

InfoPOEMs

The Clinical Awareness System™

CHACQUE 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. 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 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 pratique de la littérature.

Dose orale unique de dexaméthasone efficace, même contre la laryngite striduleuse légère

Une dose orale unique de dexaméthasone procure-t-elle un soulagement aux patients souffrant de laryngite striduleuse légère ?

Contexte : Service d'urgence

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

Synopsis

On connaît l'effet bénéfique des stéroïdes chez les enfants souffrant de laryngite striduleuse modérée à grave, mais il n'est pas sûr qu'il en soit de même dans les cas plus bénins. Cette question est importante puisque plusieurs des patients en soins primaires ont une forme légère de la maladie. Les enfants retenus dans cette étude présentaient depuis moins de 72 heures une toux aboyante et sifflante et un score faible (deux ou moins) sur une échelle validée pour la laryngite comportant 17 points. Cette échelle attribue des points pour la présence de stridor, de tirage, d'obstruction inspiratoire, de cyanose et de troubles de la conscience. Les enfants présentant des signes d'épiglottite, de trachéite bactérienne, de présence de corps étranger,

de maladie pulmonaire chronique et de varicelle récente ainsi que ceux ayant été traités récemment par des stéroïdes étaient exclus. Les sujets ont été assignés au hasard (répartition dissimulée) à deux groupes, l'un recevant 0,6 mg de dexaméthasone par kilogramme de poids corporel (dose maximale totale : 20 mg) et l'autre un placebo identique en apparence et en saveur au médicament comprenant le principe actif. Les parents ont été appelés aux jours 1, 2, 3, 7 et 21. Les principaux paramètres évalués (à partir des conversations téléphoniques) étaient la nécessité de revoir un prestataire de soins dans les sept jours suivant le recrutement et la persistance de symptômes aux jours un, deux et trois. L'analyse a été faite en fonction du groupe d'assignation. L'une des forces de cette étude était l'analyse détaillée des coûts, tant pour le gouvernement qui paie les soins médicaux que pour les parents qui doivent s'occuper de l'enfant et parfois s'absenter du travail. Sur les 2901 patients dont l'admissibilité a été évaluée au départ, 720 respectaient les critères d'inclusion à l'étude et ont été répartis au hasard. Le suivi a été excellent (97 % après trois jours). Les enfants traités par la dexaméthasone ont eu moins besoin de consulter de nouveau au cours des sept jours suivants (7,3 % contre 15,3 % ; nombre de traitements exigés = 13). Cet avantage concernait tous les groupes, quoiqu'il paraissait plus marqué

chez les enfants plus jeunes et chez ceux qui présentaient des symptômes de laryngite striduleuse. Les enfants traités par la dexaméthasone avaient des scores plus faibles sur l'échelle validée le premier jour, mais cet avantage n'existait plus le troisième jour, la plupart des patients étant alors complètement guéris, qu'ils aient pris des stéroïdes ou non. Les autres avantages incluaient un meilleur sommeil ainsi qu'une diminution de l'anxiété parentale et une réduction des coûts. Aucun effet indésirable important n'était attribuable à la dexaméthasone.

En bref

L'administration par voie orale d'une seule dose de 0,6 mg de dexaméthasone par kilogramme soulage rapidement les symptômes à court terme chez l'enfant atteint de laryngite striduleuse bénigne et diminue la probabilité qu'il ait besoin de nouveaux soins. La dexaméthasone a été bien tolérée. Compte tenu de l'effet bénéfique bien documenté des stéroïdes chez les enfants souffrant de formes plus graves, on peut envisager l'utilisation d'un stéroïde quelle qu'en soit la forme chez la plupart des enfants atteints de laryngite striduleuse.

Niveau de preuve

1b

Source : Bjornson CL, Klassen TP, Williamson J et coll. A randomized trial of a single dose of oral dexamethasone for mild croup. *N Engl J Med* 2004 ; 351 : 1306-13.

Le topiramate améliore la qualité de vie des alcooliques

Le topiramate peut-il améliorer la qualité de vie des alcooliques ?

Contexte : Patients externes (sans distinction)

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

Synopsis

Le topiramate est plus efficace qu'un placebo pour réduire la consommation d'alcool chez les

sujets adultes alcooliques en phase active. Afin d'établir si cet agent agit aussi favorablement sur le comportement psychosocial, des alcooliques ont été assignés au hasard (répartition dissimulée incertaine) à deux groupes, l'un recevant le topiramate et l'autre le placebo. La dose initiale de topiramate (25 mg/j) passait progressivement à 300 mg/j sur une période de deux mois. Les sujets admissibles étaient âgés de 21 à 65 ans et respectaient les critères du *DSM-IV-TR* pour la dépendance à l'alcool. Tous suivaient en même temps un court traitement comportemental destiné à améliorer la fidélité au traitement. Les données étaient obtenues à l'aide de divers questionnaires d'auto-évaluation psychosociale. L'analyse des résultats, qui respectait le groupe d'assignation, révélait que le topiramate est significativement plus efficace que le placebo pour améliorer les scores de bien-être global et de satisfaction de vivre. Aucun effet indésirable sérieux n'a été signalé chez les participants. Toutefois, comme l'étude n'a duré que 12 semaines, elle ne renseigne pas sur des changements à long terme, tels que la persistance de l'abstinence et l'amélioration de la santé. Les auteurs ont signalé une perte de 16 % des sujets des deux groupes au bout de douze semaines de suivi.

En bref

Le topiramate (Topamax®) est plus efficace que le placebo non seulement pour diminuer la consommation d'alcool chez les alcooliques en phase active, mais aussi pour augmenter le bien-être global et la satisfaction de vivre sur une période allant jusqu'à trois mois. Cette étude, d'une durée de douze semaines seulement, ne permet pas d'évaluer de façon certaine les conséquences à long terme sur la santé des patients ni l'innocuité du topiramate dans le traitement de l'alcoolisme.

Niveau de preuve

1b

Source : Johnson BA, Ait-Daoud N, Akhtar FZ, Ma JZ. Oral topiramate reduces the consequences of drinking and improves the quality of life of alcohol-dependent individuals. *Arch Gen Psychiatry* 2004 ; 61 : 905-12.

Les lactobacilles ne préviennent pas la vaginite survenant à la suite d'un traitement antibiotique

L'administration par voie orale, vaginale ou par les deux voies combinées de préparations de lactobacilles prévient-elle la candidose vaginale faisant suite à la prise d'antibiotiques ?

Contexte : Patients externes (soins primaires)

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

Synopsis

Les probiotiques, des micro-organismes commensaux permettant de combattre l'activité des micro-organismes pathogènes, sont utilisés pour renouveler la flore bactérienne détruite par les antibiotiques et ainsi prévenir les diarrhées et candidoses vaginales associées à l'antibiothérapie. Cette étude examinait l'efficacité des préparations de diverses espèces de lactobacilles, pour prévenir la candidose vaginale chez 278 femmes qui n'étaient pas enceintes et qui avaient besoin d'un court traitement antibiotique pour une infection non gynécologique. Les antibiotiques utilisés n'ont pas été précisés. Les participantes ont été réparties au hasard (répartition dissimulée) en quatre groupes devant recevoir 1) une poudre orale renfermant des lactobacilles (Lactobac[®]), 2) un pessaire vaginal renfermant des lactobacilles (Femilac[®]), 3) ces deux traitements associés ou 4) un placebo. La poudre était prise deux fois par jour, 20 minutes avant les repas, et les pessaires étaient utilisés pendant 10 nuits, soit pendant les six jours du traitement antibiotique et les quatre suivants. La viabilité des lactobacilles a été confirmée. Les cultures de *Candida* étaient positives chez 23 % des femmes, ce qui concorde avec les résultats d'autres études. Le taux de candidoses vaginales était essentiellement le même, quel que soit le traitement (probiotique oral, probiotique vaginal, combinaison des deux ou placebo). L'absence d'effet bénéfique a entraîné l'arrêt de l'étude.

En bref

L'administration de lactobacilles par voie orale,

vaginale ou par les deux voies combinées n'a eu aucun effet sur l'apparition d'une candidose vaginale dont la présence a été vérifiée par culture. On sait, par ailleurs, que les probiotiques à base de lactobacilles sont efficaces pour réduire les diarrhées associées aux antibiotiques (*Aliment Pharmacol Ther* 2002 ; 16 : 1461-7).

Niveau de preuve

1b

Source : Pirotta M, Gunn J, Chondros P et coll. Effect of lactobacillus in preventing post-antibiotic vulvovaginal candidiasis: a randomised controlled trial. *BMJ* 2004 ; 329 : 548-51.

L'association bupropion-nicotine n'est pas supérieure à la nicotineothérapie de remplacement seule

L'ajout de bupropion à la nicotineothérapie de remplacement et au counseling améliore-t-il le taux d'abandon du tabac ?

Contexte : Patients externes (sans distinction)

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

Synopsis

Cette étude portait sur 209 fumeurs et 34 fumeuses traités dans un centre médical pour vétérans aux États-Unis. La plupart des sujets étaient des hommes célibataires, blancs et d'âge moyen qui avaient été recrutés au moyen d'une publicité à l'hôpital ou à partir de listes de patients ayant déjà participé à des études cliniques sur l'arrêt du tabac. Les patients de ce dernier groupe n'avaient vraisemblablement pas eu de succès lors des tentatives précédentes, quoique certains d'entre eux (des habitués des recherches pharmaceutiques) pourraient avoir recommencé à fumer pour participer à l'étude. Les participants ont été répartis au hasard en deux groupes (répartition dissimulée incertaine), l'un devant recevoir le placebo et l'autre, 150 mg de bupropion, deux fois par jour, pendant sept semaines. Les sujets des deux groupes

ont aussi participé à un counseling cognitivo-comportemental en personne d'une durée de 30 à 60 minutes, suivi de cinq séances téléphoniques. Ils recevaient également un traitement de remplacement transdermique sous forme de timbres de nicotine. Comme cela arrive souvent dans les études sur l'arrêt du tabac, les taux d'abandon étaient élevés au départ : 81 % après une semaine. Toutefois, c'est le taux d'abandon après un an qui est cliniquement important. Dans cette étude, les taux d'arrêt après un an confirmés par des tests biochimiques ne montraient pas de différence significative entre les deux groupes : 19 % dans le groupe recevant le bupropion avaient cessé de fumer contre 24 % dans le groupe placebo ($P = NS$). L'analyse des résultats a été faite selon le groupe d'assignation. La fidélité au traitement améliorait les résultats, mais de façon égale dans les deux groupes : 28 % chez les sujets qui respectaient le traitement par le bupropion et 22 % chez ceux qui adhéraient au traitement par le placebo. Malgré le grand nombre de participants et le taux relativement élevé d'abandon du tabac, les auteurs n'ont pas calculé la puissance de l'étude.

En bref

L'utilisation de bupropion (Zyban®) n'améliore pas à long terme le taux d'abandon du tabac chez ceux qui reçoivent déjà une nicotinothérapie de remplacement en plus d'un counseling cognitivo-comportemental. Les taux d'arrêt après un an étaient aussi élevés dans les deux groupes (22 % contre 28 % ; $P = NS$).

Niveau de preuve

1b

Source : Simon JA, Duncan C, Carmody TP, Hudes ES. Bupropion for smoking cessation. *Arch Intern Med* 2004; 164 : 1797-803.

Physiothérapie : efficace contre l'incontinence d'effort du post-partum

La physiothérapie peut-elle corriger l'incontinence urinaire d'effort chez les femmes dont les symptômes persistent plus de trois mois après un accouchement ?

Contexte : Patients externes (en milieu spécialisé)

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

Synopsis

L'incontinence urinaire est un problème fréquent dans la période du *post-partum*. Pour cette étude, on a recruté 52 femmes qui, plus de trois mois après avoir accouché, présentaient encore une incontinence d'effort, selon les résultats d'un test standard comportant vingt minutes d'exercices (par exemple, des sauts sur place), suivi d'une mesure de la quantité d'urine perdue selon la différence de poids d'une serviette hygiénique. Les participantes ont été réparties en quatre groupes selon la parité et la quantité des pertes initiales. Elles ont ensuite été assignées au hasard à trois groupes qui devaient tous participer à huit séances hebdomadaires de physiothérapie. Les femmes connaissaient leur groupe d'assignation, mais elles ne devaient pas le révéler aux responsables des séances ni aux évaluateurs. Dans un des groupes expérimentaux, les séances comprenaient 15 minutes de stimulation électrique des muscles du plancher pelvien et 25 minutes d'exercices de rétroaction biologique. Les femmes de ce groupe devaient aussi faire des exercices à la maison cinq jours par semaine. Le deuxième groupe comprenait les mêmes séances et exercices auxquels s'ajoutaient trente minutes d'entraînement des muscles abdominaux profonds. Dans le groupe témoin, les femmes recevaient des massages hebdomadaires du dos et des membres et devaient éviter tout exercice du plancher pelvien durant l'étude. L'analyse des résultats s'est faite en fonction du traitement, et les auteurs ont mentionné que l'analyse en fonction du groupe d'assignation donnait des résultats presque identiques. Seulement deux sujets ont abandonné l'étude. L'épreuve de la serviette hygiénique a été répétée à la fin de l'étude avec un contenu vésical standard. Pour conclure à une guérison, la perte ne devait pas excéder 2 g. Les femmes traitées par stimulation électrique et rétroaction biologique n'avaient plus de pertes urinaires dans une proportion de 56 %

tandis que ce taux était de 74 % chez celles qui avaient aussi eu un entraînement des muscles abdominaux. Par contre, toutes les femmes du groupe témoin souffraient encore d'incontinence urinaire. La différence entre les deux traitements actifs n'était pas significative. Les mesures dynamométriques des muscles du plancher pelvien ne permettaient pas de prévoir une amélioration.

En bref

Huit séances hebdomadaires de physiothérapie des muscles du plancher pelvien, incluant des stimulations électriques et des exercices de rétroaction biologique ont guéri l'incontinence d'effort chez 70 % des femmes traitées. Aucune des patientes du groupe témoin recevant uniquement des massages n'a été guérie. Il aurait été préférable que les femmes du groupe témoin soient astreintes à un programme d'exercices à domicile, car il s'agit du traitement habituel.

Niveau de preuve

1b

Source : Dumoulin C, Lemieux MC, Bourbonnais D, Gravel D, Bravo G, Morin M. Physiotherapy for persistent postnatal stress urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2004; 104 : 504-10

Voici l'adresse du site original d'InfoPOEMs : www.infopoems.com
Copyright © 1995-2002 InfoPOEM, Inc. Tous droits réservés.

Niveaux de preuve du Centre de médecine factuelle d'Oxford

Pour connaître les plus récents niveaux de preuve, consultez le www.cebm.net/levels_of_evidence.asp (en anglais seulement)

Traitement, prévention, facteurs étiologiques, effets nuisibles

- 1a Revues systématiques d'essais contrôlés à répartition aléatoire (résultats concordants)
- 1a- Revue systématique d'essais à répartition aléatoire (résultats divergents)
- 1b Essais contrôlés individuels à répartition aléatoire (intervalle de confiance étroit)
- 1b- Essais contrôlés individuels à répartition aléatoire (intervalle de confiance large)
- 1c Essais contrôlés à répartition aléatoire (tout ou rien)
- 2a Revues systématiques d'études de cohorte (résultats concordants)
- 2a- Revues systématiques d'études de cohorte (résultats divergents)
- 2b Étude de cohorte individuelle ou essais contrôlés à répartition aléatoire de faible qualité (suivi < 80 %)
- 2b- Étude de cohorte individuelle ou essais contrôlés à répartition aléatoire de faible qualité (suivi < 80 % et intervalle de confiance large)
- 2c Recherche centrée sur les résultats, études écologiques
- 3a Revue systématique d'études cas-témoins (résultats concordants)
- 3a- Revue systématique d'études cas-témoins (résultats divergents)
- 3b Étude cas-témoins individuelle
- 4 Séries de cas (et études de cohorte et études cas-témoins de faible qualité)
- 5 Avis d'experts sans évaluation critique explicite ou qui n'est pas fondé sur des notions physiologiques, des recherches en laboratoire ni des principes de base

Diagnostic

- 1a Revue systématique d'études diagnostiques de niveau 1 (résultats concordants) ou règle clinique confirmée par un échantillon de validation
- 1a- Revue systématique d'études diagnostiques de niveau 1 (résultats divergents)
- 1b Étude comparative indépendante menée à l'insu sur un groupe approprié de patients consécutifs qui ont tous subi le test diagnostique et le test de référence ou règle de décision clinique non validée auprès d'un second groupe de patients
- 1c Spécificité positive et sensibilité négative absolues (La spécificité positive absolue ou *SpPins* caractérise un résultat diagnostique dont la spécificité est si élevée qu'il permet de confirmer le diagnostic lorsqu'il est positif. La sensibilité négative absolue ou *SnNout* caractérise un résultat diagnostique dont la sensibilité est si élevée qu'il permet d'infirmer le diagnostic lorsqu'il est négatif)
- 2a Revue systématique (résultats concordants) d'études diagnostiques d'un niveau supérieur à 2
- 2a- Revue systématique d'études diagnostiques d'un niveau supérieur à 2 (résultats divergents)
- 2b L'un ou l'autre des choix suivants : 1) Étude comparative indépendante à l'insu ou objective 2) Étude effectuée sur un groupe de patients non consécutifs ou auprès d'un petit nombre de sujets (ou les deux) qui ont tous subi le test diagnostique et le test de référence ou 3) Règle de décision diagnostique non confirmée par un échantillon de validation.
- 3a Revue systématique d'études cas-témoins (résultats concordants)
- 3a- Revue systématique d'études cas-témoins (résultats divergents)
- 4 1) La norme de référence n'avait pas été établie dans le cadre d'une étude objective, à l'insu ni indépendante ; 2) Les résultats positifs ou négatifs ont été vérifiés à l'aide de normes de référence différentes ou 3) Le groupe de patients choisis pour l'étude était inadéquat.
- 5 Avis d'experts sans évaluation critique explicite ou qui n'est pas fondé sur des notions physiologiques, des recherches en laboratoire ou des principes de base.

Pronostic

- 1a Revue systématique d'études de cohorte prospectives (résultats concordants) ou règle de décision clinique confirmée par un échantillon de validation.
- 1a- Revue systématique d'études de cohorte prospectives (résultats divergents)
- 1c Séries de cas (tout ou rien)
- 2a Revue systématique (résultats concordants) d'études de cohorte rétrospective ou de groupes témoin non traités dans le cadre d'une étude contrôlée à répartition aléatoire
- 2a- Revue systématique d'études de cohorte rétrospectives ou de groupes témoins non traités dans le cadre d'une étude contrôlée à répartition aléatoire dont les résultats sont divergents
- 2b Étude de cohorte rétrospective ou suivi de patients témoin non traités dans le cadre d'une étude contrôlée à répartition aléatoire ou règle de décision clinique non confirmée par un échantillon de validation
- 2c Recherche centrée sur les résultats
- 4 Séries de cas (et études de cohorte pronostique de faible qualité)
- 5 : Avis d'experts sans évaluation critique explicite ou qui n'est pas fondé sur des notions physiologiques, des recherches en laboratoire ni des principes de base.