

A PROPOS DU SUIVI AU LONG COURS, EN MEDECINE  
GENERALE, DE PATIENTS AYANT PRESENTE UN ULCERE  
GASTRIQUE OU DUODENAL.

Dr J. de BUTLER  
Palaiseau  
FRANCE.

RESUME. L'étude rétrospective des dossiers des 33 patients suivis par l'auteur au cours de 25 ans de pratique qui ont présenté un ulcère gastrique ou duodenal fait apparaître la faible incidence des rechutes de cette affection sans qu'un traitement préventif au long cours soit mis en oeuvre. L'hypothèse est émise que ce résultat est lié au suivi indifférencié de ces patients tel qu'il est habituel en médecine générale, avec toutefois une particulière attention aux conséquences des conflits psychologiques subis par ces patients.

Précision liminaire. Cette étude ne vise pas le suivi de patients ulcéreux mais le suivi global, indifférencié, en médecine générale, pour l'ensemble de leurs problèmes de santé, de patients qui ont présenté à un moment ou à un autre de leur histoire un ulcère gastrique ou duodenal. Il s'agit de tenter d'évaluer l'incidence de ce suivi global sur l'évolution de ce qu'il est convenu d'appeler la maladie ulcéreuse.

L'hypothèse de départ peut être formulée ainsi: l'accompagnement indifférencié d'un patient, en médecine générale, comportant la prise en charge, dès leur émergence, ou leur présentation par le patient, des multiples incidents de santé qui émaillent la vie d'un individu a-t-il une influence sur l'évolution particulière de la maladie ulcéreuse, en dehors des mesures spécifiques qui pourraient être prises pour contrôler celle-ci?

Une observation princeps est à l'origine de ce travail. Elle concerne un proche parent de l'auteur qui a présenté, en 1935, un ulcère duodenal diagnostiqué sur les arguments radio-cliniques en vigueur à l'époque. Il était alors âgé de 44 ans et en butte à un contexte familial et professionnel difficile et conflictuel. De nombreuses rechutes, presque saisonnières,

sont survenues au cours des quinze années suivantes malgré un suivi spécialisé régulier, et l'intervention à plusieurs reprises d'un neuro-psychiatre pour des épisodes dépressifs ou des accès d'excitation plus ou moins importants.

En 1950, après accord des confrères qui le suivaient habituellement, je lui conseillai la prise régulière de MEPROBAMATE. Cette thérapeutique fut suivie de façon presque ininterrompue au cours des années suivantes, associée épisodiquement à des pansements gastriques lors de courtes poussées douloureuses. Il n'a jamais plus fait de rechute ulcéreuse malgré un tabagisme important, une alimentation libre et la prise fréquente d'antalgiques pour une arthrose rachidienne de plus en plus invalidante. Il est décédé en 1978, âgé de 87 ans, au décours d'une hospitalisation dans un service de rhumatologie, dans un tableau d'hémorragie digestive diffuse, après la prise de dérivés de la PHENYLBUTAZONE prescrits après contrôle fibroscopique de l'intégrité de sa muqueuse gastro-duodenale.

Deux faits récents m'ont incité à revenir sur ce problème.

Au cours de l'année 1980, j'ai fait faire par une élève une étude rétrospective de tous les actes que j'avais effectué pendant une période de 6 mois, étude qui m'avait permis de constater la relative fréquence d'antécédents ulcéreux chez mes patients par rapport à la rareté des poussées de cette affection. J'ai pu vérifier cette observation au cours d'une étude prospective sur mon activité, réalisée sur un an de septembre 1982 à septembre 1983 (non encore publiée. L'étude précédente a fait l'objet de deux Thèses de Doctorat en médecine: C. MAITRE-OSWALD et E. POULAIN, Bobigny 80).

Mon attention a d'autre part été attirée par le renouveau de l'intérêt porté au traitement au long cours de la maladie ulcéreuse depuis l'apparition dans la pharmacopée de la CIMETIDINE, puis de la RANITIDINE, de la PIRENZEPINE, du SUCRAFALTE, du BISMUTH COLLOIDAL. Malgré le recul déjà notable dont on dispose depuis l'introduction du premier, aucune étude clinique supérieure à un an n'est actuellement disponible sur l'effet préventif d'un traitement prolongé ou répétitif. PAOLAGGI (Gazette Médicale, 1984, 91; 20, p.96) écrivait récemment: "Depuis trente ans que je traite des ulcères duodenaux, j'ai adopté un schéma de traitement comportant en permanence des anti-acides et/ou des gastroprotecteurs, à doses modérées; pour éviter des rechutes juste avant la période de l'année où l'ulcère récidive habituellement, c'est-à-dire au printemps et à l'automne, la thérapeutique est renforcée par l'adjonction des antiH<sub>2</sub>, ou des anti-cholinergiques, pendant un à

deux mois.", ajoutant qu'il ne disposait pas d'étude contrôlée sur ce point, et que d'ailleurs cela n'avait jamais été fait. Précisons que cette attitude semble exceptionnelle si l'on en croit une enquête récente effectuée auprès de 115 spécialistes et de 146 généralistes (Journal International de Médecine, 1984, 6, 32, p.96) sur le traitement de l'ulcère duodénal: seul, un généraliste envisage un traitement à vie; on notera toutefois que les seules éventualités proposées pour ce faire étaient la prescription de CIMETIDINE ou d'un anti-acide, isolés ou associés. La très grande majorité des études effectuées et publiées actuellement sur ce point n'envisagent également que l'utilisation des molécules modernes citées plus haut; et, curieusement, les rares publications qui insistent sur l'intérêt de traitements à visée pathogénique, intervenant au niveau de l'hypothalamus et des centres voisins, comme le SULPIRIDE, semblent limiter leur ambition au traitement des poussées (voir notamment M.F. JOSSERAND in J.Méd.Chir.Prat., 1983, 154, 3/4, p.70-78). Il ne m'a pas semblé que les préoccupations et les propositions des auteurs, tous gastroentérologues, sur le traitement préventif des rechutes ulcéreuses rejoignaient ma propre expérience. J'ai voulu m'en assurer.

J'ai donc repris tous mes dossiers qui comportaient la mention d'un ulcère gastrique ou duodénal, qu'il s'agisse d'un antécédent antérieur à mon propre suivi du patient, ou d'un diagnostic porté par moi-même. Seuls ont pu échapper à cette recension des antécédents oubliés mais dans ce cas évidemment aucune rechute ne s'en est suivi. Sur un fichier d'environ 1.500 patients régulièrement suivis à ce jour, plus un fichier d'archives d'environ 2.000 patients (comprenant tous ceux qui ont déménagé, qui sont décédés ou qui n'ont pas été vus au cours des 5 dernières années), j'ai relevé 33 dossiers. Environ les 2/3 sont des ulcères duodénaux, les 3/4 sont des sujets de sexe masculin. La moitié avaient eu leur première poussée ulcéreuse avant que je ne devienne leur médecin habituel, près des 2/3 ont pu être suivi régulièrement pendant 10 ans ou plus.

Environ deux sur trois présentent une pathologie chronique associée, notamment locomotrice ou cardiovasculaire; pratiquement tous, outre l'ulcère, différentes manifestations ou affections digestives allant des plus banales et réactionnelles à la lithiase vésiculaire, la diverticulose colique, la hernie hiatale avec ou sans reflux, voire la rectocolite hémorragique. Près de la moitié présentent, à des degrés divers, des troubles psycho-affectifs où dominent l'hypersensibilité aux multiples contraintes de l'existence d'une part et l'angoisse névrotique de l'autre; à signaler un schizophrène.

Aucun de ces patients n'a bénéficié, à un moment ou à un autre, d'un traitement au long cours visant à prévenir les rechutes ulcéreuses, au moins au sens couramment employé aujourd'hui, c'est-à-dire comportant un anti-sécrétoire ou un anti-acide de façon continue ou répétitive. La plupart d'entre eux a pris, après sa première poussée ulcéreuse, l'une ou l'autre des thérapeutiques réputées agressives pour la muqueuse gastrique qu'elle leur ait été prescrite ou qu'il s'agisse d'auto-médication.

Les motifs de consultation de ces patients sont extrêmement variés: suivi régulier d'une affection chronique évoluant parallèlement (HTA, diabète, bronchite chronique, état dépressif) - accident pathologique intercurrent (traumatisme, infection des voies respiratoires, tendinite, poussée douloureuse d'arthrose, bouffée anxieuse, troubles du rythme) - manifestation douloureuse ou fonctionnelle de l'appareil digestif, en relation directe ou non avec le haut appareil, faisant évoquer ou non une rechute ulcéreuse. Quelque soit le motif de consultation, une attention particulière est portée à l'état fonctionnel gastro-duodenal, une fois connu l'antécédent ulcéreux, ne serait-ce que pour évaluer le risque éventuel pour la muqueuse gastrique du traitement qui sera conseillé.

Les critères de diagnostic de l'ulcère qui ont été retenus dépendent de l'époque de la première poussée; pour tous ceux qui sont apparus avant l'ère de la fibroscopie, les preuves radio-cliniques classiques ont été considérées comme suffisantes; au cours de ces dernières années, le diagnostic est porté sur les résultats de la fibroscopie (on notera toutefois que cette dernière n'est pas pratiquée systématiquement pour affirmer la guérison au terme du traitement si le patient le souhaite).

L'attention portée à l'existence d'antécédent d'ulcère chez ces patients n'implique pas l'adoption d'un protocole particulier à l'occasion du traitement des différents problèmes qui peuvent se présenter. Tout au plus peut-on signaler une attention particulière apportée à prendre en compte les réactions anxieuses et/ou dépressives des patients, ainsi qu'une tendance naturelle à considérer que toutes les plaintes présentées par les patients sont justifiées, même et surtout s'il est parfois nécessaire d'en décrypter le sens profond, d'en dédramatiser le symbolisme, d'en expliquer du mieux possibles les mécanismes.

Compte-tenu du faible nombre de patients intéressés par cette étude, toute statistique est impossible. Je me bornerai à quelques observations.

20 de ces patients ont pu être suivi 10 ans ou plus, sans interruption, depuis la découverte de l'ulcère ou depuis leur entrée dans ma pratique. Pour des raisons évidentes, aucun n'a été traité avec les anti-sécrétoires qui n'existaient pas; ils ont reçu habituellement des gastro-protecteurs et des anti-cholinergiques, parfois des anxiolytiques ou des neuroleptiques (soit que la crise ait été particulièrement douloureuse, soit qu'elle se soit accompagnée de manifestations anxieuses importantes, jamais à titre systématique). 14 d'entre eux n'ont jamais eu de récurrence, sans que pour autant ait été institué un traitement anti-ulcéreux continu; seulement 4 parmi ces 14 ont bénéficié pendant cette période d'un traitement par un anxiolytique associé ou non à un anti-dépresseur parce que leur état thymique le justifiait. Ces 14 patients ont été vu entre deux et six fois par an en moyenne pour des motifs extérieurs à leurs antécédents ulcéreux et traités en conséquence, parfois avec des produits réputés agressifs pour la muqueuse gastrique comme les anti-inflammatoires.

Les 6 qui ont présenté des rechutes me semblent devoir être présentés brièvement:

1. CHR. René, né en 1937. Découverte d'un ulcère duodénal en 1960. Première consultation à mon cabinet, à l'occasion d'une poussée ulcéreuse, en 1973, traitée par BISMUTH, ATROPINE, MEPROBAMATE. Les années suivantes, multiples consultations pour différentes manifestations anxieuses plus ou moins somatisées. En 1977, rechute après séjour sur une plateforme de prospection pétrolière au large du Gabon (traitement de 3 mois avec Sels d'Alumine, anti-cholinergique, SULPIRIDE). Sur le même fond anxieux réactivé par des problèmes professionnels apparition progressive d'une HTA puis nouvelle poussée ulcéreuse en 1980 traitée par Sels d'Alumine, antispasmodique, anxiolytique et CIMETIDINE pendant 2 mois. Depuis 1980, maintien sous traitement hypotenseur et anxiolytique sans rechute ulcéreuse.

2. GAM. Paul, né en 1928. Asthme depuis l'enfance avec de fréquentes surinfections hivernales lorsque je le vois pour la première fois en 1964. Non sans difficultés, amélioration progressive mais spectaculaire de ses difficultés bronchiques. C'est alors qu'a lieu une première crise ulcéreuse, en 1972, rapidement résolutive sous gastro-protecteurs et anti-cholinergiques. Rechute en 1975 traitée près d'un an selon le même protocole. Aucune récurrence depuis, sans aucun traitement continu; consulte 2 à 3 fois par an pour de minimes épisodes respiratoires ou des troubles de la sphère génito-urinaire.

3. HUG. Claude, né en 1938. Ulcère duodenal découvert et traité en 1963. Je le suis depuis 1974 très épisodiquement pour des périodes de surmenage, une anite hémorroïdaire, de petites difficultés digestives et, plus récemment, pour des périodes d'excitation et d'angoisse liées à des difficultés familiales ou professionnelles. Au début 1984, un amaigrissement rapide et inexplicé conduit à une vérification du tube digestif: découverte d'un rétrécissement pré-pylorique avec des lésions d'antrite érosive sans ulcère vrai. Amélioration rapide sous traitement à la CIMETIDINE. Ce patient, pourtant de nature anxieuse et introvertie, a vécu 20 ans sans rechute ulcéreuse et sans attention particulière portée à cette pathologie.

4. LAS. Maurice, né en 1918. Ulcère duodenal découvert en 1964 et traité pendant près d'un an par gastro-protecteur et anti-cholinergique. Vu de façon très espacée au cours des années suivantes pour des crises de goutte puis de colique nephretique. En 1970, amaigrissement rapide dont l'exploration permet de mettre en évidence un Diabète. Quelques mois plus tard, rechute ulcéreuse contrôlée par les mêmes moyens que la précédente en 3 mois. Suivi régulièrement depuis pour son Diabète devenu insulino-dépendant en 1975, sans aucune rechute ulcéreuse.

5. LEV. Lucien, né en 1927. Gastritique depuis l'adolescence. En 1960, découverte et traitement d'un ulcère duodenal. Suivi depuis 1966 pour quelques épisodes gastritiques sans conséquence. En 1972, au décours du décès de son père par infarctus du myocarde, nouvelle poussée ulcéreuse traitée 2 mois par BISMUTH et anti-cholinergique, puis au long cours par SULPIRIDE. En 1973, apparition d'un diabète puis d'une HTA. Suivi régulier de ces deux affections sans autre traitement sauf de courtes séquences de pansements gastriques ou d'anxiolytiques. En 1980, ayant déménagé, consulte un service hospitalier parisien en demandant une intervention sur son estomac, malgré l'absence de rechutes depuis 8 ans. Une vagotomie double est alors effectuée.

6. REM. Marthe, née en 1899. Sa mère avait été soignée pour un ulcère pylorique et son père était décédé d'un cancer du cardia. Suivie depuis 1964 à l'occasion de la découverte d'un ulcère pylorique traité alors par gastro-protecteurs et anti-cholinergiques pendant 3 mois. Après quelques épisodes gastritiques, rechute ulcéreuse en 1969 cédant rapidement à l'association d'antispasmodiques, de gastro-protecteurs et d'anxiolytiques. Pendant plusieurs années, contrôle des manifestations fonctionnelles par un traitement continu au SULPIRIDE. Puis apparition d'une presbyacousie, d'une arthrose du rachis et des membres inférieurs, de troubles colitiques tandis-

qu'au gré de traitements antalgiques, parfois antiinflammatoires de nouvelles manifestations douloureuses gastriques se produisaient sans aucune rechute ulcéreuse, 15 ans après (une fibroscopie récente en témoigne).

Ces six observations montrent d'une part que l'apparition et l'évolution de l'ulcère gastrique ou duodenal s'inscrivent dans le cadre d'une sensibilité particulière de la muqueuse digestive aux agressions de toute sorte (la même observation a pu être faite chez les quatorze précédents), d'autre part que l'existence d'une ou plusieurs récurrences ulcéreuses n'implique pas obligatoirement la notion de chronicité, et le souci impératif d'un traitement ininterrompu ou répété.

Les 13 observations pour lesquelles je ne dispose pas d'un recul de dix ans correspondent à deux éventualités différentes: pour certains patients l'apparition de l'ulcère est récente (11 cas), pour 2 autres, ils ont déménagé avant qu'une période de dix ans se soit écoulée depuis leur première poussée. J'ai noté avec intérêt que, malgré des recherches obstinées, je n'ai retrouvé aucun dossier d'ulcéreux qui aurait quitté ma pratique inopinément et dont on aurait pu penser que mes soins étaient inadaptés.

Je résume brièvement ces 13 dossiers.

1. GAD. Alain, né en 1963 et suivi depuis sa naissance sans épisode pathologique particulier, sauf une appendicite aiguë en 1973. En 1980, ulcère de la face antérieure du bulbe contrôlé par fibroscopie, cicatrisé en 2 mois sous CIMETIDINE. Aucune rechute depuis, sans aucun traitement.

2. GEN. Albert, né en 1937. Vu pour la première fois en 1977 pour un syndrome dépressif avec amaigrissement et éthylisme modéré. Quelques mois plus tard, ulcère duodenal traité par CIMETIDINE, avec maintien d'antidépresseurs et d'anxiolytiques pendant 3 mois. Sevrage alcoolique difficile et rechutes anxio-dépressives en 1982 et 1983 sans rechute ulcéreuse.

3. GIR. Marcel, né en 1922. Vu épisodiquement depuis 1965 pour des épisodes de surmenage, des rachialgies, des infections saisonnières des voies respiratoires. Découverte en 1976 d'un ulcère pylorique traité médicalement pendant plusieurs mois sans résultat net. En 1977, après une fibroscopie douteuse, antrectomie et vagotomie. Aucune rechute à ce jour.

4. HAM. Nadir, né en 1951. Maghrebin bien inséré sur tous les plans. En février 1983, au cours d'un déplacement en province, syndrome ulcéreux typique contrôlé par fibroscopie et traité par CIMETIDINE pendant 2 mois. Reprise de douleurs en juin et octobre avec fibroscopies normales. Aucune rechute à ce jour, sans traitement d'entretien.

5. LEC. Albert, né en 1928. Connu depuis 1961 pour de rares épisodes infectieux saisonniers. Auto-médication fréquente avec des salicylés pour des rachialgies arthrosiques, entraînant des gastralgies modérées tolérées pendant des années. En 1979, consulte pour une lourdeur épigastrique avec régurgitations et amaigrissement modéré; découverte d'un ulcère pré-pylorique traité par pansements gastriques et anti-cholinergiques pendant 2 mois. Pas de traitement d'entretien, pas de rechute.

6. LIE. Henri, né en 1930. Vu fréquemment depuis 1970 pour diverses pathologies: accidents du travail, foyers pulmonaires, pyélonéphrites, hernie discale, périarthrite de l'épaule, éthylisme modéré et tabagisme important. En 1976, découverte d'un ulcère pré-pylorique traité par BISMUTH et anti-cholinergique pendant 6 mois. Aucune rechute depuis sans traitement d'entretien malgré éthylisme, tabagisme, anti-inflammatoires...

7. BRU. Albert, né en 1925. Suivi régulier depuis 1972 d'une HTA associée à une obésité, une hyperlipidémie, une hyperuricémie. En 1977, à l'occasion de lourdeurs épigastriques persistantes calmées par l'alimentation, découverte d'un ulcère du bulbe en nette poussée inflammatoire; traitement par CIMETIDINE et gastro-protecteurs pendant 6 mois aboutissant à la guérison. Depuis, aucune rechute sans traitement d'entretien.

8. MIG. Paul, né en 1923. Vu épisodiquement depuis 1960 pour des épisodes de surmenage, des troubles du sommeil, des sciaticques par hernie discale puis le suivi d'une hyperlipidémie importante, d'une sigmoïdite diverticulaire, enfin d'une HTA avec Glomérulonéphrite chronique parvenue actuellement au stade de dialyses régulières. Ces différentes affections ont donné lieu à des traitements complexes et difficiles à associer, y compris des anti-inflammatoires. C'est dans ce contexte qu'a été découvert en 1978 un ulcère pylorique cicatrisé qui ne s'était jamais traduit par un syndrome clinique et n'a jamais récidivé sans attention particulière.

9. PET. Henri, né en 1926. Consulte pour la première fois en 1981 pour une artérite des membres inférieurs et une HTA, connues et non traitées. Je découvre alors, en outre, une polynévrite éthylique et une lithiase vésiculaire. En 1982, à l'occasion de douleurs épigastriques rythmées par les repas, découverte d'un ulcère du bulbe traité 6 mois par Gastro-protecteurs et antispasmodiques. Pas de rechute depuis sans traitement spécifique.

10. PIC. Germaine, née en 1896. Connue depuis 1975 pour le suivi épisodique d'une HTA, d'une insuffisance cardiaque droite et d'une arthrose du rachis et des membres inférieurs invalidante, cette dernière entraînant la prescription discontinue d'anti-inflammatoires. En janvier 1983, après prise d'ASPIRINE, découverte d'un ulcère duodénal avec moelena. Guérison après 3

mois maintenue sans traitement d'entretien.

11. VEI. Simone, née en 1906. Suivie depuis 1980 pour une polyarthrite chronique très invalidante et très douloureuse, traitée de façon presque continue par des anti-inflammatoires. En 1982, décompensation dépressive liée à une perte importante de l'autonomie, d'autant qu'elle vit seule avec un mari aveugle depuis quarante ans. Quelques mois plus tard, alors qu'elle est soumise à un traitement anti-dépresseur et anxiolytique, découverte d'un ulcère gastrique avec sténose médiogastrique; arrêt définitif des anti-inflammatoires et traitement par la CIMETIDINE et gastro-protecteurs. Cicatrisation en 3 mois maintenue depuis sans autre traitement d'entretien que celui de l'état anxio-dépressif.

Les deux derniers dossiers concernent des patients non revus depuis plusieurs années (7 et 10 ans).

12. LAR. Vassiliki, née en 1919. Vue en 1971 avec un énorme dossier radiologique montrant à certaines périodes un ulcère du bulbe évolutif qui aurait entraîné des hémorragies digestives en 1968. A cette époque, patiente agressive, revendicatrice, hyperactive, à l'état général médiocre mais sans poussée évolutive ulcéreuse radio-clinique; plusieurs confrères lui avaient proposé récemment une intervention chirurgicale qu'elle refuse; traitement avec gastro-protecteurs, anti-cholinergiques, neuro-sédatifs, anabolisants puis envoi en maison de convalescence. A son retour reprise spectaculaire de poids, persistance d'épigastralgies quotidiennes mais modérées, apparition de douleurs cervicales. Après mise à l'invalidité (elle a 53 ans), aucune consultation pendant près de 3 ans. Consulte à nouveau en 1975 pour des douleurs scapulaires et précordiales; après prescription d'antalgiques, réapparition de douleurs épigastriques sans rechute ulcéreuse. Vue pour la dernière fois en 1977 avant son départ définitif pour Marseille, sans rechutes et sans traitement d'entretien.

13. LEC. Pierre, né en 1918. Colonel de parachutistes, vu pour la première fois en 1965, à sa sortie de détention après le putsch d'Alger, pour des troubles digestives non caractéristiques chez cet ancien colonial. Découverte d'un ulcère pré-pylorique traité par BISMUTH et anti-cholinergiques. Pas de rechute vraie malgré des prescriptions fréquentes d'anti-inflammatoires pour une arthrose développée sur un rachis fragilisé, et sans précaution particulière, jusqu'en 1974, date de son départ de ma région. Des nouvelles récentes semblent confirmer l'absence de récidives.

Pour être complet, j'ai également revu les dossiers des quelques 200 patients qui sont décédés alors que je les avais en soin. Un seul présentait des antécédents d'ulcère, de la petite courbure gastrique, suspecté en 1963, affirmé en 1967, réactivé en 1969, sans aucune rechute jusqu'à son décès en mai 1983, à l'âge de 68 ans d'une défaillance cardiaque aigüe au cours d'un épisode infectieux pulmonaire.

CONCLUSION. La revision des dossiers de mes patients ayant présenté, à un moment ou un autre de leur histoire, un ulcus gastrique ou duodenal permet de remarquer que chez aucun d'entre eux ne s'est posé le problème d'un traitement au long cours préventif des rechutes. Deux d'entre eux ont été opérés, l'un sans mon assentiment parcequ'il ne supportait pas l'angoisse d'une rechute et qu'il craignait la dégénérescence (vagotomie double), l'autre parcequ'il s'agissait d'une localisation suspecte mal contrôlée par le traitement médical (antrectomie et vagotomie). Compte-tenu de la date d'apparition de l'ulcère chez la plupart d'entre eux, je ne relève que 7 traitements à la CIMETIDINE, tous inférieurs à 3 mois; leur efficacité n'est pas significativement supérieure à celle des traitements classiques, BISMUTH et anticholinergiques notamment. Sur les 34 cas recensés, seulement 8 ont fait des rechutes, la plupart une seule fois.

Tous ces patients sont suivis en médecine générale, c'est-à-dire pour l'ensemble de leurs problèmes de santé. La majorité d'entre eux manifestent une sensibilité particulière sur le plan affectif aux conflits qu'ils peuvent rencontrer. Leur prise en charge est variable; toujours une écoute attentive de leurs problèmes, respectueuse de la manière dont ils les présentent et de l'angoisse qu'ils manifestent; souvent des conseils pratiques pour réaménager leurs conditions de vie de façon à éviter au maximum les situations conflictuelles; la prescription occasionnelle ou répétée d'anxiolytiques, d'antidépresseurs ou de neuroleptiques; toujours enfin une réponse aux questions qu'ils posent.

Il semble, au vu des résultats et par rapport aux publications de référence sur ce problème, qu'une telle attitude essentiellement pragmatique soit susceptible de constituer une bonne approche du traitement préventif des récidives de la maladie ulcéreuse. Elle demanderait toutefois à être vérifiée sur de plus grands nombres.

N.B. Une recension aussi consciencieuse que possible de la littérature disponible en médecine générale sur ce sujet ne m'a permis de retrouver d'études analogues, donc de bibliographie.