

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.

Pas de preuve d'efficacité de l'acide hyaluronique dans la gonarthrose

Les injections intra-articulaires d'acide hyaluronique sont-elles efficaces dans le traitement de la gonarthrose ?

Contexte : Patients externes (en spécialité)

Type d'étude : Méta-analyse
(essais cliniques à répartition aléatoire)

Synopsis

Une méta-analyse antérieure (*JAMA* 2003 ; 290 : 3115-21) a révélé que l'efficacité des injections intra-articulaires d'acide hyaluronique (Synvisc®) dans le traitement de l'arthrose du genou était tout au plus minimale, alors qu'une recension récente à partir de la revue Cochrane (étude subventionnée par le fabricant) indiquait plutôt qu'elle était beaucoup plus grande. La présente méta-analyse portait sur la même question, mais différait des deux précédentes par une analyse séparée plutôt que confondue des issues douleur au repos, douleur à l'exercice et fonction. Cette étude était subventionnée par un programme d'assurance national autrichien

(qui préférerait vraisemblablement une analyse plus critique que celle du fabricant). Après une revue attentive de la littérature, 22 essais à répartition aléatoire ont été retenus. Ces études étaient de qualité généralement faible : seulement sept avaient une répartition dissimulée ; six présentaient des données utilisables provenant d'une analyse respectant la répartition initiale des sujets ; seize faisaient une analyse à l'insu des issues ; et seulement quatre respectaient toutes ces conditions. Huit études regroupant 468 patients ont indiqué dix issues pour la douleur au repos entre 2 et 6 semaines. Six études sur dix n'ont montré aucun effet bénéfique ; une étude mal structurée, subventionnée par l'industrie, a fait état d'un effet bénéfique important aux doses de 20 mg et de 40 mg. Les études étaient trop hétérogènes pour qu'on puisse les combiner. Dans celles de moindre qualité, les effets bénéfiques avaient tendance à être plus importants. Neuf études totalisant 1141 sujets ont signalé dix issues pour la douleur à l'exercice. Lorsqu'on regroupe les données entre 10 et 14 semaines et celles entre 20 et 30 semaines, on trouve un effet bénéfique statistiquement – quoique probablement pas cliniquement –

significatif. À aucun moment, l'acide hyaluronique n'a causé d'amélioration fonctionnelle. L'analyse antérieure du *JAMA* mentionnait que 17 des 22 essais étaient subventionnés par l'industrie.

En résumé

Les preuves indiquant que l'acide hyaluronique intra-articulaire améliore la gonarthrose du genou sont peu convaincantes. Les études montrant un soulagement de la douleur au repos et à l'exercice sont moins nombreuses et de moins bonne qualité que celles où l'on n'a pas trouvé d'effets bénéfiques. Il n'y a aucune preuve d'amélioration fonctionnelle. De telles injections risquent d'avoir un puissant effet placebo, de sorte que tout effet bénéfique observé dans des études ouvertes et sans dissimulation de la répartition relève probablement de l'effet placebo plutôt que d'un quelconque effet du médicament.

Niveau de preuve

1a–

Source : Arrich J, Piribauer F, Mad P, Schmid D, Klaushofer K, Mullner M. Intra-articular hyaluronic acid for the treatment of osteoarthritis of the knee: systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2005 ; 172 : 1039-43.

Risque maximal de mort subite dans le mois suivant un IAM

Quel est le risque de mort subite après un infarctus aigu du myocarde ?

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

Type d'étude : Cohorte (prospective)

Synopsis

Malgré les résultats contradictoires d'essais cliniques à répartition aléatoire, il y a de plus en plus de demandes pour implanter des

défibrillateurs cardiaques chez les patients qui ont subi un infarctus aigu du myocarde et dont la fonction ventriculaire gauche est défaillante. Cette étude quantifie le risque de mort subite chez ces patients à l'aide des données d'une étude à répartition aléatoire de grande envergure comparant le valsartan et le captopril à un placebo. Les patients ont été recrutés au moment de leur infarctus et présentaient tous des preuves cliniques ou radiologiques d'une insuffisance cardiaque ou une fraction d'éjection inférieure à 40 %. La durée médiane du suivi a été de 25 mois, la mort subite étant définie comme un décès survenant de façon soudaine et inattendue chez un patient dont l'état est par ailleurs stable. Les décès attribuables à un nouvel infarctus aigu du myocarde, à l'insuffisance cardiaque, à un accident vasculaire cérébral ou à une autre cause cardiovasculaire étaient définis comme des morts non subites d'origine cardiaque. Sur les 14 609 patients de l'étude, 1067 ont eu un arrêt cardiaque, et seulement 164 ont été réanimés. Parmi ces derniers, 66 % étaient toujours vivants après six mois. Par rapport aux sujets vivants et n'ayant pas subi d'arrêt cardiaque, ceux qui sont morts subitement ou ont eu un arrêt cardiaque étaient plus âgés (68 ans contre 63 ans), étaient plus susceptibles de souffrir d'insuffisance cardiaque, avaient une fraction d'éjection moyenne plus faible (32 % contre 36 %) et étaient plus susceptibles d'avoir eu un infarctus aigu antérieurement (45 % contre 24 %). Le taux mensuel de morts subites était de 1,4 % dans le premier mois suivant l'infarctus, de 0,5 % du 2^e au 6^e mois, de 0,27 % du 7^e au 12^e mois, de 0,18 % du 13^e au 24^e mois et de 0,14 % du 25^e au 36^e mois. Le risque associé à une fraction d'éjection inférieure à 30 % était environ le double par rapport à une fraction d'éjection plus haute. Pour chaque diminution absolue de 5 % de la fraction d'éjection, on notait une augmentation relative de 21 % des morts subites.

En résumé

Environ 1,4 % des patients meurent subitement

dans le premier mois suivant un infarctus aigu du myocarde. Après deux ans, ce taux est d'environ 0,14 % par mois. Les patients les plus à risque sont ceux dont la fraction d'éjection est faible. Même si cela peut indiquer que l'implantation précoce d'un défibrillateur cardiaque pourrait être bénéfique, ce n'est pas la conclusion d'une étude antérieure, peut-être parce que l'issue mortelle est relativement rare et qu'il aurait fallu une étude d'une plus grande envergure sur une plus longue période pour déceler un avantage statistiquement significatif.

Niveau de preuve

1b

Source : Solomon SD, Zelenkofske S, McMurray JJ et coll., pour le Valsartan in Acute Myocardial Infarction Trial (VALIANT) Investigators. Sudden death in patients with myocardial infarction and left ventricular dysfunction, heart failure, or both. *N Engl J Med* 2005 ; 352 : 2581-8.

Une règle ABCD permet de prédire le risque d'accident vasculaire cérébral dans les sept jours suivant une ischémie cérébrale transitoire

Peut-on utiliser des facteurs cliniques pour prédire un accident vasculaire cérébral subséquent chez un patient qui a déjà souffert d'ischémie cérébrale transitoire ?

Contexte : Population générale

Type d'étude : Validation d'une aide décisionnelle

Synopsis

Cette étude regroupait plus de 100 000 clients réguliers de 50 médecins de famille britanniques. Entre 1981 et 1986, tous les patients soupçonnés d'avoir une première ICT ont été dirigés le plus tôt possible après la manifestation vers un neurologue de l'étude, qui a confirmé environ la moitié des

diagnostics initiaux. Une infirmière de l'étude a réévalué ces patients un mois après l'évaluation du neurologue. Parmi les 209 patients qui avaient eu une première ICT, dix-huit ont subi un accident vasculaire cérébral dans la première semaine. Ces patients ont servi à établir un modèle prédictif que les auteurs ont ensuite testé de façon prospective sur un autre groupe de 190 patients ayant présenté une ICT. Ce groupe de validation provenait de plus de 90 000 patients de la clientèle régulière de 63 médecins de famille britanniques. Ces patients ont été évalués de la même façon que ceux du premier groupe. Parmi eux, vingt ont eu un accident vasculaire cérébral dans la semaine suivant l'ICT. Enfin, les auteurs ont vérifié le fonctionnement du modèle prédictif lorsqu'il était utilisé par des médecins qui ne sont pas neurologues chez un groupe moins rigoureusement étudié de patients ayant eu une ICT. Dans ce modèle prédictif appelé ABCD (pour *Age, Blood Pressure, Clinical Factors* et *Duration*), on attribuait des points aux patients de la façon suivante : 60 ans ou plus (1 point) ; pression systolique supérieure à 140 mm Hg ou pression diastolique égale ou supérieure à 90 mm Hg (1 point) ; parésie unilatérale (2 points) ; dysarthrie sans parésie (1 point) ; et symptômes ayant duré 60 minutes ou plus (2 points), entre 10 et 59 minutes (1 point) et moins de 10 minutes (0 point). Dans le groupe de validation, 19 des 20 patients qui ont eu un accident vasculaire cérébral par la suite avaient un score de 5 ou plus. Dans le groupe évalué par les médecins qui n'étaient pas neurologues, aucun patient dont le score était inférieur à 4 n'a subi d'accident vasculaire cérébral.

En résumé

Certaines variables cliniques et démographiques facilement accessibles peuvent être utilisées pour prédire quels patients, parmi ceux présentant une ischémie cérébrale transitoire (ICT), risquent davantage de subir un accident vasculaire cérébral dans la semaine suivante.

Niveau de preuve

1b

Source : Rothwell PM, Giles MF, Flossmann E et coll. A simple score (ABCD) to identify individuals at high early risk of stroke after transient ischaemic attack. *Lancet* 2005 ; 366 : 29-36.

L'aspirine à faible dose ne diminue pas le risque de cancer chez la femme (WHS)

L'aspirine à faible dose est-elle efficace pour abaisser le risque de cancer chez les femmes en bonne santé ?

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

Répartition : Dissimulée

Contexte : Population générale

Synopsis

Certaines études d'observation semblent indiquer que l'aspirine confère une certaine protection contre le cancer. Dans le *Women's Health Study*, les auteurs ont réparti au hasard (attribution dissimulée) 39 876 femmes en bonne santé, âgées de 45 ans et plus, dans des groupes recevant, tous les deux jours, soit 100 mg d'aspirine ou un placebo. Les évaluateurs ignoraient la répartition des traitements. Le suivi a duré en moyenne 10,1 ans pour plus de 97 % des sujets. Une analyse respectant l'assignation initiale des traitements a révélé que l'aspirine ne réduit pas de façon significative l'incidence des cancers de tous types, notamment ceux du sein, du côlon, du rectum et du poumon. Il n'y avait pas de réduction de la mortalité par cancer, totale ou par emplacement anatomique, sauf pour le cancer pulmonaire (nombre de traitements de 10 ans nécessaires = 800). L'aspirine n'a pas non plus diminué la mortalité, toutes causes confondues.

En résumé

L'aspirine à faible dose ne réduit pas le risque de cancer du poumon, du côlon et du rectum,

du sein ou de tout autre type de cancer chez les femmes en bonne santé de 45 ans ou plus. Elle pourrait toutefois avoir un effet protecteur pour réduire la mortalité par cancer pulmonaire, mais non la mortalité globale.

Niveau de preuve

1b

Source : Cook NR, Lee IM, Gaziano JM et coll. Low-dose aspirin in the primary prevention of cancer. The Women's Health Study: A randomized controlled trial. *JAMA* 2005 ; 294 : 47-55.

Pas de réduction du risque de démence par les statines

Est-ce que la prise de statines réduit le risque de souffrir de démence ?

Contexte : Population générale

Type d'étude : Cohorte (prospective)

Synopsis

De nombreuses études cas-témoin semblent indiquer que la prise de statines pourrait être associée à un moindre risque de démence. Toutefois, en raison de leurs multiples limitations, les études de ce type sont les moins susceptibles de montrer une relation de cause à effet. Dans une étude un peu plus élaborée, les auteurs ont évalué chaque année près de 2800 patients de plus de 65 ans qui ne souffraient pas de démence. Ils n'ont pas précisé si les évaluateurs savaient quels patients prenaient des statines ni le nombre de personnes qui en prenaient. La durée médiane du suivi a été de cinq ans. Le groupe de patients ne prenant pas d'hypolipidémiants comprenait plus de 13 000 personnes-années, celui recevant des statines près de 1300 personnes-années et celui recevant des hypolipidémiants autres que des statines environ 500 personnes-années. Dans l'ensemble, quelque 30 % des sujets ont été atteints

de démence. En tenant compte des autres facteurs associés à la démence, l'incidence de cette affection était identique chez les personnes recevant des statines et chez celles n'en prenant pas.

En résumé

Dans cette étude prospective, les sujets de plus de 65 ans recevant des statines ont été atteints de démence dans la même proportion que ceux qui n'en prenaient pas.

Niveau de preuve

2b

Source : Rea TD, Breitner JC, Psaty BM et coll. Statin use and the risk of incident dementia: the Cardiovascular Health Study. *Arch Neurol* 2005 ; 62 : 1047-51.

Pas d'association entre les troubles sexuels féminins et une faible concentration de testostérone

Une faible concentration de testostérone sérique est-elle associée à une faible libido chez la femme ?

Contexte : Population générale

Type d'étude : Transversale

Synopsis

Bon nombre de personnes croient qu'une faible concentration de testostérone chez la femme est associée à une faible libido. Cette étude portait sur un échantillon aléatoire de femmes de 18 à 75 ans habitant Victoria, en Australie, et vivant dans leur milieu naturel. Les critères d'exclusion comprenaient la prise d'un médicament psychiatrique, un trouble thyroïdien, un syndrome des ovaires polykystiques établi et la prise de contraceptifs oraux chez les femmes de moins de 45 ans. La libido et la fonction sexuelle ont été mesurées à l'aide d'un

questionnaire déjà validé. L'analyse n'a révélé aucune association significative entre un faible score pour la libido ou la fonction sexuelle et de faibles concentrations de testostérone totale, de testostérone libre ou d'androstènedione. Celles qui avaient un faible score pour la libido ou la fonction sexuelle étaient plus susceptibles d'avoir une concentration de sulfate de déhydroépiandrostérone (DHEA-S) inférieure au 10^e centile pour leur groupe d'âge. Toutefois, chez la majorité des femmes qui avaient une faible concentration de DHEA-S, la fonction sexuelle n'était pas réduite. Sur les 15 621 femmes du groupe initial, seulement 1021 volontaires répondaient à tous les critères d'inclusion. Par conséquent, ces résultats pourraient ne pas être applicables à toutes les femmes.

En résumé

De faibles concentrations de testostérone totale et libre ne sont pas associées à une libido et à une fonction sexuelle déficientes chez la femme. Une concentration sérique de DHEA-S inférieure au 10^e centile ajusté en fonction de l'âge constitue un meilleur marqueur de la libido et de la fonction sexuelle, quoique la majorité des femmes qui ont une faible concentration de DHEA-S n'ont pas de troubles sexuels. Aucune preuve n'appuie la mesure de la testostérone sérique chez les femmes ayant une baisse de la libido ou un dysfonctionnement sexuel. La prescription de testostérone exogène aux femmes dont la libido et la fonction sexuelle sont déficientes devrait faire l'objet d'autres études et ne devrait pas être pratique courante.

Niveau de preuve

2c

Source : Davis SR, Davison SL, Donath S, Bell RJ. Circulating androgen levels and self-reported sexual function in women. *JAMA* 2005 ; 294 : 91-6.

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

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