

InfoPOEMs The Clinical Awareness System™

LE MÉDECIN DU QUÉBEC publie, à l'occasion, des résumés d'articles de recherche provenant du site Essential Evidence Plus. La liste complète des sujets se trouve au www.essentialevidenceplus.com/content/poems. 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. Un omnipraticien choisit les résumés d'articles qui seront publiés en fonction du contexte de la pratique médicale au Québec.

Ces résumés aideront les lecteurs à évaluer si les résultats de certaines études peuvent s'appliquer dans leur pratique quotidienne, à exercer leur esprit critique et à faire une lecture efficace de la littérature.

L'ivermectine, sûre et efficace contre les poux de tête résistant aux autres traitements

Quel est le meilleur traitement contre les poux de tête en cas d'échec du traitement topique initial ?

Conclusion

L'ivermectine semble une option sûre et efficace en cas de résistance au traitement topique à base de malathion organophosphoré. Les chercheurs n'indiquent toutefois pas combien de patients ayant d'abord essayé le malathion sans succès ont été recrutés, un nombre élevé constituant de toute évidence un biais en faveur de l'ivermectine.

Niveau de preuve : 1b

Source : Chosidow O, Giraudeau B, Cottrell J et coll. Oral ivermectin versus malathion lotion for difficult-to-treat head lice. *N Engl J Med* 2010 ; 362 (10) : 896-905.

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

Financement : Industrie

Contexte : Services de consultations externes
(divers)

Affectation : Dissimulée

Résumé :

Comme les poux sont de plus en plus résistants à la perméthrine, les chercheurs et les médecins ne savent plus où donner de la tête pour les éliminer. Dans cette étude financée par l'industrie, les auteurs ont réparti au hasard 812 patients (provenant de 376 ménages où le traitement par un insecticide topique n'a pas fonctionné) en deux groupes : un recevant de l'ivermectine par voie orale (400 µg/kg) et l'autre, une application de lotion à base de malathion à 0,5 % aux jours 1 et 8 de l'étude. Les sujets devaient peser au moins 15 kg. Le premier critère d'évaluation (absence de poux à l'utilisation d'un peigne fin) a été analysé le 15^e jour pour chaque ménage (et non pour chaque sujet atteint). Tous les patients avaient au moins 2 ans, et toutes les personnes vivant sous le même toit étaient encouragées à participer à l'étude. Le décompte des poux a eu lieu au début et à la fin de l'étude. À la visite initiale, au moins douze poux ont été observés chez environ le tiers des sujets. Au 15^e jour, ceux qui avaient encore des poux ont reçu l'autre traitement et ont été réévalués aux jours 22 et 29. Les groupes ont été équilibrés au départ : 87 % des sujets étaient de sexe féminin et la moyenne d'âge était de 10 ans. L'analyse s'est faite en intention de traiter, les données manquantes ayant été extrapolées à partir de la dernière observation. Les sujets prenant de l'ivermectine étaient plus susceptibles de ne plus avoir de poux au jour 15 que ceux qui recevaient du malathion (95,2 % contre 85 % ; $P < 0,001$; nombre de patients

à traiter = 10). Les effets indésirables étaient rares et semblables dans les deux groupes (1 crise d'épilepsie pour l'ivermectine et 2 maux de tête intenses pour le malathion).

Troubles urinaires après une hystérectomie

L'hystérectomie cause-t-elle plus de troubles urinaires que le stérilet au lévonorgestrel dans le traitement de la ménorragie ?

Conclusion

Par rapport au stérilet au lévonorgestrel (LNG-IUS, Mirena), le recours à l'hystérectomie pour traiter la ménorragie a été associé à un plus grand nombre d'infections urinaires et à un accroissement de l'incontinence urinaire après dix ans chez les femmes de 35 à 49 ans.

Niveau de preuve : 1b

Source : Heliövaara-Peippo S, Halmesmäki K, Hurskainen R et coll. The effect of hysterectomy or levonorgestrel-releasing intrauterine system on lower urinary tract symptoms: a 10-year follow-up study of a randomized trial. *BJOG* 2010 ; 117 (5) : 602-9.

Types d'étude : Étude de cohortes (prospective)

Financement : Fondation

Contexte : Patientes hospitalisées (à divers endroits) suivies en consultation externe

Résumé

Cette étude de cohortes d'une durée de dix ans a été menée avec répartition aléatoire en Finlande auprès de 236 femmes de 35 à 49 ans souffrant de ménorragie. À l'origine, les sujets ont d'abord été répartis de façon aléatoire dans deux groupes, l'un devant subir une hystérectomie et l'autre devant recevoir un stérilet au lévonorgestrel. Toutes les femmes, sauf quinze, ont été suivies pendant dix ans. Parmi celles ayant reçu un stérilet, 55 (46 %) ont subi une hystérectomie, la plupart dans les cinq années suivant leur admission à l'étude. Dans le cadre de l'analyse, toutes les femmes ayant subi une hystérectomie (traitement à l'étude) ont été

considérées comme faisant partie du groupe expérimental aux fins de ce rapport : 164 sujets composaient le groupe « hystérectomie » et 71, celui du « stérilet au lévonorgestrel ». Au bout de dix ans, les femmes du groupe expérimental (nombre de patients à traiter pour obtenir un effet nocif = 7 ; IC à 95 % : 4–266 ; $P = 0,006$) étaient plus nombreuses à souffrir d'incontinence urinaire et donc plus susceptibles de prendre des médicaments contre ce problème (12 % contre 1 % ; $P = 0,004$). Par ailleurs, elles ont eu plus d'infections urinaires (34 % contre 14 % ont signalé au moins une infection de cinq à dix ans après leur entrée dans l'étude ; nombre de patients à traiter pour obtenir un effet nocif = 5 ; IC à 95 % : 3–13 ; $P = 0,002$). Même après une vérification des facteurs de confusion possibles à l'aide d'un modèle multifactoriel, les infections urinaires étaient plus fréquentes chez les femmes ayant subi une hystérectomie.

L'association de deux médicaments, plus efficace contre la dépression majeure

Une association de deux médicaments est-elle plus efficace que la fluoxétine employée seule pour entraîner une rémission chez un patient souffrant de dépression majeure ?

Conclusion

La mirtazapine associée à un des trois antidépresseurs étudiés est plus efficace que la fluoxétine employée seule pour obtenir une rémission en six semaines chez les patients souffrant de dépression majeure. Le taux de rémission de 50 % par l'association de deux molécules est impressionnant. Toutefois, les patients qui ont eu recours à un tel traitement ont pris de 2 kg à 3 kg.

Niveau de preuve : 1b-

Source : Blier P, Ward HE, Tremblay P et coll. Combination of antidepressant medications from treatment initiation for major depressive disorder: a double-blind randomized study. *Am J Psychiatry* 2010 ; 167 (3) : 281-8.

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

Financement : Industrie

Contexte : Service de consultations externes (spécialisées)

Affectation : Dissimulée

Résumé

Dans une étude plutôt petite (105 participants dans quatre volets) financée par le fabricant de la mirtazapine, une association d'antidépresseurs a été comparée à la fluoxétine seule (20 mg/j) dans le but d'obtenir une rémission de la dépression. La mirtazapine (30 mg/j au coucher) a ainsi été associée à un des antidépresseurs suivants : fluoxétine (20 mg/j), venlafaxine à libération prolongée (augmentation progressive de la dose jusqu'à 225 mg/j) et bupropion à libération lente (150 mg/j). Les sujets recrutés souffraient de dépression majeure, confirmée par un score d'au moins 18 aux dix-sept premiers points de l'échelle de dépression de Hamilton. Les patients n'ayant pas répondu à la fluoxétine, dont l'état de santé était instable, dont les résultats sanguins étaient anormaux ou qui avaient des antécédents de crise

d'épilepsie, d'hypomanie ou de manie ont été exclus de l'étude. La rémission faisant suite au traitement, définie par le maintien d'un score de 7 ou moins sur l'échelle de Hamilton, a été obtenue de façon statistiquement significative plus souvent dans les trois groupes sous association que dans le groupe témoin sous fluoxétine seulement (52 %, 58 % et 46 % contre 25 % respectivement ; nombre de patients à traiter = 4 ; IC à 95 % : 2-18). Toutefois, les sujets des groupes expérimentaux ont pris de 2 kg à 3 kg en six semaines, un gain pondéral considérable, tandis que ceux du groupe sous fluoxétine seule n'ont pas pris de poids de façon générale entre le début et la fin de l'étude. Les auteurs ont aussi poursuivi l'étude avec un seul des médicaments étudiés (mirtazapine contre fluoxétine) pendant six mois chez 66 patients seulement. Les taux de rechute semblaient les mêmes pour les deux molécules employées seules, soit environ 40 %. Une rémission a rapidement été observée dans la majorité des cas au moment de l'ajout du second médicament. 📖