

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. 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.

L'hormonothérapie substitutive meilleure chez les femmes de moins de 60 ans

L'hormonothérapie substitutive est-elle bénéfique pour les femmes postménopausées plus jeunes ?

Contexte : Patients externes (sans distinction)

Type d'étude : Méta-analyse (essais hasardisés)

Synopsis

Dans cette méta-analyse, les chercheurs ont voulu recenser les données existantes sur l'hormonothérapie substitutive chez les femmes postménopausées afin d'atténuer l'idée générale (courante) que les œstrogènes sont « mauvais ». Un grand nombre de bases de données ont été utilisées pour repérer tous les essais hasardisés portant sur l'hormonothérapie substitutive chez les femmes postménopausées, y compris l'étude Women's Health Initiative publiée en 2002. Les études retenues avaient duré au moins six mois et avaient signalé au moins un décès. Durant cette méta-analyse, des techniques appropriées ont été utilisées pour choisir les essais, extraire les données et en évaluer la validité. Les auteurs ont combiné les résultats de 30 essais réunissant plus de 26 000 femmes. Ils n'ont observé aucune différence entre les groupes recevant l'hormonothérapie substitutive ou le placebo pour ce qui est du nombre

total de décès, du nombre de décès d'origine cardiovasculaire et du nombre de décès par cancer. Toutefois, après analyse des données en fonction de l'âge, ils ont trouvé une amélioration de la survie globale chez les femmes de moins de 60 ans (rapport des cotes = 0,61 ; IC à 95 % = 0,39 – 0,95), ce qui se traduit par un nombre de traitements nécessaires de 44 (IC à 95 % = 29 – 88). Un examen séparé des issues montre que le traitement n'a aucune incidence sur les taux de mortalité d'origine cardiovasculaire et de mortalité par cancer. Cet avantage n'a pas été observé chez les femmes de 60 ans ou plus.

En bref

L'œstrogénothérapie substitutive chez les femmes de moins de 60 ans entraîne une diminution nette de la mortalité globale, tout en ne modifiant pas les taux individuels de décès d'origine cardiovasculaire ou de décès par cancer. Cette information devrait nous rassurer quant à la possibilité pour les femmes nouvellement ménopausées de se prévaloir de l'hormonothérapie substitutive pour soulager leurs symptômes.

Niveau de preuve

1a

Source : Salpeter SR, Walsh JME, Greyber E, Ormiston TM, Salpeter EE. Mortality associated

with hormone replacement therapy in younger and older women. *J Gen Int Med* 2004 ; 19 : 791-804.

Traitement antiplaquettaire optimal par voie orale des maladies vasculaires

Quels agents antiplaquettaires administrés seuls ou en association sont efficaces pour prévenir les accidents vasculaires récidivants ?

Contexte : Divers (méta-analyse)

Type d'étude : Revue systématique de la littérature

Synopsis

L'aspirine prévient les accidents vasculaires récidivants chez bon nombre de patients à risque élevé, mais on ignore si d'autres agents antiplaquettaires, comme le clopidogrel ou le dipyridamole, seuls ou en association avec l'aspirine, sont plus efficaces. Les auteurs ont effectué une recherche rigoureuse dans plusieurs bases de données, y compris MEDLINE et le Cochrane Clinical Trials Registry, en plus de consulter des listes de référence d'essais, des revues de littérature et les déclarations et directives scientifiques d'organismes officiels. Ils ont aussi inclus des essais hasardisés où on comparait un antiplaquettaire à un placebo ou à un autre antiplaquettaire et où les résultats étaient évalués sur au moins dix jours. Pas moins de 111 essais regroupant près de 100 000 patients ont ainsi été repérés. Les auteurs n'ont pas précisé si la recherche et l'évaluation des études retenues avaient été faites de façon indépendante par plus d'une personne. Ils n'ont pas non plus évalué la possibilité d'un biais de publication ni fait d'analyse spécifique pour déterminer l'homogénéité des résultats. L'aspirine est le traitement antiplaquettaire par voie orale de première intention recommandé après un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST ; l'aspirine ou le clopidogrel sont recommandés dans le cas d'une première récurrence d'ischémie cérébrale transitoire (ICT) ou d'AVC ischémique, d'angine chronique stable ou de maladie artérielle périphérique (l'aspirine étant moins chère, le clopidogrel devrait être réservé aux patients qui souffrent d'une intolérance à l'aspirine) ; tandis que l'association aspirine-clopidogrel est recommandée aux patients qui présentent un syndrome coronarien aigu sans élévation du segment ST. L'association aspirine-clopidogrel est le

traitement de seconde intention recommandé pour un syndrome coronarien aigu récidivant. Toutefois, elle ne réduit pas l'incidence d'accidents vasculaires récidivants chez les patients qui présentent des récurrences d'ICT/AVC ischémiques, alors qu'elle augmente le risque d'hémorragies graves et potentiellement mortelles. Par conséquent, l'association aspirine-dipyridamole à libération prolongée est recommandée aux patients souffrant de récurrences d'ICT/AVC ischémiques, mais d'aucune maladie coronarienne connue. Comme il existe un risque théorique d'exacerbation d'une ischémie myocardique par le dipyridamole, on devra attendre les résultats d'autres études avant d'émettre des recommandations fermes pour le traitement des patients qui souffrent à la fois de récurrences d'ICT/AVC ischémiques et d'une maladie coronarienne connue. Même si la ticlopidine agit favorablement dans plusieurs maladies vasculaires, ses effets indésirables fréquents – dont certains sérieux – limitent son usage.

En bref

L'aspirine est recommandée comme traitement antiplaquettaire par voie orale de première intention aux patients souffrant d'un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST. L'aspirine ou le clopidogrel est recommandé dans les cas d'une première récurrence d'ischémie cérébrale transitoire (ICT)/accident vasculaire cérébral (AVC) ischémique, d'angine stable ou de maladie artérielle périphérique, tandis que l'association aspirine-clopidogrel devrait être utilisée chez les patients qui présentent un syndrome coronarien aigu sans élévation du segment ST. L'association aspirine-clopidogrel est recommandée comme traitement de seconde intention pour traiter un syndrome coronarien aigu récidivant. En cas de récurrences d'ICT/AVC ischémiques sans maladie coronarienne connue, l'association aspirine-dipyridamole à libération prolongée est recommandée. D'autres études sont nécessaires avant d'émettre des recommandations fermes pour le traitement des malades souffrant de récurrences d'ICT/AVC ischémiques et de maladie coronarienne connue.

Niveau de preuve

1a

Source : Tran H, Anand SS. Oral antiplatelet therapy in cerebrovascular disease, coronary artery disease, and peripheral arterial disease. *JAMA* 2004 ; 292 : 1867-74.

L'association salmétérol et fluticasone est meilleure que la fluticasone seule dans le traitement de l'asthme

Le traitement de l'asthme recommandé dans les directives, soit l'augmentation graduelle de doses de salmétérol-fluticasone (Advair®), est-il plus efficace que la fluticasone seule chez les patients asthmatiques ?

Contexte : Patients externes (sans distinction)

Type d'étude : Essai randomisé (à double insu)

Assignation : Incertaine

Synopsis

Les 3421 patients de cette étude d'une durée d'un an étaient âgés de 12 à 80 ans et souffraient d'asthme depuis au moins six mois. Ils fumaient moins de dix paquets de tabac par année et n'avaient pris aucun agoniste des récepteurs bêta-adrénergiques administré par voie orale ou à action prolongée durant les deux semaines précédant leur recrutement. L'étude commençait par une période de rodage de quatre semaines pendant laquelle les patients poursuivaient leur traitement habituel. Ceux qui n'avaient pas réussi à bien maîtriser leur asthme pendant deux semaines ont été assignés au hasard (pas de mention d'une assignation dissimulée) dans le groupe sous salmétérol-fluticasone ou dans celui recevant le propionate de fluticasone seul. Chacun de ces groupes a aussi été subdivisé en fonction de la quantité de corticostéroïdes en inhalation utilisée durant les six mois précédant l'étude : aucun corticostéroïde en inhalation ; 500 µg ou moins de dipropionate de bécloéthasone ; ou de 500 µg à 1000 µg de dipropionate de bécloéthasone (ou l'équivalent) par jour. Durant cette phase, les doses augmentaient jusqu'à ce que l'asthme soit entièrement maîtrisé ou jusqu'à l'atteinte de la dose maximale, soit 50 µg/500 µg de salmétérol-fluticasone, deux fois par jour, ou 500 µg de fluticasone, deux fois par jour. La dose requise pour une maîtrise totale (ou la dose maximale) était ensuite maintenue pendant le reste de l'année. La maîtrise totale était définie par l'absence de symptômes diurnes pendant sept semaines sur huit ; aucun recours à un médicament de dépannage ; un débit expiratoire de pointe matinal égal à au moins 80 % de la valeur prédite ;

et aucun réveil nocturne, aucune exacerbation, aucune visite à l'urgence, ni aucun effet indésirable de l'agent médicamenteux. La définition d'une maîtrise satisfaisante de l'asthme était semblable, sauf pour ce qui suit : pas plus de deux jours avec un score de symptômes supérieur à 1 et pas plus de deux jours avec recours à un médicament de dépannage, sans dépasser quatre doses par semaine. Ces définitions proviennent du Global Initiative for Asthma et des National Institutes of Health. Dans cette étude dont l'analyse respectait le groupe d'assignation, le principal objectif était de déterminer la proportion de patients qui obtenaient une maîtrise satisfaisante de l'asthme. Les patients du groupe sous salmétérol-fluticasone ont obtenu une amélioration significative par rapport aux sujets du groupe sous fluticasone seule pendant toutes les phases de l'étude, quelle que soit leur utilisation initiale de corticostéroïdes. Cette étude suscite toutefois une préoccupation du fait que les lignes directrices visant une maîtrise totale de l'asthme préconisent un accroissement automatique des doses de produits fabriqués par le commanditaire de l'étude.

En bref

L'administration de doses progressives de l'association salmétérol-fluticasone (Advair®) est plus susceptible que la fluticasone seule (Flovent®) d'amener une maîtrise totale ou satisfaisante de l'asthme après douze semaines et après un an.

Niveau de preuve

1b

Source : Bateman ED, Boushey HA, Bousquet J et coll. Can guideline-defined asthma control be achieved? The Gaining Optimal Asthma Control Study. *Am J Respir Crit Care Med* 2004 ; 170 : 836-44.

La transfusion sanguine pourrait augmenter la mortalité des patients atteints d'un syndrome coronarien aigu

Une transfusion sanguine améliore-t-elle la survie des patients souffrant d'un syndrome coronarien aigu ?

Contexte : Patients hospitalisés (n'importe où) avec suivi externe

Type d'étude : Cohorte (prospective)

Synopsis

Lorsqu'une anémie aiguë survient pendant l'hospitalisation d'un patient souffrant d'une maladie cardiaque ischémique, il est courant qu'on lui fasse une transfusion sanguine. Toutefois, les avantages de cette intervention n'ont pas été prouvés. Les auteurs ont analysé les données de 24 112 sujets participant à trois grands essais internationaux évaluant différents régimes antithrombotiques chez des patients souffrant de syndrome coronarien aigu. L'analyse se limitait aux patients dont les données sur les hémorragies et les transfusions étaient complètes. Tous les paramètres étaient évalués par des personnes ignorant l'assignation aux groupes expérimentaux, en fonction du fait que les sujets avaient ou non été transfusés. Comme la transfusion sanguine s'était produite après la répartition aléatoire et était laissée à la discrétion du médecin traitant, les associations éventuelles entre la transfusion et les issues primaires et secondaires ont été estimées par des techniques de régression logistique multiple afin d'évaluer les variables indépendantes et de corriger les tiers facteurs. Au total, 2401 patients (10 %) ont reçu au moins une transfusion pendant leur hospitalisation. La transfusion était liée de façon indépendante à un risque accru de décès au bout de 30 jours (rapport de risques = 3,94 ; IC à 95% = 3,26 – 4,75). La probabilité de décès prédite était plus élevée lorsqu'on transfusait à des taux d'hématocrite supérieurs à 25 %, tandis que pour des valeurs inférieures à 25 %, la transfusion ne présentait ni avantage ni risque. Une étude antérieure (*N Eng J Med* 2001 ; 345 : 1230-6) a montré qu'une transfusion sélective est avantageuse chez les patients âgés souffrant d'un syndrome coronarien aigu et d'anémie (hématocrite \leq 33 %) au moment de leur admission à l'hôpital (c'est-à-dire que l'anémie n'était pas apparue de façon soudaine pendant l'hospitalisation).

En bref

Transfuser du sang à un patient souffrant d'un syndrome coronarien aigu qui devient anémique pendant son hospitalisation, mais dont l'état est par ailleurs stable, pourrait augmenter le risque de décès, notamment si le taux d'hématocrite dépasse 25 %.

Niveau de preuve

2b

Source : Rao SV, Jollis JG, Harrington RA et coll. Relationship of blood transfusion and clinical outcomes in patients with acute coronary syndromes, *JAMA* 2004 ; 292 : 1555-62.

La physiothérapie est peu efficace dans le traitement des douleurs lombaires

Les patients souffrant de douleurs lombaires qui font de la physiothérapie sont-ils avantagés par rapport à ceux à qui on conseille simplement de rester actifs ?

Contexte : Patients externes (milieu spécialisé)

Type d'étude : Essai hasardisé (à simple insu)

Assignment : Dissimulée

Synopsis

Cette étude menée au Royaume-Uni regroupait initialement 286 patients souffrant de douleurs lombaires qui avaient été adressés en physiothérapie par un omnipraticien ou un spécialiste. Les patients ont été assignés au hasard (répartition dissimulée) soit à recevoir de la part d'un physiothérapeute une brochure les incitant à demeurer actifs, soit à recevoir la même brochure en plus de six séances de physiothérapie comprenant des mobilisations et manipulations des articulations, des techniques portant sur les tissus mous et des exercices de renforcement. L'analyse respectait le groupe d'assignation, quoique le suivi au bout d'un an n'était que de 70 %. Le principal paramètre mesuré était l'indice d'incapacité d'Oswestry, une grille remplie par le patient lui-même, qui va de 0 % (aucune incapacité) à 100 % (invalidité totale). Il n'y avait pas de différence d'incapacité chez les patients sous traitement après un an. Les scores pour la qualité de vie, mesurés à l'aide du Short Form Health Status Survey qui compte 36 points, n'étaient pas différents après un an. Environ 10 % des sujets assignés à recevoir uniquement des conseils ont eu de la physiothérapie. Les patients traités ont signalé des effets bénéfiques significativement plus grands après deux et six mois. Comme ils connaissaient leur traitement, il s'agit

probablement d'un effet placebo. Cette absence d'effet bénéfique de la physiothérapie dans les cas de douleurs lombaires a été observée dans une autre étude (*Spine* 2003 ; 13 : 1363-1372).

En bref

La physiothérapie ne procure aux patients aucun avantage additionnel par rapport à la simple recommandation de rester actifs. Même si ces derniers ressentent un certain bienfait en début de traitement, cet effet disparaît au bout d'un an.

Niveau de preuve

2b

Source : Frost H, Lamb SE, Doll HA, Carver PT, Stewart-Brown S. Randomised control trial of physiotherapy compared with advice for low back pain. *BMJ* 2004 ; 329 : 708-11.

La satisfaction des patients est influencée par les confidences du médecin

Quel est l'effet des confidences du médecin sur la satisfaction des patients quant à la consultation ?

Contexte : Patients externes (sans distinction)

Type d'étude : Transversale

Synopsis

Le fait pour un médecin de se confier à son patient est une arme à double tranchant : cela peut favoriser la confiance et les bonnes relations ou, au contraire, être perçu comme inapproprié. Cette étude intéressante regroupait 59 médecins de première ligne et 65 chirurgiens. Au total, 1265 consultations au cabinet ont été enregistrées, et leur contenu a été évalué pour trouver des déclarations du médecin concernant des expériences personnelles susceptibles d'avoir un intérêt médical ou émotif pour le patient. La satisfaction des patients était évaluée à l'aide de questions portant sur leur satisfaction globale, la probabilité qu'ils recommanderaient leur médecin à un ami, jusqu'à quel point ils estimaient être bien connus du médecin et le degré de chaleur ou de cordialité et de réconfort ou de confiance ressenti. Même si la grille d'évaluation pour

les confidences a été validée, le score de satisfaction du patient ne l'a pas été. Des confidences sont survenues dans 17 % des consultations de première ligne et dans 14 % des consultations chirurgicales ; 71 % des médecins en ont fait à au moins une occasion. Les médecins de première ligne ont obtenu significativement beaucoup moins de « très élevée » à l'élément « Chaleur et cordialité » lorsqu'ils s'étaient confiés aux patients (37 % contre 52 % ; $P = 0,008$). Leurs scores étaient également plus bas au point « Réconfort et confiance » (42 % contre 55 % ; $P = 0,027$) et moins de patients se disaient « très satisfaits » de la consultation (74 % contre 83 % ; $P = 0,031$) quand le médecin s'était confié à eux. Par contre, lorsque les confidences venaient des chirurgiens, plus de patients indiquaient « très élevé » à l'élément « Chaleur et cordialité » (60 % contre 45 %) ainsi qu'à « Réconfort et confiance » (59 % contre 47 %) ; et un plus grand nombre se disaient « très satisfaits » de la consultation (88 % contre 75 %), toutes ces différences étant significatives.

En bref

Les confidences – c'est-à-dire le fait de partager avec le patient des expériences personnelles – sont bien vues lorsqu'elles viennent d'un chirurgien, mais elles sont moins appréciées lorsqu'elles sont faites par un médecin de première ligne. Dans cette étude sans répartition aléatoire où des médecins se sont occasionnellement confiés à leurs patients, l'opinion de ces derniers concernant la chaleur et la cordialité du médecin ainsi que la confiance et le réconfort ressentis et leur degré de satisfaction pour la consultation était favorable lorsqu'il s'agissait d'un chirurgien, mais l'était moins pour un médecin de première ligne.

Niveau de preuve

2b

Source : Beach MC, Roter D, Rubin H, Frankel R, Levinson W, Ford DE. Is physician self-disclosure related to patient evaluation of office visits? *J Gen Intern Med* 2004 ; 19 : 905-10.

Voici l'adresse du site original d'InfoPOEMs :

www.infopoems.com

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