

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 se trouve 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 fort et le niveau 5, le plus faible. 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 efficace de la littérature.

Les antibiotiques ne favorisent pas la guérison des abcès de la peau après l'incision et le drainage

Les antibiotiques sont-ils nécessaires après l'incision et le drainage d'un abcès superficiel de la peau ?

Conclusion :

L'incision et le drainage d'un abcès superficiel de la peau sont généralement suffisants et permettent d'obtenir un taux de guérison très élevé. L'ajout d'une bêta-lactamine n'apporte aucun bienfait supplémentaire. Il est toutefois possible, bien que peu probable, que l'utilisation d'un antibiotique efficace contre le staphylocoque doré résistant à la méthicilline (SARM) contracté en milieu extrahospitalier accroisse le taux de guérison ou encore que les résultats obtenus ne s'appliquent pas lorsque le nombre de cas de SARM extrahospitalier dans une population donnée est faible. Les résultats de l'étude semblent toutefois confirmer la pratique de plus en plus répandue de ne pas prescrire d'antibiotiques après l'incision et le drainage d'un abcès superficiel de la peau.

Niveau de preuve :

1b-

Source : Rajendran PM, Young D, Maurer T et coll. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of cephalexin for treatment of uncomplicated skin abscesses in a population at risk for community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection. *Antimicrob Agents Chemo* 2007 ; 51 (11) : 4044-8.

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

Financement : Fondation

Contexte : Urgence

Répartition : Dissimulée

Résumé :

À une époque où le SARM extrahospitalier est de plus en plus répandu, le rôle des antibiotiques à la suite de l'incision et du drainage d'un abcès superficiel de la peau est remis en question. Par le passé, des études ont révélé qu'il semblait peu important que les bactéries soient sensibles à l'antibiotique prescrit au patient souffrant d'un abcès. La présente étude comportait 166 sujets adultes provenant d'un service de consultation

externe spécialisé dans le traitement des plaies, rattaché à une urgence hospitalière. Tous les participants choisis avaient subi récemment un abcès superficiel fluctuant de la peau accompagné d'érythème et d'induration. Le médecin traitant avait alors jugé que la prescription d'antibiotiques après l'incision et le drainage était justifiée. Les patients présentant des troubles concomitants, notamment l'infection par le VIH et la toxicomanie, ont été inclus dans l'étude. Les sujets ont été répartis en deux groupes recevant, après l'incision et le drainage de la plaie, soit de la céphalexine par voie orale pendant sept jours, à raison de 500 mg, 4 fois par jour, soit un placebo. Les plaies ont ensuite été recouvertes d'un pansement. Les patients devaient revenir quotidiennement pour le faire changer et pour faire inspecter leur plaie, puis sept jours plus tard pour une dernière consultation et une évaluation de l'état de la plaie. Le suivi final de quelques participants s'est fait par téléphone ou à l'aide du dossier médical. Par ailleurs, seulement deux patients ont quitté l'étude avant la fin. L'âge médian des sujets, dont 75 % étaient des hommes, était de 44 ans. Quelque 75 % des participants de chaque groupe ont pris l'antibiotique ou le placebo conformément aux indications. Les résultats de culture ont révélé que 70 % des abcès étaient dus à *Staphylococcus aureus* et que, de ce nombre, 88 % étaient causés plus particulièrement par le SARM extrahospitalier. Après sept jours, la guérison clinique (absence de pus, de drain, d'érythème, de fluctuation, de chaleur, de douleur et d'induration) est survenue chez 90 % des sujets témoins et chez 84 % des sujets sous céphalexine ($P = NS$).

Traitement de la polyarthrite rhumatoïde : le méthotrexate est toujours le médicament de première intention

Quels sont les agents antirhumatismaux modificateurs de la maladie les plus efficaces et les plus sûrs pour traiter la polyarthrite rhumatoïde ?

Conclusion :

La recherche portant sur le choix d'agents antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM) dans le traitement de la polyarthrite rhumatoïde est incomplète. En effet, les recommandations actuelles

reposent généralement sur des essais à court terme et par extrapolation plutôt que sur des essais comparatifs directs. Les nouveaux médicaments, qui coûtent beaucoup plus cher, ne présentent pas d'avantages distincts par rapport au méthotrexate quant aux bienfaits ou aux effets indésirables, sauf possiblement en cas d'association médicamenteuse. Les conclusions plus précises sur les traitements individuels et les associations sont indiquées ci-dessous.

Niveau de preuve :

1a

Source : Donahue KE, Gartlehner G, Jonas DE et coll. Systematic review: Comparative effectiveness and harms of disease-modifying medications for rheumatoid arthritis. *Ann Intern Med* 2008 ; 148 (2) : 124-34.

Type d'étude : Revue systématique

Financement : Gouvernement

Contexte : Divers (méta-analyse)

Résumé :

Même si la polyarthrite rhumatoïde atteint deux millions de personnes aux États-Unis seulement, les études comparatives sur les avantages relatifs de divers ARMM (comme traitement initial ou en association avec d'autres agents) sont peu nombreuses. Les chercheurs ayant mené cette revue systématique ont trouvé des études contrôlées et des études de cohorte prospectives en fouillant dans quatre banques de données, dont la Bibliothèque Cochrane. Deux chercheurs ont choisi de façon indépendante des études à inclure dans la revue, tandis qu'un troisième en a analysé et validé les résultats. Ils se sont fiés aux méta-analyses si elles étaient déjà accessibles, mais n'ont pas combiné les données dans le cas contraire. Ils ont inclus les données sur les ARMM synthétiques, soit le léflunomide, le méthotrexate et la sulfasalazine, ainsi que sur les agents anti-TNF très coûteux, comme l'adalimumab, l'étaNERcept et l'infliximab. La plupart des essais choisis étaient d'une durée relativement courte et regroupaient un échantillon très sélectif de la population. En voici les résultats (avec extrapolation de différentes études en l'absence de comparaison directe) :

⊗ **Monothérapie :**

- ⊕ Les données globales, dont la qualité variait de faible à modérée, n'ont pas permis d'établir une différence importante entre les ARMM synthétiques, bien que le léflunomide puisse offrir un léger avantage par rapport à la sulfasalazine. Les taux d'effets indésirables et d'arrêt du traitement étaient similaires pour les trois molécules.
- ⊕ Les plus récentes données probantes ne montrent aucune différence entre les divers agents antiTNF, tandis que les études évaluant les effets nocifs relatifs ne sont pas assez nombreuses pour que l'on puisse en tirer des conclusions. Dans l'ensemble, les agents antiTNF semblent entraîner une meilleure réponse que l'anakinra.
- ⊕ Les agents antiTNF n'ont pas donné de meilleurs résultats cliniques que le méthotrexate, même s'ils sont possiblement plus susceptibles de prévenir l'évolution de la maladie (évaluée par radiographie), chez les patients atteints d'un début de polyarthrite rhumatoïde (nombre de patients traités = 8).

⊗ **Association médicamenteuse :**

- ⊕ La prescription initiale d'une association médicamenteuse d'ARMM synthétiques offre plus d'avantages que l'emploi d'un seul médicament ou qu'une intensification du traitement.
- ⊕ L'ajout de prednisone à un, deux ou trois ARMM synthétiques améliore les taux de réponse clinique et ralentit l'évolution de la maladie par rapport à la monothérapie.
- ⊕ L'ajout de méthotrexate à un traitement par des antiTNF améliore également la réponse clinique, ainsi que la capacité fonctionnelle et la qualité de vie des patients comparativement à l'utilisation du méthotrexate ou d'antiTNF en monothérapie. L'effet obtenu est différent lorsque la sulfasalazine est ajoutée aux antiTNF.
- ⊕ L'ajout d'anakinra à l'éta nercept n'offre aucun bienfait supplémentaire. Par ailleurs, l'association de divers agents antiTNF accroît les effets indésirables.

Le score ABCD permet de prédire le risque d'AVC dans les sept jours suivant une ICT

Le score ABCD des patients ayant subi une ischémie cérébrale transitoire (ICT) permet-il de prédire le risque d'AVC dans les sept jours ?

Conclusion :

Les patients victimes d'une ICT et dont le score ABCD est de 4 ou plus présentaient un risque d'AVC plus élevé dans les sept jours subséquents.

Niveau de preuve :

1a

Source : Sciolla R, Melis F et le groupe SINPAC. Rapid identification of high-risk transient ischemic attacks: prospective validation of the ABCD score. *Stroke* 2008 ; 39 (2) : 297-302.

Type d'étude : Validation d'une aide décisionnelle

Financement : Gouvernement

Contexte : Urgence

Résumé :

Le score ABCD est une échelle de six points qui tient compte de l'âge du patient (60 ans ou plus = 1 point ; moins de 60 ans = 0), de sa pression artérielle (pression systolique d'au moins 140 mm Hg ou diastolique d'au moins 90 mm Hg = 1 point), des manifestations cliniques (faiblesse unilatérale = 2 points ; trouble de la parole sans faiblesse = 1 point ; autre symptôme = 0) et de la durée des symptômes (60 minutes ou plus = 2 points ; de 10 à 59 minutes = 1 point ; moins de 10 minutes = 0). L'échelle a été créée dans le but de prédire quels patients seront victimes d'un AVC dans les sept jours suivant une ICT.

L'équipe de chercheurs a vérifié l'utilité de l'échelle ABCD en faisant une validation prospective des patients se présentant à l'urgence d'un hôpital italien dans les 24 heures suivant les premiers symptômes d'ICT (selon les normes de l'Organisation mondiale de la Santé). Un neurologue a revu les patients un mois plus tard pour vérifier l'évolution de leur état clinique. Sur six mois, les chercheurs ont obtenu les données complètes de 274 patients victimes d'une ICT, s'étant présentés de façon consécutive à l'urgence. Pendant la

période de suivi, deux patients sont morts et 15 ont subi un AVC, dont dix dans les sept jours suivant l'ICT. Aucun des patients ayant un score ABCD de 3 ou moins n'a subi d'AVC dans les trente jours. Au total, une proportion de 20 % des patients victimes d'un AVC dans les sept jours suivant l'ICT avaient un score de 4, 40 % avaient un score de 5 et 40 % avaient un score de 6.

L'arrêt de la warfarine sur une courte période est sûr

Peut-on cesser le traitement par la warfarine de façon sûre pendant un court laps de temps chez les patients devant subir une intervention non urgente ?

Conclusion :

Selon les lignes directrices actuelles de plusieurs associations de cardiologie européennes et américaines, il est possible d'arrêter la warfarine pendant au plus une semaine chez les patients présentant un risque d'hémorragies attribuable à une opération effractive, comme une intervention dentaire ou une coloscopie. Bien que d'autres recherches soient nécessaires, la présente étude ne réfute pas ces recommandations. En effet, les résultats obtenus indiquent que 0,59 % des patients qui cessent leur traitement sont victimes d'une thrombo-embolie dans les trente jours.

Niveau de preuve :

2b

Source : Garcia DA, Regan S, Henault L et coll. Risk of thromboembolism with short-term interruption of warfarin therapy. *Arch Intern Med* 2008 ; 168 (1) : 63-9.

Type d'étude : Étude de cohortes (prospective)

Financement : Industrie

Contexte : Service de consultation externe (sans distinction)

Résumé :

Il est parfois nécessaire d'interrompre le traitement par la warfarine chez les patients devant subir une intervention chirurgicale ou dentaire. Des chercheurs

ont mené une vaste étude d'observation pour déterminer l'effet d'un court arrêt de la warfarine sur la probabilité d'un accident thrombo-embolique dans les trente jours suivants. Pour recueillir leurs données, les chercheurs ont sollicité la participation de médecins pratiquant dans 101 cabinets et utilisant un dossier médical informatisé sur la warfarine (CoumaCare). Ces derniers traitaient leurs patients selon leur méthode habituelle, en cessant la warfarine (91,6 %) ou en la remplaçant par un traitement de transition (8,4 %) lorsqu'une intervention non urgente, comme une coloscopie ou encore une opération dentaire ou ophtalmique, était nécessaire. Les personnes hospitalisées en vue d'une opération étaient exclues de l'étude, car les auteurs n'étaient pas en mesure de savoir si un traitement de transition avait été prescrit. Dans plus de la moitié des cas, la warfarine était utilisée chez des patients atteints de fibrillation auriculaire et dans 15,5 % chez des porteurs d'une prothèse valvulaire (29 % des participants de ce dernier groupe ont reçu de l'héparine comme traitement de transition). Sur les 1293 interruptions de warfarine survenues chez 1024 patients, sept participants – tous de la cohorte sans traitement – ont subi un accident thrombo-embolique accompagné de signes cliniques. Cette prévalence correspond à un taux de 0,54 %. La plupart des patients qui avaient cessé temporairement leur traitement par la warfarine l'avaient fait pendant cinq jours ou moins. En outre, deux des sept patients présentaient un risque élevé de thrombose, en raison d'antécédents récents de thrombo-embolie ou encore d'un cancer évolutif. Le faible nombre d'accidents thrombo-emboliques, une bonne chose en soi pour les patients de l'étude, nous pousse à interpréter ces données avec prudence. Nous croyons donc qu'une étude de plus grande envergure s'impose. Par contre, il est rassurant de constater que la plupart des patients qui cessent de prendre de la warfarine pendant au plus cinq jours sont peu susceptibles de subir un accident thrombo-embolique. 🦋

*Pour voir le site original d'InfoPOEMs,
allez au www.infopeems.com*

Copyright © 2006 by Wiley Subscription Services, Inc.
Tous droits réservés.