

InfoPOEMs

The Clinical Awareness System™

Efficacité des traitements contre la fibromyalgie

Quelles sont les meilleures modalités de traitement contre la fibromyalgie ?

Contexte : Divers (méta-analyse)

Type d'étude : Méta-analyse (autre)

Synopsis

Le traitement optimal de la fibromyalgie n'est pas encore bien établi. Les auteurs de cette étude ont consulté diverses sources, notamment MEDLINE, EMBASE, le Science Citation Index et la Cochrane Collaboration, pour trouver des essais évaluant l'efficacité du traitement contre la fibromyalgie. Ils ont analysé et classé, au total, 505 articles selon leur niveau de preuve. Les auteurs n'ont pas précisé si les articles avaient été analysés de façon indépendante, ni discuté de la possibilité de biais de publication. La valeur probante était jugée forte (résultats positifs d'une méta-analyse ou résultats concordants provenant de plus d'une étude à répartition aléatoire [ER]), modérée (résultats positifs d'une ER, résultats majoritairement positifs provenant de multiples ER ou régulièrement positifs d'essais sans répartition aléatoire) ou faible (résultats positifs provenant d'études descriptives ou d'études de cas, résultats discordants d'ER ou les deux). Il existe des preuves solides selon lesquelles l'amitriptyline (Elavil®), la cyclobenzaprine (Flexeril®), l'exercice, la thérapie cognitivo-comportementale et la sensibilisation des patients sont efficaces. On a trouvé des preuves modestes d'efficacité pour le tramadol (Ultram®), divers inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine, l'acupuncture, l'hypnothérapie et la rétroaction biologique ainsi que de faibles preuves d'efficacité pour le traitement par l'hormone de croissance, le SAM (S-adénosyl-méthionine), la chiropratique et les massages, l'électrothérapie et les ultrasons. Aucune étude n'a été relevée concernant

l'évaluation ou l'efficacité des stéroïdes, des anti-inflammatoires non stéroïdiens, de la mélatonine, des benzodiazépines ou des injections aux points déclencheurs.

En résumé

Les traitements contre la fibromyalgie qui comportent les meilleures preuves d'efficacité comprennent l'amitriptyline (Elavil®), la cyclobenzaprine (Flexeril®), l'exercice, la thérapie cognitivo-comportementale, l'information aux patients et le traitement multidisciplinaire.

Niveau de preuve

1a-

Source : Goldenberg DL, Burchhardt C, Crofford L. Management of fibromyalgia syndrome. *JAMA* 2004 ; 292 : 2388-95.

Efficacité discutable de l'aténolol dans le traitement de l'hypertension artérielle

L'aténolol (Tenormin®) réduit-il la morbidité et la mortalité d'origine cardiovasculaire chez les patients hypertendus ?

Contexte : Varié (méta-analyse)

Type d'étude : Revue systématique

Synopsis

Le but de cette brève présentation d'une revue systématique était de faire le point sur l'effet de l'aténolol sur la morbidité et la mortalité d'origine cardiovasculaire chez les patients hypertendus. Un défaut important de cette étude est que la stratégie choisie a pu restreindre prématurément le champ exploré, de sorte que plusieurs études potentiellement pertinentes pourraient avoir été manquées. En effet, la stratégie utilisée n'a permis d'inclure que les études

sur l'aténolol contre un placebo, plus cinq autres comparant l'aténolol à d'autres médicaments. Ces études incluait 23 000 patients suivis en moyenne pendant 4,6 ans. Par rapport au placebo, l'aténolol abaisse la pression artérielle systolique d'environ 10 mm Hg et la pression artérielle diastolique de 6 mm Hg. Toutefois, la réduction obtenue avec l'aténolol était à peu près la même qu'avec les autres médicaments. Dans les essais avec placebo, l'aténolol n'avait aucun effet sur la mortalité globale, la mortalité d'origine cardiovasculaire, les infarctus du myocarde ou les accidents vasculaires cérébraux. Dans les études de comparaison avec d'autres agents, l'étude LIFE (*Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension study*) à elle seule comptait autant de patients que toutes les autres réunies. Les auteurs ont analysé les résultats avec et sans les données de l'étude LIFE. Si on inclut ces données, il n'y a pas de différence significative quant à la mortalité globale, à la mortalité d'origine cardiovasculaire, aux infarctus du myocarde ou aux accidents vasculaires cérébraux. Si on exclut les données de l'étude LIFE, l'aténolol augmente la mortalité globale (nombre de traitements requis pour causer un préjudice [NTRP] = 110 sur 4,6 ans ; IC à 95 % ; 9-798) et nombre d'accidents vasculaires cérébraux (NTRP = 79 sur 4,6 ans ; IC à 95 % ; 51-176). Pour un grand nombre des essais retenus, notamment l'étude LIFE, les plans expérimentaux étaient boiteux. Un des essais était sans insu, deux autres incluait des sujets qui avaient eu une ischémie cérébrale transitoire ou un petit accident vasculaire cérébral, et un autre portait uniquement sur des patients atteints d'hypertrophie ventriculaire gauche. Même si la plupart de ces patients étaient hypertendus, ces études ne doivent pas être considérées comme des essais portant sur la prévention. Si on exclut ces dernières études de l'analyse, la conclusion des auteurs selon laquelle les données en faveur de l'aténolol sont plutôt minces paraît bien fondée.

En résumé

Si on admet que les auteurs ont relevé toutes les études pertinentes, il semble que l'aténolol (Tenormin®) est plus efficace qu'un placebo pour abaisser la pression artérielle, mais pas plus que les autres médicaments. De plus, il ne semble pas réduire la morbidité ni la mortalité d'origine cardiovasculaire.

Niveau de preuve

1a-

Source : Carlberg B, Samuelsson O, Lindholm LH. Atenolol in hypertension: Is it a wise choice? *Lancet* 2004 ; 364 : 1684-9.

Prélèvement vaginal-périanal = prélèvement vaginal-rectal pour le dépistage du streptocoque du groupe B

Est-il nécessaire d'effectuer un prélèvement rectal pour faire un dépistage adéquat du streptocoque du groupe B à la fin du dernier trimestre de la grossesse ?

Contexte : Patientes externes

Type d'étude : Cohorte (prospective)

Répartition : Dissimulée

Synopsis

Les auteurs ont prélevé trois échantillons pour procéder au dépistage du streptocoque du groupe B dans une population générale de 200 femmes enceintes en fin de troisième trimestre de grossesse. Les échantillons ont été prélevés successivement dans la partie inférieure du vagin, sur les tissus périanaux et dans le rectum, pour ensuite être mis en culture selon la méthode habituellement utilisée pour identifier le streptocoque du groupe B. La personne qui lisait le résultat des cultures ignorait la région où avaient été faits les prélèvements. Chez 71 femmes (35 %), au moins un emplacement s'est révélé positif. Les résultats des cultures étaient semblables que la culture positive provienne de l'échantillon du vagin et de celui de la région périanale ($n = 67$) ou du vagin et du rectum, l'emplacement de référence ($n = 68$). Chez quatre femmes, la culture provenant de l'échantillon prélevé dans le rectum était positive et celle de l'échantillon de la région périanale était négative. Chez trois autres femmes, la culture du prélèvement périanal était positive tandis que celle de l'échantillon rectal était négative.

En résumé

Il n'est pas nécessaire de faire un prélèvement

rectal sur écouvillon pour faire le dépistage du streptocoque du groupe B (SGB) à la fin du dernier trimestre de la grossesse. Les échantillons pris dans la partie inférieure du vagin et sur les tissus périanaux donnent les mêmes résultats que ceux provenant de la partie inférieure du vagin et du rectum.

Niveau de preuve

1b

Source : Jamie WE, Edwards RK, Duff P. Vaginal-perianal compared with vaginal-rectal cultures of identification of group B streptococci. *Obstet Gynecol* 2004 ; 104 : 1058-61.

La régression de l'hypertrophie ventriculaire gauche au cours d'un traitement antihypertenseur est un bon indice d'un moindre risque de maladie cardiovasculaire

Le traitement de l'hypertension devrait-il avoir pour but la régression ou la prévention de l'hypertrophie ventriculaire gauche ?

Contexte : Patients externes (sans distinction)

Type d'étude : Cohorte (rétrospective)

Synopsis

La découverte d'une hypertrophie ventriculaire gauche (HVG) à l'électrocardiogramme (ECG) ou à l'échocardiogramme est un très bon facteur de prédiction de morbidité et de mortalité par maladies cardiovasculaires (MCV). Le but de cette étude était de déterminer si, au cours du traitement de l'hypertension artérielle, la régression d'une hypertrophie ventriculaire gauche révélée par l'ECG est associée à une réduction de la morbidité et de la mortalité. Les auteurs ont examiné les données de l'étude LIFE (*Losartan Intervention For Endpoint reduction in hypertension*) dans laquelle des patients hypertendus chez qui l'ECG avait permis de déceler une hypertrophie ventriculaire gauche avaient été répartis au hasard dans le groupe traité par le losartan (Cozaar®) ou dans celui recevant l'aténolol (Tenormin®). Le suivi, qui a duré au moins quatre

ans, incluait au minimum un ECG par année. L'analyse tenait compte de l'assignation initiale, du score de risque cardiovasculaire initial, de la pression artérielle avant et pendant le traitement et de la gravité de l'hypertrophie ventriculaire gauche initiale révélée à l'ECG. Elle a montré qu'il existe une relation entre une diminution progressive de l'hypertrophie ventriculaire gauche à l'ECG et un moindre risque de complications cardiovasculaires, y compris un risque moins élevé de décès d'origine cardiovasculaire, d'infarctus du myocarde ou de décès. Une autre étude publiée dans le même numéro et dans laquelle l'hypertrophie ventriculaire gauche était révélée à l'échocardiogramme concluait aussi qu'une diminution de la masse du ventricule gauche durant le traitement de l'hypertension artérielle était associée à un moindre risque de complications (Devereau RB, Watchell K, Gerds E et coll. *JAMA* 2004 ; 292 : 2350-6). Les auteurs de ces deux articles croient que le traitement antihypertenseur devrait avoir pour but la régression ou la prévention d'une hypertrophie ventriculaire gauche révélée à l'électrocardiogramme ou à l'échocardiogramme. Toutefois, le plan expérimental utilisé ne permet pas d'émettre une recommandation ferme sur la pertinence de mesurer la régression de l'hypertrophie ventriculaire gauche. Les chercheurs pourraient plutôt avoir mesuré le degré d'observance du patient. Autrement dit, les patients des deux groupes expérimentaux qui sont le plus fidèles à leur traitement antihypertenseur sont plus susceptibles que les autres de présenter une régression de l'hypertrophie ventriculaire gauche. Ces mêmes patients sont aussi plus susceptibles de suivre les autres conseils de leur médecin concernant le tabac, l'alimentation, l'exercice, etc., de sorte que leur risque de complications cardiovasculaires est réduit. Tel qu'il est noté dans un éditorial d'InfoPOEMs, le seul plan expérimental qui permet de conclure avec certitude que le traitement de l'hypertension artérielle doit avoir pour objectif la régression de l'hypertrophie ventriculaire gauche plutôt que l'atteinte d'une pression artérielle cible est de faire une comparaison directe des issues chez les patients affectés au hasard à l'un ou l'autre des groupes expérimentaux.

En résumé

La régression de l'hypertrophie ventriculaire

gauche au cours du traitement de l'hypertension artérielle est associée à un moindre risque de morbidité et de mortalité cardiovasculaire. Cette diminution du risque est indépendante de la modalité du traitement antihypertenseur et de la baisse de pression artérielle obtenue. Le plan expérimental de cette étude ne permet pas de comparer le traitement qui vise une réduction de l'hypertrophie ventriculaire gauche à la méthode actuelle qui a pour but d'abaisser la pression artérielle à une valeur cible. D'autres études devront être menées avant de songer à modifier la pratique clinique.

Niveau de preuve

2b

Source : Okin PM, Devereux RB, Jern S et coll. Regression of electrocardiographic left ventricular hypertrophy during antihypertensive treatment and the prediction of major cardiovascular events. *JAMA* 2004 ; 292 : 2343-9.

Traitement efficace et peu coûteux de la néphrolithiase

Quelles sont les stratégies de traitement les plus rentables en cas de lithiase rénale ?

Contexte : Population générale

Type d'étude : Analyse de rentabilité

Synopsis

Les auteurs ont mis au point un arbre décisionnel pour évaluer le coût du traitement et du suivi des patients présentant des calculs rénaux d'oxalate de calcium. Ils ont consulté MEDLINE pour repérer les études portant sur l'histoire naturelle de la néphrolithiase, son évaluation ainsi que son traitement médical et chirurgical. Les coûts des diverses interventions ont été estimés à partir des sommes facturées par l'hôpital où pratiquent les auteurs (à Dallas, au Texas) et par deux chaînes pharmaceutiques nationales pour les examens diagnostiques, les médicaments et les interventions chirurgicales indiquées. Six stratégies de traitement

ont été évaluées : 1) traitement simple – modification de l'alimentation sans prise de médicaments ni évaluation métabolique ; 2) traitement médical empirique – modification de l'alimentation et prise de médicaments (citrate de potassium) pour tous les patients ; 3) évaluation métabolique simple modifiée – une seule collecte des urines de 24 heures pour évaluer les facteurs de risque de lithiase urinaire les plus fréquents, avec prise de citrate de potassium et d'hydrochlorothiazide chez les patients hypercalciuriques, et de citrate de potassium seul chez ceux dont la calciurie est normale ; 4) évaluation métabolique simple, comme au point 3 précédent, sauf que les patients dont la calciurie est normale et qui n'ont pas d'autres anomalies décelables ne reçoivent pas de médicaments ; 5) évaluation métabolique élaborée modifiée – au moins deux collectes des urines de 24 heures pour évaluer le risque de formation de calculs et une épreuve d'hypercalcémie provoquée associée à une évaluation métabolique comme celle du point 3 ; et 6) évaluation métabolique complète : même protocole qu'au point 5, mais en traitant seulement les patients chez qui un problème a été décelé. Une analyse de sensibilité évaluait pour chaque stratégie de traitement les coûts des médicaments pour différents degrés de risque qui seraient équivalents au coût du traitement simple (modification de l'alimentation seulement). Lors d'une première crise de calculs rénaux, le traitement simple est la stratégie la plus rentable. S'il y a formation de calculs à répétition, le traitement empirique et l'évaluation métabolique simple modifiée sont aussi efficaces et peu coûteuses l'une que l'autre.

En résumé

Chez les patients qui présentent une première crise de calculs rénaux, le traitement simple (modification de l'alimentation seulement) est la stratégie la plus efficace et la moins coûteuse. Chez les personnes qui présentent des calculs à répétition, le traitement empirique (changement d'alimentation et prise de citrate de potassium) de même que l'évaluation métabolique simple modifiée (une seule collecte des urines de 24 heures pour déterminer les facteurs de risque de calculs rénaux avec prise de citrate de potassium et d'hydrochlorothiazide chez les patients

qui présentent une hypercalciurie ou avec prise de citrate de potassium seulement quand la calciurie est normale) sont des stratégies de traitement aussi rentables l'une que l'autre.

Niveau de preuve

2b

Source : Lotan Y, Cadeddu JA, Roerhborn CG, Pak CY, Pearle MS. Cost-effectiveness of medical management strategies for nephrolithiasis. *J Urology* 2004 ; 172 : 2275-81.

Inefficacité des céruménolytiques courants

Les gouttes auriculaires Cerumenex® ou Murine® sont-elles plus efficaces que la simple irrigation pour déloger les bouchons de cérumen au cabinet ?

Contexte : Patients externes (sans distinction)

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

Assignation : Incertaine

Synopsis

Cerumenex® (oléate de triéthanolamine) et Murine (peroxyde de carbamide) sont des produits qu'on utilise couramment en cabinet pour faciliter l'extraction des bouchons de cérumen. Dans cette étude, on a comparé ces produits à une irrigation par une solution saline isotonique chez 77 patients présentant un excès de cérumen, allant d'une légère accumulation à l'obstruction complète du conduit. Les sujets ont été affectés (dissimulation de l'assignation incertaine) à un groupe recevant un traitement dans l'oreille atteinte, suivi 15 minutes plus tard de 50 ml d'eau tiède instillés à l'aide d'un irrigateur Waterpik à jet oral (*voir précaution ci-après*). En cas d'insuccès, ce traitement était répété une seconde fois. Moins de 10 % des premières applications ont été couronnées de succès, quel que soit le traitement utilisé. Après deux traitements, le pourcentage total des sujets sans obstruction ne différait pas significativement dans les trois groupes, allant de 15 % (Murine) à 42 % (solution saline

isotonique). Comme les auteurs n'ont pas fait de calcul de puissance, on ne peut malheureusement pas dire si l'étude permettait de révéler une différence, le cas échéant. Les auteurs n'ont pas voulu utiliser comme paramètre le degré d'amélioration, mais plutôt le résultat final, soit aucune obstruction par rapport à une obstruction de légère à complète. Il pourrait donc y avoir eu certaines améliorations, sans qu'elles ne soient indiquées dans cette étude. Ces résultats contribuent à la confusion générale qui prévaut dans la littérature sur cette question. Il existe bon nombre d'essais contradictoires sur l'efficacité de tels produits, comme le Colace® liquide (docsate sodique) et la solution de bicarbonate de soude à 10 % (Burton MJ. Cochrane Database Systematic Review 2003 : CD004400). Les présents résultats sont valables pour une utilisation en cabinet. En général, les patients utilisent ces produits plusieurs fois par jour et pendant plusieurs jours. Au cabinet, toutefois, une réponse plus rapide est requise. Précautions concernant l'utilisation de l'irrigateur Waterpik : les auteurs ont réglé l'appareil au plus bas degré de pression et utilisé un embout Grossan pour projeter le jet. Même s'il n'y a pas eu de complications dans cette étude, des lésions de l'oreille attribuables au Waterpik ont déjà été signalées par d'autres chercheurs.

En résumé

Deux produits d'utilisation courante – Cerumenex et Murine – n'ont pas été plus efficaces qu'un placebo pour faciliter, au cabinet du médecin, l'enlèvement par irrigation du cérumen qui obstrue le conduit auditif. D'autres produits, comme le Colace liquide et le bicarbonate de soude, ont aussi été étudiés, et les résultats obtenus étaient discordants.

Niveau de preuve

2b

Source : Roland PS, Eaton DA, Gross RD et coll. Randomized, placebo-controlled evaluation of Cerumenex and Murine earwax removal products. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2004 ; 130 : 1175-7.

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

Copyright © 2004 InfoPOEM, Inc. Tous droits réservés.