

L'UNAFORMEC

L e M @ g @ z i n e

15 avril 2017

eDPC : de chez vous, à votre rythme...

Voici quelques uns de nos eDPC.



Dyslipidémie et risque cardiovasculaire en prévention primaire

Parmi les facteurs de risque cardiovasculaire (RCV) reconnus, le « cholestérol » est le plus souvent cité, notamment dans les médias. Le marqueur actuellement le plus utilisé est le taux de LDL-cholestérol, suivant la recommandation de l'Afssaps en 2005. Les interventions proposées sur le niveau de cholestérol en prévention primaire sont en général dépendantes du niveau de RCV global. Celui-ci est évalué selon diverses méthodes, en France on se repère au nombre

de facteurs de risque associés au LDL élevé. Malgré la complexité du problème, l'apparente simplicité et innocuité de la prescription, la représentation sociale du « cholestérol » semble avoir fait de la baisse rapide du taux de LDL-C l'objectif prioritaire en prévention primaire du RCV, ce qui fait de la France un des pays les plus consommateurs de statines en Europe. Est-ce justifié ? Existe-t-il une baisse de la morbi-mortalité cardiovasculaire des personnes sans antécédents cardiovasculaire, ni DNID, sous statines en prévention primaire ?

Une nouvelle recommandation de la HAS portant sur la prévention des maladies cardiovasculaires en pratique clinique vient de paraître. Comme la recommandation étasunienne de 2013 et la britannique de 2014, elle repose sur l'évaluation du risque cardiovasculaire global : l'intensité de l'intervention doit être adaptée au niveau de ce risque, calculé, individualisée pour chaque patient. Comment calculer le risque cardiovasculaire individuel et l'expliquer au patient ? Comment construire une décision « informée et partagée » ?

Objectifs :

1. S'approprier les outils d'évaluation du risque cardio-vasculaire évalués et leurs limites.
2. Connaître les effets sur la morbi-mortalité cardiovasculaire d'essais cliniques d'intervention avec des statines sur le taux de LDL cholestérol.
3. Gérer avec le patient une situation d'incertitude sur le rapport bénéfices /risques des statines en prévention primaire à l'aide d'outils d'aide à la décision pour le patient.

[Cliquez ici pour vous inscrire](#)



Exploration des dysthyroïdies : arrêter le gâchis !

Selon des données épidémiologiques françaises déjà anciennes les pathologies thyroïdiennes concerneraient 0,9% des actes en médecine générale, 0,4% en médecine spécialisée, environ un homme pour six femmes, et trois fois plus de patients âgés de plus de quarante ans que de patients plus jeunes.

Selon les données plus récentes de l'enquête SUVIMAX, portant sur plus de 10 000 volontaires sains répartis sur toute la France, la fréquence d'euthyroïdie stricte était supérieure à 80% et celle des dysthyroïdies chez la femme supérieure à 13%. La prévalence de l'hypothyroïdie fruste définie par un taux de TSH supérieur à 4mUI/L sur deux dosages à un mois d'intervalle est de 1,9% chez l'homme et 3,3% chez la femme. L'incidence des cancers augmente et nécessite la mise en place d'une surveillance épidémiologique.

Le coût des explorations est important mais beaucoup de prescriptions biologiques ne sont pas conformes aux référentiels. Vous allez tenter de définir les attitudes en adéquation avec les différents tableaux cliniques rencontrés où une exploration de la glande thyroïde s'impose pour mieux en déduire les examens complémentaires adaptés, en termes de nature et de chronologie.

Objectifs :

1. Identifier les sujets à risque d'hypothyroïdie fruste.
2. Interpréter un dosage de TSH et proposer une stratégie diagnostic.
3. Définir les critères et modalités de traitement d'une vraie hypothyroïdie correctement explorée.
4. Définir les critères et modalités de traitement d'une hyperthyroïdie fruste.

[Cliquez ici pour vous inscrire](#)



Consultation de contraception pour une adolescente

La contraception pose chez les adolescent(e)s des questions complexes et un paradoxe : selon les premières données du Baromètre Santé 2010, plus de 91 % des Françaises sexuellement actives âgées de 15 à 24 ans déclaraient employer une méthode contraceptive. Malgré cet usage fortement généralisé, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) chez les adolescentes reste très élevé : 22 000 femmes de moins de 20 ans en France en

2015. Ce qui fait en métropole un taux de recours de 12 IVG pour 1000 femmes de moins de 20 ans, (7,6/1000 entre 15 et 17ans et 19,5/1000 entre 18 et 19ans), le taux national de recours étant de 14,4 /1000 femmes de 15 à 49 ans.

La première consultation pour contraception est capitale pour la suite. Bien que le médecin généraliste la connaisse souvent depuis son enfance et qu'il soit proche de toute la famille gne parfois sa jeune patiente, il reste le bon interlocuteur pour la contraception de l'adolescente. Quelle information donnons-nous et quels choix contraceptifs proposons-nous dans les différentes situations ?

Objectifs :

1. Informer les adolescentes sur la contraception et les moyens disponibles.

2. Connaître le mode d'utilisation, les contre-indications, les avantages et les effets secondaires des différents moyens de contraceptions pour les présenter à une patiente de 15 à 25 ans (ou connaître un site actualisé sur ce sujet accessible à un public de jeunes).
3. Aider l'adolescente à choisir son moyen de contraception et à l'utiliser

[Cliquez ici pour vous inscrire](#)

Dépistage du cancer colorectal (CCR) : un enjeu de santé publique ?

Le cancer colorectal est le 2e cancer le plus fréquent chez la femme après le cancer du sein et le 3e chez l'homme après les cancers du poumon et de la prostate. C'est également le plus mortel avec plus de 17 000 décès par an en France [1,2]. La détection des lésions précancéreuses avant qu'elles ne se transforment en cancer a permis en 10 ans une diminution de l'incidence du CCR d'environ 15 à 18% et de la mortalité de 20 %, données améliorées par l'utilisation des nouveaux tests immunologiques.

Sur quels critères faire le bon choix de la méthode de dépistage ? Comment accompagner toute remise de test d'une information la plus objective sur la balance bénéfices / risques de cette stratégie de dépistage ? Comment accompagner les personnes à risque élevé de CCR ?

Objectifs :

1. Définir la modalité de dépistage la plus adaptée compte tenu du niveau de risque de la personne.
2. Identifier les réticences et freins éventuels au dépistage.
3. Informer la personne sur les avantages et les limites du dépistage.
4. Informer sur les modalités du dépistage et le suivi.

[Cliquez ici pour vous inscrire](#)

[Pour voir tous nos eDPC, cliquez ici...](#)

Et toujours : [WikiDPC](#) et la [revue Médecine](#)....

[Et bien entendu tous nos DPC...](#)

Pour contacter l'UnaformeC
Union Nationale des Associations de Formation Médicale et d'Evaluation Continues
18/20 boulevard de REUILLY 75012 PARIS France

courriel : contact@unaformec.org

Téléphone :

01 71 19 99 67 standard

01 71 19 99 68 (Véronique Pieri-Gnemmi) secretariat@unaformec.org

Site web : <http://www.unaformec.org>

