

InfoPOEMs

The Clinical Awareness System™

Grâce au test antigénique rapide, on peut omettre moins de 5 % des diagnostics d'angine à streptocoques.

Quelles stratégies peut-on utiliser pour diagnostiquer l'angine à streptocoques chez les enfants, sans omettre plus de 5 % des cas ?

Contexte : Cliniques de consultations externes (soins primaires)

Plan expérimental : Évaluation de tests diagnostiques

Synopsis

Les auteurs s'étant basés sur la prémisse que les pédiatres n'acceptent pas omettre plus de 5 % des diagnostics d'angine à streptocoques, comme l'indique un sondage effectué sur un échantillon de commodité* non publié, ont donc décidé que toute stratégie liée à ce type de test doit avoir une sensibilité d'au moins 95 %. Ils ont cherché en premier lieu une stratégie ayant une valeur prédictive négative d'au moins 95 %, qui reflète en même temps la sensibilité du test et la fréquence de la maladie au sein de la population. Ils ont ensuite inscrit à leur essai un vaste échantillon de commodité, formé de 87 enfants s'étant présentés à une clinique pédiatrique de consultations externes en raison d'un mal de gorge. On a effectué chez ces enfants deux prélèvements simultanés de la gorge par écouvillonnage. Chaque prélèvement a été mis en culture séparément sur gélose et soumis par la suite à un test antigénique rapide. Le test diagnostique de référence pour l'angine à streptocoques a donné un résultat positif pour l'une des deux cultures. Voici les taux de sensibilité et de spécificité des trois stratégies : celle se basant sur un seul test antigénique rapide, celle qui est fondée sur le résultat de l'un des deux tests rapides, et celle combinant le résultat d'un test rapide effectué sur l'un des prélèvements à celui issu de la mise en culture de l'autre. La sensibilité de chacune de ces stratégies a été de 87,6 %, de 91,4 % et de 95,7 %, respectivement. Les valeurs prédictives négatives ont été de 96 %, de 97,3 % et de 98,7 %,

*Échantillon choisi en fonction de l'accessibilité, de l'adéquation des coûts, de l'efficacité ou de tout autre motif sans rapport avec les paramètres de l'échantillonnage. Le terme d'échantillonnage « ad hoc » s'applique parfois à ce type d'échantillonnage.

respectivement. Les rapports de vraisemblance négative ont été de 0,13, de 0,09 et de 0,05, respectivement. Toutes ces stratégies ont permis d'atteindre la cible de moins de 5 % de diagnostics omis. Les auteurs ont cependant conclu qu'aucune des stratégies n'a permis de passer le seuil des 95 % de sensibilité, si l'intervalle de confiance est fixé à 95 %.

En bref

Chez les enfants souffrant d'angine à streptocoques, on risque d'écarter la présence de *Streptococcus pyogenes* et de ne pas diagnostiquer moins de 5 % des cas, si l'on utilise n'importe laquelle des trois stratégies indiquées ci-dessous, à condition qu'on accepte que le test diagnostique de référence d'une angine à streptocoques donne au moins une culture positive. Un seul test antigénique négatif coûte moins cher et permet de prendre des décisions thérapeutiques rapides. Les approches préconisant des tests diagnostiques chez tous les patients ayant mal à la gorge ne se sont pas avérées supérieures à celle qui était fondée sur un test effectué au moment où une règle de prédiction l'indique.

Niveau de preuve

1b

Révision : LOE

Référence : Giesecke KE, Roe MH, MacKenzie T, Todd JK. Evaluating the American Academy of Pediatrics diagnostic standard for *Streptococcus pyogenes* pharyngitis: backup culture versus repeat rapid antigen testing. *Pediatrics* 2003 ; 111 : e666-70.

Il ne faut plus recommander les antioxydants dans la prophylaxie de la maladie cardiaque.

Les antioxydants peuvent-ils prévenir la cardiopathie ?

Contexte : Divers (méta-analyse)

Plan expérimental : Méta-analyse (études contrôlées, à répartition aléatoire)

Synopsis

Il y a de nombreuses années, Victor Herbert a souligné, entre autres, que le terme « antioxydant » portait à confusion, puisque les agents ainsi nommés doivent oxyder un substrat pour pouvoir en réduire un autre (*Am J Clin Nutr* 1994 ; 60 : 157-8). Une fois qu'on s'est aperçu que le nom posait problème, il était normal qu'on se demande si la fonction de ces agents, ainsi que leurs effets, étaient ceux qu'on leur attribuait. Les auteurs de cet essai ont effectué une recherche sur MEDLINE pour répertorier les études à répartition aléatoire, menées sur l'utilisation de la vitamine E et du bêta-carotène en prévention primaire et secondaire de la cardiopathie. Ils n'indiquent pas s'ils ont également analysé des données non publiées. Pour réduire les effets des biais des publications, ils ont exclu les études portant sur moins de 1000 sujets. Par ailleurs, ils n'ont inclus dans leur analyse que les études menées dans des pays développés pour réduire les effets possibles d'une alimentation peu nutritive. Deux chercheurs indépendants ont relevé les études qui pouvaient faire l'objet de l'analyse, sans toutefois décrire les méthodes d'extraction des données ni celles qu'ils ont utilisées pour résoudre les conflits. Ils n'ont pas signalé non plus les taux de concordance entre les divers évaluateurs. Ils ont répertorié 12 études ; 8 sur le bêta-carotène et 7 sur la vitamine E. Parmi ces 12 études, 7 étaient des études de prévention primaire et 5, de prévention secondaire. Plus de 130 000 patients avaient participé aux études sur le bêta-carotène. Ces études ont révélé un taux de mortalité, toutes causes confondues, de 7,4 % chez les sujets ayant reçu l'ingrédient actif, et de 7 % au sein du groupe témoin ($p = 0,003$; nombre nécessaire pour déterminer le taux de mortalité [NNM] = 250). On a constaté une élévation faible, mais significative, des taux de mortalité par atteinte cardiovasculaire autant chez les patients sous bêta-carotène que chez ceux du groupe témoin (3,4 % contre 3,1 % ; NNM = 334 ; $p = 0,003$). Le bêta-carotène n'a exercé absolument aucun effet sur le taux d'AVC (2,3 % pour le groupe traité et le groupe témoin). Les données liées à ces points d'aboutissement ont été homogènes pour toutes les études. Plus de 81 000 patients ont participé aux études sur la vitamine E. Les taux de mortalité, toutes causes confondues, dans le groupe traité et le groupe témoin ont été identiques. Les taux de mortalité, par atteinte cardiovasculaire, et ceux d'AVC ont également été identiques dans le groupe en traitement et le groupe témoin. Enfin, dans une tentative de mettre quand même les résultats dans une perspective favorable, les auteurs ont combiné tous les points d'aboutissement. Ils ont constaté que tous les résultats défavorables étaient identiques chez les patients sous vitamine E

et chez ceux sous placebo. Les données issues de toutes ces études ont également été homogènes.

En bref

Chez des patients exposés à un risque élevé ou faible, le bêta-carotène et la vitamine E n'offrent pas de protection contre le décès, toutes causes confondues, le décès par atteinte cardiovasculaire ou les AVC.

Niveau de preuve

1a-

Révision : LOE

Référence : Vivekananthan DP, Penn MS, Sapp SK, et coll. Use of antioxidant vitamins for the prevention of cardiovascular disease: meta-analysis of randomized trials. *Lancet* 2003 ; 361 : 2017-23.

La réduction graduelle des doses de corticostéroïdes est efficace chez les patients souffrant d'asthme chronique, dont l'état est stable.

Peut-on réduire la dose de corticostéroïdes chez les patients souffrant d'asthme chronique, dont l'état est stable, tout en assurant une maîtrise adéquate de la maladie ?

Contexte : Cliniques de consultations externes (soins primaires)

Plan expérimental : Étude contrôlée, à répartition aléatoire (à double insu)

Synopsis

Les chercheurs ont inscrit à cette étude 259 adultes traités en Écosse par des omnipraticiens. Ces patients avaient des antécédents d'asthme, et recevaient au moins 800 µg de béclométhasone par inhalation (dose moyenne = 1430 µg), ou une dose équivalente d'un autre corticostéroïde par inhalation. On a considéré que l'état de ces patients était stable (c'est-à-dire qu'ils ne devaient pas prendre de corticostéroïdes par voie orale et n'avaient eu besoin d'aucun traitement pour l'asthme au cours des deux derniers mois). Les sujets ont été répartis de façon aléatoire en deux groupes : l'un recevait la pleine dose des corticostéroïdes habituels, l'autre une dose réduite (de 50 %). Voici comment les chercheurs ont procédé. Au début de l'étude, les patients des deux groupes ont reçu leur dose habituelle. Pour les visites de suivi, on avait remis aux médecins traitants un paquet contenant deux inhalateurs, l'un portant l'étiquette « dose habituelle », l'autre l'étiquette

« dose réduite », avec la consigne d'utiliser l'inhalateur adéquat en fonction de l'état clinique du patient. Toutefois, l'inhalateur portant l'étiquette « dose réduite », destiné au groupe témoin, contenait en réalité la dose habituelle. Pour évaluer l'état clinique du patient, les chercheurs ont analysé les mesures du débit expiratoire de pointe, prises par les patients deux fois par jour, pendant les deux semaines précédentes. Au cours de l'étude, l'état de 81 % à 84 % des patients des deux groupes avait été bien maîtrisé, et ces sujets avaient reçu la dose réduite. À la fin de l'étude, 49 % des patients du groupe dont la dose avait été diminuée graduellement prenaient la dose réduite. On n'a pas noté d'écart sur le plan de l'exacerbation de l'asthme entre les deux groupes, ni de différences dans les mesures de l'état de santé ou des scores de morbidité.

En bref

Les adultes asthmatiques, chez lesquels les doses de corticostéroïdes ont été majorées, peuvent bénéficier d'une réduction de 50 % de la dose, une fois la crise maîtrisée, sans que le degré de maîtrise de la maladie soit modifié pendant au moins un an.

Niveau de preuve

Ic

Révision : LOE

Référence : Hawkins G, McMahon AD, Twaddle S, Wood SF, Ford I, Thomson NC. Stepping down inhaled corticosteroids in asthma: randomized controlled trial. *BMJ* 2003 ; 326 : 1115-18.

La colchicine est efficace en cas de constipation idiopathique chronique.

La colchicine constitue-t-elle un traitement efficace de la constipation chronique ?

Contexte : Cliniques de consultations externes (spécialisées)

Plan expérimental : Étude croisée (à répartition aléatoire).

Synopsis

La constipation chronique est une maladie difficile à traiter, dont la cause demeure souvent cachée. L'innocuité de la colchicine dans le traitement de la goutte et d'autres maladies est bien connue, mais la diarrhée est l'un de ses principaux effets secondaires. Dans une tentative de transformer un désagrément en un bienfait, les gastro-entérologues ont décidé d'essayer de traiter par la colchicine la constipation

idiopathique chronique chez un groupe de 16 patients.

Toutes ces personnes souffraient de constipation depuis au moins dix ans et ne réagissaient pas aux fibres, au bisacodyl ou aux anthraquinones (substances extraites de l'aloès, du séné, de la bourdaine, de la cascara ou de la rhubarbe). Par ailleurs, malgré une évaluation approfondie, on n'avait pu trouver chez elles la cause des symptômes. Tous les sujets, sauf un, étaient des femmes, dont l'âge variait de 25 à 89 ans. Il s'agissait d'un essai croisé, mais les patients ont reçu 3,4 grammes de psyllium par voie orale, trois fois par jour, tout au long de l'étude. Cet essai consistait en une période initiale d'observation de deux semaines, une période de quatre semaines en traitement actif (colchicine à 0,6 mg par voie orale, trois fois par jour) ou sous placebo, une période de sevrage de deux semaines et, enfin, une période de quatre semaines sous placebo ou en traitement actif (par le médicament qui n'avait pas été administré la première fois). Un essai croisé a plus de puissance, puisqu'il permet de dépister une différence statistiquement significative au sein d'une population restreinte. Le premier point d'aboutissement a été le nombre hebdomadaire de selles, qui a considérablement augmenté grâce à la colchicine (9,9 par semaine contre 2,7 par semaine ; $p = 0,001$). Cependant, le temps de transit dans le côlon a diminué dans le groupe sous colchicine, passant de 63,1 heures à 29,1 heures. Le principal désavantage a été une légère augmentation des douleurs abdominales, pendant le traitement à la colchicine, allant de 2 à 2,5 sur une échelle de 5, (signification clinique limite), mais ce symptôme a diminué pendant la quatrième semaine de traitement actif.

En bref

La colchicine s'avère efficace dans le traitement de la constipation idiopathique chronique chez la femme. Malgré une légère augmentation des douleurs abdominales, les patientes ont demandé de continuer le traitement à la fin de l'étude. On ne sait pas si les résultats de cette étude de faible envergure s'appliquent également aux hommes.

Niveau de preuve

2b

Révision : LOE

Référence : Verne GN, Davis RH, Robinson ME, et coll. Treatment of chronic constipation with colchicine: randomized, double-blind, placebo-controlled crossover trial. *Am J Gastroenterol* 2003 ; 98 : 1112-16.

Copyright © 1995-2002 InfoPOEMs, Inc. Tous droits réservés.
Adresse du site original d'InfoPOEMs : <http://www.infopoems.com>