'antibiotiques. Pour limiter les risques, il faut bien mettre les collyres prescrits, ne pas frotter l'œil opéré et se rendre aux visites postopératoires. □

Expert consulté : **Pr David Touboul, chef de service adjoint du service d'ophtalmologie au CHU de Bordeaux.**

LES SIGNES D'ALERTE

Rendez-vous aux urgences sans attendre si vous avez un des symptômes suivants une fois rentré à votre domicile :

- > un œil très rouge et douloureux ;
- > une baisse brutale de la vision ;
- > un rétrécissement du champ de vision ;
- > un choc direct sur l'œil opéré.



URGENCE 114

“J’ai mis mon handicap à profit dans mon métier”



Atteinte de surdité, **Jessica** est agente de régulation pour le service Urgence 114. Ce métier lui permet de communiquer sans obstacle avec ses collègues, qui pratiquent tous la langue des signes française.

Page réalisée par
Audrey Vaugrente

Pendant 15 ans, j’ai travaillé comme modéliste⁽¹⁾ dans le milieu de la mode. L’entreprise où j’exerçais ne comptait que des entendants, ce qui était très compliqué pour moi. Personne ne pratiquait la langue des signes française (LSF) et on faisait très peu appel à des interprètes. Il arrivait même qu’on me convoque à une réunion en urgence, sans interprète. Je devais alors me débrouiller avec les notes qui avaient été prises par mes collègues. J’ai quitté cet emploi lorsque je suis tombée enceinte de ma fille aînée. Mes enfants ont maintenant 15 et 18 ans. Au moment de leur adolescence, j’ai voulu reprendre une activité professionnelle. Mais j’avais été marquée très négativement par cette expérience précédente. J’avais donc envie de travailler avec des personnes qui maîtrisent la LSF, avec qui je puisse réellement communiquer. C’est alors que j’ai vu passer une annonce d’embauche pour le service Urgence 114, qui permet une mise en relation des personnes sourdes, malentendantes, muettes ou aphasiques avec les services de secours.

J’ai trouvé l’opportunité formidable : j’avais la possibilité de travailler à la fois avec des collègues maîtrisant la LSF et en contact avec un public sourd. J’ai d’abord rencontré les responsables de l’équipe, qui m’ont expliqué les missions : gérer

des situations d’urgence très variées – mobilisant le Samu, les pompiers ou la police/gendarmerie – et mettre en relation les appelants avec les services de secours. J’ai suivi une formation aux gestes de secourisme, à la régulation, aux spécificités des services départementaux et au français écrit. Il faut savoir que beaucoup de personnes sourdes le maîtrisent très mal. Puis j’ai pu commencer à répondre aux appels. C’est un beau métier. Il a ses difficultés : on travaille 12 h par jour, le rythme peut être fatigant, et on est confrontés à des événements délicats. On doit aussi se battre pour éviter que les personnes entendantes n’abusent des appels au 114. Imaginez qu’il y ait deux personnes qui appellent en même temps concernant un arrêt cardiorespiratoire et que l’une soit sourde. Il ne faudrait pas qu’une personne entendante prenne sa place.

“Je mets en relation les appelants sourds ou muets avec les services de secours”

La communication est facilitée
Ce métier est aussi très riche, car on gère des situations très variées et on suit une formation continue très régulière. Et surtout, je travaille avec des collègues qui sont bilingues en LSF. Il n’y a donc pas de frein dans notre communication au quotidien. Je peux m’exprimer naturellement, et c’est extrêmement important à mes yeux. Ça a même été l’argument principal. Quand on reçoit des appels difficiles, concernant des pensées suicidaires par exemple, on peut échanger tout de suite après pour débriefer.

Avant l’existence du 114, la seule solution qu’on avait était de sonner chez les voisins ou de demander de l’aide à un inconnu dans la rue, et on dépendait de leur bonne volonté. Quand j’étais jeune, c’étaient mes parents qui s’en occupaient. C’est très difficile à vivre, ce manque d’autonomie. L’apparition des téléphones portables, des SMS, puis de la visio a vraiment changé la donne pour les citoyens sourds. C’est un frein de communication majeur qui se lève. □

(1) Personne qui crée les patrons des vêtements à partir de croquis de styliste.

UN SERVICE UNIQUE AU MONDE

Grâce au service Urgence 114, les personnes sourdes, malentendantes, muettes ou aphasiques peuvent signaler une urgence par un moyen adapté : SMS, messagerie instantanée, visio ou images, via le téléphone, le site Web ou l’appli. Dans les autres services publics (impôts, Sécu...), ce sont plutôt des cabines

visio, avec des interprètes à distance, qui sont utilisées. Ailleurs dans le monde, il n’existe aucun service qui permette une telle accessibilité aux personnes souffrant de troubles auditifs ou de la parole. Formés à la régulation médicale, les agents recueillent la nature de l’urgence et contactent les secours appropriés.

J'AI MAL AU POIGNET

D'où vient cette douleur ?

Les douleurs du poignet peuvent avoir différentes causes : blessures, phénomènes inflammatoires ou mécaniques. Il vaut mieux consulter plutôt que les supporter sans rien faire.

Héloïse Rambert

Un poignet douloureux peut être la conséquence d'un traumatisme récent, ou parfois ancien mais mal pris en charge sur le moment. Les douleurs sont aussi l'expression d'une destruction de l'articulation par l'inflammation, ou de la souffrance de nerfs ou de tendons comprimés dans le poignet. Au-delà de la gêne qu'elles entraînent, elles ne doivent pas être négligées, au risque, parfois, d'une perte de fonctionnalité définitive de l'articulation.

IL N'Y A PAS EU DE TRAUMATISME

La douleur apparaît de diverses manières : brutale, intermittente ou lancinante.

→ **La douleur est plutôt nocturne ou matinale.** Typiquement, l'articulation douloureuse est un peu gonflée, rouge et chaude. Il y a besoin d'un dérouillage matinal : un laps de temps est nécessaire à la mise en route de l'articulation et à la disparition de la douleur. Une inflammation s'attaque sûrement à l'articulation. Il s'agit le plus souvent d'arthrose, qui correspond à une dégradation du cartilage articulaire. Très rare, l'arthrose spontanée du poignet est généralement consécutive

à un traumatisme très ancien non pris en charge. Il y a aussi une arthrose particulière, la rhizarthrose, qui touche la base du pouce et induit une inflammation d'un tendon à proximité. Une douleur importante irradie alors dans le poignet.

QUE FAIRE ? Prendre du paracétamol (3 g par jour pendant 5 jours maximum). Si les antalgiques s'avèrent insuffisants, la consultation s'impose. Le spécialiste réalise une radio ou, pour un bilan plus complet du poignet, un arthroscanner. Il n'y a pas de corrélation entre l'intensité de la douleur et la gravité de l'atteinte inflammatoire observée par l'imagerie. Un traitement médical est d'abord tenté. Il consiste à immobiliser le poignet avec une attelle et à administrer des corticoïdes (pour leur action anti-inflammatoire) directement dans l'articulation, parfois en même temps que la réalisation de l'arthroscanner. Le nombre de ces infiltrations est limité : chaque articulation malade peut recevoir, au maximum, 3 injections dans une vie. Au-delà, l'efficacité diminue, le traitement risque d'être délétère pour les tendons et le rapport bénéfices-risques devient alors défavorable. Si la douleur persiste, la chirurgie peut être proposée. En dehors de l'arthrose, deux autres causes d'inflammation peuvent être évoquées. C'est peut-être une maladie

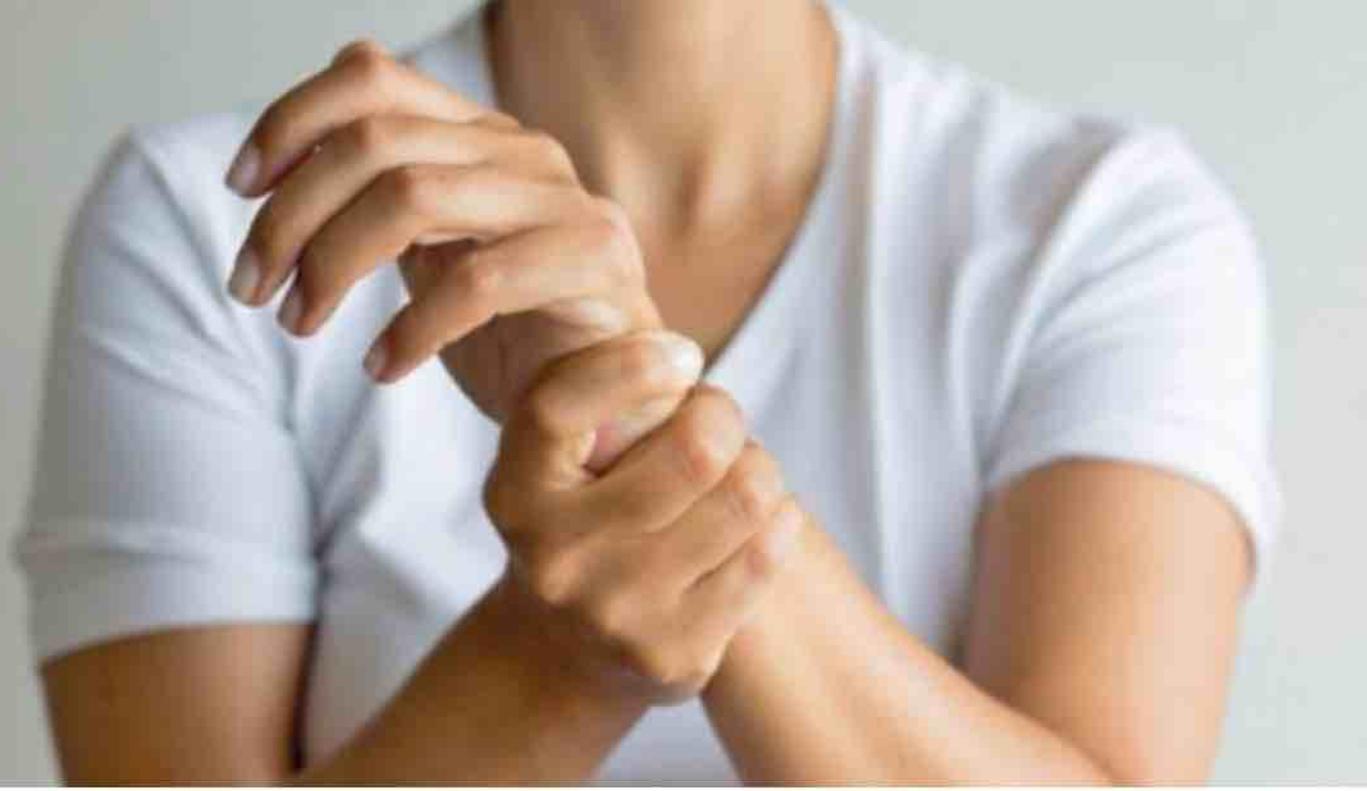
LE KYSTE SYNOVIAL Inesthétique, parfois douloureux

Une « boule » pleine d'un liquide gélatineux apparaît parfois au niveau de la face antérieure ou postérieure du poignet. Elle se développe à partir de la membrane synoviale, qui tapisse l'articulation et produit le liquide synovial. Ce genre de kyste est bénin, mais peut créer une gêne

fonctionnelle à l'articulation en comprimant les structures anatomiques situées à proximité (tendons, nerfs, vaisseaux). En général, il est peu douloureux, mais provoque, dans certains cas, des douleurs locales ou irradiantes dans la main ou vers le coude. La taille ne constitue pas le pouvoir

de nuisance : les kystes de petite taille font souvent très mal, en particulier lors des mouvements d'extension forcée du poignet (comme pour faire des pompes). Leur cause reste mal identifiée. Leur apparition pourrait être favorisée par les mouvements répétitifs ou excessifs du poignet, ou encore à la suite

d'un traumatisme comme un choc, une entorse ou une fracture du poignet. Il peut aussi être lié à une lésion des ligaments ou du cartilage de l'articulation. S'il est trop gênant, le kyste synovial sera « ponctionné » à l'aide d'une aiguille pour le vider de sa substance visqueuse ou bien supprimé chirurgicalement.



qui forme des cristaux dans l'articulation, comme la chondrocalcinose ou la goutte. La prise en charge de la goutte repose sur des mesures diététiques et des médicaments, de crise et de prévention, comme la colchicine.

Cela peut être aussi la première manifestation d'une polyarthrite rhumatoïde, maladie inflammatoire rhumatismale. L'atteinte au niveau des mains et des poignets concerne environ 90 % des personnes touchées par cette pathologie. Plusieurs traitements existent, pour soulager les crises (anti-inflammatoires non stéroïdiens notamment) et en prévention (métothrexate et biothérapies).

La douleur s'accompagne de fourmillements dans les doigts. Elle peut remonter vers l'avant-bras. Ces fourmillements touchent, classiquement, les trois premiers doigts (pouce, index et majeur). Les symptômes surviennent plutôt la nuit, mais peuvent être diurnes. Ils entraînent une perte de force et une certaine maladresse dans la prise d'objets. C'est certainement un syndrome du canal carpien. Ce «tunnel» est situé en avant du poignet, côté paume de la main, et constitué de ligaments et d'os. Il abrite le nerf médian et les tendons fléchisseurs des doigts. Le nerf médian est à la fois moteur (il innervé les muscles et la base du pouce) et sensitif (il donne la sensation des trois premiers doigts de la main). Lorsqu'il est comprimé dans le canal, les symptômes apparaissent.

QUE FAIRE ? Consulter un neurologue qui fera un bilan appelé électromyogramme (EMG). Le but est double: confirmer la compression du nerf et ainsi éliminer une autre pathologie, et évaluer la fonction du nerf. Dans les stades précoces, si l'EMG ne montre pas de cellules nerveuses contenues dans le nerf, le port

d'une attelle de repos et une infiltration par un corticoïde injectable peuvent suffire. Si le nerf est gravement atteint, la chirurgie s'impose. Elle consiste à ouvrir le canal carpien pour en augmenter la circonférence et ainsi décompresser mécaniquement le nerf médian. Cette chirurgie fait partie des plus fréquentes: 125 000 personnes sont opérées chaque année en France. À noter: il s'agit rarement d'une urgence.

Parfois, les symptômes s'améliorent spontanément (notamment quand ils ont une cause hormonale, comme lors de la grossesse). Attention à ne pas les ignorer, même s'ils sont fluctuants (ils apparaissent et disparaissent). Leur présence pendant la journée est un critère de gravité. Un retard de prise en charge chirurgicale peut entraîner une perte de sensibilité irréversible.

La douleur est située sur le bord externe du poignet et irradie vers le pouce. Elle apparaît généralement progressivement, mais peut survenir brutalement. Elle s'aggrave avec l'utilisation de la main. Les douleurs sont souvent invalidantes et causent une perte de force. Cela évoque une tendinite dite de De Quervain. Deux tendons (longs abducteurs et courts extenseurs du pouce) sont «rangés» dans le même tunnel fibreux sur le bord externe du poignet. Lorsque leur calibre augmente, ils «frottent» dans le tunnel et finissent par s'inflammer, générant la douleur. La tendinite de De Quervain est, assez rarement, la séquelle de gestes répétitifs. Des causes inflammatoires ou hormonales sont fréquentes. Beaucoup de cas s'observent lors de la grossesse ou du post-partum.

QUE FAIRE ? Comme pour les autres affections du poignet, l'immobilisation et l'infiltration représentent le traitement

de référence. En cas d'échec de celles-ci, le recours à la chirurgie permet d'ouvrir le tunnel qui contient les tendons pour soulager le frottement.

IL Y A EU UN TRAUMATISME

Le traumatisme peut être indirect – une chute sur la main – ou, plus rarement, direct – un choc sur l'articulation.

Le poignet a un aspect normal. Si la douleur est supportable et disparaît après quelques jours, il n'y a rien à faire, si ce n'est prendre un antalgique type paracétamol en cas de gêne. Si la douleur persiste au-delà d'une quinzaine de jours, c'est peut-être une fracture non visible. Par exemple, une fracture du scaphoïde, un petit os à la base du pouce.

QUE FAIRE ? Consulter rapidement, avant que la fracture ne se consolide. Si celle-ci n'est pas prise en charge, la douleur finit par disparaître d'elle-même, mais le problème demeure.

Il y a un hématome important ou une déformation de l'articulation. Ce sont des signes de gravité, tout comme une ouverture cutanée, des fourmillements au bout des doigts ou une perte de sensibilité. Il y a alors certainement des lésions importantes, osseuses ou ligamentaires.

QUE FAIRE ? Consulter en urgence. Les examens d'imagerie permettront de déterminer la nature et la sévérité des lésions. Il existe deux grands types de traitements. Ceux de nature orthopédique consistent à immobiliser le membre en attendant la consolidation d'une fracture osseuse (d'un os qui peut se consolider seul et qui est stable) ou d'un ligament. En cas d'une fracture qui ne consolidera pas, d'une fracture déplacée ou à risque de déplacement, la chirurgie s'impose. □

Experts consultés: Dr Marc-Olivier Falcone, chirurgien de la main et du membre supérieur à la clinique Jouvenet, Paris; Dr Philippe Roure, chirurgien du membre supérieur à l'espace médical Vauban, Paris.



Des mesures discordantes

Voilà plusieurs années que mon médecin me trouve toujours une pression artérielle à 210 mmHg. À la maison, cette mesure ne dépasse jamais 160 mmHg, avec deux tensiomètres différents. Celui de mon médecin fonctionne en wifi et la mesure se fait allongé avec le bras tendu, ce qui n'est pas la position recommandée sur la notice. Les voisins me signalent le même problème. Je lui transmettrai donc mes observations à la prochaine consultation. Jean-Marie D., Ardentes (36)

Q.C. SANTÉ Les conditions dans lesquelles la pression artérielle est mesurée et la position adoptée lors de cette mesure sont des paramètres qui peuvent faire varier le résultat. Il y a, par exemple, le fameux « effet blouse blanche » qui a tendance à faire grimper la tension au cabinet. C'est pour ces raisons qu'il faut plusieurs mesures concordantes pour diagnostiquer une hypertension, en position assise de préférence, sur les deux bras et idéalement au domicile du patient. Si les mesures prises chez vous ne correspondent pas à celles du médecin, vous faites bien de lui en parler. C'est une information importante pour adapter un éventuel traitement médicamenteux. □

Surenchère de mauvaise foi

Yant constaté que les dentistes nous font toujours passer une radio dentaire à l'occasion d'une consultation, j'ai demandé la mienne sur clé USB. J'ai dû voir un autre professionnel et son centre a refusé de lire ma clé USB, prétextant qu'ils ne savaient pas l'ouvrir, qu'il fallait un logiciel spécifique et que leur ordinateur était protégé. Je leur ai répondu que j'y arrivais sans problème et leur ai proposé mon ordinateur portable. Comme il se décharge rapidement, j'ai demandé à le brancher. On m'a répondu que c'était impossible, car aucune prise électrique n'était disponible ! J'ai fini par accepter une nouvelle radio dentaire. Cette pratique systématique, j'imagine pour amortir le coût des appareils, mériterait d'être dénoncée.

Suzette M., Vanves (92)

PAROLE DE LECTEUR

Un ajout malavisé

Un génie des alpages a eu l'idée brillante d'ajouter de l'huile essentielle de pamplemousse dans les comprimés de paracétamol vendus par Biogaran. C'est pourtant l'un des aliments les plus à risque d'interaction avec des médicaments. Cela fait d'ailleurs plus de 20 ans que je ne peux plus en boire au petit-déjeuner. Je m'en suis rendu compte totalement par hasard. Dans mon cas, cela ne pose aucun problème, car je ne prends du paracétamol que quelques fois par mois. Mais pour ma mère, qui prend de la lévothyroxine, des statines et du paracétamol tous les jours, cela m'interroge.

Alexandra G., Bourg-la-Reine (92)



Q.C. SANTÉ De manière générale, l'intérêt de donner un goût quelconque à un comprimé censé être avalé avec un verre d'eau est douteux. Le choix de la saveur, lui, est pour le moins étonnant, tant le pamplemousse est un cas d'école en matière d'interaction avec les médicaments ! Son action d'inhibiteur enzymatique nuit à l'efficacité et à l'élimination de nombreuses substances, parmi lesquelles les statines, des traitements de cardiologie, du cancer

ou de la dépression. Un seul verre de jus de pamplemousse suffit à avoir cet effet, souligne le réseau des centres de pharmacovigilance. Un délai de 24 h entre sa consommation et la prise d'un médicament est recommandé. Les composés responsables de cette inhibition sont surtout présents dans l'écorce, et les huiles essentielles sont fortement concentrées. Mieux vaudrait donc changer de référence si vous prenez régulièrement d'autres médicaments. □

Les informations personnelles collectées font l'objet d'un traitement sous la responsabilité de l'UFC QUE CHOISIR 233, Boulevard Voltaire, 75011 PARIS, aux fins (I) de gérer les abonnements et commandes de produits/services et leur suivi, (II) réaliser des statistiques, (III) d'effectuer du profilage pour adresser des offres personnalisées et (IV) les enrichir afin de mieux connaître ses interlocuteurs. Une partie des données provient des associations locales, de courtiers en données (données d'identification, coordonnées, information sur la demande etc.). Les données à caractère personnel peuvent être transmises à nos services internes, aux entités de l'UFC-Que Choisir, à des partenaires organismes de presse français et associations caritatives dont une liste exhaustive figure dans notre politique de confidentialité accessible à l'adresse suivante : <https://quechoisir.org/dcp> ainsi qu'à des prestataires externes, dont certains hors UE. L'UFC Que Choisir s'assure, des garanties appropriées préalablement à tout transfert et dont une copie peut être obtenue en écrivant à l'adresse ci-dessous. Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement des données ainsi que d'opposition au traitement ou à sa limitation, et de définir des directives post-mortem via le formulaire <https://quechoisir.org/dpo>. Il est également possible de formuler une réclamation auprès de la CNIL. Les données à caractère personnel sont conservées de trois ans à compter du terme du contrat, sans préjudice des dispositions législatives ou réglementaires propres à certaines catégories de données imposant une durée de conservation particulière ou leur suppression. Les données seront archivées de manière sécurisée pour les durées nécessaires de conservation et/ou de prescription résultant des dispositions légales applicables. Le traitement, suivant les finalités poursuivies, est nécessaire soit à l'exécution du présent Contrat (I), soit à la réalisation des intérêts légitimes de l'UFC Que Choisir (analyse de son audience (II) et promotion de son activité (III) et (IV)), soit sur le consentement, qui peut être retiré à tout moment.

Difficile traitement des déchets

Diabétique avec une pompe à insuline, j'ai depuis cet été des difficultés à me débarrasser des aiguilles et des pods (composants électroniques de la pompe), qui sont des déchets à risque infectieux. Je change de pod tous les 3 jours, ce sont donc 7 mois de pods usagés qui s'accumulent chez moi. Ma pharmacie ne me donne pas les boîtes violettes dans lesquelles on jette ces déchets. Elle affirme que l'organisme qui les traite, Dastri, ne récupère plus ces boîtes et qu'il exige un paiement pour le faire. J'ai contacté deux officines, à une vingtaine de kilomètres, qui disent ne pas avoir de problème. Dastri m'indique, de son côté, que ma pharmacienne n'a pas fait de commande depuis 2023 et que la prestation est gratuite. Elle m'aurait donc menti. J'ai, depuis, changé de pharmacie.

Emmanuel L., Beauce-la-Romaine (41)

Q.C. SANTÉ C'est effectivement votre pharmacie qui est en tort dans cette affaire. Tout d'abord, elle a l'obligation réglementaire de distribuer ces boîtes, sous peine d'amende, lorsqu'elle délivre un médicament injectable ou des pods. Ensuite, leur mise à disposition auprès des pharmacies est effectivement gratuite : ce sont les fabricants de médicaments et de dispositifs médicaux

coupants, piquants et tranchants qui financent l'éco-organisme Dastri. Il est déplorable que vous ayez dû vous débrouiller pour démêler le vrai du faux. Outre un changement de pharmacie, vous pouvez aussi signaler ce mauvais comportement à l'Ordre des pharmaciens. En effet, ces derniers sont, eux aussi, soumis à un code de déontologie. Manifestement, un petit rappel s'impose. □



De l'acupuncture lumineuse ?

Un centre de bien-être, situé près de chez moi, propose des soins de luxoponcture. Ils seraient efficaces pour la perte de poids, la relaxation et le sommeil. Le dispositif utilisé, Luxoscreen, est certifié CE et fabriqué en France, selon eux. Cette technique est-elle reconnue ? Procure-t-elle réellement des bénéfices ?

Henri N., par e-mail

Q.C. SANTÉ Encore très confidentielle, la luxoponcture s'inspire directement de l'acupuncture, selon laquelle le corps est parcouru de canaux énergétiques (mériadiens) dont le déséquilibre est responsable de troubles de santé. Au lieu des aiguilles, c'est un dispositif de lumière à infrarouge qui est appliqué sur les « points ». Pour quelle efficacité ? Aucune démontrée. Il n'existe

pas d'étude publiée sur ce traitement. Le fabricant du dispositif Luxoscreen présente bien quelques résultats, mais qui comportent de nombreux défauts. Il ressort seulement que la luxoponcture est surtout utilisée à des fins d'amaigrissement et d'arrêt du tabac. Dans ces deux cas, mieux vaut privilégier un suivi par un spécialiste (nutritionniste, diététicien, tabacologue), qui sera plus sérieux. □

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 : Chloé Carré

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 :

Hélène Bour, Stéphanie Gardier, Hervé Pinel, Héloïse Rambert, Guillaume Reynard, Anne-Sophie Stamane, Sébastien Thibault

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, pour une partie du tirage, un encart sous enveloppe collée en 4^e de couverture.

Tous droits de reproduction et d'adaptation réservés

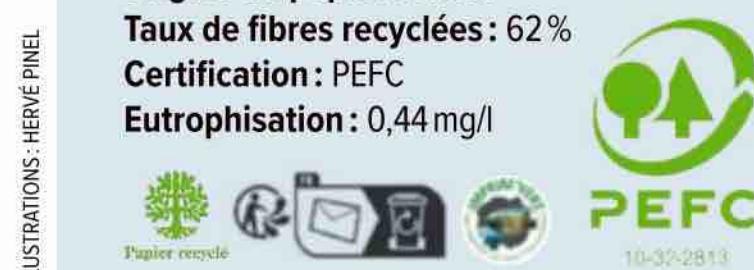
Impression : Imprimerie IPS, route de Paris, 27120 Pacy-sur-Eure
Imprimé sur papier PerlenValue 80 g
Imprimé avec des encres blanches

Origine du papier : Suisse

Taux de fibres recyclées : 62 %

Certification : PEFC

Eutrophisation : 0,44 mg/l





Les métaux lourds autour de nous

Ces éléments chimiques, présents dans la nature mais surtout générés par les activités humaines, peuvent être toxiques.

Par Anne-Sophie Stamane
Illustration Guillaume Reynard

CEUX À SURVEILLER

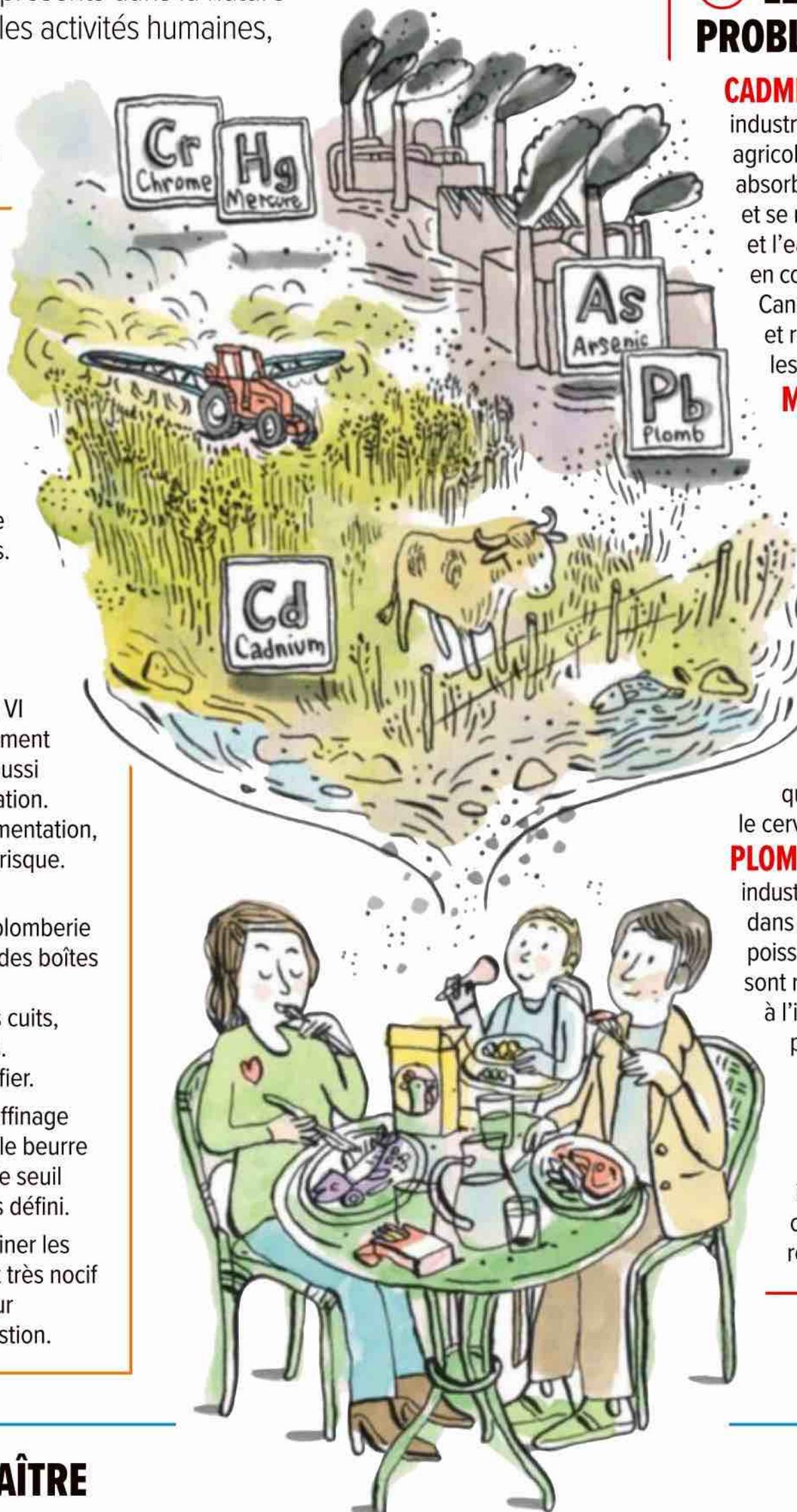
ARSENIC Présent à la surface de la terre, il provient aussi de l'industrie. Nous y sommes exposés via l'eau, le lait, le riz et la chair de poisson. Le risque est possible pour les gros consommateurs. Il est cancérogène avéré et perturbateur endocrinien probable.

CHROME Il y a deux sortes de chrome, et seul le chrome VI est toxique. Présent naturellement dans l'environnement, il est aussi rejeté par les stations d'épuration. On le retrouve dans notre alimentation, sans qu'on sache mesurer le risque. C'est un cancérogène avéré.

ÉTAIN Il peut être utilisé en plomberie et entre dans la composition des boîtes métalliques alimentaires. On en retrouve dans les fruits cuits, les compotes et les fromages. Le risque est difficile à quantifier.

TELLURE Sous-produit du raffinage du cuivre, il est détecté dans le beurre et le fromage. En l'absence de seuil de toxicité, le risque n'est pas défini.

THALLIUM Utilisé pour éliminer les rongeurs (rats, souris...), il est très nocif et potentiellement mortel pour l'humain, par contact ou ingestion.



CEUX À CONNAÎTRE

ANTIMOINE Cancérogène et perturbateur endocrinien possible, il sert à fabriquer le plastique PET des bouteilles d'eau. Notre exposition est inférieure aux seuils de toxicité.

CUIVRE Indispensable à l'organisme, il est cependant toxique à hautes doses, rarement atteintes. On en trouve dans les pâtes, le café, le chocolat, etc.

NICKEL Il est cancérogène mais surtout chez les travailleurs. On en trouve dans le chocolat, les fruits secs, les oléagineux, l'alcool, etc. L'exposition est trop faible pour entraîner un risque.

SÉLÉNIUM Il peut être en excès dans l'eau du robinet. Les valeurs toxiques sont toutefois rarement atteintes. Pour limiter le risque, mieux vaut éviter la supplémentation.

LES PLUS PROBLÉMATIQUES

CADMIUM Issu des activités industrielles et des fertilisants agricoles, le cadmium est absorbé par les végétaux et se retrouve dans les céréales et l'eau potable. Le tabac en contient également. Cancérogène, mutagène et reprotoxique, il fragilise les reins, mais aussi les os.

MERCURE Rejeté par les incinérateurs, centrales à charbon et chercheurs d'or, le mercure est un contaminant majeur. Nous y sommes exposés en mangeant des poissons comme le thon ou l'espadon, et via les « plombages » dentaires. C'est avant tout un neurotoxique, qui s'accumule dans le cerveau et les reins.

PLOMB À cause de la pollution industrielle, le plomb est présent dans le lait, la viande et le poisson. Les vraies intoxications sont rares et surtout liées à l'ingestion d'écailles de peintures anciennes par des enfants, chez qui ils sont responsables de retards mentaux. Cancérogène probable, il a aussi des effets cardiovasculaires et rénaux chez l'adulte.