

MEDILIEN

N° 16

Association Médicale Franco-Libanaise



FACULTÉ DE MEDECINE - 1952

Dans ce numéro

la maladie d'Alzheimer

les implants dentaires

Les infections nosocomiales

Kinésithérapie - Rééducation fonctionnelle

Alimentation-Dent

EPU Soirée du 21 Octobre

Soirée à l'UNESCO du 19 Novembre

Revue de presse - Info Flash

A.M.F.L. 11, bis rue du Colisée 75008 PARIS

Tél : 43 59 20 20 - Fax : 45 63 51 38

HELP MEDICAL

MATÉRIEL MÉDICO-CHIRURGICAL
ET
PARA-MÉDICAL

Choix
Qualité
Service
Prix

(33.1) 45 31 33 88

16, rue Ferdinand FABRE - 75015 PARIS
Tél. (33.1) 45 31 33 88 - Fax : (33.1) 45 31 29 79

L'HOTEL INTERNATIONAL DE PARIS

58, Boulevard Victor-Hugo - 92200 NEUILLY S/SEINE
Tél. : 47.59.80.00 Fax : 47.59.80.01



Entouré de jardins dans le quartier le plus élégant et résidentiel de PARIS - NEUILLY, à deux pas de la porte MAILLOT et de l'axe des affaires ETOILE-DEFENSE. . 330 chambres Climatisées toutes équipées d'un minibar et d'une télévision couleur à télécommande recevant 22 programmes en 5 langues (relais par satellite). 7 salles de réunion pouvant accueillir jusqu'à 200 personnes pour conférences, séminaires, banquets, cocktails, réceptions privées, cérémonies. . Une table de qualité : cuisine française spécialités régionales et Libanaises. . LE BAR ANGLAIS et son pianiste. Boutique (souvenirs, parfums, cadeaux). Parking dans l'Hôtel (160 places). . 4000 m² d'arbres et de jardins. . Bureau d'informations 24 heures sur 24. . Un club Hommes d'affaires. . L'hospitalité d'un personnel chaleureux et accueillant vous attend.

SOMMAIRE

Editorial	P. 4
la maladie d'Alzheimer	P. 7
les implants dentaires	P. 10
Les infections nosocomiales	P. 13
Kinésithérapie - Rééducation fonctionnelle	P. 16
Alimentation-Dent	P. 17
EPU soirée du 21 Octobre	P. 19
Soirée à l'UNESCO du 19 Novembre	P. 20
Revue de presse	P. 21
Info Flash	P. 22

Bureau de L'A.M.F.L.
 A.R.HIJAZI, N.AWAIDA, J.KHOURY,
 G.NASR, P.RIZK, C.SAAB, H.TARRAF
 Responsable de la Publication : Georges NASR
 Imprimé par
 SAHAR Presse internationale
 12, rue Vaillant 78290 Croissy /Seine
 Tél: 39 76 02 80 Fax: 39 76 86 66

BULLETIN D'ABONNEMENT

Je soussigné(e) Nom, Prénom : _____
 Spécialité: _____ Tél : _____
 Adresse : _____

Souhaite m'abonner (ou offrir un abonnement) au "MEDILIEN" pour 5 numéros :

☐ Abonnement (France, Europe) _____ 500 F

Règlement à libeller à l'ordre de : A.M.F.L.

Date et signature :

A.M.F.L.
11, bis rue du colisée
75008 PARIS
Tél : 43 59 20 20
Fax : 45 63 51 38

EDITORIAL

Chers amis et collègues.

Il est de coutume, au début de chaque année, de formuler des vœux, d'exprimer des regrets et de prendre des bonnes décisions.

Mes vœux vont au Liban pour qu'il retrouve au plus tôt, son indépendance et ses frontières internationales. Mes regrets seraient sans objet si vous aviez eu davantage l'occasion de vous exprimer, de faire part de vos critiques et de vos suggestions. Vous aurez bientôt cette occasion.

Quand aux bonnes décisions, nous organisons :

- Une soirée d'enseignement post-universitaire le 18 Mars 1994.
- Une grande journée de réflexion sur la stratégie de la santé au Liban, le 30 Avril 1994, au Sénat.
- Un congrès médico-chirurgical à Tripoli au début du mois de Juin 94.

Cela fera connaître l'AMFL auprès de nos collègues au Liban Nord. Je suis persuadé que dans la délégation qui s'y rendra, pas un "nordiste" ne manquera à l'appel. Enfin un secrétariat se met en route. Il permettra d'optimiser et d'améliorer nos relations. Vous aurez ainsi des réponses plus rapides à vos courriers. Grâce à votre soutien et votre présence massive aux différentes manifestations de l'association. L'année 1993 a été une bonne année. Grâce à vous, 1994 sera meilleur encore.

Un dernier souhait : dans ce numéro, le trésorier vous adresse l'appel de cotisation 1994. Ne le faites pas trop attendre. Envoyez vite votre réponse.

BONNE ANNEE

Le Président
Dr A.R. HIJAZI

Le Dr Hassan TARRAF, trésorier de l'A.M.F.L. appelle tous les adhérents à verser leurs cotisations 1994. Elle est fixée à 500 FF. Rappelons qu'elle n'a subi aucune augmentation depuis 1990, qu'elle est vitale pour la survie de votre association et garante de son indépendance. Cette année, à la réception de votre cotisation, vous allez recevoir une carte d'adhérent, à votre nom, portant le sigle de l'AMFL.

Cette carte vous sera demandée dans les hôtels, restaurants, et autres prestataires de services qui consentent des réductions importantes aux membres de notre association.

La liste de ces établissements vous sera adressée sur simple demande.

Association
Médicale
Franco-
Libanaise

1994
Carte
de
membre

Dr. Abdelharahim HIJAZI
A.M.F.L.
11, bis rue du Collisée 75008 PARIS
Tél : 43 59 20 20 - Fax : 45 63 51 38

La faculté française de médecine et de pharmacie de Beyrouth (1881 - 1931)

La faculté française de médecine et de pharmacie de Beyrouth, est un pilier de la Francophonie au Proche-Orient, et un exemple parlant de la coopération médicale Franco-Libanaise.

Le Révérend Père DUCRUET, directeur de l'Université Saint-Joseph à Beyrouth, a écrit récemment un ouvrage intitulé "Un siècle de coopération franco-libanaise au service des professions de la santé", dans lequel il retrace l'histoire de la faculté de médecine et de pharmacie, depuis ses origines en 1881 jus-

qu'à sa reconstruction en 1992.

Il s'agit d'un ouvrage dense (458 pages), mais clair et complet.

L'ouvrage se termine par un chapitre d'épilogue et de perspectives fort intéressant.

Ce livre a sa place dans les bibliothèques de tous ceux qui s'intéressent à la coopération Médicale Franco-Libanaise et à son avenir.

Sur ce thème, nous reproduisons une partie d'un fascicule, publié en 1931, par la Compagnie de Jésus, retraçant l'histoire de la Faculté de Médecine et de Pharmacie à Beyrouth.

LA FACULTE SOUS LE REGIME OTTOMAN (1881 - 1914) DEBUTS MODESTES (1881 - 1883)

L'HEURE D'UNE FONDATION 1881.- Dans le fond oriental de la Méditerranée- Beyrouth, petite ville de 50000 habitants, chef-lieu d'un villayet ottoman. Bazars et ruelles, banlieues de vergers et de villas; une mauvaise rade; à l'Est, une chaîne de 2000 mètres, le Liban; ni route, ni chemin de fer; des sentiers et des mulets.

Les tremblements de terre renouvelés, les guerres, le régime Turc n'ont laissé à la petite ville que son ciel lumineux et son admirable situation.

Mais Beyrouth a un riche passé universitaire : dès le début du II^e siècle, elle possède une Ecole de Droit dont les professeurs sont les oracles du monde romain, des Ecoles de Philosophie et de Lettres.

Mais Beyrouth n'est pas simplement destinée comme le dit Maxime du Camp, à être une retraite pour les contemplatifs, les désenchantés, les blâsés de l'existence. Des orientations commerciales commencent à se dessiner avec les bateaux à vapeur. L'âme Phénicienne endormie se réveille avec son esprit de courtage, son aptitude d'assimilation, sa facilité d'adaptation, sa fringale d'instruction. Une société de propagande américaine l'a compris, qui vient de fonder à grand frais (1866) un collège et d'y transporter en l'amplifiant la petite Ecole de Médecine d'Aintad.

Les jésuites missionnaires en Syrie l'ont compris aussi, et ramènent à Beyrouth le collège que, dès

1855, ils avaient ouvert à Ghazir, à 25 kilomètres au nord. Ils veulent donner à leur clientèle chrétienne la possibilité d'acquiescer la science avec l'éducation. Du même coup ils auront fait connaître et aimer la France.

LES CONTRASTES D'UNE DATE 1881.- Année de l'application des décrets proscriptionnistes dans cette même France. Mais l'anticléricalisme n'est pas un article d'exportation. Grands Hommes des lois Laïques et missionnaires proscrits peuvent causer par dessus les flots bleus et s'entendre.

On cause, on s'entend;

Les bons médecins indigènes, n'abondent pas, dans le Proche - Orient d'alors. Petite école américaine de Beyrouth, avec une trentaine d'étudiants; Ecole de Kasr-el-Aini, au Caire fort troublée par la révolte de 1882 et le choléra de 1883, et d'enseignement encore primitif. Reste la Faculté Impériale de Constantinople; mais elle est loin; l'entrée est difficile à beaucoup.

Il y a donc oeuvre intéressante à faire en organisant une Ecole de Médecine pour la clientèle Libanaise.

C'est ce que P. Remi Normand, supérieur des jésuites en Syrie, écrit au ministre des Affaires Etrangères à Paris. Jules Ferry et Gambetta qui se succèdent à la présidence du conseil, entrent dans ces vues et obtiennent un premier crédit. On

s'occupe à Beyrouth de l'organisation matérielle; on s'occupe à Paris d'élaborer programmes et règlements. En 1883, une lettre de Jules Ferry annonce officiellement la fondation de l'école de médecine de Beyrouth, avec subvention annuelle, création d'un diplôme spécial, nomination d'un jury officiel représentant le ministre de l'instruction publique pour la délivrance des diplômes, après trois ans d'études.

Au mois de novembre 1883, quatre professeurs inaugurent leurs cours devant onze étudiants. Le Dr Rouvier, enseigne l'anatomie et la médecine, le Dr Sénès la chirurgie, le P. Soulerin la chimie, le Dr P. Vincent, la Botanique. Les filles de la charité prêtent aimablement les salles de leur hôpital pour les leçons cliniques : L'oeuvre est née.

LES DEBUTS En novembre, 1883, les étudiants de la jeune Ecole de Beyrouth étaient onze; en octobre 1884, ils sont vingt-cinq; en octobre 1914, la faculté comptera trois cent cinquante-cinq étudiants.

Le personnel enseignant comptait quatre professeurs en 1883; en 1885, un chancelier faisant fonction de doyen; huit professeurs titulaires, un chargé de cours. En 1914, outre le chancelier, la faculté possédait douze professeurs titulaires, dix chefs de travaux ou de clinique, un assez important personnel subalterne.

Le matériel se perfectionne également, grâce à des subventions officielles ou des dons privés : laboratoires, bibliothèques, musée de collection médicale.

L'enseignement enfin se complète et se perfectionne. C'est ce que viennent constater, coup sur coup, en 1887, deux inspecteurs officiels délégués par le Ministre de l'Instruction Publique, d'accord avec le Département des Affaires Etrangères. Leurs rapports élogieux édifient MM. Goblet et Lockroy. En 1888, l'école de Beyrouth reçoit le titre de Faculté de Médecine. Ses étudiants recevront un diplôme officiel signé du Ministre de l'Instruction Publique; la durée des études sera portée de quatre années. Dès le mois de novembre 1887, un candidat; puis en décembre 1888, huit candidats subissaient avec succès les examens probatoires, et ouvraient la liste des médecins de la faculté de Beyrouth.

La pharmacie n'avait pas été oubliée dans les préoccupations des fondateurs. Dès 1886, des négociations se poursuivaient entre Beyrouth et

Paris; elles aboutirent en 1889 et, à cette date, un document qui porte la signature de M. Fallières, fixait minutieusement les conditions d'études et de scolarité pharmaceutique, et accordait un diplôme Français semblable au diplôme des médecins. La Faculté de Pharmacie devait dès lors suivre les ascensions et les vicissitudes de sa soeur aînée.

LES DIPLOMES Les diplômes, l'exercice légal de la Médecine et de la Pharmacie, là était le point délicat, la difficulté qu'il fallait résoudre à tout prix. Depuis 1886, les élèves de la Faculté avaient un diplôme spécial; depuis 1895 avaient un diplôme Français; depuis 1898, ils avaient un diplôme d'Etat Français (1). L'Egypte, d'autres pays acceptaient ces diplômes. Mais on était en territoire Ottoman, et ces diplômes ne cadraient pas avec la législation. Le colloquium passé à Constantinople offrait, expérience faite, des difficultés de plus d'un ordre. L'appui du Maréchal Djewad Pacha, commandant le 5ème corps à Damas, la bonne volonté des autorités ottomanes, l'esprit de conciliation de M. Leygues, le tact et le savoir-faire du R.P. Cattin, chancelier depuis 1895, finirent par applanir tous les obstacles, à Paris comme à Constantinople. La solution fut élégante.

Chaque année, à la même date viendrait à Beyrouth un jury officiel ottoman. A la fin de la session d'examens passés devant ce jury mixte, deux diplômes d'Etat, Français et Ottomans, seraient délivrés à chaque candidat.

Le premier jury mixte siégea au mois de février 1899; il siégea chaque année jusqu'en 1914.

Pour régulariser le passé, les médecins et pharmaciens sortis de la Faculté depuis 1886 furent autorisés à passer un colloquium à Beyrouth même. Rien ne s'opposait au libre exercice de leur art en territoire Ottoman.

A.M.F.L.
11, bis rue du Colisée
75008 PARIS

Tél : 43 59 20 20
Fax : 45 63 51 38

LA MALADIE D'ALZHEIMER ET LA PROTEINE BETA-AMYLOÏDE

La démence décrite par le psychiatre Allemand ALOIS ALZHEIMER en 1906 résulterait d'une accumulation excessive de la protéine amyloïde dans le cerveau.

La démence est la perte progressive de la faculté la plus spécifique de l'homme: celle de raisonner, de parler et de se souvenir.

Grâce aux progrès de la médecine, l'espérance de vie a considérablement augmenté; or, les maladies dégénératives du cerveau, telle la maladie d'Alzheimer sont fréquentes chez les personnes âgées. En effet, la maladie d'Alzheimer est la cause la plus fréquente des démences (environ 60%). On estime que 2 à 6% des sujets âgés de plus de 65 ans sont atteints. Sa prévalence, c'est à dire le nombre des cas observés par rapport à la population, s'élève progressivement avec l'âge pour atteindre 15 à 20% des sujets de 80 ans.

La perte de la mémoire, du jugement, des capacités intellectuelles et du contrôle émotionnel que la maladie d'Alzheimer inflige à ses victimes est progressive et inexorable; elle aboutit à la mort des patients, qui ont perdu toute autonomie après plusieurs années d'évolution de la maladie. On ne dispose encore d'aucun traitement qui retarderait la progression de la maladie, mais il est clair qu'un tel traitement ne verra le jour que si l'on élucide les mécanismes de formation des innombrables plaques séniles qui envahissent le cortex cérébral, l'hippocampe, le noyau amygdalien et d'autres aires du cerveau indispensable au fonctionnement cognitif. On a récemment découvert les mécanismes précoces de la maladie.

Après avoir examiné au microscope le cerveau du premier malade chez qui il avait diagnostiqué la maladie portant aujourd'hui son nom. Alzheimer écrivit de façon prémonitoire: "J'ai observé dispersés dans tous le cortex cérébral et sur tous les couches supérieures, de petits dépôts d'une substance particulière."

Les travaux entrepris depuis 1984 ont montré que cette "substance particulière" est un fragment de

protéine d'environ quarante acides aminés appelée protéine bêta-amyloïde. Celle-ci est issue d'une protéine plus longue codée par un gène situé sur le chromosome 21.

L'étude de la protéine bêta-amyloïde a éclairci les bases génétiques de la maladie d'Alzheimer. On sait depuis longtemps que certains cas ont une composante héréditaire. Car dans certaines familles, la moitié environ des individus d'une même génération sont atteints de la maladie d'Alzheimer. Les individus atteints de trisomie 21 (syndrome de DOWN), ont presque toujours des lésions cérébrales typiques de la maladie d'Alzheimer dès l'âge de 40 ou 50 ans; leurs comportements et leurs capacités mentales se détériorent simultanément.

Connaissant aujourd'hui certains mécanismes génétiques de régulation de l'accumulation de protéine bêta-amyloïde, nous comprenons mieux pourquoi toutes les tentatives de traitement de cette maladie ont échoué et on imagine de nouveaux traitements plus promoteurs.

Si Alzheimer était le premier à associer la protéine bêta-amyloïde à la démence sénile, la protéine était connue bien avant; les pathologistes savaient que le cortex humain contenait parfois un nombre variable de plaques sphériques, composées d'axones et de dendrites (prolongation du neurone ou cellule nerveuse) endommagés, autour d'une substance extracellulaire formée de filaments fins. En 1853, le pathologiste allemand Rudolf Virchow nomma ces dépôts "amyloïdes", parce que la substance des dépôts ressemblait à l'amidon; plus tard les études chimiques ont montré que les filaments amyloïdes sont essentiellement constitués de protéines, dont la nature diffère selon le type de maladie.

Au microscope, ces dépôts sont repliés dans un arrangement appelé conformation bêta-glissée.

De plus, ces dépôts extracellulaires peuvent se rencontrer en dehors du SNC (système nerveux central) dans certaines maladies que l'on appelle amyloses, pouvant toucher la peau, le cœur, le foie, le rein, le tube digestif..

DES LÉSIONS SPECIFIQUES :

Trois types de lésions neuropathologiques sont caractéristiques de la maladie d'Alzheimer :

- La dégénérescence neurofibrillaire
- La dégénérescence granulovasculaire
- La plaque sénile : évolue lentement, elle s'établit en plusieurs années voire des dizaines d'années. Son noyau central est constitué de protéine bêta-amyloïde et de neurones altérés. La quasi-totalité des individus âgés de plus de 70 ans ont au moins quelques plaques séniles et quelques dégénérescences neurofibrillaires, notamment dans les régions cérébrales qui participent à la mémoire. La distinction entre le cerveau normal d'une personne âgée et celui d'un patient atteint de la maladie d'Alzheimer est plus souvent quantitative que qualitative. Généralement, les patients atteints d'une démence progressive de type Alzheimer ont d'avantage de plaques séniles et une dégénérescence neurofibrillaire plus marquée que les personnes saines du même âge.

Les différentes recherches neuropathologiques effectuées entre 1984 et 1990, ont montré que la protéine bêta-amyloïde se trouvait aussi bien dans le noyau des plaques séniles que dans les vaisseaux des méninges (enveloppe du cerveau) des sujets atteints de la maladie d'Alzheimer. On découvrit ainsi que la protéine bêta-amyloïde est un petit fragment de quelques 40 acides aminés issu d'une protéine plus grosse composée de 695 acides aminés, le précurseur protéine transmembranaire de la protéine bêta-amyloïde. Une question reste pour l'instant sans réponse : comment un segment de la protéine précurseur normalement fermement ancrée dans les membranes cellulaires, se trouve dans l'espace extracellulaire sous forme de protéine bêta-amyloïde ?

En même temps, le gène qui code le précurseur de la protéine bêta-amyloïde fut identifié et détecté sur le chromosome 21.

Des mutations ponctuelles sur ce gène pourraient être responsables des dépôts amyloïdes dans le cerveau et de l'accélération du vieillissement physiologique du cerveau. L'environnement semble participer au déclenchement de la maladie, puisque les vrais jumeaux (ayant le même matériel génétique) en souffrent à des âges parfois très

différents. Cependant personne n'a encore identifié de facteurs d'environnement qui déclencheraient la maladie. L'aluminium et les traumatismes crâniens ont été soupçonnés, mais leur traumatisme accélérerait la formation des plaques amyloïde.

Les résultats d'une étude américaine récente affirment que les dépôts amyloïdes dans le cerveau précèdent la dégénérescence neurofibrillaire et que ces dépôts peuvent exister en dehors de la présence des neurones (par exemple autour des vaisseaux de la peau et du tube digestif).

L'effet neurotoxique de cette protéine bêta-amyloïde est en cours d'exploration sur culture de neurone d'hippocampe de rat, ainsi que la recherche de substances pharmacologiques inhibant cette protéine.

D'autres part, des dépôts de protéine bêta-amyloïde ont été incriminés dans d'autres pathologies neurologiques que la maladie d'Alzheimer, comme les hémorragies cérébrales touchant les habitants de deux villages hollandais, d'où le nom d'hémorragie cérébrale héréditaire avec amyloïdose de type hollandais.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES THERAPEUTIQUES :

Ainsi, la protéine bêta-amyloïde ou d'autres molécules associées auraient les effets trophiques, puis toxiques sur les dendrites et les axones environnants, de sorte que quelques plaques évolueraient vers la destruction irréversible des neurones. D'autres changements biochimiques et structuraux se produisent avec destruction des synapses qui diminuent les concentrations corticales en divers neurotransmetteurs, notamment en acétylcholine.

Certains neurones déficients produiraient les nombreuses paires de filaments hélicoïdaux qui constituent les dégénérescences neurofibrillaires. Au fur et à mesure que cette cascade complexe et progressive de changements moléculaires se déroule dans les aires cérébrales telles l'hippocampe ou le cortex cérébral, le patient perd lentement ses facultés intellectuelles : Les études épidémiologiques compléteront les recherches biochimiques car elles révéleront peut-être des facteurs environnementaux qui prédisposent certains individus à la maladie d'Alzheimer ou qui en accélèrent l'évolu-

tion. Aujourd'hui, personne ne peut affirmer que l'alimentation, le niveau d'éducation, l'activité ou l'état affectif influencent la survenue et l'évolution

Tous les spécialistes de la maladie d'Alzheimer recherchent naturellement un traitement efficace. En 1976, trois laboratoires anglais ont montré que les neurones synthétisant l'acétylcholine étaient très endommagés dans le cortex cérébral des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Les médecins ont alors administré des composés qui augmentent la qualité d'acétylcholine, mais ils n'ont pas obtenu l'effet clinique souhaité. Aujourd'hui on sait que la simple administration de neurotransmetteurs ne guérit pas la maladie, parce que plusieurs type de neurones sont altérés.

Les nouvelles thérapeutiques consisteraient à empêcher l'excès de protéine précurseur, respon-

sable des dépôts amyloïdes, dans le cerveau et dans les vaisseaux sanguins qui l'irriguent.

On pourrait retarder la maturation apparente des dépôts amyloïdes, en bloquant la formation des filaments amyloïdes qui semble accompagner cette maturation.

Enfin, on pourrait bloquer les molécules qui, à la surface des neurones, sont responsables des effets atrophiques et toxiques de la protéine bêta-amyloïde et des protéines qui lui sont associés dans les plaques.

Les étapes pharmacologiques sont difficiles, mais les chercheurs qui tentent de lutter contre l'amyloïdose bêta sont si nombreux et progressent si rapidement que les inhibiteurs de l'une ou de l'autre étape seront vraisemblablement disponibles dans les toutes prochaines années.

Dr Hassan HOSSEINI
Major de l'internat
de Médecine 93

"Que Choisir Santé" disparaît

Alors que la presse grand public connaît un succès croissant, "Que Choisir Santé" disparaît. Lancé en octobre 1990 dans le giron de "que choisir", spécialisé dans la défense du consommateur, le nouveau mensuel avait pour objectif de dénoncer les mauvaises pratiques et les comportements abusifs. Le public n'a pas suivi. Le consommateur de santé préfère qu'on lui en parle sur un ton optimiste, analyse "Que Choisir Santé" dans son dernier numéro.

Que Choisir Santé" publie en janvier, après trois ans d'existence, son numéro 37, qui est aussi le dernier. Faute semble-t-il, d'avoir trouvé un public suffisant.

RÉPONSE A TOUT SANTÉ", lancé en 1991, a trouvé sa place avec 321 169 exemplaires. Même s'il reste loin derrière "Top Santé", qui domine 683 063 exemplaires. Ce qui ne grignote pas pour autant la part de "Santé Magazine", le plus ancien sur le créneau (484 615 exemplaires), ni celle de "Prévention Santé" (132 957 exemplaires). La presse santé se porte bien.

Que Choisir Santé" voit la principale cause de son échec, au milieu d'une presse santé florissante, dans son refus de voir la santé en rose. Le secret du succès serait-il un subtil dosage forme-santé-beauté. Cependant, "Que Choisir Santé" prétendait "aider le patient à comprendre les pratiques médicales"

. Celui-ci n'en demande sans doute pas tant. Il veut bien "consommer de la santé", mais comme le reste. Qu'on l'informe sur les bonnes pratiques de vie lui suffit. Quand il est malade, il va voir le Médecin. Convenu, cependant, qu'"un consommateur de santé est né", "Que Choisir Santé" continuera sa mission dans "Que Choisir" à partir de Février

Avec l'aimable autorisation du "quotidien du Médecin

LES IMPLANTS DENTAIRES

Le programme de prophylaxie dentaire développé et appliqué durant la dernière décennie a fait chuté considérablement le nombre des caries dans la bouches des patients. Cependant un grand nombre d'entre eux souffrent encore d'édentation, anciennes ou récente, compensées ou non par des prothèses fixes ou mobiles.

Ce qui semblait impossible autrefois est devenu aujourd'hui un outil indispensable pour donner à nos patients la fonction, l'esthétique, les contours normaux, le confort et la santé.

Certains patients souffrent du port d'appareils mobiles.

Révolue est l'époque où l'on ne proposait aux patients que ce type de traitement.

Révolue est l'époque où l'on répondait par un refus à toute personne se présentant pour une pose d'implant.

Cependant l'implantologie est un acte chirurgical, il ne peut être considéré comme un traitement bénin, la pose d'implants doit s'effectuer après des examens locaux et généraux, radiologiques et cliniques très approfondis. C'est la clé de la réussite.

Qu'est ce qu'un implant ?

Il ne faut surtout pas confondre un implant et une "dent à pivot"; un implant est une racine artificielle mise en place par un procédé chirurgical bien codifié, dans le but de remplacer une ou plusieurs racines dentaires extraites. Cet implant après un délai de cicatrisation osseuse variable selon sa localisation dans la bouche, va supporter une prothèse fixée traditionnelle, ou stabiliser des appareils complet amovibles (mobiles).

Depuis quand les implants existent-ils ?

Depuis fort longtemps les chercheurs ont essayé de pratiquer l'implantologie quelquefois avec succès et d'autres avec des infections et des rejets sévères en conséquence.

Ces échecs étaient sans doute dus à l'utilisation de matériaux inappropriés.

Le titane est un matériau inerte et il est prouvé de-

finitivement que l'insrétion de racines artificielles en titane n'entraîne aucun rejet et aucun risque toxique.

La publication par l'école suédoise de ses travaux cliniques et histologiques sur le titane et sur les implants dentaires a révolutionné la dentisterie.

Et les rejets ?

Malheureusement, les échecs existent toujours, mais à une faible proportion; le nombre des échecs est réduit par une sélection stricte des patients, un bilan local et général sérieusement mené. De plus une rigueur dans l'asepsie et le protocole opératoire est indispensable.

Qui peut être candidat aux implants ?

Un certain nombre d'examens radiologiques (radio panoramique, tomographie, scanner...) et biologiques (bilan sanguin...) sont indispensables avant la réalisation implantaire.

Les examens radiologiques nous donneront des renseignements sur la hauteur, l'épaisseur et la largeur de l'os disponible, ainsi que sur la densité osseuse.

Le bilan sanguin et les examens complémentaires élimineront certains patients à risque...

Certaines affections d'ordre général ou local peuvent être des obstacles à la pose d'implants.

Les contre indications locales sont caractérisées surtout par la mauvaise hygiène et par une occlusion (engrènement dentaire) défavorable.

Les contre indications générales se représentent surtout par les affections cardio-vasculaires, le diabète non équilibré, ou les problèmes osseux (ostéoporose non stabilisée par exemple). La collaboration étroite entre l'implantologiste et le médecin traitant permettra avec l'anesthésie ou l'acte chirurgical avec l'implant en soi.

Quels sont les praticiens qui sont aptes à poser des implants ?

De nombreux spécialistes en implantologie peuvent de nos jours répondre à la demande des

patients. D'autres omnipraticiens, par contre, maîtrisant uniquement une seule technique implantaire, ne peuvent traiter que certains cas d'édentation.

Quels sont les problèmes majeurs rencontrés en implantologie ?

Le problème majeur rencontré en implantologie est la pénurie d'os : cette pénurie est plus importante dans les cas d'édentations anciennes ou très étendus. De même certaines édentations dues à des traumatismes ou à des phénomènes infectieux peuvent engendrer une perte osseuse très importante. La pose d'implants classiques peut être compromise.

Seuls quelques "spécialistes", possédant un plateau technique adéquat et maîtrisant les techniques sophistiquées de greffe et de manipulations osseuses pourront résoudre les cas les plus complexes.

Et la technique de pose d'implants ?

Une instrumentation très précise est à la disposition des implantologistes.

Après une incision et un décollement de la gencive, une première perforation de la corticale osseuse est effectuée; et à l'aide de forêts calibrés de diamètres croissants, l'alvéole (la logette) artificielle est prête à recevoir l'implant. La préparation de l'alvéole doit être réalisée sous irrigation de sérum physiologique pour éviter tout échauffement qui se traduira par une nécrose osseuse.

Quels sont les délais de mise en nourrice ?

Un implant posé doit être à l'abri de toute agression bactérienne et de toute contrainte fonctionnelle.

Les délais de cicatrisation osseuse et de mise en charge des implants sont fonction de la localisation, du type osseux et surtout de l'importance de la reconstitution : environ 4 mois à la mandibule (machoire inférieure) et 6 mois au maxillaire (machoire supérieure), délais à partir desquels un travail définitif de prothèse peut être entrepris...

Quels sont les signes d'échec en implantologie ?

Les signes cliniques sont les suivants: la mobilité de l'implant souvent associée à une douleur à la pression. Une inflammation et une infection des

tissus parodontaux avoisinants.

Radiologiquement, c'est un manque de densité osseuse autour de l'implant.

Quel est l'âge limite ?

Il n'y a pas d'âge limite pour la pose d'implants, l'os étant en perpétuel remaniement durant toute la vie.

Il est bien évident que les maladies d'ordre général sont plus fréquentes chez les personnes plus âgées. Cependant une personne âgée saine peut être toute à fait candidate aux implants.

Faut-il remplacer chaque dent absente par un implant ?

Une édentation unitaire peut être traitée par un implant évitant ainsi la pose d'un bridge et le délabrement des dents saines avoisinantes.

Dans le cas d'édentation plus importante, plusieurs implants peuvent supporter une prothèse; ils serviront de piliers de bridges. De même une association de dents naturelles et d'implants peut être envisagée mais certaines règles techniques sont à respecter. Dans les deux cas le nombre d'implants est directement lié à la taille de ces implants (en relation avec la quantité d'os disponible). Des implants courts supporteront moins de charges avec des implants présentant une plus grande surface de contact avec l'os.

Et en l'absence de volume osseux suffisant ?

Toute une panoplie d'implants, de tailles et de formes différentes, est disponible. Ces implants répondent à certaines formes particulières de résorption osseuse de moyenne importance...

Existe-t-il une classification des implants ?

Les implants peuvent être classés selon leur nature et selon leur technique d'insertion.

-Nature: Implants en titane (les plus couramment utilisés) implants en céramique...

-Technique d'insertion: Implants endosseux (ancrés dans l'os comme une racine naturelle) et les implants juxtaosseux ou sous périostés: (implants réalisés après une empreinte de l'os sur lequel ils reposent) implants complexe de réalisation, leurs durée de vie est réduite, indication très limitées qui ne répondent qu'à certains cas

extrêmes d'édentation. Ces implants ont une très mauvaise réputation, il y a quelques années les dégâts qu'ils engendraient étaient assez importants, cela était d'avantage dû à une mauvaise compréhension de la technique et à un mauvais suivi des patients.

Quelle est la solution des cas complexes difficiles à traiter par les techniques classiques endosseuses ?

Dans les cas d'édentations importantes, l'os résiduel est insuffisant, de nombreuses techniques de greffes nous permettent de retrouver des conditions favorables.

Plusieurs matériaux de substitution osseuse sont disponibles actuellement:

L'os autogène: prélevé sur l'individu même: symphyse mentonnière, os iliaque, os crânien...

Le matériau idéal est l'os autogène, l'ostéogénèse démarre peu après la pose du greffon. Deux problèmes peuvent être rencontrés:

- Un deuxième site opératoire avec ses éventuelles suites.
- Une quantité d'os prélevé parfois insuffisante.

Les greffes allogènes: poudre ou granules ou blocs d'os prélevés sur des individus de la même espèce. Ces produits en provenance de banques d'os sont traités et conservés de manière bien spécifiques éliminant une éventuelle transmission virale (HIV Hépatite...)

Ces produits greffés déclenchent toutes une cascade de transformations cellulaire aboutissant à une formation osseuse, c'est l'ostéoinduction.

-L'absence d'un deuxième site opératoire n'est pas négligeable.

Les greffes Xénogènes: Produits en provenance d'une espèce autre que l'être humain: origine bovine ou porcine. Ces poudres sont dénaturés traités et conservés d'une façon sûre éliminant tout risque de transmission virale ou infectieuse. La poudre sert dans ces cas de canevas pour la circulation sanguine et la formation osseuse, c'est l'ostéoconduction. Les produits greffés se résorbent et sont remplacés par de l'os nouveau.

Les avantages sont les mêmes que ceux des greffes allogènes.

Les greffes alloplastiques:

D'origine naturelle (le corail...)

D'origine synthétique (phosphate tricalcique, les polymères...)

Face à cette panoplie de produits de substitutions, une connaissance parfaite de la physiologie et du métabolisme osseux est indispensable. La durée de résorbabilité des produits est variable, seule l'indication de la greffe peut nous indiquer dans le choix.

Quand aux techniques de greffes, elles peuvent être localisées et ne concerner qu'une dent ou un secteur, comme elle peuvent être plus étendues et concerner toute une arcade.

Après un délai de réparation osseuse, les techniques classiques d'implantologie endosseuse peuvent être pratiquées.

Quelle anesthésie choisir ?

Pour une implantologie endosseuse simple, l'anesthésie locale est suffisante, pour des interventions un peu plus complexes ou pour une pose multiple d'implants, une neuroleptanalgie ou une anesthésie générale sont indiquées.

L'implantologie est elle pratiquée en cabinet dentaire omnipratique ?

L'implantologie endosseuse peut être pratiquée dans un cabinet dentaire, cependant des conditions d'asepsie draconiennes sont exigées.

Certaines interventions réalisées sous neuroleptanalgie nécessitent une structure adéquate et la présence d'un médecin anesthésiste. Certains cabinets d'implantologie sont parfaitement équipés. Dans le cas inverse, de même que pour les interventions majeures de prélèvement autogène et de greffes osseuses l'anesthésie générale ainsi que l'hospitalisation sont indiquées.

Dr Elias KHOURY Dr Georges KHOURY

Département d'Implantologie Orale et Maxillo-Faciale

CHR Lille

Cabinet de dentisterie et d'implantologie Paris

LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Dans le cadre d'une mission effectuée au Liban, Monsieur Elie Majdalani (Attaché de Direction au Centre Hospitalier Universitaire de Bicêtre) a présenté une étude concernant "Les infections Nosocomiales" et a proposé la mise en place dans chaque établissement hospitalier d'un C.L.I.N. (Comité de lutte contre les infections nosocomiales.)

A côté de l'accueil des patients, de l'importance du plateau technique (imagerie médicale, Laboratoire, Bloc opératoire...) et des secteurs médicaux à haute technologie, la lutte contre les infections nosocomiales est un des éléments faisant la bonne réputation d'un établissement de soins, car le haut niveau d'hygiène est un des indicateurs de qualité dans les hôpitaux.

Le C.L.I.N. devrait être constitué d'un microbiologiste, un infectiologue (qui sont les plus habilités à animer le comité), un administrateur, un réanimateur, un gynécologue-obstétricien, un chirurgien, une infirmière hygiéniste, une surveillante du bloc opératoire.

Pour être efficace, ce comité ne doit pas comprendre plus d'une douzaine de personnes, il doit posséder un minimum d'organisation : membres fixes, réunions régulières, programmes élaborés et écrits etc...

Définition et Caractéristiques

Il y a 3 principaux sites anatomiques, portes d'entrée des infections nosocomiales :

- Les infections de plaies opératoires
- Les infections urinaires
- Les infections respiratoires

Les infections nosocomiales sont des infections acquises lors de l'hospitalisation, elles sont considérées comme telles quand elles surviennent à partir du 2ème ou 3ème jour d'hospitalisation.

Le développement des infections nosocomiales est accentué par la nature du recrutement de l'hôpital : malades de plus en plus fragilisés donc plus réceptifs : sujets âgés, greffés, cancéreux.

De plus, on constate que le risque de contracter une infection nosocomiale s'accroît avec l'âge. D'autre part le risque d'infection est accentué par la nature des techniques utilisées et des soins de plus en plus invasifs.

LES OBJECTIFS DES COMITES DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

L'infection à l'hôpital est un problème ancien, une prise de conscience s'est faite à partir des années 70 puis des actions dans les années 80. Ce problème s'inscrit aujourd'hui dans un cadre de rationalisation des dépenses hospitalières et aussi un contexte plus sensible aux problèmes écologiques.

Les comités de lutte contre les infections Nosocomiales (ou CLIN) créés par le décret du 6 mai 1988 furent obligatoires dans chaque établissement

d'hospitalisation public ou participant au service public hospitalier et dont les objectifs sont :

- La surveillance des infections (organiser et coordonner une surveillance des infections)
- La proposition d'actions de prévention des risques infectieux,
- La formation (promotion) des pratiques de soins : (hygiène et qualité).

La création du CLIN a rencontré de nombreuses résistances au niveau des établissements hospitaliers notamment en ce qui concerne les moyens qui leur sont attribués. 2 hôpitaux sur 3 ont un CLIN. Le rôle de CLIN est également précisé par un document de plus de 100 recommandations rédigé par le conseil supérieur d'hygiène du pays.

Au plan national, la lutte contre les infections nosocomiales a deux axes principaux qui sont d'une part la formation avec un intérêt particulier pour celle dispensée dans les écoles d'infirmières et d'autre part la recherche.

LE CADRE DE L'INFECTION NOSOCOMIALES

La lutte contre les infections nosocomiales, s'inscrit dans le cadre d'une politique d'amélioration de la qualité des soins (promotion de la qualité) et de la sécurité des patients. En revanche, elle peut poser quelques problèmes, notamment :

Celui des moyens financiers attribués au programme national et notamment au CLIN.

-Elle remet en question les habitudes professionnelles du personnel hospitalier. L'infection les met en situation d'échec, manque de motivation et de formation à la prévention des infections

nosocomiales et à l'hygiène en général.

-Elle est liée à de multiples situations car elle touche différents aspects de la vie de l'établissement d'où des limites économiques relative à l'organisation.

-Le problème d'évaluation des infections est lié à un manque d'outils de mesure, le PMSI (Programme Médicalisé du Système d'Information) permettra peut-être de comparer la prise en charge d'une même pathologie dans deux services différents.

La lutte contre les infections nosocomiales passe aussi par le traitement des déchets hospitaliers et médicaux.

LES DECHETS HOSPITALIERS

Dans une revue sanitaire on indique que la France produit 679 millions de tonnes de déchets par an (92) dont 700 mille tonnes provenant des hôpitaux. Or selon la législation : tous les établissements de soins sont responsable de l'élimination des déchets qu'ils produisent.

Les différents types de déchets répertoriés sont :

-Les déchets domestiques ou ménagers (à l'hôpital = restauration, administration, jardin...)

-Les déchets spécifiques (pour l'hôpital = produits présents dans les services soient pansements, linges, plâtre, fleurs offerte aux malade...)

-Les déchets à risques dont font partie certains déchets hospitaliers dits contaminants (aiguilles souillées, pansements, seringues...). Ils représentent 5% des déchets des hôpitaux, ces déchets doivent être obligatoirement incinérés (selon la réglementation qui distingue les déchets contaminés et non contaminés).

Remarque : La production par l'hôpital d'un nombre restreint de déchets radioactifs, qui sont pris en charge par l'ANDRA = **agence nationale pour la récupération des déchets radioactifs.** Les cliniques, laboratoire de recherche et cabinet médicaux sont soumis en théorie à la même réglementation.

L'évolution de la nature et du traitement des déchets hospitaliers : l'utilisation croissante de matériels à usage unique, apparition de nouvelles pathologies infectieuses, disparition de la plupart des incinérateurs dans les établissements entraîne la nécessité de repenser la filière d'élimination des déchets.

Le tri des déchets devrait devenir un geste quotidien du personnel.

Une enquête faite en 1990 révèle que :

-25% des établissements de soins jettent leurs déchets contaminés avec les ordures ménagères.

-50% des hôpitaux Français utilisent leurs propre incinérateur souvent vétuste.

Les solutions dans le traitement de ces déchets sont :

-Les transporter vers une usine d'incinération qualifiée.

Procéder à une décontamination des déchets par des moyens physiques tels que la vapeur humide ou chimique. Ces solutions en cours d'expérimentation permettraient de remettre ces déchets après traitement dans le circuit des ordures ménagères.

LES DECHETS MEDICAUX

En ce qui concerne les déchets médicaux, il n'y a pas de règle clairement énoncée, ainsi le traitement de ces déchets est laissée à l'entière liberté du médecin. (problèmes identiques pour les cliniques, laboratoire, professions libérales.) On constate dans les pratiques plus de précautions depuis l'apparition du SIDA. Les médecins sont demandeurs d'une politique dans ce domaine. Ils souhaitent obtenir une démarche claire à suivre ainsi que la création de structures de traitement à l'échelon régional et national.

Quelques chiffres sont à prendre en considération d'après une revue hospitalière :

-10 000 personnes meurent chaque année des suites d'une infection contractée à l'hôpital, soit 6 à 10% des personnes hospitalisées.

-1 millions d'infections nosocomiales par an ce qui représente un cout de dix milliards de Francs.

Remarque : chiffre comparable à la situation observée dans les autres pays d'Europe et aux Etats-unis.

Les infections nosocomiales touchent en moyenne 7,4% des personnes hospitalisées :

-Les personnes touchées sont pour :

-28,1% en réanimation,

-7,4% en chirurgie,

-7,2% en Médecine,

-2,7% en gynécologie obstétrique,

-1,4% en pédiatrie.

-5 à 10% des infections nosocomiales s'exprime de façon épidémique

-1/3 des complications pourrait être en théorie évité soit environ - 3000 décès par an.

CONCLUSION :

La lutte contre les infections nosocomiales et l'hygiène en particulier sont devenus aujourd'hui des thèmes d'actualité dans les structures hospitalières. Bien que l'hygiène soit une discipline complète, difficile et passionnante, elle est incontestablement une actualité quotidienne qui encourage et responsabilise une grande partie des hospitaliers.

Aujourd'hui l'hôpital est devenu une structure tellement compliquée, avec des enjeux de qualité et des enjeux économiques si importants que la qualité des soins ne peut plus reposer sur les bonnes volontés individuelles. Ainsi il est indispensable que tous les acteurs collaborent pour coordonner leurs activités, prenant en compte la nécessaire évolution des structures et des organisations face à des techniques et à des clients qui eux aussi changent.

Elie MAJDALANI

*Attaché de direction
C.H.U. du Bicêtre.*

RETENEZ CES DATES :

- **Vendredi 18 Mars 94**, une soirée d'enseignement post-universitaire est prévue à l'Hotel International à Neuilly sur le thème de la coeliochirurgie.

- **Samedi 30 Avril 94** une journée de réflexion aura lieu au Sénat à PARIS. Cette journée est organisée en association avec l'A.U.L.U.F.

- Le congrès de psychiatrie organisé par notre ami S.TAWIL, qui se déroulera à Beyrouth du **27 au 29 Avril 94**.

- Les "journées de l'université" animées par notre président d'honneur le Pr A.FARAH auront lieu du **2 au 7 Mai 94** à Beyrouth.

- du **2 au 6 Juin 94**, le congrès organisé par l'A.M.F.L. et la société de chirurgie du Liban Nord qui se déroulera à Tripoli.

Enfin nous étudions la possibilité d'une journée commune de nous retrouver pour une journée au Liban cet été, à la fin du mois de Juillet 94. Nous sommes très intéressés par vos suggestions sur ce projet.

KINESITHERAPIE - REEDUCATION FONCTIONNELLE

Rapport du 14^{ème} séminaire du 24.01.94 organisé par le Syndicat des Physiothérapeutes au Liban en collaboration avec l' A.F.E.R. P.K.R.C.V et le centre de Réadaptation Cardio-vasculaire " Bois Gilbert "

L'accident cardiaque constitue un tournant évolutif dans la vie du sujet qui en est brutalement confronté. En effet, cet événement peut modifier de manière irréversible le fonctionnement du système cardio-vasculaires de l'individu et altérer ainsi ses capacités d'adaptation aux contraintes physiques de la vie. Le retentissement psychologique observé dans ce contexte représentera toujours un facteur aggravant car la maladie cardio-vasculaire concourt alors à déprécier l'image que le patient a de lui-même. Le reconditionnement cardio-vasculaire vise à restaurer, voire même à augmenter les capacités cardio-vasculaires du sujet atteint par la maladie (le sujet antérieurement sédentaire pouvant parfois dépasser ses capacités physiques d'avant l'accident). Mais le reconditionnement physique, dans l'esprit de l'équipe de réadaptation cardio-vasculaire n'est pas suffisant et doit s'intégrer dans une activité ou mieux une prise en charge plus globale : la réadaptation cardio-vasculaire.

Les activités de reconditionnement à l'effort

- Travail respiratoire luttant contre les complications des syndromes obstructif et restrictifs.
- Gymnastique au sol ou en piscine.

- Activités en endurance en aérobie, c'est à dire vélo ou tapis roulant érgométrique, marche, jogging, natation, bicyclette.

Les soins individuels

(surtout pour les opérés) lutte contre

- les complications respiratoires : encombrement, épanchements pleuraux, atelectasie, parésie du diaphragme surtout de la coupole gauche.

- Les parésies périphériques: pour le membre supérieur des nerfs médian, radial et surtout cubital et pour le membre inférieur le nerf crural et surtout le sciatique popliteal externe.

- Les contractures des spinaux, des muscles de la ceinture scapulaire et du thorax qui sont les séquelles de l'allitement, ou qui sont la réponse de défense à l'agression de l'acte chirurgical.

- Les complications des saphénectomies (dans les cas de pontages aorto coronariens) : cicatrices chéloïdes, ou adhérentes, défaut de cicatrisation, oedème mixte lymphatique et veineux

Bilan ergonomique et entraînement au travail de force-
Pour une meilleure reprise de travail au poste antérieur ou avec une adaptation de celui-ci.

Lutte contre les facteurs de risque

Meilleure nutrition, sevrage tabagique, gestion du stress, contrôle des dyslipidémies familiales, du diabète.

Elle doit être mise en oeuvre par des personnels médicaux et paramédicaux compétents car formés à cette spécialité et motivés exerçant dansLa conclusion de ce séminaire fut que la réadaptation cardio-vasculaire est une activités médicale qu'il est utile de promouvoir car elle est source d'une meilleure qualités de vie, d'économie de bien de santé (diminution de la morbidité, moindre consommation de médicaments et d'exams complémentaires, d'avantage de reprises de travail et dans des délais plus courts), des institutions possédant un plateau technique suffisant permettant l'efficacité et la sécurité tant pour lors de la phase I d'hospitalisation ou phase aigue des bilans, de la mise en oeuvre des traitements, de la lutte contre le déconditionnement qui dure entre 10 jours et 21 jours, que pour la phase II de réadaptation qui dure trois semaines.

Mais c'est une activités difficile car :

- Elle est multidisciplinaire et demande une bonne coordination et une excellente communication entre les différents intervenants : cardiologues, medecins, nutritionnistes et endocrinologues, diététiciennes et cuisiniers rompus à la cuisine diététique, infirmières, psychologues, kinésithérapeutes et convivialité de l'ensemble du personnel au cours des différentes actions entreprises pour le bien de patient.

- Elle implique pour espérer des résultats favorables, un véritable changement de vie de la part du malade.

- Elle ne porte ses fruits qu'à long terme, plusieurs années d'effort, et expose donc parfois à la survenue d'une chute de la motivation du patient et... de l'équipe médicale et paramédicale.

Dr Philippe KAPUSTA - M. Alain PIANETA (MCMK)
Médecin adjoint cardiologue Chef Kinésithérapeute

Pendant ces deux jours, l'ensemble des communicants cardiologues, physiothérapeutes libanais et les deux invités français, un cardiologue et un kinésithérapeute de Ballan Miré, (petite cité près de Tours exerçant dans un centre de réadaptation cardio-vasculaire), ont développé toutes les facettes de la prise en charge des patients cardiaques. Après avoir suivi un rappel anatomo-physiologique de l'appareil cardio-vasculaire, les 240 participants cardiologues et physiothérapeutes ont pu s'informer sur les différents bilans (clinique et complémentaire: ECG, écho-cardiographie, holter, épreuve d'effort), et surtout les protocole précis de prise en charge.

ALIMENTATION-DENT :

Une liaison d'amour et de haine !

L'application de l'alimentation dans la santé bucco-dentaire peut-être étudiée de plusieurs manières. **L'alimentation fournit les nutriments nécessaires durant la constitution de l'émail et de la dentine.**

S'il y a déséquilibre, au niveau des apports des nutriments nécessaires, la qualité des matrices organiques et minérales en subit les conséquences. Cela prend la forme d'une susceptibilité accrue à développer la maladie carieuse.

L'émail dentaire est composé de minuscule cristaux de calcium et de phosphore noyés dans une fine matrice de fibres protéiques. Sa minéralisation commence au 4^{ème} mois de la grossesse, elle se poursuit jusqu'à l'adolescence.

Les tissus durs sont vulnérables pendant leur période de formation.

Les tissus nous illustrent les anomalies nutritionnelles plus rapidement que ne le font les tissus calcifiés, l'influence de l'alimentation s'exerce toute la vie.

INFLUENCES :

Un régime très riche en glucides augmente la proportion des glycoprotéines dans la composition de la dentine et de l'émail cela au détriment de la proportion des cristaux d'hydroxyapatite.

-Une insuffisance d'apport en calcium et/ou phosphore entraîne une qualité détériorée des cristaux d'hydroxyapatite.

-Un régime très pauvre en protéines entraîne une hypoplasie de l'émail et un retard dentaire, ainsi qu'une altération morphologique et fonctionnelle des glandes salivaires.

-Une insuffisance en vitamine D perturbe l'évolution de l'émail et de la dentine et retarde l'éruption; elle perturbe par ailleurs, la qualité de la flore buccale.

-Une carence en vitamine A prédispose aux infections, trouble la croissance de l'os, provoque une hypoplasie de l'émail, induit une atrophie des glandes salivaires et retarde la cicatrisation.

-Une carence en vitamines B aggrave les gencives.

-Une carence en vitamines C altère la cicatrisation et la qualité du collagène.

-Une carence en magnésium diminue le taux de la formation de l'os alvéolaire et retarde l'éruption.

-Un apport adéquat de Fluor augmente la résistance de l'émail face aux agressions acides.

L'alimentation "équilibrée" permet un bon entretien des tissus de soutien (renouvellement remodelage) et une bonne réparation de la gencive (cicatrisation).

Une alimentation molle et/ou collante rend la plaque dentaire (ce qui est un produit de la croissance microbienne et de l'activité métabolique) beaucoup plus abondante. De plus, les conditions alimentaires influencent la sélection et le métabolisme des micro-organismes de la flore buccale.

Certains micro-organismes de la plaque dentaire en particulier les streptocoques mutans, les lactobacilles et les actinomyces utilisent les glucides alimentaires comme source d'énergie, ils vont permettre d'une part, la synthèse de substances adhérentes qui fixent la plaque dentaire à la surface des dents, et d'autre part, la transformation des glucides disponibles en acides.

L'acidité crée, au niveau de l'interface dent-plaque, induit une déminéralisation de l'émail entraînant par sa répétition la cavitation.

Il est formellement établi que l'absorption répétée de glucides entraîne des variations rapides du PH salivaire, en dessous de 5,7 seuil critique de la déminéralisation de l'émail. De nombreuses expérimentations montrent que la durée de contact du substrat alimentaire avec les micro-organismes de la plaque dentaire est déterminante pour qu'une lésion initiale évolue en une lésion établie.

La cariogénicité des aliments

dépend du pH de l'aliment même, de son contenu en glucides, du type de glucide (pour exemple : le fructose semble moins cariogène que le saccharose); le potentiel cariogène dépend aussi des nutriments qui accompagnent le "sucre", et surtout de la forme physique de l'aliment (consistance, adhésivité,...).

Les études montrent que la fréquence des ingestions est plus importante que la quantité absorbée; et, il est évident qu'une alimentation collante prolonge, dans le temps, le processus d'attaque carieux.

Les conditions nutritionnelles influencent la composition de la salive notamment son pouvoir tampon.

La salive neutralise l'acidité de la plaque dentaire grâce à son pouvoir tampon (bicarbonate, phosphate), elle lutte contre la carie grâce à ses facteurs antibactériens (lysozyme, lactoperoxydase, lactoferrine) et à ses protéines telles les mucines et les protéines riches en proline; la salive induit aussi des réactions immunologiques de défense.

La liaison alimentation-dent semble intime. L'alimentation préside à la consolidation de la santé dentaire et parodontale et joue un rôle déterminant dans le déclenchement de la maladie carieuse.

Vouloir agir préventivement sur le facteur alimentaire est légitime. La prévention passe par des mesures diététiques préventives faciles à concevoir mais difficile à mettre en oeuvre. (Voir article "approche synthétique de la notion de l'équilibre alimentaire" paru dans MEDILIEN n°13)

C'est une affaire de bon sens, car nous ne pouvons pas supprimer les glucides générateurs des acides, mais nous pouvons limiter le grignotage et agir sur le temps de contact de l'aliment cariogène avec les dents. Il est à noter que l'existence d'un "sucre" déclenche sur-le-champ la formation d'acides qui restent actifs durant environ 20 minutes avant leur neutralisation par la salive.

Plus on multiplie le nombre de prise alimentaire, plus longue sera la durée de l'attaque acide.

Tous les chercheurs en éducation nutritionnelle sont d'accord qu'une amélioration de la qualité et de la quantité du petit déjeuner favorise la régularité des prises alimentaires.

Savoir choisir ses en-cas et savoir terminer les repas par des aliments autonettoyants, fibreux qui stimulent la salivation et font travailler les dents déroulent d'un apprentissage alimentaire précoce

(période l'éducation du goût).

Toutefois, certaines erreurs sont faciles à corriger car elles sont dues à l'ignorance comme les bonbons le soir ou le bonbon-récompense. Il en est de même pour l'habitude qu'ont de nombreux parents de donner un biberon de lait ou d'eau sucrée au moment du coucher. Cette habitude est génératrice d'une pathologie spécifique appelée "syndrome du biberon" dont les premiers signes consistent dans l'apparition des taches blanches au niveau du collet des dents.

La prévention bucco-dentaire passe obligatoirement par la désorganisation de la plaque dentaire par le brossage et les autres techniques d'hygiène buccale.

Ce sont les professionnels de la santé qui doivent prendre en charge l'installation du déclic d'hygiène nécessaire à la santé dentaire. Il en est de même pour l'usage du Fluor.

En conclusion, l'alimentation est un terrain de choix pour une prévention bucco-dentaire qui peut s'insérer dans une politique de promotion de la santé en général :

- Du fait des relations entre les déséquilibres alimentaires et nombre de grandes pathologies.

- Etant donné qu'une telle attitude vis-à-vis d'un déséquilibre alimentaire donné (excès de sucrerie, insuffisance de crudité et légumes...) se trouve liée à telle position vis-à-vis du tabac, de l'alcool ou de l'exercice physique. L'existence de ces interdépendances fait du thème alimentaire un cadre idéal pour développer des actions en profondeur qui produiraient des effets bénéfiques sur plusieurs plans sanitaires à la fois.

- De part sa situation charnière entre la nutrition et les dimensions économiques, sociales, éducatives et comportementales (individuelles et collectives) le thème de l'alimentation est fédérateur; il offre un cadre global qui permet des actions diverses sollicitant la participation de l'ensemble des professionnels de la santé et de l'éducation.

Dr. Hassane YEHA

Chirurgien-Dentiste

Certifié en nutrition humaine

A.M.F.L. 11, bis rue du Colisée 75008 PARIS

Tél : 43 59 20 20 Fax : 45 63 51 38

COMPTE RENDU

DE LA SOIREE EPU
DU 21 OCTOBRE 1993

L'AMLF a organisé le jeudi 21 octobre 1993, une soirée EPU qui avait pour thème :

"L'antibiothérapie en ORL"

animée par le Professeur Frêche et le docteur De Corbière. Cette soirée a eu lieu dans la salle des conférences de l'Hôtel International de Neuilly, avec le soutien logistique des laboratoires Bellon. Cent vingt membres de l'AMFL ont participé à cette soirée. Il est vrai que les conférenciers étaient de grande notoriété.

Le compte rendu détaillé des exposés scientifiques peut-être obtenu sur simple demande à la rédaction. Le dîner qui a suivi, a eu lieu dans le prestigieux restaurant de l'Hôtel International. La chaleur de l'accueil des responsables et la qualité du service, sous l'oeil attentif de Mme Marlène LTEIF, ont été unanimement appréciées.

Une tombola à eu lieu au cour du repas pour le plus grand plaisir des heureux gagnants.

- Docteur ASSIR : 1 Billet d'avion MEA Paris / Beyrouth / Paris (lot N°12)
- Docteur ASSIR : 2 couverts au restaurant le Sultan (lot N°7)
- Docteur ABOU-KHALIL Muriel : 2 places pour le spectacle de Karacalla (lot N°49)
- Docteur HOBEIKA : 2 couverts au restaurant le Sultan (lot N°76)
- Docteur KANAAN Yann : Un abonnement Tennis au Gymnase-Club (lot N°69)
- Docteur KHALIL Ruina : 2 couverts au restaurant de l'Hotel International (lot N°33)
- Docteur MOYAL Robert : séjour 2 jours- 2 nuits Paris / Corse / Paris ICAV Groupe Victoire (lot N°50)
- Docteur RIZK Nabil : Bon d'achat de 500 Frs chez Help Médical (lot N°109)

neut

**APPAREILLAGE
ORTHOPEDIQUE**

Corsets moulés
Orthèses
Prothèses
Attelles
Chaussures



9 Rue Léopold Bellan 75002 PARIS
☎ (1) 42.33.83.46 - Fax. (1) 42.33.58.99



SAHAR PRESSE INTERNATIONALE

*À votre service
pour tous vos travaux de*

**PRESSE IMPRESSION
DIFFUSION DOCUMENTATION**

جميع اعمالكم الاعلانية والاعلامية والطباعة

12, rue Vaillant 78290 CROISSY S/SEINE
TÉL. (1) 39 76 86 66

COMPTE RENDU

DE LA SOIREE

du 19 Novembre 1993 à l'UNESCO

Depuis le mois de Décembre 1991, l'association médicale Franco-Libanaise a organisé et participé à l'organisation de plusieurs manifestations scientifiques au Liban.

Pour remercier les nombreuses personnalités scientifiques qui ont participé à ces manifestations, l'AMFL a organisé une soirée amicale, à l'UNESCO, le 19 Novembre 1993. Plus de 350 personnes avaient répondu à l'invitation parmi lesquelles plus de 50 universitaires.

Après le discours d'accueil du Dr HIJAZI, président de l'AMLF, les professeurs Alain FARAH et Saad KHOURY ont insisté sur l'intérêt mutuel de ces rencontres. Les Docteurs Sami TAWIL et Tobie ZAKHIA ont mis en exergue le caractère viscéral de l'amitié franco-libanaise. Le professeur GOUAZE, doyen de la faculté de médecine de Tours, et président de l'association des doyens des facultés francophones a développé les actions qui permettent de renforcer les relations médicales entre la France et le Liban.

Le 50ème anniversaire de l'indépendance du Liban a été chaleureusement célébré. Tous les présents ont soufflé les 50 bougies d'un gâteau aux couleurs du drapeau Libanais, en écoutant l'hymne national : "koulouna lil wattan".

Le buffet présenté par le restaurant "LE SULTAN" était à la hauteur de l'événement. La soirée s'est terminée "officiellement" vers minuit.



Georges NASR - Pr. André GOUAZ - Dr. A. R. HIJAZI



Pr. Saad KHOURY - Dr. Sami TAWIL
Mme Georgina DUFOIX - Georges NASR - Dr. A. R. HIJAZI



Dr. Sami TAWIL



Dr. TOBIE ZAKHIA



Pr. Alain FARAH



Pr. Saad KHOURY - Dr. Joseph KHOURY - Dr. A. R. HIJAZI
Georges NASR



Vue de L'assistance

LU DANS LA PRESSE

Le 23 / 12 / 93

- Mr Marwan HAMADE, ministre de la santé s'est entretenu avec les responsables du CICR (Comité International de la Croix-Rouge) au Liban au sujet de ses activités au Liban-Sud et la Békaa.

-Dîner rétro de 80 anciens de la faculté de Médecine de l'USJ, sous la présidence du R.P. DUCRUET et réunissant de nombreux et éminents professeurs.

le 25/12/93 :

-Réunion préparatoire au sérail de Béhémoun du bureau exécutif des O.N.G. (Organisation non Gouvernementale), en vue de leur prochaine conférence du 5 Février 1994.

-En direct du congrès international sur le SIDA en Afrique (Marrakech, Maroc) le premier test de détection du virus du SIDA (VIH) par la salive a été présenté. L'appareil, baptisé OMNI - SCAN HIV, ressemble à un thermomètre et permet avec un prélèvement d'un millilitre de salive et en une minute de détecter des anticorps attestant de la présence de virus dans l'organisme.

Le 29/12/93 :

-Mr Marwan HAMADE, reçoit le comité de suivi des épreuves du Colloquium, les Médecins n'ayant pas réussi cet examen, ont exposé leurs doléances et demandé des mesures d'indulgence.

le 3/01/1994 :

A eu lieu une conférence sur la drogue à l'hôpital St Georges avec une présentation des programmes les plus récents appliqués aux Etats-Unis par Mr Phillippe YABROUDI, membre du programme psychiatrie et psychologie.

Le 24/12/93 et 8/01/94 :

Le syndicat des hôpitaux confirme la nouvelle tarification en 1994 pour les soins hospitaliers. Elle demeure contestée par les compagnies d'assurances.

D'autre part, le syndicat des hôpitaux annonce une conférence Internationale sanitaire et hospitalière qui sera organisée à Beyrouth durant la première quinzaine du mois d'Octobre prochain sous les auspices de toutes les institutions concernées.

Une équipe d'experts en santé publique s'est rendue à plusieurs reprises au Liban en 1993 pour faire le point sur la situation sanitaire du pays.

D'après le Dr Bahige ARBID, Directeur de la planification au ministère de la santé, la Banque Mondiale accordera en 1994 un prêt de 30 Millions de \$ environ au Liban pour développer ses structures de santé publique.

Ce prêt servirait à :

-Renforcer le fonctionnement de l'administration du ministère de la santé.

-Mener une action de réhabilitation de 6 hôpitaux publics.

-Mettre en place un système de prévention primaire en santé publique.

INFO FLASH...INFO FLASH...INFO FLASH.

A.M.F.L.

Passé et Futur 1993-1994

Passé

Depuis le mois d'Avril 1993, le bureau de l'association Médicale Franco-Libanaise n'a pas ménagé son énergie, ni sa peine. Plusieurs manifestations ont eu lieu :

-Avril 1993 :

Le Médilien nouvelle présentation

Voyage et participation au congrès : Santé et Hôpital 2000

-Mai 1993 :

E.P.U. par le Pr Attali au Méditel, sur le thème du diabète

-Juin / Juillet 1993 :

Voyage au Liban pour le congrès d'Oncologie

-Octobre 1993 :

EPU "Antibiothérapie" par le Pr FRECHE à l'Hotel International à Neuilly avec tombola.

-Novembre 1993 :

Réception à l'UNESCO. A l'occasion du cinquantième de l'indépendance du Liban.

La préparation de notre programme pour les mois avenir est très avancée :

Futur

du 14-19 Février 1994

Troisième congrès Médico- Hospitalier sur le thème "L'aide médicale urgente" se tiendra à l'auditorium de l'hôpital Notre Dame du Liban à Jounieh.

Organisé conjointement avec le centre Hospitalier Général de Laon (France) et la Société Libanaise d'Anesthésie réanimation. Pour connaître le programme détaillé écrire à l'AMFL.

-Une soirée enseignement post universitaire aura lieu le 18 Mars 94, une autre au mois de Mai, dont la date sera fixée ultérieurement.

-Une journée de réflexion, sur la stratégie de la Santé, aura lieu le Samedi 30 Avril 94 à Paris, où vous pourrez apporter vos idées et vos suggestions.

-Le congrès de psychiatrie organisé par notre ami S.TAWIL, se déroulera à Beyrouth du 27 au 29 Avril 94.

-Les "journées de l'université" animées par notre président d'honneur le Pr A.FARHA auront lieu du 2 au 7 Mai 94.

-Le congrès organisé par l'A.M.F.L. et la société de chirurgie du Liban nord se déroulera au Tripoli du 2 au 6 Juin 94.

Enfin nous étudions la possibilité d'une journée commune, au Liban cet été, à la fin du mois de Juillet 94. Nous sommes très intéressés par vos idées sur ce point.

DECES

Alors qu'il assurait le service de garde de sa commune Beautiran, Jean Estéphan, Dr en Médecine, bien connu des milieux Franco-Libanais de la Gironde, a trouvé la mort accidentellement à Bordeaux. Ce qui a causé un fort émoi dans l'ensemble de la région car sa gentillesse et ses capacités étaient appréciées de tous.

Milad TANIOS, père de notre ami le Docteur Albert TANIOS, décédé au Caire le 24 décembre.

Abdallah RACY, député du Akkar, Liban Nord, décédé le 5 Janvier à l'Hôtel DIEU de Betrouth, Gendre du président Frangié, plusieurs fois ministre; Docteur RACY était une figure marquante de la vie politique du Liban, il était président de la commission Médical Parlementaire depuis 1972.

INSTALLATIONS

Docteur Gilbert ABOUSSOUAN

Chirurgien orthopédiste

45, rue d'Antibes, 06400 Cannes

Tél : 92 98 62 71

Docteur Georges HOBEIKA

Pédiatre

8, rue des Frères Bonneff, 95870 Bezons

Tél : (1) 30 76 38 33

Dr Marie-Andrée RENIER-ACHKAR

Médecin Généraliste

16, rue des Sablons

75116 PARIS Tél: 47 04 55 10

Dr Hassane YEHIA

43 bd de Strasbourg, 75010 PARIS

Tél : 47 70 33 03 - 42 46 32 59

Mme le Dr M.C. Perrot-Bassoul

Chirurgie Plastique, reconstructrice et esthétique

Clinique Georges BIZET

23 rue Bizet, 75116 PARIS

Tél : 40 69 35 10

Mme ZARD Najate

psychanalyste - Dr en psychologie

18, rue du Taine, 75012 PARIS

Tél : 43 45 16 38

URGENT

CEDE CABINET DE GASTRO-ENTEROLOGIE

à 1 H de PARIS

Prix préférentiel PARIS 43 37 68 56

Province 32 34 48 07

Contacter Dr Kamal BOUSAKR

LES CONTRATS D'ASSURANCE VIE

MULTI-SUPPORTS

OU LES RAISONS D'UN SUCCES ANNONCE

*Ils vous permettent de choisir vos placements
et d'en changer librement dans un cadre fiscal privilégié.*

La compétition économique internationale modifie en permanence notre environnement. Elle impose aux professionnels de la gestion de capitaux de redéfinir fréquemment leur politique d'investissement afin d'optimiser la gestion qui leur est confiée.

**Aujourd'hui plus qu'hier, la
mobilité est une condition
nécessaire à la gestion efficace de
votre épargne.**

Soucieux de répondre à cette nouvelle exigence, des compagnies d'assurance vie ont conçu et commercialisent, depuis quelques temps déjà, une nouvelle génération de contrats en unité de comptes. Celle-ci présente la particularité d'offrir au souscripteur la liberté de répartir à sa convenance ses versements :

Les contrats multi-support ou multi-fonds.

A la différence des contrats en unité de compte précédents, les primes peuvent être investies, non plus sur un seul support préalablement déterminé au contrat, mais suivant les instructions du souscripteur, sur

sur un ou plusieurs supports financiers, spécialisés sur un marché, ou diversifiés (s.i.c.a.v ou f.c.p actions ou obligations, fonds de trésorerie, sociétés civiles immobilières).

Par la suite, la répartition des capitaux entre les supports initialement choisis, peut, à la demande de l'investisseur et suivant des modalités propres à chaque contrat, être modifiée. Les mouvements à l'intérieur du contrat s'effectuent alors sans imposition des éventuelles plus-values réalisées lors d'arbitrages dont les coûts sont le plus souvent inférieurs à ceux communément pratiqués par les établissements financiers pour ce type d'opération.

Cette souplesse technique et financière permet au souscripteur d'appliquer en permanence une gestion conforme à ses orientations financières, présentes et à venir, dans le cadre fiscal privilégié de l'assurance vie : les produits de la gestion des capitaux versés - intérêts, dividendes et plus-values - ne sont pas imposables si la durée de vie du contrat est d'au moins 8 années et, en cas de décès de l'assuré, l'épargne constituée est transférée par l'assureur, au (x) bénéficiaires (s) désigné(s), en franchise de droits de succession, sous réserve que les versements aient été effectués avant le 70ème

anniversaire de l'assuré.

Privilégier les placements de trésorerie pour réduire l'exposition de son épargne aux aléas des marchés financiers ou accroître la sensibilité de son compte en augmentant le poids des marchés actions peuvent à présents devenir des actes ordinaires de gestion d'un contrat d'assurance vie.

Pour bénéficier pleinement de cette liberté nouvelle, le souscripteur sera attentif au nombre et aux orientations de gestion des fonds qui lui sont proposés afin que leur combinaison lui permettent d'atteindre les objectifs de gestion les plus précis. Par ailleurs, il privilégiera les équipes de gérants de fonds dont la compétence et la notoriété sont reconnues.

L'exonération fiscale des produits générés par la gestion de l'épargne étant dépendante de la durée de vie du contrat - il est de *bonne gestion* de souscrire dès à présent un contrat de ce type en versant le minimum contractuel. Ainsi, vous prendrez date, et lors de votre prochaine constitution d'épargne ou à l'occasion du réemploi d'un contrat échu, la durée minimum de maintien de votre capital au sein de votre nouveau contrat en sera d'autant réduite. ■

X

SOYEZ PARMIS LES PREMIERS INFORMES !

DEMANDE D'INFORMATION PRIORITAIRE

Je désire en savoir plus, sans engagement de ma part sur les nouveaux comptes multi-supports dynamiques.

M - Mme - Melle - NOM : _____
PRENOM : _____
ADRESSE : _____
VILLE : _____
TELEPHONE : _____ ☐ Cabinet ☐ Domicile

A retourner sous enveloppe affranchie à :

J. FLEURANCE
INVESTISSEMENT CONSEIL
64, rue de Provence
75009 PARIS

INVESTISSEMENT CONSEIL

Groupe victoire
64 rue de provence 75009
PARIS

Tél : (1) 40 23 86 08
Fax : (1) 40 23 17 00

Pour votre prochain voyage au

LIBAN

au départ des principales villes

d'EUROPE , d'AFRIQUE

du MOYEN - ORIENT

et de l'EXTREME - ORIENT

choisissez

MIDDLE EAST AIRLINES AIRLIBAN

L'EUROPE	ATHENES	LE MOYEN-ORIENT ET L'EXTREME-ORIENT	ABOU DHABI
	BERLIN		ADEN
	BRUXELLES		AMMAN
	COPENHAGUE		BAGDAD
	FRANCFORT		BAHREIN
	GENEVE		LE CAIRE
	ISTAMBOUL		DAMAS
	LONDRES		DHAHRAN
	MADRID		DJEDDA
	MILAN		DOHA
	NICE		DUBAI
	PARIS		KHARTOUM
	ROME		KOWEIT
	ZURICH		LARNACA
L'AFRIQUE	BEYROUTH		MASCATE
	ABIDJAN		RIYADH
	ACCRA		COLOMBO
	FREETOWN		SINGAPOUR
	KANO		SYDNEY
	LAGOS		
	MONROVIA		
	TRIPOLI		
	TUNIS		



MEA

Porte haut les couleurs du Cèdre

MEA PARIS - 6 RUE SCRIBE TEL : 42-66-06-77