

InfoPOEMs

The Clinical Awareness System™

CHACUN 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 preuves 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 preuves est disponible au www.infopoems.com/loe.cfm. Chaque mois, un omnipraticien choisit les résumés d'articles qui seront publiés 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 sa pratique quotidienne.

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

Les tests des D-dimères est utile pour écarter une thrombose veineuse profonde et une embolie pulmonaire

Peut-on utiliser les tests des D-dimères pour écarter la possibilité d'une thrombo-embolie en cas de doute ?

Contexte : Divers (méta-analyse)

Plan expérimental : Méta-analyse (autre)

Synopsis

Pour répondre à la question concernant l'utilité des tests des D-dimères en cas de présomption de thrombose veineuse profonde (TVP) ou d'embolie pulmonaire (EP), les auteurs de cette méta-analyse ont repéré 78 études de haute qualité en cherchant sur MEDLINE et EMBASE les études évaluatives, toutes langues confondues. Ils ont aussi effectué une deuxième analyse, à l'aide de 30 études supplémentaires dont le plan expérimental était moins rigoureux. Comme c'est désormais la norme pour les méta-analyses, deux auteurs ont déterminé les essais à inclure dans la recherche et deux autres en ont extrait les données chacun de leur côté et ont ensuite comparé leurs résultats. Parmi les diverses méthodes de dosage des D-dimères, le dosage immuno-enzymatique ELISA et le dosage quantitatif

ELISA rapide possèdent les meilleures caractéristiques. Pour écarter la présence d'une TVP, la sensibilité de ces tests est de 96 % et le rapport de vraisemblance négatif de 0,09 - 0,12. Pour écarter une EP, les caractéristiques sont similaires, avec une sensibilité de 95 % et un rapport de vraisemblance de 0,12. En d'autres mots, le dosage des D-dimères permet d'écarter de manière fiable la présence d'une TVP ou d'une EP. Cependant, ce test n'est pas très utile, à lui seul, pour diagnostiquer une TVP ou une EP, mais il peut servir lorsqu'on le combine à d'autres tests ou à une analyse des décisions (*Arch Intern Med* 2002 ; 162 : 907-11).

En bref

Bien que les tests diagnostiques soient souvent utiles à la fois pour déceler et pour écarter une maladie, certains sont plus appropriés pour l'une ou l'autre de ces tâches. Le résultat normal d'un dosage des D-dimères est un moyen fiable pour écarter la présence d'une embolie pulmonaire ou d'une thrombose veineuse profonde en cas de doute, mais n'est pas particulièrement utile, à lui seul, pour poser ces diagnostics. Les résultats de cette méta-analyse confirment ceux d'une méta-analyse antérieure (*Ann Emerg Med* 2002 ; 40 : 133-44).

Niveau de preuve

1a

Le Médecin du Québec, volume 39, numéro 11, novembre 2004

Référence : Stein PD, Hull RD, Patel KC et coll. D-dimer for the exclusion of acute venous thrombosis and pulmonary embolism. A systematic review. *Ann Intern Med* 2004 ; 140 : 589-602.

Un traitement non chirurgical est efficace pour le syndrome du canal carpien

Les interventions non chirurgicales pour traiter le syndrome du canal carpien sont-elles efficaces ?

Contexte : Divers (méta-analyse)

Plan expérimental : Étude méthodique

Synopsis

Ces auteurs ont fait un inventaire méthodique des études contrôlées à répartition aléatoire publiées en anglais et menées sur les traitements non chirurgicaux du syndrome du canal carpien. Ils ont fait une recherche exhaustive dans la littérature, notamment dans les bases de données MEDLINE et EMBASE, dans la Cochrane Library et dans le registre des études contrôlées. Ils ont également effectué des recherches dans les bibliographies des articles publiés antérieurement et ont communiqué avec les auteurs pour obtenir des données non publiées. Chacun des auteurs a évalué la qualité des études à l'aide de l'échelle PEDro (Physiotherapy Evidence Database), qui donne un score total possible de dix points. Chaque différend a été réglé par consensus. Pour qu'une étude puisse être incluse dans l'analyse, elle devait avoir un score d'au moins trois. Les auteurs ont fini par recueillir deux études méthodiques, seize études contrôlées à répartition aléatoire et une étude quasi expérimentale qui répondaient à leurs critères. Ils ont constaté un taux de résolution assez élevé. En effet, près de la moitié des patients traités par le placebo ont affirmé que leur état s'était amélioré. Des injections locales de corticostéroïdes ont considérablement soulagé les symptômes, mais 50 % des patients ont dû subir une intervention chirurgicale en l'espace d'un an. Les corticostéroïdes par voie orale ont apporté une amélioration à court terme, mais aucune donnée n'est disponible sur l'efficacité à long terme. Voici les méthodes thérapeutiques dont l'efficacité n'est prouvée que par des données de qualité limitée (études de petite envergure, plan expérimental insatisfaisant,

résultats mitigés ou conflictuels) : acuponcture au laser, exercice, ultrasons, attelle d'immobilisation et yoga. Les auteurs ont été incapables de trouver des données appuyant les bienfaits des anti-inflammatoires non stéroïdiens, des traitements chiropratiques, de la pyridoxine, des diurétiques ou des aimants.

En bref

Selon cette analyse méthodique, les traitements non chirurgicaux du syndrome du canal carpien à l'aide de corticostéroïdes oraux ou injectables ont apporté un soulagement passager. La résolution spontanée est plus courante qu'on ne le pense : près de la moitié des patients ayant reçu un placebo ont vu leur état s'améliorer. On ne possède pas de données sur l'efficacité à long terme de la plupart des traitements. Selon les résultats des rares études qui comportaient un suivi à long terme, jusqu'à 50 % des patients ont dû subir une intervention chirurgicale dans l'année qui a suivi leur inscription.

Niveau de preuve

1a

Référence : Goodyear-Smith F, Arroll B. What can family physicians offer patients with carpal tunnel syndrome other than surgery? A systematic review of nonsurgical management. *Ann Fam Med* 2004 ; 2 : 267-73.

Le cancer de la prostate est relativement courant même lorsqu e le taux d'antigène spécifique prostatique (APS) est inférieur à 4 ng/ml

Quelle est la fréquence du cancer de la prostate chez les hommes dont le taux d'APS est inférieur ou égal à 4 ng/ml ?

Contexte : Cliniques de consultations externes (diverses)

Plan expérimental : Étude de cohortes (prospective)

Synopsis

L'utilité du dosage de l'APS à titre de test de dépistage est controversée, puisqu'un grand nombre des cancers qu'il permet de déceler n'auraient jamais nui aux patients. Par ailleurs, le traitement de la maladie et l'idée de savoir qu'on souffre d'un cancer n'ont rien de bénin.

Les auteurs de cette étude d'une durée de sept ans ont exploré de façon plus approfondie ce problème en évaluant un groupe d'hommes faisant partie du groupe témoin d'une étude menée sur le rôle du finastéride dans la prévention du cancer de la prostate. Des 9459 hommes du groupe témoin, 1187 ont été exclus du fait que leur taux d'APS a dépassé 4 ng/ml à au moins une reprise et 3460 autres l'ont aussi été parce qu'au moins un toucher rectal a donné un résultat anormal ou parce qu'ils n'ont pas été soumis à une biopsie de la prostate à la fin de l'étude ou à un autre moment approprié. Il restait donc un groupe de 2950 hommes, de 62 à 91 ans au moment de la biopsie de la prostate, dont les taux annuels d'APS ont été inférieurs ou égaux à 4 ng/ml tout au long de l'étude qui prévoyait une biopsie à sa conclusion au bout de sept ans. L'un des problèmes que soulève ce type d'études est que ces hommes sont exposés à un risque plus élevé que la moyenne et qu'ils veulent peut-être participer à l'étude en raison de l'inquiétude que leur inspire le cancer de la prostate. Cependant, cela n'a probablement pas été le cas des participants à cette étude, puisque seulement 16 % d'entre eux environ avaient un parent de premier degré atteint de cette maladie. Le cancer de la prostate a été diagnostiqué chez 8,8 % des hommes dont le taux d'APS était inférieur à 1 ng/ml, chez 17 % des sujets ayant un taux de 1,1 à 2 ng/ml, chez 23,9 % des participants dont le taux était de 2,1 à 3 ng/ml et chez 26,9 % de ceux dont le taux se situait entre 3,1 et 4 ng/ml. La probabilité d'un cancer de la prostate de grade élevé (score de Gleason \geq 7) était bien moins grande : 0,9 % pour un taux d'APS inférieur à 1 ng/ml, 2,0 % pour un taux se situant entre 1,1 et 2 ng/ml, 4,6 % pour un taux se situant entre 2,1 et 3 ng/ml et 6,7 % pour un taux se situant entre 3,1 et 4 ng/ml.

En bref

Le cancer de la prostate, même de grade élevé, est diagnostiqué chez des hommes âgés qui obtiennent des résultats au dosage de l'antigène prostatique spécifique dits « normaux ». Vous pouvez interpréter les résultats de cette étude de deux façons. D'une part, si l'inquiétude vous pousse à pratiquer plus de biopsies et à diagnostiquer plus de cancers de la prostate, ces résultats vous inciteront à abaisser le seuil des taux d'APS que vous considérez comme normaux. D'autre part, vous pouvez aussi vous dire, à juste titre, que le dosage des APS donne des résultats assez peu fiables. Il est sage de garder à l'esprit

l'idée que même si le cancer de la prostate atteint 17 % des hommes, il ne cause la mort que chez 3 % d'entre eux. Jusqu'à ce qu'on puisse connaître les résultats d'études contrôlées à répartition aléatoire (prévus pour 2006), il serait raisonnable d'interpréter avec prudence les résultats des dosages des APS dits « anormaux » et d'envisager avec beaucoup d'hésitation des biopsies chez les hommes dont le taux d'APS est inférieur ou égal à 4 ng/ml.

Niveau de preuve

1b

Référence : Thompson IM, Pauler DK, Goodman PJ et coll. Prevalence of prostate cancer among men with a prostate-specific antigen level $<$ or $=$ 4,0 ng per milliliter. *N Engl J Med* 2004 ; 350 (22) : 2239-46.

De nombreux tests de Papanicolaou pratiqués inutilement après une hystérectomie

À quelle fréquence doit-on soumettre les femmes à un test de Papanicolaou, même si elles ne sont plus exposées au risque de cancer du col ?

Contexte : Échantillon représentatif

Plan expérimental : Étude transversale

Synopsis

Depuis 1996, le groupe United States Preventive Services Task Force indique qu'il n'est pas nécessaire d'effectuer systématiquement des tests de Papanicolaou chez les femmes ayant subi une hystérectomie avec exérèse du col en raison d'une maladie bénigne, car ces patientes ne sont plus exposées au risque de cancer du col de l'utérus. Cependant, de nombreux médecins soumettent encore ces femmes à ce test dans le but de dépister le cancer du vagin. Comme le risque de cancer du vagin est très faible, on n'effectue pas de dépistage systématique de ce cancer chez les femmes qui ont conservé leur col utérin et qui sont soumises à des dépistages réguliers du cancer du col. Pour déterminer la fréquence des dépistages inutiles, les auteurs se sont servis d'un sondage mené par les Centers for Disease Control and Prevention de 1992 à 2002, qui renseignait sur le pourcentage de femmes hystérectomisées qui avaient été soumises à des tests de

Papanicolaou dans une période de trois ans. Pendant les dix années du sondage, 22 millions d'Américaines d'au moins 18 ans (soit 21 % de la population) ont subi une hystérectomie. Le pourcentage de ces femmes qui ont signalé avoir été soumises à un test de Papanicolaou dans les trois ans qui ont précédé (68,5 %) et qui ont suivi (69,1 %) les recommandations du US Preventive Services Task Force en 1996 n'a pas changé. Selon les auteurs, environ la moitié de ces femmes ont subi une hystérectomie sans exérèse du col ou en raison d'une néoplasie cervicale. Par conséquent, 10 millions de femmes ont été soumises à un dépistage inutile.

En bref

Chez un grand nombre d'Américaines ayant subi une hystérectomie avec exérèse du col en raison d'une maladie bénigne, on continue d'effectuer systématiquement des tests de Papanicolaou malgré l'absence de données probantes pour appuyer cette pratique et malgré une recommandation contraire sans équivoque du United States Preventive Services Task Force. Par ailleurs, la plupart des Américaines qui meurent d'un cancer du col n'ont jamais passé d'examen de dépistage des maladies du col de l'utérus ou l'ont fait de façon irrégulière, le plus probablement à cause du coût élevé (réel ou perçu) des tests. L'argent que permettraient d'économiser l'arrêt des tests de Papanicolaou inutiles, pratiqués chez les femmes exposées à un faible risque, pourrait servir au dépistage du cancer du col chez 17 millions de femmes aux États-Unis, cancer qui reste encore trop souvent ignoré (*J Womens Health and Gender Based Med* 2002 ; 11 : 103-9).

Niveau de preuve

2b

Référence : Sirovich BE, Welch HG. Cervical cancer screening among women without a cervix. *JAMA* 2004 ; 291 : 2990-3.

Signes cliniques utiles pour diagnostiquer la déshydratation chez l'enfant

Quels sont les signes et les symptômes qui aident à diagnostiquer la déshydratation chez l'enfant ?

Contexte : Divers (méta-analyse)

Le Médecin du Québec, volume 39, numéro 11, novembre 2004

Plan expérimental : Étude méthodique

Synopsis

Dans les pays occidentaux, les enfants de moins de cinq ans souffrent de gastro-entérites en moyenne deux fois par année. Pour déterminer une prise en charge efficace, il est crucial de diagnostiquer adéquatement une déshydratation pertinente d'un point de vue clinique. Les auteurs ont effectué une recherche méthodique dans plusieurs banques de données, dont MEDLINE, le registre Cochrane des études contrôlées et les listes de références des manuels de pédiatrie, pour trouver des sources de données brutes évaluant la fiabilité des signes, symptômes et épreuves de laboratoire de base facilitant le diagnostic de déshydratation chez les enfants de un mois à cinq ans. Sur les 110 articles retenus au départ, 26 ont répondu aux critères d'inclusion et ont été soumis à une pleine évaluation qualitative de la rigueur méthodologique. Aucun n'a cependant satisfait au critère de qualité d'un test diagnostique de niveau 1 ou 2. De ce fait, bien que la généralisabilité et la validité des résultats ne soient pas optimales, ce sont les meilleures données dont on dispose actuellement. On a choisi comme mesure idéale de l'utilité, la différence entre le poids après réhydratation et celui qui a été noté pendant la phase aiguë de la maladie. Les auteurs ont défini les signes particuliers suivants : (1) temps de remplissage capillaire anormal : lorsqu'on compresse graduellement le doigt du patient (ce dernier se trouve dans une pièce dont la température ambiante est élevée) en maintenant son bras près du cœur et qu'on le relâche immédiatement une fois que la peau a pâli, le doigt doit reprendre sa couleur normale en moins de 1,5 à 2 secondes si l'enfant n'est pas déshydraté ; (2) turgescence anormale de la peau : à l'aide du pouce et de l'index, on pince légèrement la peau de la paroi abdominale latérale à la hauteur du nombril, puis on évalue le temps qui s'écoule jusqu'à ce que le pli cutané ainsi formé disparaisse, à savoir immédiatement, avec un léger retard ou après un délai prolongé ; et (3) mode respiratoire anormal : hyperapnée accompagnée de respirations profondes et rapides sans autres signes de détresse respiratoire. Ces trois signes distincts se sont avérés les plus utiles pour prévoir des cas de déshydratation de 5 % : (1) temps de remplissage capillaire anormal (rapport de vraisemblance positif [RV+] = 4,1 ; IC à 95 % : 1,7 - 9,8 ; rapport de vraisemblance négatif [RV-] = 0,57 ; IC à 95 % : 0,39 - 0,82) ; (2) turgescence anormale de la peau (RV+ = 2,5 ; IC à 95 % : 1,5 - 4,2 ; RV- = 0,66 ; IC à 95 %

0,57 - 0,75); et (3) mode respiratoire anormal (RV+ = 2,0; IC à 95 % : 1,5 - 2,7; RV- = 0,76; IC à 95 % : 0,62 - 0,88). L'absence de certains signes (yeux enfoncés dans les orbites ou membranes muqueuses desséchées) aont également eu une certaine utilité (RV- = 0,49 et 0,41, respectivement). Pour écarter la déshydratation, la présence d'un débit urinaire normal, selon les indications des parents, s'est également avérée utile (RV- = 0,27). D'autres signes et symptômes courants qui renseignent prétendument sur la déshydratation, notamment des extrémités froides, un pouls faible, l'absence de larmes, la dépression de la fontanelle et un aspect général médiocre, n'ont pas permis de prédire la déshydratation de manière fiable. Les décisions cliniques prises sur le principe qu'il vaut mieux combiner les signes révélés par l'examen que de se fier aux signes individuels se sont avérés plus justes. Le seul résultat d'un test de laboratoire qui ait semblé diminuer la probabilité d'une déshydratation de 5 % a été une concentration sérique de bicarbonate supérieure à 15 mEq/l (RV- = 0,18 - 0,22).

En bref

Les signes individuels qui se sont avérés les plus utiles pour évaluer initialement la déshydratation chez les enfants de un mois à cinq ans sont le temps estimé de remplissage capillaire, la turgescence de la peau et le mode respiratoire. Des décisions cliniques prises en combinant les divers signes et symptômes aux résultats des tests de laboratoire permettent d'arriver à des estimations plus justes, car aucune donnée fiable ne nous permet d'affirmer qu'un test unique peut nous aider à diagnostiquer la déshydratation chez les enfants.

Niveau de preuve

3a

Référence : Steiner MJ, DeWalt DA, Byerley JS. Is this child dehydrated? *JAMA* 2004; 291 : 2746-54.

Le misoprostol efficace pour évacuer les rétentions fœtales

Est-ce que l'administration de misoprostol par voie vaginale est un traitement efficace pour évacuer les rétentions fœtales ?

Contexte : Cliniques de consultations externes (soins primaires)

Plan expérimental : Étude de cas en série

Synopsis

De façon générale, on propose aux femmes, en cas de rétentions fœtales (gestation sans embryon ou mort embryonnaire), une observation non interventionniste ou un curetage chirurgical. L'administration de misoprostol par voie vaginale est une intervention médicale qui peut entraîner une évacuation utérine rapide sans recours à la chirurgie. Au cours de cette étude de cas en série, on a administré 800 µg de misoprostol par voie vaginale à 41 femmes, suivi d'un deuxième cycle de traitement lorsque l'évacuation utérine n'a pas eu lieu dans les 24 heures. De façon typique, les contractions utérines ont commencé dans les six heures qui ont suivi l'administration du misoprostol, les hémorragies les plus abondantes s'étant produites au bout de 10 à 16 heures. Le taux de succès enregistré a été de 78 %, 26 femmes ayant reçu une seule dose et 6 en ayant eu besoin d'une seconde. On n'a noté aucun cas d'endométrite, d'hémorragie impossible à juguler autrement que par un curetage ni d'effets secondaires gastro-intestinaux.

En bref

En cas de rétentions fœtales, l'administration de misoprostol par voie vaginale est une solution de rechange raisonnable à l'observation non interventionniste et au traitement chirurgical. Il faudrait mener d'autres études pour déterminer lequel de ces trois traitements est le plus efficace, bien que des essais à répartition aléatoire soient difficilement réalisables, car il se peut que les participantes refusent la randomisation.

Niveau de preuve

4

Référence : Murchison A, Duff P. Misoprostol for uterine evacuation in patients with early pregnancy failures. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 190 : 1445-6.

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

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