

InfoPOEMs

The Clinical Awareness System™

CHAQUE MOIS, *Le Médecin du Québec* publie une sélection de 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 est disponible 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. Vous les trouverez sur le site Web de la FMOQ, au www.fmoq.org/medecin_du_quebec/pdf/criteres.pdf. 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 rigoureux et le niveau 5, le moins rigoureux. La grille des niveaux de preuve est disponible au www.infopoems.com/loe.cfm. Chaque mois, un omnipraticien choisit les résumés d'articles que nous publierons, en fonction du contexte de la pratique médicale au Québec.

Les InfoPOEMs complètent bien les nouvelles médicales de la section *Échographies* 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 leur pratique quotidienne.

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

L'arrêt du traitement par des dérivés nitrés à action prolongée en présence d'angine stable ne comporte pas de risques

Peut-on arrêter sans risques le traitement par des dérivés nitrés à action prolongée chez les patients souffrant d'angine stable chez qui le traitement pourrait ne plus être indiqué ?

Contexte : Cliniques de consultations externes (soins spécialisés)

Plan expérimental : Étude contrôlée, à répartition aléatoire (ouverte)

Synopsis

Un grand nombre de patients prennent des dérivés nitrés dans le cadre d'un traitement prolongé de l'angine stable. Quel risque peut comporter l'arrêt de ce traitement, si le patient désire prendre du sildénafil (Viagra^{MC}), par exemple ? Dans le cadre de cette étude, on a réparti en deux groupes des patients dont l'état était stable sur le plan hémodynamique, qui prenaient des dérivés nitrés à action prolongée pour soulager les symptômes d'angine, mais qui n'avaient pas eu

de crise depuis au moins trois mois. Chez les sujets du premier groupe, on a arrêté le traitement abruptement, alors que chez ceux du deuxième groupe, on l'a poursuivi (la répartition a été effectuée dans un rapport de 2 pour 1). La plupart des patients prenaient un dérivé nitré une ou deux fois par jour, pour une dose quotidienne moyenne de 41 mg à 45 mg. À la fin de cette étude d'une durée de trois mois, l'angine est réapparue chez 8 des 80 patients qui avaient cessé le traitement et chez 2 des 40 sujets qui l'avaient poursuivi. Ces personnes ont dû prendre leur médicament de secours, soit un dérivé nitré à action brève en aérosol (10 % contre 2 % ; $p = 0,141$). La valeur de cette étude est limitée du fait qu'elle n'a pas été réalisée à l'insu et que le mode de répartition n'a pas été dévoilé. Il se pourrait qu'une étude de plus grande envergure révèle que l'arrêt du traitement par les dérivés nitrés comporte plus de risques. Toutefois, dans ce groupe de patients, l'intervention s'est révélée peu dangereuse et bien tolérée. Avec un intervalle de confiance de 95 %, le nombre de décès est évalué à 3 sur 80, soit 3,7 % des sujets. Les auteurs précisent que chez la plupart des patients ayant subi une crise récurrente, la fraction d'éjection était basse, bien que cette tendance n'ait pas été statistiquement significative.

En bref

L'abandon du traitement par des dérivés nitrés à action prolongée en présence d'angine stable comporte peu de risques aussi longtemps que les patients peuvent recourir à des médicaments de secours et qu'ils peuvent reprendre le traitement en cas de crise récurrente. Chez les patients dont la fraction d'éjection est basse, le risque de récurrence pourrait être légèrement plus élevé.

Niveau de preuve

2c

Référence : George J, Kitzis I, Zandorf D et coll. Safety of nitrate withdrawal in angina-free and hemodynamically stable patients with coronary artery disease. *Chest* 2003 ; 124 : 1652-7.

Le sildénafil n'est pas efficace chez les femmes postménopausées

Le sildénafil peut-il traiter le trouble de l'excitation sexuelle chez les femmes postménopausées ?

Contexte : Divers

Plan expérimental : Étude avec permutation (à répartition aléatoire)

Synopsis

De nombreuses femmes postménopausées et leur médecin se demandent si le sildénafil (Viagra^{MC}) est efficace dans le traitement du trouble de l'excitation sexuelle. Pour cette étude menée au Canada, on a recruté 34 volontaires postménopausées qui ne réagissaient pas à l'excitation sexuelle des organes génitaux, malgré la capacité subjective de réagir à des stimuli non génitaux. Au moment de l'admission à cet essai, toutes ces femmes suivaient, depuis au moins six mois, une hormonothérapie substitutive à base d'oestrogènes et de progestérone, mais sans androgènes. Des entrevues structurées détaillées ont permis de constituer un échantillon homogène. La séance expérimentale

consistait en la présentation d'une vidéo d'un rapport hétérosexuel de 30 minutes, comprenant les préliminaires, le coït proprement dit et la stimulation manuelle à l'aide d'un vibreur. Les participantes à cet essai ont été réparties aléatoirement de façon à recevoir 50 mg de sildénafil ou un placebo, une heure avant la séance expérimentale. À la séance suivante, les deux agents ont été permutés. Deux vidéos, dont le contenu était similaire, ont été présentées aux femmes selon un mode de répartition aléatoire équilibrée. On n'a pas relevé de différences pour ce qui est du pourcentage de femmes ayant atteint l'orgasme, du délai pour atteindre l'orgasme ou du niveau d'excitation sexuelle subjective. La réaction sexuelle des participantes était mesurée par photopléthysmographie, un outil de diagnostic de la sexualité féminine qui permet de mesurer la congestion des vaisseaux des organes génitaux. Après avoir fait diverses comparaisons entre les sous-groupes, les auteurs ont émis l'hypothèse que les femmes du sous-groupe dont les pulsations vaginales étaient de faible amplitude, selon les mesures photopléthysmographiques, pourraient tirer avantage du sildénafil. D'un point de vue clinique, les femmes de ce groupe ne se distinguaient pas des autres d'après les caractéristiques révélées par les entrevues. On a constaté des effets secondaires chez 59 % des femmes sous sildénafil et chez 24 % des femmes sous placebo. Les effets secondaires le plus souvent signalés ont été des bouffées vasomotrices, des maux de tête et des étourdissements. Une femme a également signalé une légère douleur clitoridienne qui s'est maintenue 48 heures après la prise de sildénafil.

En bref

Le sildénafil ne s'est pas avéré efficace dans le traitement du trouble acquis de l'excitation sexuelle des organes génitaux chez des femmes postménopausées sous hormonothérapie.

Niveau de preuve

1b

Référence : Basson R, Brotto LA. Sexual psychophysiology and effects of sildenafil citrate

in oestrogenised women with acquired genital arousal disorder and impaired orgasm: a randomised controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol* 2003 ; 110 : 1014-24.

Les chocs électriques sont efficaces en cas de tendinite ossifiante de l'épaule

Est-ce qu'un traitement extracorporel par ondes de choc peut s'avérer efficace en cas de tendinite ossifiante de l'épaule ?

Contexte : Cliniques de consultations externes (soins spécialisés)

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

Synopsis

La tendinite ossifiante de la coiffe des rotateurs est une cause courante de douleur à l'épaule. Le traitement comprend l'administration d'anti-inflammatoires non stéroïdiens par voie orale ou de corticostéroïdes par injection, la physiothérapie et la chirurgie (rarement). Puisque le traitement extracorporel par ondes de choc s'est révélé efficace dans le cas d'autres tendinites ossifiantes, comme la fasciite plantaire, les auteurs ont souhaité en vérifier l'efficacité dans le traitement d'une tendinite ossifiante de la coiffe des rotateurs de l'épaule. Ils ont recruté 144 patients ayant des douleurs à l'épaule depuis au moins six mois et dont la radiographie avait révélé des dépôts de calcium d'au moins 5 mm autour de la coiffe des rotateurs. Les sujets ont été répartis au hasard (mode de répartition dissimulé) pour recevoir un traitement extracorporel à base d'ondes de choc à haute énergie, un traitement à base d'ondes de choc à faible énergie ou un pseudotraitement. Les chercheurs qui devaient évaluer les résultats ne connaissaient pas la répartition des participants dans chaque groupe de traitement. Au total, 134 patients (93 %) ont été suivis pendant six mois. À l'aide d'une analyse des sujets retenus au début de l'étude, on a pu constater que le traitement

extracorporel par ondes de choc à haute énergie ainsi que celui par ondes de choc à faible énergie ont diminué la douleur et amélioré le fonctionnement significativement plus que le pseudotraitement ($p < 0,001$). En outre, les ondes de choc à haute énergie se sont révélées significativement plus efficaces que celles à faible énergie. Au bout de 12 mois, le traitement extracorporel par ondes de choc à faible énergie ne s'est pas révélé plus efficace que le pseudotraitement.

En bref

Un traitement extracorporel à base d'ondes de choc réduit la douleur et améliore les mouvements en cas de tendinite ossifiante de la coiffe des rotateurs de l'épaule. Un traitement à haute énergie est plus efficace qu'un traitement à faible énergie.

Niveau de preuve
1b

Référence : Gerdesmeyer L, Wagenpfeil S, Haake M et coll. Extracorporeal shock wave therapy for the treatment of chronic calcifying tendonitis of the rotator cuff. A randomized controlled trial. *JAMA* 2003 ; 290 : 2573-80.

La vitamine K par voie orale est efficace en cas de surdose de warfarine

La vitamine K par voie orale est-elle aussi efficace que la vitamine K par voie intraveineuse en cas de surdose de warfarine ?

Contexte : Cliniques de consultations externes (divers)

Plan expérimental : Étude contrôlée à répartition aléatoire (sans insu)

Synopsis

Les chercheurs ont inscrit à cette étude 61 patients consécutifs suivant un traitement par la warfarine,

dont le rapport international normalisé (RIN) était de 6 ou plus, mais qui ne présentaient pas de saignements majeurs. On a réparti aléatoirement ces patients (la stratégie de randomisation n'a pas été dévoilée au médecin chargé de l'inscription des patients) de façon qu'ils reçoivent de la vitamine K, soit par voie orale, soit par voie intraveineuse. Les patients sous traitement par voie orale ont reçu 2,5 mg de vitamine K, si leur RIN se situait entre 6 et 10 (71 % des patients), ou 5 mg s'il était supérieur à 10. Les patients du groupe sous traitement par voie intraveineuse ont reçu une faible dose de phytonadione, soit 0,5 mg si leur RIN se situait entre 6 et 10, et 1 mg s'il était supérieur à 10. Cette dose par voie intraveineuse est plus faible que celle qu'on administre habituellement, mais des doses plus élevées n'ont pas réussi à corriger plus rapidement l'effet anticoagulant de la warfarine, mais seulement à prolonger le laps de temps pendant lequel le patient est réfractaire à cet agent. Chez les patients dont le RIN se situait entre 6 et 10, l'abaissement a été plus rapide lors de l'administration par voie intraveineuse, puisque le RIN est descendu entre 2 et 4 en l'espace de six heures, alors que ce résultat n'a été obtenu qu'après 24 heures dans le cas du traitement par voie orale. Après 12 heures, l'administration par voie intraveineuse avait permis de corriger l'effet anticoagulant chez environ deux fois plus de patients. Après 24 heures, aucune différence n'a été notée entre le nombre de patients des deux groupes chez lesquels l'effet anticoagulant a été corrigé. La différence dans le taux de réponse pourrait ne pas être pertinente sur le plan clinique, car à ce niveau d'anticoagulation, il n'est habituellement pas nécessaire de corriger rapidement l'effet anticoagulant. Chez les patients dont le RIN était de 10 ou plus, on n'a relevé aucune différence entre la réaction au traitement par voie orale ou par voie intraveineuse à quelque moment que ce soit. Toutefois, la puissance de cette étude n'était probablement pas suffisante pour déceler une faible différence, le cas échéant. À 28 jours, on n'a constaté aucun saignement ni aucun épisode thrombotique chez les patients.

En bref

De faibles doses de vitamine K par voie orale sont

aussi efficaces que la vitamine K administrée par voie intraveineuse chez les patients dont le RIN est élevé en raison d'un effet trop prononcé de la warfarine. Lorsque le RIN est supérieur à 10, les deux voies d'administration produisent des résultats équivalents. Lorsque cette élévation est moins importante (de 6 à 10), la voie intraveineuse permet d'abaisser davantage le RIN pendant les 12 premières heures, mais 24 heures plus tard le RIN moyen est identique. Il faut noter que l'administration de vitamine K par voie intraveineuse est déconseillée en raison des risques d'anaphylaxie et que des recherches antérieures ont montré que la vitamine K était plus efficace lorsqu'elle est administrée par voie orale plutôt que par voie sous-cutanée (Crowther MA. *Ann Intern Med* 2002 ; 137 : 251-4).

Niveau de preuve

1c

Référence : Lubetsky A, Yonath H, Olchovsky D et coll. Comparison of oral vs intravenous phytonadione (vitamin K) in patients with excessive anticoagulation. *Arch Intern Med* 2003 ; 163 : 2469-73.

Une formation offerte aux médecins n'a pas entraîné de perte de poids chez les patients obèses

Est-ce qu'un programme de formation sur la prise en charge de l'obésité, qui s'adresse à des professionnels de la santé administrant des soins primaires, entraîne une perte de poids chez les patients ?

Contexte : Cliniques de consultations externes (soins primaires)

Plan expérimental : Étude contrôlée à répartition aléatoire (à simple insu)

Synopsis

Pour les professionnels de la santé qui prodiguent des soins primaires, aider les patients à perdre du

poids constitue une tâche ardue. Dans le cadre de cette étude britannique, on a réparti aléatoirement en deux groupes 44 centres où pratiquaient 245 médecins et infirmières donnant des soins de premier recours. Les professionnels des centres du premier groupe bénéficiaient d'un programme de formation sur le traitement de l'obésité, alors que ceux du deuxième groupe continuaient à administrer les soins habituels. La formation se donnait en trois séances de 90 minutes et portait sur les bienfaits de la perte de poids et sur les options thérapeutiques efficaces, dont la réduction de l'apport calorique, l'intensification de l'activité physique et les interventions pharmacologiques. Le modèle de pratique recommandé consistait en des consultations à intervalles de deux semaines (jusqu'à ce que le patient obèse parvienne à perdre 10 % de son poids initial), suivies de visites plus espacées au cabinet médical, soit à des intervalles d'un ou deux mois. On a également remis à ces professionnels de la santé des outils leur permettant de calculer la valeur énergétique des aliments et de prescrire un régime individualisé comportant une réduction de 500 calories par jour. Ce programme prônait comme approche les soins intégrés. Ont été admis à cette étude 843 patients dont l'indice moyen de masse corporelle était de 37. Une année après la formation des médecins, les patients des 22 centres du groupe d'intervention avaient gagné en moyenne 1 kg par rapport à ceux du groupe témoin qui bénéficiaient des soins habituels (IC à 95 % : 1,9-3,9 ; p = 0,5). Cependant, on a noté que les professionnels de la santé des centres ayant reçu la formation avaient acquis plus de connaissances. Les dossiers médicaux ont révélé que les patients du groupe d'intervention avaient eu deux consultations de plus en moyenne que ceux du groupe témoin, ainsi que plus d'explications sur les bienfaits de la perte de poids.

En bref

Un programme de formation destiné à des professionnels de la santé administrant des soins primaires, qui leur permet de donner de brefs conseils prescriptifs sur les modifications à apporter au mode de vie, a entraîné des changements au niveau

des connaissances et du comportement des praticiens, sans pour autant conduire à une perte de poids chez leurs patients obèses.

Niveau de preuve

1b

Référence : Moore H, Summerbell CD, Greenwood DC et coll. Improving management of obesity in primary care: cluster randomized trial. *BMJ* 2003 ; 327 : 1085-8.

Le bupropion en complément d'un soutien téléphonique aide les fumeurs à abandonner l'usage du tabac

Dans quelle mesure l'utilisation de bupropion associée à un soutien téléphonique aide-t-il les fumeurs à abandonner l'usage du tabac ?

Contexte : Cliniques de consultations externes (soins primaires)

Plan expérimental : Étude contrôlée à répartition aléatoire (sans insu)

Synopsis

Nous savons que les conseils d'un médecin, associés à un traitement par le bupropion, peuvent aider les fumeurs à se débarrasser de leur mauvaise habitude. Cette étude, menée dans un milieu de soins primaires, a porté sur 1524 fumeurs. On a évalué un counselling d'intensité minimale à modérée associé à deux régimes posologiques à base de bupropion retard (à 150 mg ou à 300 mg par jour). Le counselling minimal se basant sur le programme *Zyban Advantage Plan* (programme de soutien des patients sous Zyban®) consistait en un entretien téléphonique, préétabli le lendemain du jour où le patient avait arrêté de fumer, suivi de l'envoi par la poste de quatre questionnaires sur les progrès notés sur le plan de la désaccoutumance. Le counselling d'intensité modérée, quant à lui, consistait en un programme de soutien téléphonique se basant sur les stratégies recommandées par la *Preventive Services*

Communiqués de presse et autres documents

- **Communiqué de presse** – La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux signent une entente pour assurer une meilleure répartition des effectifs en médecine générale à travers le Québec – 17 février 2004
- **Lettre du D^r Dutil aux médias** – Le CLSC doit demeurer un lieu où s'exerce la médecine familiale – 11 février 2004
- **Communiqué du président de la FMOQ** – Avis de nomination ou de renouvellement et attestation du médecin – 20 janvier 2004
- **Bulletin de nouvelles de la FMOQ** – Les plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) – Vol. 24, n° 1, janvier 2004
- Lettre du D^r Renald Dutil à l'attention de tous les médecins omnipraticiens du Québec – 5 janvier 2004
- Mémoire à la Commission parlementaire des affaires sociales relativement au projet de loi n° 25 – « Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux » – 2 décembre 2003
- **Communiqué de presse** – La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec recommande des modifications substantielles au projet de loi 25 – 2 décembre 2003
- **Bulletin de nouvelles de la FMOQ** – La nouvelle entente particulière sur les activités médicales particulières est en vigueur ! – Vol. 23, n° 4, novembre 2003
- **Communiqué de presse** – Projet de loi 25 : La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec s'inquiète de la place des soins de première ligne au sein des nouveaux réseaux de la santé – 11 novembre 2003
- **Communiqué de presse** – La Fédération des médecins omnipraticiens du Québec propose son soutien à l'établissement d'un campus offrant un programme d'études prédoctorales en médecine à Trois-Rivières – 4 novembre 2003
- Guide pratique à l'intention des médecins – Grossesse et adoption : congés prévus aux ententes
- **Bulletin de nouvelles de la FMOQ** – Activités médicales particulières – Les négociations se poursuivent – Vol. 23, n° 3, septembre 2003

www.fmoq.org

Task Force des États-Unis. Ce programme prévoyait cinq appels téléphoniques personnalisés à des dates déterminées d'avance, l'envoi par la poste de matériel de soutien et l'accès gratuit à une ligne d'aide téléphonique pendant un an. Quatre groupes ont été constitués : (1) counselling minime et bupropion à 150 mg ; (2) counselling modéré et bupropion à 150 mg ; (3) counselling minime et bupropion à 300 mg ; et (4) counselling modéré et bupropion à 300 mg. Les taux d'abandon du tabagisme après douze mois ont été respectivement de 24 %, 31 %, 26 % et 33 %. La plupart des participants ont signalé quelques effets indésirables, le taux étant plus élevé chez ceux qui prenaient la dose de 300 mg que chez ceux qui prenaient celle de 150 mg (76 % contre 68 % ; $p = 0,002$). On a noté qu'un plus grand nombre de patients parmi ceux prenant la dose de 300 mg avaient tendance à abandonner le médicament en raison des effets indésirables (31 % contre 26 % ; $p = 0,07$).

En bref

Les patients qui veulent arrêter de fumer ont de bonnes chances de réussir (1 sur 3 ou 4), si on leur prescrit du bupropion (Zyban), en plus d'un counselling téléphonique minime ou modéré. Le suivi après 12 mois a permis de constater que le bupropion ajouté au counselling a entraîné des taux d'abandon du tabagisme cliniquement importants chez tous les groupes. Des doses plus élevées de bupropion (300 mg par jour) n'entraînent pas de taux de désaccoutumance beaucoup plus élevés, mais augmentent les effets secondaires et les coûts. Un counselling plus intensif donne lieu à des taux d'abandon légèrement plus élevés qu'un counselling minime, soit un écart supplémentaire de 7 %.

Niveau de preuve

1b

Référence : Swan GE, McAfee T, Curry SJ et coll. Effectiveness of bupropion sustained release for smoking cessation in a health care setting: a randomized trial. *Arch Intern Med* 2003 ; 163 : 2337-44.

Voici l'adresse du site original d'InfoPOEMs :
www.infopoems.com

Copyright © 1995-2002 InfoPOEM, Inc. Tous droits réservés.

InfoPOEMs

35