

InfoPOEMs The Clinical Awareness System™

LE MÉDECIN DU QUÉBEC publie, à l'occasion, des résumés d'articles de recherche provenant de la banque d'articles POEMs (*Patient-Oriented Evidence that Matters*, ce qui signifie preuves pertinentes axées sur le patient). La liste complète des sujets se trouve sur le site Web d'InfoPOEMs au www.infopoems.com. Ces articles ont pour objectif de fournir des preuves dignes de confiance orientées vers le patient et transférables à la pratique de l'omnipraticien. Ils constituent la quintessence des connaissances scientifiques pertinentes à la médecine de première ligne. Des critères sérieux ont présidé au choix de ces articles. Le niveau de preuve s'appuie sur les critères établis par le groupe de travail sur la médecine factuelle. Le niveau 1 est le plus fort et le niveau 5, le plus faible. La grille des niveaux de preuve est disponible au www.infopoems.com/loe.cfm. Un omnipraticien choisit les résumés d'articles qui seront publiés en fonction du contexte de la pratique médicale au Québec.

Les InfoPOEMs complètent bien la section *Nouveautés médicales* où l'on trouve aussi une analyse d'articles scientifiques à laquelle s'ajoutent des commentaires de médecins québécois. Ces réflexions aident le lecteur à évaluer si les résultats de certaines études peuvent s'appliquer dans sa pratique quotidienne.

Ces deux rubriques aideront les médecins à exercer leur esprit critique et à faire une lecture efficace de la littérature.

Bonne sensibilité de l'échographie dans le diagnostic d'une déchirure du ménisque

L'échographie est-elle fiable pour diagnostiquer une déchirure du ménisque ?

Conclusion

Dans cette étude, l'échographie s'est révélée relativement sensible, mais peu spécifique pour établir la présence d'une déchirure du ménisque. Comme les résultats obtenus sont assez intrigants, il faudrait en faire la validation dans le cadre d'études plus vastes sur des cas de divers degrés de gravité et dans lesquelles les échographistes auraient reçu une formation plus poussée.

Niveau de preuve : 2b

Source

Shetty AA, Tindall AJ, James KD, Relwani J, Fernando KW. Accuracy of hand-held ultrasound scanning in detecting meniscal tears. *J Bone Joint Surg Br* 2008 ; 90-B (8) : 1045-8.

Type d'étude : Transversale

Financement : Inconnu ou non déclaré

Contexte : Services de consultations externes (spécialités)

Résumé

Cette étude regroupait 35 patients s'étant présentés l'un après l'autre chez un même orthopédiste qui aurait diagnostiqué à l'examen clinique une possible déchirure du ménisque. Tous les patients ont d'abord subi une échographie diagnostique, puis un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou avant de se faire opérer. Les échographies étaient pratiquées par des cliniciens relativement peu formés à ce type de modalité. Les radiologistes faisant l'interprétation de l'IRM ne connaissaient pas les résultats de l'échographie. Les résultats de tous les examens étaient comparés à ceux de l'arthroscopie effectuée par un chirurgien, le même dans tous les cas, qui lui ignorait les résultats de l'une ou l'autre étude. Cette méthode laisse croire que l'hypothèse d'une lésion interne du genou était purement clinique. L'intervention a permis de découvrir une déchirure du ménisque chez vingt-deux patients, diagnostic confirmé au préalable dans 86 % des cas à la fois par l'échographie et par l'IRM (sensibilité = 0,86 ; IC à 95 % : 0,75 – 0,98). L'échographie a toutefois produit des faux

positifs dans près d'un cas sur trois (spécificité = 0,69 ; 0,54 – 0,85) et l'IRM, aucun. La précision de l'échographie atteignait seulement 80 % contre 91 % pour l'IRM. Il ne faut pas oublier qu'un test très sensible sert principalement à éliminer une probabilité diagnostique. Dans le cas d'une déchirure du ménisque, l'échographie ne semble pas suffisamment sensible pour y parvenir.

Bienfaits incertains de l'aspirine à faible dose chez les patients atteints de diabète de type 2

L'aspirine à faible dose est-elle efficace pour réduire le risque d'accidents cardiovasculaires chez les adultes atteints de diabète de type 2 ?

Conclusion

L'American Diabetes Association (ADA) recommande actuellement aux patients diabétiques présentant un risque accru de maladies cardiovasculaires, notamment à ceux de 40 ans et plus et aux patients hypertendus, fumeurs, dyslipidémiques, atteints d'albuminurie ou ayant des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires de prendre de l'aspirine. Dans cette étude, toutefois, l'aspirine n'a apporté aucun bienfait significatif chez de tels patients. Comme le mentionnait l'éditorial accompagnant l'article, le taux global d'accidents cardiovasculaires dans la population japonaise est cependant trois fois moins important que celui qui est enregistré dans les mêmes groupes de patients aux États-Unis.

Niveau de source : 1b-

Source

Ogawa H, Nakayama M, Morimoto T et coll., pour le Japanese Primary Prevention of Atherosclerosis With Aspirin for Diabetes (JPAD) Trial Investigators. Low-dose aspirin for primary prevention of atherosclerotic events in patients with type 2 diabetes. A randomized controlled trial. *JAMA* 2008 ; 300 (18) : 2134-41.

Type d'étude : Étude à répartition aléatoire (à simple insu)

Financement : Gouvernement

Contexte : Service de consultations externes (divers)

Affectation : Incertaine

Résumé

Même si l'ADA recommande un supplément d'aspirine aux patients atteints de diabète de type 2, aucune preuve solide ne permet pour l'instant d'affirmer que ce médicament peut prévenir les accidents cardiovasculaires dans ce groupe. Pour cette étude, les chercheurs ont recruté, dans 163 établissements de partout au Japon, 2539 adultes atteints de diabète de type 2 âgés de 30 à 85 ans. Un critère d'exclusion important était la présence d'antécédents de maladies cardiovasculaires ou encore d'ulcères gastriques ou duodénaux graves. Les patients admissibles ont été répartis au hasard (affectation dissimulée incertaine) dans deux groupes : un recevant de l'aspirine (81 mg ou 100 mg, une fois par jour) et un autre n'en recevant pas. Les patients connaissaient leur groupe d'affectation (étude ouverte), mais tous les résultats ont été confirmés par un comité indépendant qui lui n'était pas informé du groupe d'affectation des sujets. Une proportion de 92 % des patients ont été suivis jusqu'à la fin de l'étude (en moyenne pendant 4,4 ans). Plus de la moitié des sujets souffraient aussi d'hypertension (58 %) et de dyslipidémie (53 %) bien maîtrisées (pression artérielle moyenne : 136 mm Hg sur 77 mm Hg). Le taux d'hémoglobine HbA_{1c} moyen (7,1 %) était aussi bien maîtrisé dans les deux groupes. L'analyse en intention de traiter n'a révélé aucune différence significative entre les groupes expérimental et témoin quant au critère d'évaluation principal (accidents athérosclérotiques). Le groupe sous aspirine a connu une réduction significative de la mortalité d'origine coronarienne et cardiovasculaire

comparativement au groupe témoin. Par contre, aucune différence n'est ressortie en ce qui a trait à la mortalité totale ni aucune différence significative en ce qui concerne les AVC hémorragiques et les saignements gastro-intestinaux revêtant une importance clinique. Dans le cadre d'une analyse secondaire des sous-groupes, qui n'est pas toujours fiable, les chercheurs ont observé une réduction significative des accidents athéroscléreux chez les patients de 65 ans et plus du groupe expérimental par rapport à ceux du groupe témoin. En outre, les patients de l'étude ont été très fidèles à leur traitement, ce qui n'est pas toujours le cas dans la pratique. D'autres essais visant à étudier les effets de l'aspirine dans un vrai groupe de patients sont nécessaires.

L'arrêt ou la continuation de la warfarine entraîne l'un comme l'autre des conséquences fâcheuses

Peut-on recommencer à administrer de la warfarine en toute sécurité après une hémorragie intracrânienne associée à ce médicament ?

Conclusion

Vingt-deux pour cent des patients qui reprennent de la warfarine après une hémorragie intracrânienne associée à ce médicament présenteront de nouveau de graves saignements. Par contre, vingt pour cent de ceux qui s'abstiennent de le faire seront victimes d'accidents thrombo-emboliques. Cette étude montre donc qu'il est difficile de traiter les patients qui prennent de la warfarine.

Niveau de preuve : 2b-

Source

Claassen DO, Kazemi N, Zubkov AY, Wijdicks EF, Rabinstein AA. Restarting anticoagulation therapy after warfarin-associated intracerebral hemorrhage. *Arch Neurol* 2008 ; 65 (10) : 1313-8.

Type d'étude : Études de cohorte (prospective)

Financement : Inconnu ou non déclaré

Contexte : Malades hospitalisés (divers emplacements) suivis en consultations externes

Résumé

Les chercheurs de cette étude ont repéré 88 patients sous warfarine hospitalisés en raison d'une hémorragie intracrânienne associée à un rapport international normalisé supérieur à 1,5. Ils ont suivi ces malades en consultant régulièrement leurs dossiers médicaux et en leur envoyant un questionnaire à retourner par la poste. De ce groupe, 36 sont morts à l'hôpital ou en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Parmi les 52 autres, 23 ont recommencé à prendre de la warfarine. La durée moyenne du suivi était de quatre ans pour les patients qui ont recommencé à prendre de la warfarine et de trois pour les autres. Ceux du premier groupe étaient plus jeunes (71 ans contre 75 ; $P = 0,02$) et plus susceptibles d'avoir une valvule cardiaque artificielle. Trois d'entre eux ont subi une autre hémorragie intracrânienne et deux, des hémorragies extracrâniennes importantes (taux total de saignements ultérieurs importants = 21,7 %). Parmi les 29 patients qui n'avaient pas recommencé à prendre de la warfarine, quatre ont quitté l'étude avant la fin de la période de suivi. Des 25 autres, trois ont subi un accident thrombo-embolique ; un, une embolie pulmonaire ; et un autre, une embolie artérielle périphérique (taux total d'accidents thrombo-emboliques = 20 %). Même si on peut s'étendre longtemps sur la façon de prendre en compte les quatre abandons, les données montrent qu'il y a des conséquences fâcheuses quelle que soit l'option choisie. Comme les patients de chaque groupe étaient plutôt différents, il est possible que ce soit ces différences plutôt que la reprise ou non de la warfarine qui ait influé sur les résultats. Seule une étude à répartition aléatoire pourrait nous en apporter la preuve, mais il est peu probable qu'elle voit le jour.

Selon les lignes directrices du NICE, la prophylaxie de l'endocardite n'est généralement plus nécessaire

La prophylaxie est-elle nécessaire chez les patients présentant une anomalie cardiaque structurelle et devant subir une intervention dentaire ou autre ?

Conclusion

Le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) du Royaume-Uni ne recommande plus l'antibioprophylaxie pour les adultes et les enfants présentant une anomalie cardiaque structurelle et devant subir une intervention dentaire ou autre, ni l'utilisation d'un rinçage-bouche à base de chlorhexidine. La prophylaxie n'est plus nécessaire pour les interventions du tractus gastro-intestinal, des voies gynéco-urinaires, notamment dans le cas de l'accouchement. Ces recommandations sont plus prudentes que les récentes lignes directrices de l'American College of Cardiology/American Heart Association décrites ci-dessous.

Niveau de preuve : 2b

Source

Stokes T, Richey R, Wray D. Guideline Development Group. Prophylaxis against infective endocarditis: summary of NICE guidance. *Heart* 2008 ; 84 (7) : 930-1.

Type d'étude : Lignes directrices

Financement : Gouvernement

Contexte : Divers (lignes directrices)

Résumé

Les recommandations sur la prévention de l'endocardite infectieuse reposent sur un ensemble de postulats et de croyances peu documentés. Comme l'endocardite est une maladie rare, mais associée à une morbidité et une mortalité élevées, la pensée de l'époque était qu'il valait mieux prévenir que guérir. Dans les faits, l'endocardite

pourrait même être moins fréquente (moins de 10 cas pour 100 000 personnes par année) que les décès par réaction anaphylactique aux antibiotiques utilisés pour la prévenir. Compte tenu de son faible rapport coût-efficacité et du manque de preuves quant à son efficacité, le comité du NICE ne recommande plus l'antibioprophylaxie chez les patients porteurs d'anomalies cardiaques structurelles devant subir une intervention dentaire. En outre, la prophylaxie n'est plus de mise non plus avant une intervention gastro-intestinale, génito-urinaire ou respiratoire ni avant un accouchement. Dans une mise à jour récente, l'American College of Cardiology/American Heart Association soutient pour sa part que la prophylaxie de l'endocardite constitue une mesure « raisonnable », et non plus « recommandée » comme dans la version précédente, chez les patients ayant des facteurs de risque d'effets indésirables (porteurs d'une valvule cardiaque artificielle, antécédents d'endocardite infectieuse ou cardiopathie congénitale non traitée ou traitée par la pose d'une prothèse). La prophylaxie n'est plus nécessaire pour les soins dentaires courants, mais l'est uniquement dans le cadre des interventions nécessitant la manipulation du tissu gingival ou entraînant une perforation de la muqueuse buccale. Par ailleurs, la mise à jour ne recommande plus la prophylaxie pour des interventions autres que dentaires (*Circulation* 2008 ; 118 : 887-96).

Les corticostéroïdes par inhalation augmentent les risques de pneumonie chez les patients souffrant de BPCO stable

La corticothérapie par inhalation est-elle utile dans le traitement des adultes souffrant de bronchopneumopathie chronique obstructive stable (BPCO) ?

Conclusion

Cette méta-analyse regroupant divers essais à

répartition aléatoire a révélé que les corticostéroïdes par inhalation ne réduisent pas le risque de mortalité toutes causes confondues, mais qu'ils augmentent plutôt le risque de pneumonie chez les adultes atteints de BPCO stable. Un traitement combiné, des doses plus fortes de corticostéroïdes, une corticothérapie plus courte (deux ans ou moins) ou encore une BPCO stable, mais plus grave (VEMS inférieur à 40 % de la valeur prévue) au départ ont été associés à un risque accru de pneumonie. Selon d'autres revues systématiques, la corticothérapie par inhalation réduit la fréquence des exacerbations et la détérioration de la qualité de vie des patients dont l'état est similaire. Les cliniciens devraient tenir compte de cette information lorsqu'ils prennent des décisions en fonction des caractéristiques personnelles des patients.

Niveau de preuve : 1a

Source

Drummond MB, Dasenbrook EC, Pitz MW, Murphy DJ, Fan E. Inhaled corticosteroids in patients with stable chronic obstructive pulmonary disease. A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2008 ; 300 (20) : 2407-16.

Type d'étude : Méta-analyse
(essais à répartition aléatoire)

Financement : Gouvernement

Contexte : Divers (méta-analyse)

Résumé

Les plus récentes données probantes montrent que la corticothérapie par inhalation réduit la fréquence des exacerbations et la détérioration de la qualité de vie des adultes atteints de BPCO. Les chercheurs ont fouillé de multiples banques de données, notamment Medline, EMBASE et Web of Science, ainsi que les bibliographies des articles choisis pour trouver des essais à répartition aléatoire qui comparaient une corticothérapie

d'une durée d'au moins six mois à un traitement par inhalation sans corticostéroïdes chez les patients dont la BPCO est stable. Deux réviseurs indépendants ont évalué la qualité méthodologique des articles à l'aide du score de Jadad et d'une vérification de l'affectation incertaine dissimulée. Les désaccords ont été réglés par consensus. Les onze études ($n = 14\,426$) qui répondaient au critère d'inclusion avaient un score de Jadad d'au moins 3 et étaient donc de qualité modérée ou élevée.

La corticothérapie par inhalation n'a pas réduit le risque de mortalité toutes causes confondues au bout d'un à trois ans de suivi. Elle a, par contre, augmenté le risque de pneumonie de façon significative (risque relatif [RR] = 1,34 ; IC à 95 %, 1,03–1,75), surtout chez les patients prenant les plus fortes doses de corticostéroïdes, dont le traitement était plus court (deux ans ou moins), souffrant d'une BPCO plus grave au départ (VEMS moyen inférieur à 40 % de la valeur prévue) ou utilisant un tel traitement combiné à d'autres médicaments. La corticothérapie n'a pas accru le risque de fractures de façon significative. Les études individuelles semblaient peu hétérogènes et aucun biais de publication n'a été trouvé.

De fortes doses de statine réduisent les accidents cardiaques chez les patients ayant un taux élevé de protéine C réactive (JUPITER)

Chez les patients ayant un taux de cholestérol normal et un taux de protéine C réactive élevé, une forte dose de statine est-elle efficace en prévention primaire des maladies cardiovasculaires ?

Conclusion

Dans cette étude regroupant des patients ayant un taux normal de cholestérol LDL et un taux élevé de protéine C réactive, le recours à une forte dose de statine a réduit le risque de décès sur une période de deux ans (NNT = 180). La

rosuvastatine revenant à environ 1200 \$ pour une année, il en coûterait donc quelque 216 000 \$ pour sauver une vie. Cette étude soulève de nombreuses questions. À long terme, est-il sûr d'abaisser le taux de cholestérol LDL à 55 mg/dl chez des personnes en bonne santé par ailleurs ? Quelles sont les répercussions de la hausse apparente du nombre de cas de diabète par rapport aux bienfaits à long terme de ce médicament ? Est-ce que des statines moins chères ou des doses moins élevées apportent les mêmes bienfaits à moindre risque ?

Niveau de preuve : 1a

Source

Ridker PM, Danielson E, Fonseca FAH et coll. Rosuvastatin to Prevent Vascular Events in Men and Women with Elevated C-Reactive Protein. *N Engl J Med* 2008 ; 359 : 2195-07.

Type d'étude : Essai à répartition aléatoire (à double insu)

Financement : Industrie

Contexte : Services de consultations externes (divers)

Affectation : Dissimulée

Résumé

Selon l'étude de l'Air Force/Texas Coronary Atherosclerosis Prevention Study, les statines peuvent être efficaces chez les patients dont le taux de cholestérol est normal et le taux de protéine C réactive (un marqueur de l'inflammation), élevé. Pour cette étude, les chercheurs ont sélectionné des adultes ayant un taux de cholestérol LDL inférieur à 130 mg/dl et de protéine C réactive supérieur à 2 mg/l. Pour ce faire, ils ont évalué près de 90 000 sujets (hommes de plus de 50 ans et femmes de plus de 60 ans) et en ont exclu une grande partie en raison d'un taux de cholestérol LDL élevé (37 611), d'un taux de protéine C réactive faible

(25 993), de la révocation du consentement (3948), de diabète (957), d'hypothyroïdie (349) ou pour d'autres raisons. Par ailleurs, les patients déjà atteints d'une maladie cardiaque ou qui avaient déjà pris une statine ou reçu une hormonothérapie de remplacement n'étaient pas admissibles, tout comme ceux dont le taux de créatine kinase, de créatinine ou de transaminases hépatiques était élevé. Les 19 323 autres patients ont reçu un placebo pendant quatre semaines, ce qui a permis d'évaluer leur fidélité au traitement. Ceux ayant pris moins de 80 % de la quantité prescrite ont été exclus de l'étude, de sorte que le produit a paru plus efficace qu'il ne l'est réellement en pratique clinique. Les 17 802 patients retenus (62 % d'hommes, 75 % de personnes de race blanche, âge moyen de 66 ans) ont été répartis au hasard dans deux groupes : un recevant 20 mg de rosuvastatine (Crestor) une fois par jour et un autre recevant un placebo. Au moment des suivis annuels, le taux de cholestérol LDL des patients sous rosuvastatine était environ deux fois moins important que celui du groupe témoin (55 mg/dl contre 110 mg/dl), et leur taux de protéine C réactive était également plus faible (~2 mg/l contre 3,5 mg/l). L'étude a pris fin après un suivi de seulement 1,9 année en moyenne. Le taux de mortalité toutes causes confondues était alors plus faible dans le groupe sous rosuvastatine (1 contre 1,25 pour 100 années-patients, $P = 0,02$), tout comme le nombre d'accidents cardiovasculaires, notamment d'infarctus du myocarde (0,17 contre 0,37 pour 100 années-patients, $P = 0,0002$) et d'AVC (0,18 contre 0,34 pour 100 années-patients, $P = 0,002$). Les patients prenant de la rosuvastatine étaient par contre plus susceptibles de devenir diabétiques (270 contre 216, $P = 0,01$). Un seul cas de rhabdomyolyse a été signalé chez un patient sous rosuvastatine. 🦋

Pour voir le site original d'InfoPOEMs,
allez au www.infopoems.com

Copyright © 2006 by Wiley Subscription Services, Inc.
Tous droits réservés.