

N° 46
Octobre 2017

Sommaire

- p.1 Tout va bien... ou presque
- p.2 Coroscaner
- p.3 Alimentation :
les tendances de nos assiettes
- p.4 Le dépistage du cancer
de la prostate en 2017

Le CIEM
15, rue Jean Bart
75006 Paris
Tél. : +33 (0)1 42 22 54 90
Fax : +33 (0)1 42 22 30 10

www.leciem.com

Tout va bien... ou presque

Depuis 1961, le CIEM effectue des bilans de santé de haut niveau, avec un succès jamais démenti.

Ainsi, notre activité a connu une progression de la demande des entreprises de + 6,7 % en 2015 et de + 4,9 % en 2016.

Ces bons résultats, constants depuis plus de 15 ans, sont le fruit d'une politique de qualité appliquée à toutes les activités du CIEM.

Les examens biologiques, l'imagerie médicale, les consultations de médecine interne et de cardiologie, les examens spécifiques pour les expatriés, les bilans complémentaires de gynécologie, sont réalisés par une équipe de médecins et de techniciens expérimentés, qui intègrent les évolutions scientifiques, utilisent du matériel de pointe rigoureusement sélectionné, veillent à tenir des délais rigoureux et à assurer la fiabilité des résultats, le tout dans un strict respect de la déontologie médicale et en privilégiant l'aspect humain dans les relations avec les participants.

De même, l'équipe administrative s'efforce de mettre en œuvre tous les moyens pour proposer une gestion efficace des plannings et des prises de rendez-vous individualisés afin que votre bilan se déroule dans les meilleures conditions et dans le respect de votre emploi du temps que nous savons chargé.

Aujourd'hui, le CIEM travaille avec 1 600 entreprises de tous horizons qui proposent à leurs 12 000 cadres dirigeants un accompagnement médical personnalisé.

Constitué en association mutualiste, il est administré par un Conseil composé de dirigeants d'entreprises et d'organisations professionnelles qui exercent leur mandat de façon totalement bénévole et qui sont fiers d'avoir contribué, en appui de la direction du CIEM, à faire vivre et évoluer un centre médical de prévention unique, reconnu et apprécié par ses adhérents.

Alors tout va bien ?
Presque...

En effet, depuis quelques mois, nous déplorons une forte hausse de l'absentéisme aux consultations qui avait auparavant toujours été maîtrisé.

De manière très concrète, il s'agit de personnes qui ne viennent pas aux rendez-vous pourtant programmés et confirmés, assez souvent sans prévenir ou en annulant très tardivement.

Ceci est pénalisant pour les entreprises qui doivent payer des frais d'annulation et pour le CIEM qui doit mobiliser une équipe médicale (les médecins ont tous une activité extérieure).

Les participants qui viennent pour leur bilan au CIEM sont en charge d'une fonction de direction dans leur entreprise et connaissent bien la nécessité du respect des engagements.

Voici pourquoi, face à cette augmentation de l'absentéisme aux consultations qui nous préoccupe beaucoup, j'ai pensé qu'il convenait de vous informer sur la montée de ce phénomène et ses conséquences.

Le CIEM a engagé un plan d'actions pour inverser la tendance mais je suis convaincu que le sens des responsabilités de chacun est le premier facteur qui nous permettra de revenir à un taux d'absentéisme « normal ».

Je vous remercie pour votre compréhension et ne doute pas que vous aurez à cœur d'être présent le jour du rendez-vous pris pour votre bilan.



Philippe RIFAUX,
Président du CIEM

Un IMC élevé impliqué dans 4 millions de décès par an.

Si l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité est connue, et cela dans le monde entier, les conséquences sur la santé sont moins bien définies. Ceci a conduit une équipe internationale d'épidémiologistes, membres du *Global Burden of Disease 2015 Obesity Collaborators*, à évaluer de manière systématique les tendances observées au cours des 25 dernières années concernant la prévalence de surpoids et de l'obésité ainsi que les décès et les années passées avec un handicap lié à un IMC élevé en fonction de l'âge et du sexe et cela dans 195 pays. L'évolution, entre 1980 et 2015, de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants et les adultes a été analysée à partir de données d'un échantillon de 68,5 millions de personnes. Les auteurs ont également quantifié le poids de la maladie liée à un IMC élevé en fonction de l'âge, du sexe, de la cause et de l'IMC et cela dans 195 pays entre 1990 et 2015. Au total, ce sont 107 millions d'enfants et 603 millions d'adultes qui étaient obèses en 2015. Depuis 1980, la prévalence de l'obésité a doublé dans plus de 70 pays et a augmenté de manière continue dans la plupart des autres pays. Si la prévalence de l'obésité chez les enfants reste inférieure à celle des adultes, la vitesse d'augmentation de la prévalence de l'obésité del tenant a été, dans de nombreux pays, supérieure à celle de l'adulte.

Globalement, un IMC élevé est à l'origine de 4 millions de décès par an dont près de 40 % chez des personnes qui sont "simplement" en surpoids. Plus des 2/3 des décès en rapport avec une augmentation de l'IMC sont d'origine cardiovasculaire. Le poids de la maladie lié à l'élevation de l'IMC a augmenté depuis 1990 ; toutefois, la vitesse de cette augmentation a été atténuée par la diminution des taux de décès d'origine cardiovasculaire observée dans la population générale.

En conclusion, l'augmentation rapide de la prévalence et du poids de la maladie en rapport avec une augmentation de l'IMC souligne la nécessité de poursuivre la surveillance de l'IMC, de mettre en place et d'évaluer les interventions permettant de traiter ce problème.

La musique au service de l'apnée du sommeil.
Une équipe internationale (Suisse, Canada, Pays Bas) a démontré que jouer régulièrement du Djembé, long tuyau aborigène en bois résonnant gravement comme un cuivre, permet d'améliorer l'état des personnes souffrant d'apnée obstructive du sommeil. Un des membres de l'équipe a d'ailleurs abandonné la recherche pour devenir professeur de Djembé...
Un futur atelier au CIEM ?

Coroscanner

Le coroscanner ou scanner coronaire permet la visualisation des artères qui irriguent le cœur (les artères coronaires) et nécessite donc l'injection d'un produit de contraste.

L'objectif principal de cet examen est de rechercher la présence de plaques d'athérome pouvant provoquer angine de poitrine, infarctus du myocarde, mort subite.
L'amélioration technique continue du coroscanner permet de bénéficier d'une résolution temporelle optimale mais la résolution spatiale reste limitée.

Quelles sont les indications du coroscanner ?

- L'indication principale du coroscanner est la douleur thoracique atypique, chez un patient à risque faible ou moyen de maladie coronarienne.
- Les autres indications sont :
 - Les douleurs atypiques pour lesquelles il n'y a pas d'argument suffisant pour poser l'indication d'une coronarographie qu'il y ait ou non des facteurs de risque athéromateux ou des antécédents familiaux.
 - Lorsque l'épreuve d'effort et/ou la scintigraphie est ininterprétable, douteuse ou non contributive. Dans ces cas, le coroscanner réalisé en première intention permet d'éliminer une lésion coronaire.
- Par ailleurs certaines circonstances (troubles du rythme et/ou de la conduction cardiaque, présence d'un stimulateur cardiaque) rendent l'épreuve d'effort ininterprétable et imposent, dès le moindre doute, la réalisation d'explorations plus précises, dont le coroscanner vient le plus souvent en première intention.

Dans quelles circonstances ne faut-il pas faire de coroscanner ?

Le coroscanner n'est pas recommandé comme examen de dépistage chez les sujets asymptomatiques sans suspicion clinique de coronaropathie. Le coroscanner n'est pas indiqué lorsque le patient présente des douleurs thoraciques typiques d'angine de poitrine, voire un syndrome coronaire aigu pour lesquels les explorations confirment une forte probabilité de lésion coronaire. Dans ce cas, la coronarographie sera indiquée d'emblée. Les patients porteurs de stents coronaires ne doivent également pas être surveillés par le coroscanner.

De même, cet examen est inutile lorsqu'il y a des calcifications coronaires importantes, génératrices d'artefacts ne permettant pas une évaluation précise du degré de sténose.

Quels résultats ?

Compte tenu de sa forte valeur prédictive négative (97 %), un scanner coronaire normal permet d'éliminer une maladie coronarienne et implique, dans ce cas, la recherche d'une éventuelle autre cause aux douleurs. En conséquence, sachant que près de 35 % des coronarographies faites pour éliminer une origine coronaire sont normales, le coroscanner devrait permettre d'éviter un nombre relativement important de ces coronarographies normales.

Le score calcique

Sans injection de produit de contraste, on peut obtenir le score calcique coronaire, qui est une évaluation chiffrée de l'étendue des plaques athéromateuses calcifiées présentes sur les artères coronaires

- Si le score est < 100, le risque d'évènement cardiovasculaire est faible.
- Pour un score compris entre 100 et 400, il est recommandé d'avoir une correction optimale des différents facteurs de risque cardiovasculaires modifiables. Par exemple, l'objectif d'un traitement de l'hypercholestérolémie sera plus strict.
- Si le score est > 400, le risque d'évènement cardiovasculaire est élevé et l'on peut proposer de rechercher l'existence d'un défaut de perfusion du cœur à l'effort par scintigraphie d'effort-Persantine, échocardiographie de stress ou IRM cardiaque de stress.

En conclusion, le coroscanner est un examen permettant de diagnostiquer des lésions des artères coronaires, pour lesquelles la principale indication reste la douleur thoracique atypique du patient à risque cardiovasculaire faible ou moyen.



Docteur Marc RICHAUD,
Cardiologue
au CIEM

Chez le nourrisson, comme chez les plus âgés, chez le sportif comme chez le non sportif l'alimentation joue un rôle primordial en prévention, primaire ou secondaire, d'un bon nombre de pathologies (diabète de type 2, obésité, maladies cardiovasculaires, et certains cancers...).

Au cours des 30 dernières années, de nombreux travaux scientifiques fondamentaux, cliniques et épidémiologiques, ont mis en évidence le rôle des facteurs nutritionnels dans le déterminisme de certaines maladies chroniques. Par exemple, il existe une relation dose-effet directe entre la consommation de sel ou l'apport en fibres, et la pression artérielle. La baisse de la consommation de sel réduit le risque à long terme d'évènements cardiovasculaires et d'accidents vasculaires cérébraux et les dépenses de santé.

Nous cherchons des aliments sains et fiables, « bio » de préférence. Les légumes, les grains, les herbes, constituent le nouveau Graal ! Les publicitaires appellent le « food empowerment », la prise de pouvoir du consommateur à la fois par et par la nourriture. Le marché du bio génère 5,5 milliards d'euros de chiffre d'affaires en 2015. On achète de saison, ce qui pousse près de chez soi. L'évitement devient aussi le mot clé de notre époque pour lutter contre les allergies, les inflammations et les intolérances : la cuisine sans sel, sans sucre, sans gluten, avec peu (flexitarisme) ou pas de produits animaux (vegan)... Il y a donc ce que l'on mange ou pas, et la façon dont on le mange : régime monodiste, régime mastocatoire, régime paléo (manger cru).

Les antioxydants (polyphénols, vitamines E, et C, flavonoïdes, lycopènes) s'opposent à l'effet délétère des radicaux libres, luttant théoriquement contre le développement de certains cancers. Les principales sources sont le thé vert, l'huile d'olive, les carottes, tomates (cuites surtout, car la cuisson libère du lycopène), épinards, fenouils, brocolis, avocats, patates douces, noisettes, kiwis, grenades, myrtilles, pépins de raisin, baies de Goji, curcuma... Il est cependant difficile de proposer une quantité idéale ! L'étude française SUVIMAX menée pendant 8 ans chez 13 000 volontaires a montré qu'une supplémentation en antioxydants (bêta carotène, vitamine E, zinc, sélénium) permettait de réduire chez les hommes l'incidence des cancers de 31 % et la mortalité globale de 37 %. Ces données n'ont pas été retrouvées chez les femmes, probablement parce qu'elles étaient moins carencées au début de l'étude.

Cas particulier : la nutrition des sportifs
Attention ! révolution ! Les nutritionnistes en charge de la préparation des athlètes s'ac-

cordent à dire que les sportifs doivent manger le plus normalement possible pour éviter tout déséquilibre alimentaire. Comme un sédentaire, qui prend soin de sa santé, le sportif doit manger équilibré. Fini donc les « plâtrées » de spaghettis à pas non plus lieu de tomber dans l'exercice ; pour 3 séances de 30 min à 1 h par semaine, on a besoin d'environ 1 000 calories supplémentaires : l'équivalent d'un repas équilibré à répartir sur 7 jours ! Et même, il n'est pas nécessaire d'adapter son régime au sport que l'on pratique. Un marathonien ne doit pas manger de manière radicalement différente de celle d'un bodybuilder. Un coureur de fond doit manger des protéines en quantité suffisante pour régénérer les fibres musculaires endommagées pendant sa pratique sportive.

Régime méditerranéen

Aliments à éviter ou à réduire

- Le beurre
- La margarine
- Le sucre
- Les viandes rouges
- Les produits laitiers à base de lait de vache

Aliments à privilégier

- Le pain, les céréales
- Les huiles d'olive, de colza, de pépins de raisin
- Des fruits crus, cuits ou secs
- Les herbes, les légumes
- Les légumineuses (petits pois, soja, lentilles...)
- Du poisson gras 2 à 3 fois / semaine
- La consommation de viandes blanches, d'œufs et de fromage (bœuf, chèvre) est possible en petites quantités
- Un ou deux verres de vin / jour

Les différentes sources de lipides (1 g de lipides = 9 kcal)

Différents types de lipides	Sources alimentaires
Graisses néfastes : acides gras trans et huiles partiellement hydrogénées -> A PROSCRIRE	Fast foods, plats industriels préparés, biscuits, viennoiseries, margarine, frites
Mauvaises graisses : acides gras saturés -> A LIMITER	Vandes rouges, charcuterie, huile de palme, beurre, fromages, laitages
Graisses neutres : acides gras monoinsaturés riches en Oméga 9 (acide oléique)	Huiles d'olive, d'arachide. Graisses - Avocats Amandes, noisettes, noix
Bonnes graisses : acides gras polyinsaturés « essentiels » - Oméga 6 (acide linoléique)	Huiles de tournesol, de soja, de maïs, de pépins de raisin, de sésame Huiles de lin, de colza
- Oméga 3 (acide alpha linoléique) -> A PRIVILEGIER	Petits poissons gras : maquereaux, sardines, harengs

Vandes et poissons ne doivent pas être diabolisés, d'autant qu'en plus des protéines, les viandes rouges apportent également du fer, indispensable à la synthèse de l'hémoglobine. La consommation de sucres rapides doit avoir lieu durant « la fenêtre métabolique » qui correspond aux instants qui suivent l'arrêt de l'effort. Durant ce laps de temps les muscles voient leurs capacités de stockage et de réparation décuplées et les



Docteur Marina KARIMOCHKINE,
Médecin interniste
au CIEM
(Remerciements pour sa lecture au Pr Sébastien CZERNICHOV, Service de Nutrition, Hôpital Européen Georges Pompidou)

Alimentation : les tendances de nos assiettes

En bref

Les Schtroumpfs à l'abri du vieillissement cutané.

Partant du constat que le vieillissement cutané est largement imputable au stress oxydatif, une équipe de chercheurs du département de biologie cellulaire et de génétique moléculaire de l'université du Maryland (Etats-Unis) a testé plusieurs antioxydants, dont le bleu de méthylène, pour en mesurer les effets contre le vieillissement cutané. Et parmi les antioxydants testés, c'est effectivement le bleu de méthylène qui donne les meilleurs résultats avec des perspectives concrètes en cosmétologie. Une analyse de l'expression des gènes a montré que le bleu de méthylène exerçait une régulation positive de l'élastine et du collagène, deux composants déterminants de la bonne santé cutanée. Et les auteurs de conclure sur le fort potentiel du bleu de méthylène en cosmétologie.

Cancer thyroïdien papillaire de petite taille : une surveillance échographique régulière comme alternative à la chirurgie.

De nombreuses données s'accumulent pour indiquer qu'une prise en charge plus conservatrice est indiquée en cas de carcinome thyroïdien papillaire de petite taille, en particulier en cas de micro-carcinome papillaire (diamètre maximal <1 cm). Généralement, ces patients avec micro-carcinome papillaire ont un pronostic excellent et une évolution qui ne pose aucun problème. Récemment, une approche de surveillance active a été proposée comme solution alternative chez les patients ayant un micro-carcinome papillaire, particulièrement chez ceux qui n'avaient pas d'éléments péjoratifs (invasion, métastase ou caractéristiques cytologiques ou moléculaires agressives). Il est maintenant considéré par beaucoup comme possible de surveiller ces carcinomes papillaires à bas risque par des échographies cervicales régulières et un examen physique, et de ne proposer une chirurgie que chez les patients dont la maladie progresse. Cette surveillance active permet une évolution oncologique favorable en comparaison de la chirurgie immédiate puisque, dans certaines études, seuls 15 % de ces patients ont une chirurgie décidée dans un second temps du fait de l'évolution défavorable. Une équipe sud-coréenne a analysé, dans une étude de cohorte, si les caractéristiques des lésions opérées (témoignant de leur sévérité potentielle) étaient différentes selon que la chirurgie avait été effectuée dans les 6 mois après le diagnostic, 6 à 12 mois après le diagnostic ou plus de 12 mois après le diagnostic. Les résultats de cette étude ont montré qu'une chirurgie retardée n'est pas associée à un risque supérieur de maladie récidivante ou persistante en comparaison d'une chirurgie immédiate. Il semble donc bien qu'un traitement chirurgical puisse être retardé chez les patients ayant un carcinome papillaire de la thyroïde à condition de suivre régulièrement par échographie et cliniquement ces patients.

Le dépistage du cancer de la prostate en 2017

Pourquoi dépister le cancer de la prostate ?

Le cancer de la prostate se situe en France au premier rang des cancers avec une estimation à plus de 70 000 nouveaux cas par an, devant les cancers du poumon et les cancers colorectaux. Son incidence est en forte augmentation (+ 8,5 % par an entre 2000 et 2005) en raison de l'effet combiné du vieillissement de la population, de l'amélioration de la sensibilité des techniques diagnostiques et de la diffusion du dépistage par dosage du PSA.

Parallèlement, on observe une diminution du taux de mortalité : près de 8 870 décès chaque année (en moyenne - 2,5 % par an sur cette même période). Avec une survie relative à 5 ans estimée à près de 80%, il s'agit d'un cancer de bon pronostic. L'âge moyen au moment du diagnostic est de 71 ans.

Quelle est la circonstance de découverte du cancer de prostate ?

La circonstance la plus habituelle de découverte est donc liée au dosage de PSA sérique. Lorsque ce dernier est anormalement élevé, l'analyse doit être approfondie se basant notamment sur la cinétique de progression, le ratio PSA libre / PSA total. Plus rarement, la lésion est découverte à l'occasion d'un examen clinique avec toucher rectal.

Une controverse entre les urologues et l'Institut National de Cancérologie (INCA) concernant le dépistage du cancer de la prostate est apparue en 2016.

L'INCA proposait de limiter le dépistage du cancer de la prostate se basant sur les arguments suivants :

- 2 études ont montré l'absence d'impact sur la mortalité.
- 70 % des PSA élevés ne sont pas en relation avec la présence d'un cancer.
- La chirurgie présente des effets secondaires affectant la qualité de vie :
 - Dysfonction érectile,
 - Incontinence urinaire.

Sur ces arguments l'INCA proposait que les médecins informent les patients des avantages, inconvénients et conséquences du dépistage par le dosage du PSA ; ceci mettait alors en doute l'utilité du PSA et la polémique est largement intervenue dans les médias. A contrario, les urologues ont souhaité maintenir un dépistage généralisé du cancer de la prostate par le dosage du PSA arguant que :

- Les études d'impact sur la mortalité sont anciennes et de méthodologie très critiquable.
- Les pays qui n'utilisent pas le PSA ont un taux de maladie avancée, notamment avec des métastases osseuses, 4 à 8 fois plus important que ceux qui ont recours

à ce marqueur.

- Les études sur lesquelles se basent l'INCA ne tiennent pas compte (en raison de l'ancienneté des données) :
 - De l'utilisation de l'IRM qui permet d'identifier des zones cibles intra prostatiques. L'IRM est dorénavant de plus en plus réalisée avant toute biopsie de prostate et ainsi permet d'éviter un nombre non négligeable de biopsies.
 - Du concept récent de surveillance active : chez certains patients dont le diagnostic de cancer de prostate a été posé, il s'agit d'une option qui repose sur des critères bien définis de sélection des patients éligibles et des critères de suivi dans le temps. L'objectif est de surveiller le patient et de ne proposer la mise en œuvre des ressources thérapeutiques que lorsqu'une évolutivité péjorative de la maladie sera constatée. Cette option de prise en charge n'est pas toujours facile à expliquer : il faut à la fois dire au patient qu'il a un cancer et lui dire que ce n'est pas grave... L'impact psychologique est important. Cette surveillance n'est pas adaptée aux patients anxieux. La surveillance porte sur l'examen clinique, le dosage du PSA, l'IRM et la répétition des biopsies.

Quels sont les critères qui permettent de décider de l'option thérapeutique ?

Il n'y a pas un cancer de la prostate mais des cancers de la prostate... Et tout l'enjeu aujourd'hui est de savoir, grâce à certains moyens d'analyse, si ce cancer est très agressif, moyennement ou peu agressif pour proposer le traitement le plus adapté à la situation. Quatre paramètres sont essentiels pour guider le choix de traitement :

- L'agressivité de la lésion (déterminée par le résultat des biopsies),
- Le volume de la lésion,
- Les caractéristiques de la glande prostatique elle-même,
- L'état général du patient.

En fonction de toutes ces données, une réflexion s'engage alors avec le patient. Il faut bien peser les avantages et les inconvénients de chaque traitement et se donner le temps de décider. Sauf exception, on ne se trouve jamais dans une situation d'urgence. On a plusieurs semaines, voire plusieurs mois, pour prendre la meilleure décision qui peut, par ailleurs, être de ne rien faire... dans l'immédiat.

En conclusion, compte tenu de l'ensemble de ces données, l'équipe médicale du CIEM a toujours maintenu la poursuite du dépistage du cancer de la prostate au cours du bilan.



**Docteur
Guy SCEMAMA**
Directeur Médical
du CIEM
Article relu par le
Pr François HAAB.