

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 que nous publierons, 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 leur pratique quotidienne.

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

Le valcylovir en prise quotidienne prévient la transmission de l'infection par le HSV-2

Le valcylovir (Valtrex^{MD}) en prise quotidienne peut-il réduire le risque de transmission du virus de l'herpès simplex de type 2 (HSV-2) à des partenaires sexuels qui ne sont pas infectés ?

Contexte : Cliniques de consultations externes (diverses)

Plan expérimental : Étude contrôlée, à répartition aléatoire (à double insu)

Synopsis

Bien que les antiviraux réduisent la fréquence des récurrences et l'élimination subclinique des particules virales (issue relative à la maladie), aucune étude n'a pu démontrer à ce jour d'effet sur la transmission de l'infection à HSV-2 à un partenaire non atteint. Ont participé à cette étude 1498 couples hétérosexuels et, en principe, monogames, dont l'un des partenaires était infecté par le HSV-2 et l'autre non. Pour être admis à l'étude, le partenaire infecté ne devait pas connaître plus de 10 récurrences par année ni prendre d'agent antiviral en prophylaxie quotidienne. On a

conseillé aux couples d'utiliser des condoms. Les partenaires infectés ont été répartis au hasard de façon à prendre 500 mg de valcylovir, une fois par jour, ou un placebo. Les partenaires non infectés ont été soumis mensuellement à une sérologie visant à dépister le HSV-2. Ils devaient aussi se soumettre à un test d'amplification par la polymérase des sécrétions génitales, en cas de lésion. Les patients ont été suivis pendant huit mois en moyenne. Au cours de cette période, 325 couples ont abandonné l'étude. Les raisons de l'abandon ont été similaires dans les deux groupes, mais 28 participants du groupe sous valcylovir ont abandonné l'étude de leur propre gré contre 54 dans le groupe placebo, ce qui nous pousse à nous poser des questions sur l'adéquation de la méthode de répartition en double insu. Seulement 20 % des couples ont utilisé des condoms en tout temps, et 37 % n'en ont jamais utilisés. Les personnes non infectées étaient vraisemblablement moins exposées au risque de contracter une infection à HSV-2 asymptomatique (0,5 % contre 2,2 % ; $p = 0,008$; réduction du risque absolu (RRA) = 1,7 % ; nombre de traitements exigé (NTE) = 59) ou tout autre type d'infection à HSV-2 (1,9 % contre 3,6 % ; $p = 0,04$; RRA = 1,7 % ; NTE = 59) si leur partenaire prenait

du valcyclovir. Cette étude a été subventionnée par le fabricant du valcyclovir.

En bref

Le valcyclovir en traitement quotidien réduit légèrement le risque de transmission du virus de l'herpès simplex de type 2 (HSV-2) à des partenaires non infectés. Il faut traiter cinquante-neuf patients par ce médicament tous les jours, pendant huit mois, pour prévenir une infection.

Niveau de preuve

1b

Référence : Corey L, Wald A, Patel R et coll. Once-daily valcyclovir to reduce the risk of transmission of genital herpes. *N Engl J Med* 2004 ; 350 : 11-20.

24

L'association finastéride et doxazosine est efficace chez certains patients atteints d'hyperplasie bénigne de la prostate (HBP)

L'association finastéride et doxazosine est-elle plus efficace que chacun de ces médicaments pris seul ?

Contexte : Cliniques de consultations externes (diverses)

Plan expérimental : Étude contrôlée, à répartition aléatoire (à double insu)

Synopsis

La doxazosine est un alphabloquant qui réduit le tonus du muscle lisse de la prostate et du col de la vessie. Le finastéride est un inhibiteur de la 5-alpha-réductase, qui réduit le volume de la prostate. Bien qu'on puisse raisonnablement penser que l'association de ces deux médicaments est plus bénéfique que chacun d'eux pris seul, ce fait n'a pas été prouvé par des essais de courte durée. Au cours du présent essai, on a réparti aléatoirement des hommes atteints d'hyperplasie bénigne de la prostate (la méthode de répartition n'a pas

été dévoilée) dans un groupe prenant de la doxazosine (de 4 mg à 8 mg, selon la tolérance), un prenant du finastéride (5 mg par jour, par voie orale), un recevant les deux médicaments ou un autre ne prenant aucun d'entre eux. On a recruté en tout 3047 hommes dans 17 centres, ayant tous un score de l'*American Urological Association* (AUA) d'au moins 8, où 0 correspond à l'absence de symptômes et 35 à des symptômes graves. Les groupes ont été équilibrés au départ, et l'analyse a été faite en fonction du groupe d'assignation. Ont été exclus de l'étude les hommes atteints d'hypotension, ceux dont le taux d'antigène prostatique spécifique (APS) était supérieur à 10 ng/ml ou ceux qui avaient déjà subi une intervention chirurgicale de la prostate. L'issue primaire était un score AUA d'au moins 4 points, la rétention urinaire aiguë, l'insuffisance rénale et l'incontinence urinaire. À la fin de cette étude d'une durée de quatre années, l'issue primaire était moins vraisemblable chez les sujets du groupe recevant l'association médicamenteuse (5 %) que chez les groupes recevant un seul des deux médicaments (10 % pour chacun des deux médicaments) ou chez celui n'en recevant aucun (17 %). Il faudrait traiter 20 patients par l'association médicamenteuse plutôt que par la doxazosine ou le finastéride seul, pendant quatre ans, pour prévenir chez un d'entre eux l'évolution de l'hyperplasie bénigne de la prostate. La plupart des réactions indésirables ont été notées au sein du groupe prenant le traitement d'association, bien que la différence n'ait été significative qu'au chapitre de l'éjaculation anormale, de l'œdème périphérique et de la dyspnée. Les bienfaits du traitement d'association ont été les plus marqués chez les patients dont le volume de la prostate était supérieur à 40 ml et dont le taux d'APS dépassait 4 ng/ml.

En bref

L'administration pendant quatre années de l'association finastéride (Proscar^{MD}) et doxazosine (Cardura^{MD}) réduit le risque d'évolution clinique de l'hyperplasie bénigne de la prostate (HBP). Cependant, l'administration prolongée de finastéride a aussi été associée à l'augmentation du risque de cancer de la prostate peu différencié (*N Engl J Med* 2003 ; 349 : 215-24). Jusqu'à ce que ce risque soit mieux défini, l'association médicamenteuse devrait être réservée

aux patients dont le volume de la prostate est supérieur à 40 ml et le taux d'antigène prostatique spécifique (APS) dépasse 4 ng/ml, et qui comprennent bien les risques et les bienfaits de ce traitement.

Niveau de preuve

1a

Référence : McConnell JD, Roehrborn CG, Bautista OM et coll. The long-term effect of doxazosin, finasteride, and combination therapy on the clinical progression of benign prostatic hyperplasia. *N Engl J Med* 2003 ; 349 : 2387-98.

Bon pronostic pour les kystes annexiels d'apparence bénigne chez la femme ménopausée

Quel est le pronostic d'un kyste annexiel d'apparence bénigne chez la femme ménopausée ?

Contexte : Cliniques de consultations externes (spécialisées)

Plan expérimental : Cohorte (étude prospective)

Synopsis

L'échographie transvaginale (ETV) réalisée chez la femme ménopausée révèle assez souvent la présence d'un kyste annexiel d'apparence bénigne. Au cours de cette étude, on a proposé de façon consécutive à 162 femmes, auxquelles un gynécologue avait recommandé une ETV en raison d'un kyste annexiel d'apparence bénigne (uniloculaire ou multiloculaire avec des composantes solides), une surveillance échographique prospective. Nous ne connaissons malheureusement pas la raison pour laquelle l'ETV leur a été recommandée ni les symptômes que ces femmes manifestaient. De ce groupe de 162 patientes, 134 ont accepté de se soumettre à une surveillance prospective ; ces femmes n'étaient pas significativement différentes de celles qui l'ont refusée. Ces patientes ont subi une ETV 3, 6, 9, 12 et 24 mois après le début de l'étude initiale. Le suivi a duré en moyenne trois ans

(entre 4 mois et 8 ans). Si le kyste prenait une apparence plus maligne ou s'il grossissait, les femmes devaient subir une biopsie chirurgicale (12 sur 134 ; soit 9 %). Aucune femme parmi ces 12 n'a présenté de lésion maligne. Chez les femmes plus jeunes, les kystes avaient tendance à régresser, soit chez 54 % des femmes de moins de 60 ans contre 8 % de celles de 60 ans ou plus. Les résultats de l'échographie sont restés inchangés chez environ 33 % des patientes de moins de 60 ans et chez 75 % des femmes de 60 ans ou plus.

En bref

Selon les résultats de cette étude, la surveillance échographique est une option sûre chez les femmes ménopausées présentant un kyste annexiel d'apparence bénigne.

Niveau de preuve

1b

Référence : Valentin L, Akrawi D. The natural history of adnexal cysts incidentally detected at transvaginal ultrasound examination in postmenopausal women. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2002 ; 20 : 174-80.

Suivi de l'hypertension : tous les trois mois = tous les six mois

Est-il suffisant de revoir les patients hypertendus tous les six mois, sans compromettre la maîtrise de l'hypertension et sans que l'observance du traitement ou la satisfaction du patient à l'égard de son traitement diminue ?

Contexte : Cliniques de consultations externes (soins primaires)

Plan expérimental : Étude contrôlée, à répartition aléatoire (essai ouvert)

Synopsis

Les lignes directrices canadiennes, britanniques

et américaines concernant la prise en charge de l'hypertension recommandent que les patients dont l'hypertension est maîtrisée consultent leur médecin à intervalles de trois à six mois. Cette étude a cherché à déterminer la différence entre un suivi à intervalles de trois mois et un autre à intervalles de six mois chez 609 patients dont l'hypertension était maîtrisée depuis au moins trois mois par au moins un médicament. Après répartition aléatoire (la méthode de répartition n'a pas été dévoilée), les patients devaient revenir voir le médecin tous les trois mois ou tous les six mois, ou plus tôt, si leur pression artérielle n'était plus maîtrisée ou s'ils devaient changer de médicament. L'analyse a été faite en fonction du groupe d'assignation. Comme on pouvait s'y attendre, les sujets du groupe dont les rendez-vous étaient fixés tous les six mois sont venus consulter bien moins souvent au cours des trois années de l'étude (moyenne = 16,2 contre 18,8), bien que leur médecin ait dû les voir bien plus souvent que prévu (ils auraient dû être vus en moyenne six et douze fois). Les valeurs de la pression artérielle mesurée en cabinet à la fin de chaque année ont été identiques dans les deux groupes. Les mesures prises à domiciles ont été similaires à celles du médecin. À chaque période d'examen, les médecins traitants ont estimé que la pression artérielle n'était plus maîtrisée chez un pourcentage similaire de patients de chaque groupe (environ 20 %). La satisfaction à l'égard du traitement et l'observance déclarée par les patients ont été similaires dans les deux groupes. Selon le plan expérimental, l'étude pouvait déceler une différence réelle inférieure à 10 % dans les mesures de la pression artérielle, à une puissance de 0,8.

En bref

Lorsque l'hypertension est maîtrisée, des rendez-vous tous les six mois, plutôt que tous les trois mois, ont donné lieu à des valeurs identiques de la pression artérielle mesurée en cabinet et à domicile, sans que la satisfaction des patients ou l'observance du traitement ne soient modifiées.

Niveau de preuve

1b

Référence : Birtwhistle RV, Godwin MS, Delva MD et

coll. Randomised equivalence trial comparing three and six months of follow-up of patients with hypertension by family practitioners. *BMJ* 2004 ; 328 : 204-6.

Mise à jour des lignes directrices de l'IDSA concernant le traitement de la pneumonie

Quelles sont les nouvelles lignes directrices (2004) de l'Infectious Diseases Society of America (IDSA) concernant le traitement de la pneumonie ?

Contexte : Divers (lignes directrices)

Plan expérimental : Recommandations concernant la pratique

Synopsis

L'IDSA vient de mettre à jour les lignes directrices qu'elle avait publiées en 2000. Les mises à jour portent sur les points suivants : 1. Le lieu initial du traitement : pour décider si le traitement doit être administré en milieu hospitalier ou extrahospitalier, on devrait calculer l'indice de gravité de la pneumonie selon les indices établis par la *Pneumonia Outcomes Research Team* (niveau de preuve : 2b) ; 2. Pour pouvoir quitter l'hôpital, les patients ne devraient présenter qu'une seule des caractéristiques suivantes : fièvre > 37,8 °C ; pouls > 100 battements par minute ; fréquence respiratoire > 24 respirations par minute ; pression artérielle systolique < 90 mm Hg ; ou incapacité de garder les ingesta (niveau de preuve : 1b) ; 3. Les médecins devraient rester à l'affût du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), même si leurs interventions se limitent à un traitement de soutien (niveau de preuve : 5) ; 4. Dans le cas de tous les patients hospitalisés, notamment des personnes âgées, des patients admis aux soins intensifs et des patients présentant une bactériémie, on peut choisir un traitement empirique initial par une bêtalactamine associée à un macrolide ou à une quinolone pour les voies respiratoires, à moins qu'on ne soupçonne une infection à *Pseudomonas* (niveau de preuve : 2b) ; 5. Une fois que les résultats des antibiogrammes sont connus,

on peut administrer une bêtalactamine seule, même aux patients présentant une bactériémie (niveau de preuve : 5) ; 6. Il faudrait envisager des examens de dépistage de *Legionella* chez tous les patients hospitalisés dont la cause de la pneumonie est indéterminée ou pour lesquels les bêtalactamines ne donnent pas de résultats (niveau de preuve : 5) ; 7. Le traitement de la légionellose s'impose en présence de preuves épidémiologiques de la maladie, même si l'examen de dépistage est négatif (niveau de preuve : 5).

En bref

L'IDSA a mis à jour ses lignes directrices concernant le traitement de la pneumonie pour y inclure de nouvelles recommandations concernant les décisions à prendre sur le lieu du traitement (milieu hospitalier ou extrahospitalier), sur les critères de sortie de l'hôpital, sur le traitement de la pneumonie à pneumocoques accompagnée de bactériémie, de la légionellose et des infections virales ainsi que sur la prise en charge des personnes âgées.

Niveau de preuve

5

Référence : Mandell LA, Bartlett JG, Dowell SE, File TM, Musher DM, Whitney C. Update of practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in immunocompetent adults. *Clin Infect Dis* 2003 ; 37 : 1405-33.

L'embolie pulmonaire peut permettre de prédire une récurrence de thrombo-embolie

Les patients ayant présenté une embolie pulmonaire symptomatique sont-ils davantage prédisposés aux récurrences que ceux ayant subi une thrombose veineuse profonde ?

Contexte : Divers

Plan expérimental : Cohorte (étude prospective)

Synopsis

Les chercheurs de cette étude ont suivi 464 adultes, inscrits consécutivement, qui ont présenté une première thrombose veineuse profonde ($n = 162$) ou une embolie pulmonaire ($n = 302$) et qui ont été soumis à une anticoagulothérapie pendant au moins trois mois. Ils en ont exclu les patients souffrant d'une coagulopathie ou d'un cancer ainsi que les femmes enceintes. Les patients ont été suivis pendant quatre années au maximum ou jusqu'à une récurrence. En tout, 123 patients ont été retirés de l'étude pour les raisons suivantes : décès, impossibilité d'assurer le suivi (6 %), diagnostic de cancer ou nécessité d'administrer un traitement antithrombotique pour des raisons (non signalées) autres qu'une thrombose veineuse profonde. Une récurrence est survenue chez 12,4 % des patients. La probabilité d'une récurrence a été environ deux fois plus élevée en cas d'embolie pulmonaire symptomatique (17,3 % contre 9,5 % ; risque relatif = 2,2 ; IC à 95 %, 1,3-3,7) qu'en cas de thrombose veineuse profonde, l'écart entre les deux groupes ayant commencé peu de temps après l'arrêt de l'anticoagulothérapie. Le risque d'embolie pulmonaire a été quatre fois plus élevé chez les patients ayant déjà souffert d'embolie pulmonaire (risque relatif = 4 ; IC à 95 %, 1,3-12,3).

En bref

Les patients souffrant d'embolie pulmonaire symptomatique sont davantage prédisposés aux thromboses veineuses profondes que ceux souffrant de thrombose veineuse profonde sans symptômes d'embolie pulmonaire. Ils sont également davantage prédisposés à une deuxième embolie pulmonaire.

Niveau de preuve

1b

Référence : Eichinger S, Weltermann A, Minar E et coll. Symptomatic pulmonary embolism and the risk of recurrent venous thromboembolism. *Arch Intern Med* 2004 ; 164 : 92-6.

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

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