

Cicatrices disgracieuses

La dermatographie médicale

Suites de chirurgie esthétique, mise en place de prothèses mammaires, accidents, malformations et maladies du sein, cure de gynécomastie chez l'adolescent : la dermatographie peut corriger de nombreuses cicatrices disgracieuses corporelles.

Simulation dessinée

Dans le cadre de l'apport de la dermatographie à la chirurgie et la médecine réparatrice, on envisage l'étude des zones corporelles pouvant solliciter l'utilisation de la technique de dermatopigmentation. Les indications médicales sont traitées au cabinet du médecin dermatographe. Lors de la première consultation, le patient est examiné, une simulation est dessinée, afin d'envisager le résultat final, et visualisée sur écran pour une meilleure information. Si le patient est amélioré par la simulation, la réalisation du geste est alors envisagée. L'intervention se programmera avec le délai de réflexion obligatoire. Une anesthésie à la lidocaïne topique sous pansement occlusif, en deux heures, est prévue.

Aiguilles à usage unique

L'intervention est réalisée, après désinfection soignée de la peau, à l'aide d'une cartouche d'aiguilles à usage unique mise en place sur un dermatographe, la couleur de pigment étant sélectionnée parmi la palette disponible des pigments à usage médico-chirurgical, aux normes CEIIB, le phototype de l'individu... et l'habitude du praticien (document 1).

En effet, le résultat est conditionné par l'expérience et le recul sur l'évolution des pigments.

Le dessin de la pigmentation est réalisé à l'aide d'un crayon dermatographique, la couleur est alors pigmentée ; un piqueté hémorragique signe la pénétration dans le derme de la couleur (document 2).

Après obtention d'une dermatographie homogène, un pansement sec sera appliqué sur la zone opérée.

Surveillance et contrôle

Les consignes de surveillance sont données et le patient est revu à trois semaines ou avant si survient le moindre signe inquiétant pour le malade.

Le résultat est évalué lors de cette consultation de contrôle. S'il est satisfaisant, une nouvelle consultation est envisagée lorsque la couleur se sera ternie (quatre ou cinq ans après), et, si le résultat peut être amélioré, une retouche est alors envisagée suivant le même protocole.

Cas cliniques

Quelques cas cliniques illustrent mieux les indications :

- 1) malformation mamelonnaire et mammaire ayant bénéficié de chirurgie réparatrice, mais laissant d'importantes et invalidantes cicatrices (documents 3 et 4) ;
 - 2) mise en place de prothèse mammaire ;
 - 3) cure de ptôse mammaire (documents 5 et 6).
- Ainsi de nombreuses cicatrices disgracieuses peuvent être largement améliorées par la dermatographie, acte d'une innocuité parfaite et d'une simplicité de réalisation exemplaire au cabinet médical.

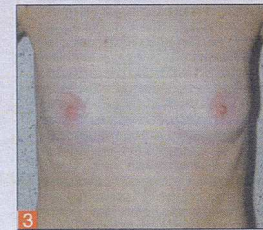
DR SOPHIE CASADIO
DERMATOLOGUE, MARSEILLE



Sélection de la couleur



Dessin à l'aide d'un crayon dermatographique



Malformation mammaire. Aspects préopératoire (à gauche) et postopératoire (à droite)



Cure de ptôse mammaire. Aspects préopératoire (à gauche) et postopératoire (à droite)

Diabète de type 2

La palette des antidiabétiques s'élargit

En constante progression, le diabète de type 2 est devenu un problème majeur de santé publique. Les médecins généralistes lorrains, réunis lors d'une table ronde autour du Pr Bruno Guerci pour débattre de la prise en charge du diabète de type 2 et des nouvelles approches thérapeutiques, ont souligné la difficulté qu'ils rencontrent à atteindre et à maintenir les objectifs glycémiques chez de nombreux patients (1).



Il faut toujours interroger le patient sur son observance thérapeutique

LES NOUVELLES recommandations insistent sur la nécessité d'atteindre les objectifs en termes d'HbA1c et d'intensifier le traitement sans retard dès que ceux-ci sont dépassés. Ces notions rappelées par le Pr Bruno Guerci sont bien connues des généralistes, qui, pourtant, expriment leurs difficultés à les mettre en œuvre. Parmi les hypoglycémiantes disponibles, le choix s'opère en fonction du contexte clinique. « On essaie d'adapter la stratégie thérapeutique aux mécanismes physiopathologiques de la maladie, a confirmé le Pr Guerci. Aussi a-t-on l'habitude de classer les différents hypoglycémiantes en fonction de leur cible d'action. »

Les biguanides et les glitazones diminuent l'insulinorésistance ; les sulfamides et les glimides stimulent la sécrétion d'insuline et les inhibiteurs de l'alphaglucosidase retardent l'absorption intestinale du glucose et agissent sur la glycémie postprandiale.

Conformément aux recommandations, les généralistes lorrains participant au débat ont déclaré commencer la plupart du temps par la metformine. En cas d'insuffisance de résultat, ils évoquent volontiers des écarts de régime. Occasion pour le Pr Guerci de rappeler qu'il faut toujours interroger le patient sur son observance thérapeutique : « Prenez-vous régulièrement vos comprimés ? » « Quelles difficultés rencontrez-vous à suivre votre traitement ? » De même, interrogé sur « ce qu'il aimerait ne plus voir sur les ordonnances des généralistes », le Pr Guerci a répondu « la prescription d'antidiabétiques à dose inefficace » et « l'association de deux hypoglycémiantes d'une même famille. Il faut savoir choisir l'antidiabétique dont le mode d'action est le mieux adapté au profil physiopathologie du malade et combiner les hypoglycémiantes dont les modes d'action se complètent », a insisté le Pr Guerci.

L'effet incrétine. Dans ce contexte, l'arrivée d'une nouvelle classe d'antidiabétiques fondée sur une approche totalement différente de celle des médicaments existants est tout à fait intéressante. Cette nouvelle approche, les généralistes en ont encore peu entendu parler. Il s'agit de la voie des incrétines. INCRETIN vient de INtestine SECRETION INsulin. Les incrétines sont des peptides sécrétés par les cellules intestinales en réponse à la prise alimentaire et dont le rôle est de stimuler la sécrétion d'insuline au moment du repas. En effet, les chercheurs ont observé que l'ingestion orale d'une quantité donnée de glucose entraînait une réponse insulinique bien plus importante qu'une dose de glucose responsable de la même hyperglycémie postprandiale administrée par voie parentérale. C'est « l'effet incrétine ». Le GLP-1 (Glucagon-Like-Peptide 1) est l'une

des deux incrétines connues actuellement. Il est responsable de 60 % environ de la production d'insuline consécutive à une prise alimentaire. Le GLP-1 module l'homéostasie glucidique par plusieurs mécanismes, tous glucose-dépendant.

« Or les diabétiques de type 2 présentent des taux réduits de GLP-1 ; d'où l'idée d'explorer cette nouvelle approche thérapeutique », a indiqué le Pr Guerci. Mais les chercheurs se sont heurtés à la demi-vie extrêmement brève de ce peptide intestinal, le GLP-1 endogène étant dégradé en quelques minutes par une protéase spécifique, la dipeptidyl peptidase-IV (DPP-IV).

Pour pallier cette difficulté, différentes approches ont été développées : soit élaborer un dérivé du GLP-1 résistant à la DPP-IV ou des peptides proches du GLP-1 qui reproduisent ses effets (agonistes du récepteur au GLP-1), soit mettre au point des inhibiteurs de la DPP-IV. Les agonistes du récepteur au GLP-1 sont administrés par voie injectable (sous-cutanée) ; les inhibiteurs de la DPP-IV sont administrés par voie orale. Les concentrations en GLP-1 circulant sont plus élevées avec les agonistes du récepteur qu'avec les inhibiteurs de la DPP-IV, ce qui peut rendre compte de différences en termes d'efficacité (équilibre glycémique, évolution pondérale), mais aussi en termes d'effets indésirables de ces molécules.

L'exénatide (Byetta) développé par le Laboratoire Lilly a obtenu une AMM de la Food Drug Administration aux Etats-Unis en avril 2005 et une AMM européenne en novembre 2006. Les études menées dans le cadre de son développement clinique ont comparé l'efficacité et la tolérance de différentes doses d'exénatide et d'un placebo, chez des patients diabétiques de type 2 (DT2) insuffisamment contrôlés par une monothérapie par metformine, par sulfamide ou par une bithérapie metformine-sulfamide (programme Amigo). Dans chacun des groupes, les patients recevaient en sous-cutanée deux fois par jour, soit un placebo, soit 5 µg d'exénatide, soit 10 µg d'exénatide. Après 30 semaines, le taux d'HbA1c était significativement abaissé dans le groupe exénatide 5 µg par rapport au groupe placebo et dans le groupe exénatide 10 µg comparativement au groupe exénatide 5 µg. De même, les patients sous exénatide avaient perdu du poids ; cette réduction pondérale était plus importante chez les patients recevant exénatide + metformine que chez ceux dont le traitement incluait un sulfamide. Dans le groupe metformine, l'ajout d'exénatide n'exposait pas à un risque accru d'hypoglycémie (5 %) ; en revanche, ce risque qui existe avec les sulfamides était majoré en cas d'ajout d'exénatide. L'effet secondaire le plus fréquent était représenté par les nausées, qui s'estompaient après quelques jours de

traitement (4 % d'arrêt de traitement). Au-delà de 30 semaines, l'essai a été poursuivi en ouvert, tous les patients recevant alors 10 µg d'exénatide deux fois par jour. A 90 semaines, les patients des différents groupes de départ avaient une baisse de l'HbA1c de 1,1 % en moyenne et une perte de poids de 4,5 à 4,7 kg.

Par ailleurs, l'étude AMIGO a montré un bénéfice de l'exénatide sur des facteurs de risque cardio-vasculaire associés au DT2 ; dans les groupes traités, les auteurs ont observé : une élévation du HDL cholestérol, une baisse des triglycérides et une baisse de la pression artérielle diastolique.

D'autres essais ont comparé l'exénatide à l'insuline chez des patients DT2 insuffisamment contrôlés par l'association metformine-sulfamide. Dans ce contexte, 2 injections d'exénatide par jour a été comparé à une injection d'insuline glargine le soir chez 549 patients dont l'HbA1c était comprise entre 7 et 10 %. L'ajout d'exénatide et celui d'insuline glargine ont eu le même effet : baisse de 1,1 % du taux d'HbA1c. Toutefois, il y avait moins d'hypoglycémies nocturnes dans le groupe exénatide que sous insuline et les patients prenaient du poids sous exénatide (-2,3 kg) et en prenaient sous insuline glargine (+1,8 kg).

Des traitements personnalisés.

Questionné sur la place potentielle qu'occupera cette nouvelle famille d'hypoglycémiantes, le Pr Guerci a confirmé l'intérêt de disposer d'une large palette d'antidiabétiques dont les modes d'action sont complémentaires. Le choix de l'antidiabétique est fonction du profil du patient et des effets secondaires des traitements. Selon ce schéma, on peut dire que les incrétinomimétiques exposent moins au risque d'hypoglycémies que les sulfamides ou l'insuline ; ils ont un effet favorable sur le poids contrairement aux sulfamides, aux glitazones et à l'insuline ; ils n'engendrent pas d'œdèmes de membres inférieurs comme cela peut être le cas des glitazones. En revanche, ils sont souvent accompagnés de nausées, ce symptôme diminuant avec le temps. « Quelques conseils permettent de diminuer leur fréquence et leur intensité, a expliqué le Pr Guerci. L'injection doit être faite à proximité du moment du repas. Celui-ci ne doit pas être trop gras, ni trop copieux. Le patient doit manger lentement et s'arrêter dès qu'il n'a plus faim. » En outre, même s'ils doivent être administrés par voie sous-cutanée, ils n'engendrent pas les mêmes contraintes que l'insuline ; il n'y a pas besoin de titration des doses ni de risque d'hypoglycémie.

DR DENISE CARO

(1) Table ronde organisée à Nancy par « Le Quotidien du Médecin » avec le soutien institutionnel des Laboratoires Lilly et avec la participation du Pr Bruno Guerci, hôpital Jeanne-d'Arc, CIC Inserm, CHU de Nancy.