

LE MÉDECIN DU QUÉBEC publie, à l'occasion, des résumés d'articles de recherche provenant du site Essential Evidence Plus. La liste complète des sujets se trouve sur le site Web d'InfoPOEMs au www.essentialevidenceplus.com/content/poems. 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. Un omnipraticien choisit les résumés d'articles qui seront publiés en fonction du contexte de la pratique médicale au Québec.

Ces résumés 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.

La régulation intensive de la glycémie ne réduit pas les risques liés au diabète de type 2 (étude VADT)

Est-ce que la régulation intensive du diabète de type 2 réduit les complications chez les patients atteints de diabète de type 2 ?

Conclusion

Comme les essais ACCORD et ADVANCE l'ont fait précédemment, cette étude apporte de nouvelles preuves que la régulation intensive de la glycémie ne réduit pas les risques de complications liées au diabète de type 2. Faits à noter, l'hypertension (pression artérielle moyenne = 126 mm Hg/68 mm Hg) et l'hyperlipidémie (lipoprotéine de faible densité moyenne = 80 mg/dl) étaient bien maîtrisées chez tous les patients de cette étude clinique.

Niveau de preuve : 1b

Source : Duckworth W, Abraira C, Moritz T et coll. pour les chercheurs de l'étude VADT. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2009 (2) ; 360 : 129-39.

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

Financement : Industrie et gouvernement

Contexte : Services de consultations externes (divers)

Affectation : Dissimulée

Résumé :

Selon les récents essais cliniques ACCORD (*N Engl J Med* 2008 ; 358 : 2545-59) et ADVANCE (*N Engl J Med* 2008 ; 358 : 2560-72), la régulation stricte de la glycémie ne réduit pas les risques de complications macrovasculaires et peut même accroître la mortalité toutes causes confondues chez des personnes atteintes de diabète de type 2. Dans la présente étude à répartition aléatoire, les auteurs ont repéré des patients qui répondaient aux critères suivants : diabète de type 2 mal maîtrisé selon les lignes directrices en vigueur (hémoglobine glyquée $\geq 7,5\%$), aucun accident cardiovasculaire dans les six mois précédents, indice de masse corporelle (IMC) inférieur à 40 kg/m² et espérance de vie d'au moins sept ans. Ceux dont la fonction rénale était anormale, dont les taux d'alanine-aminotransférase étaient élevés ou qui souffraient d'angine grave ont été exclus. Les sujets ont été affectés au hasard soit à un groupe où la régulation de la glycémie était stricte, soit à un autre recevant les soins usuels. Les patients dont l'IMC était supérieur ou égal à 27 kg/m² ont reçu une pleine dose de metformine et de rosiglitazone tandis que les sujets témoins ont reçu la moitié d'une pleine dose de glimépiride et de rosiglitazone. L'objectif pour le groupe expérimental était une réduction de 1,5 % du taux d'hémoglobine glyquée par rapport à celui du groupe témoin. L'insuline a été ajoutée lorsque le taux d'hémoglobine glyquée était d'au moins 6 % chez les sujets sous régulation intensive

et d'au moins 9 % chez ceux du groupe témoin. Tous les patients ont été traités conformément aux lignes directrices nationales en ce qui a trait à l'alimentation, à l'exercice, à l'hyperlipidémie, à l'hypertension et à d'autres facteurs de risque cardiovasculaires. Les patients ont été suivis pendant au plus 6,5 ans. Les chercheurs ne connaissaient pas les groupes d'affectation. Bien que la majorité des sujets étaient de sexe masculin, ils étaient autrement très représentatifs du type de patients que les médecins voient dans leur cabinet : leur âge moyen était de 60 ans, le diagnostic de diabète de type 2 avait été posé en moyenne 11,5 ans plus tôt, leur taux d'hémoglobine glyquée était de 9,4 % et leur IMC moyen, de 31,2 kg/m².

L'objectif a été atteint, l'écart entre les taux d'hémoglobine glyquée des patients sous régulation intensive et des sujets témoins étant plus grand (6,9 % contre 8,4 %). Cet écart est resté stable pendant toute la durée de l'étude. Malgré tout, aucune différence n'a été notée quant à la mortalité toutes causes confondues (95 dans le groupe témoin contre 102 dans le groupe expérimental), aux problèmes cardiovasculaires, à l'évolution de la rétinopathie et de la néphropathie, au moment de la survenue du premier accident cardiovasculaire ou aux complications macrovasculaires. Les crises d'hypoglycémie étaient, par ailleurs, beaucoup plus fréquentes dans le groupe sous régulation intensive.

Reflux gastro-œsophagien chronique : l'opération, un meilleur choix que le traitement médical

L'intervention chirurgicale est-elle préférable au traitement médical dans les cas de reflux gastro-œsophagien chronique grave ?

Conclusion

Les patients souffrant depuis longtemps de reflux gastro-œsophagien chronique important et ayant subi une fundoplicature au lieu de recevoir un traitement médical ont connu une diminution considérable de leur score symptomatique au bout

d'un an. Cette grande étude va dans le même sens que d'autres essais à répartition aléatoire.

Niveau de preuve : 1b

Source : Grant AM, Wileman SM, Ramsay CR et coll. pour le groupe de travail de l'essai REFLUX. Minimal access surgery compared with medical management for chronic gastro-oesophageal reflux disease: UK collaborative randomised trial. *BMJ* 2008 ; 337 : a2664.

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

Financement : Gouvernement

Contexte : Consultations externes (spécialisées)

Affectation : Dissimulée

Contexte :

Les chercheurs ont recruté des patients qui prenaient un antiacide depuis au moins douze mois en raison de reflux gastro-œsophagien chronique, qui avaient subi une endoscopie ou encore qui présentaient un reflux gastro-œsophagien chronique révélé par une surveillance du pH. La moitié des 357 participants répartis sur les vingt-et-un lieux de l'étude étaient traités depuis plus de trente mois. Le score REFLUX (mesure des symptômes ainsi que des effets indésirables et des complications du traitement), reflétant la qualité de vie des sujets, variait d'une moyenne de 55 à 78 sur un total possible de 100, ce dernier chiffre correspondant au nombre de symptômes le moins élevé. Les chercheurs ont recensé au total 810 patients admissibles à l'étude. Les 357 premiers patients ont été répartis de façon aléatoire, par affectation dissimulée, de manière à recevoir une fundoplicature par laparoscopie (dont le type était choisi par le chirurgien) ou le meilleur traitement médical selon leur gastro-entérologue. Les 453 autres patients ont choisi, parmi les deux méthodes, celle qu'ils préféraient. Ceux présentant les symptômes les plus invalidants étaient plus susceptibles de choisir

le traitement chirurgical. L'analyse des résultats a été faite en intention de traiter, ce qui signifie qu'elle a été réalisée en fonction du groupe d'affectation des patients. Dans le volet « répartition aléatoire », seulement 62 % des patients ayant été placés dans le groupe recevant le traitement chirurgical ont effectivement subi une fundoplicature, contre 84 % des patients du volet « choix du traitement ». Néanmoins, au bout d'un an, 38 % des patients du groupe « fundoplicature » du volet « répartition aléatoire » prenaient encore un médicament antireflux, contre seulement 14 % des patients ayant subi l'opération dans le volet « choix du traitement ». Dans le groupe recevant le traitement médical, 90 % des patients prenaient toujours un médicament au bout d'un an (nombre de traitement nécessaire = 2, ce qui indique que l'intervention chirurgicale est préférable). Le score REFLUX s'est amélioré dans tous les cas, passant de 63,6 à 84,6 dans le groupe ayant reçu l'opération et de 66,8 à 73,4 dans celui prenant le traitement médical ($P < 0,001$). Dans le groupe ayant choisi la méthode de traitement, la différence entre les deux groupes était minime, le score des patients ayant choisi l'opération (ceux dont le score symptomatique était le moins bon) étant passé d'une moyenne de 55,8 à 83,3.

Les fluoroquinolones, efficaces contre les pneumonies extrahospitalières

Les fluoroquinolones sont-elles plus efficaces que l'association d'un macrolide et d'une bêta-lactamine chez les adultes souffrant d'une pneumonie extrahospitalière ?

Conclusion

Les fluoroquinolones sont aussi efficaces que l'association macrolide-bêta-lactamine contre les pneumonies extrahospitalières chez les patients traités en consultations externes. Leur efficacité pourrait même être plus élevée chez les patients hospitalisés et dans les cas de pneumonie grave.

Niveau de preuve : 1a

Source : Vardakas KZ, Siempos II, Grammatikos A, Athanassa Z, Korbila IP, Falagas ME. Respiratory fluoroquinolones for the treatment of community-acquired pneumonia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *CMAJ* 2008 ; 179 (12) : 1269-77.

Type d'études : Méta-analyse (études comparatives à répartition aléatoire)

Financement : Autofinancement
ou absence de financement

Contexte : Services de consultations externes (divers)

Résumé :

Selon les lignes directrices 2007 de l'Infectious Disease Society of America et de l'American Thoracic Society, le traitement recommandé contre la pneumonie extrahospitalière chez l'adulte est soit une fluoroquinolone d'usage respiratoire, soit l'association macrolide-bêta-lactamine. Les chercheurs ont recensé toutes les études cliniques publiées où la pneumonie était définie selon les critères suivants : anomalies à la radiographie du thorax et présence d'au moins quatre des quatorze signes et symptômes propres à la pneumonie (Ex. : fièvre, dyspnée, hypoxie, crachats purulents, leucocytose). L'analyse des données a été faite en intention de traiter, et le critère d'évaluation principal était la mortalité toutes causes confondues. Des 279 essais comparatifs à répartition aléatoire trouvés, 23 respectaient les critères d'inclusion des auteurs. Parmi les dix-huit (totalisant 7020 patients) qui faisaient état de données sur la mortalité, aucun n'a signalé d'avantages significatifs pour les fluoroquinolones d'usage respiratoire par rapport aux autres antibiotiques (rapport de cotes = 0,85 ; IC à 95 % : 0,65 – 1,12). Ces fluoroquinolones n'ont présenté qu'un faible avantage quant au succès du traitement, défini par la guérison du patient ou par une amélioration de son état pendant la durée de l'étude (rapport de cotes = 1,17 ; IC à 95 % : 1,00 – 1,36). Les avantages étaient plus marqués dans les études de moindre qualité, notamment dans les études sans insu qui ont noté un avantage significatif (rapport de cotes = 1,35 ; IC à 95 % : 1,08 – 1,69) alors que des études à double insu n'ont révélé aucune différence entre les fluoroquinolones d'usage respiratoire et d'autres antibiotiques en ce qui a trait à la réussite du traitement (rapport de cotes = 1,13 ; IC à 95 % : 0,85 – 1,5). L'efficacité des fluoroquinolones d'usage respiratoire était plus élevée que celle d'autres antibiotiques chez les patients hospitalisés et chez ceux souffrant d'une pneumonie grave, mais la définition de gravité variait et le nombre total de patients était relativement petit. Les effets indésirables étaient un peu plus rares chez les patients prenant des fluoroquinolones d'usage respiratoire (rapport de cotes = 0,86 ; IC à 95 % : 0,78 – 0,96), bien que la proportion de sujets ayant quitté les études en raison de tels effets était similaire dans les divers groupes. 📄

Pour voir le site original des résumés, allez
au www.essentialevidenceplus.com/content/poems

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