

# InfoPOEMs

## The Clinical Awareness System™

Chaque 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](http://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](http://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.

### **La cathétérisme de l'artère pulmonaire ne présente aucun avantage pour les patients gravement malades**

#### **Le cathétérisme de l'artère pulmonaire est-il utile dans le traitement des patients gravement malades ?**

**Contexte :** Divers (méta-analyses)

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

**Financement :** Fondation

#### **Résumé**

Quoique le cathétérisme de l'artère pulmonaire soit une pratique courante dans le traitement des patients gravement malades, les données concernant l'utilité de cette technique sont contradictoires. Les auteurs ont consulté MEDLINE, le Cochrane Controlled Trials Registry, les bibliographies des articles repérés et des banques de données gouvernementales à la recherche d'essais à répartition aléatoire de langue anglaise évaluant l'efficacité du cathétérisme dans différentes situations cliniques.

Deux réviseurs indépendants ont évalué l'admissibilité de chaque essai et en ont extrait les données selon un mode sans insu. Les désaccords ont été résolus par consensus. Au total, treize essais à répartition aléatoire réunissant 5051 patients ont répondu aux critères d'inclusion, tant pour la méthodologie que pour la qualité. La méta-analyse comprenait également un essai publié dans le même numéro de la revue (The ESCAPE trial evaluation study of congestive heart failure and pulmonary artery catheterization effectiveness. *JAMA* 2005 ; 294 : 1625-33). Par rapport au traitement clinique seul, le cathétérisme n'a pas modifié la mortalité de façon significative. Il n'a pas non plus réduit la durée de l'hospitalisation. Le cathétérisme est associé à une utilisation accrue d'agents inotropes et de vasodilatateurs. Les auteurs n'ont pas fait une analyse formelle des biais de publication. Dans l'ensemble, les données de tous les essais étaient homogènes (c'est-à-dire que tous les essais ont fourni des résultats semblables).

#### **En bref**

Les données permettant d'établir si le cathétérisme de l'artère pulmonaire est utile ou nuisible dans le traitement des patients gravement malades sont

insuffisantes. Les patients traités par cathétérisme de l'artère pulmonaire risquent davantage de recevoir des médicaments inotropes ou vasodilatateurs. Il y a peu de preuves que l'une ou l'autre de ces classes de médicaments améliore l'issue chez les patients gravement malades. Comme certains patients pourraient bénéficier d'un cathétérisme, le jugement clinique est de mise dans le choix d'un traitement optimal. Le cathétérisme de l'artère pulmonaire ne devrait pas faire partie du traitement standard ni être utilisé de façon courante pour tous les patients aux soins intensifs.

### Niveau de la preuve

1a

**Source :** Shah MR, Hasselblad V, Stevenson LW et coll. Impact of the pulmonary artery catheter in critically ill patients. Meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA* 2005 ; 294 : 1664-70.

---

### *La pseudoéphédrine a très peu d'effets sur la pression artérielle*

**La pseudoéphédrine (Sudafed) augmente-t-elle la pression artérielle chez les sujets atteints ou non d'hypertension ?**

**Contexte :** Patients externes (sans distinction)

**Type d'étude :** Méta-analyse (essais à répartition aléatoire avec placebo)

**Financement :** Autonome ou absent

### Résumé

La pseudoéphédrine, un décongestionnant, s'apparente d'un point de vue pharmacologique à la phénylpropanolamine, un agent décongestionnant et anorexiant interdit aux États-Unis et dans d'autres pays parce qu'il augmente le risque d'accident vasculaire cérébral, vraisemblablement en raison d'une élévation de la pression artérielle. Cette méta-analyse

a évalué l'effet de la pseudoéphédrine sur la pression artérielle, selon les mesures prises au cours de 24 études regroupant 1285 patients. Pour trouver les études à inclure, les auteurs ont consulté MEDLINE, EMBASE, le Cochrane Trials Registry et les listes bibliographiques d'articles faisant une revue d'études expérimentales de langue anglaise. Ils cherchaient des valeurs de pression artérielle utilisables dans toutes les études comparant la pseudoéphédrine à un placebo, que l'étude porte sur l'innocuité ou l'efficacité du médicament et quelle que soit l'affection traitée. La qualité des essais a été évaluée par deux réviseurs indépendants. La pseudoéphédrine à libération immédiate causait une augmentation légère, mais statistiquement significative de la pression systolique (1,53 mm Hg ; IC à 95 %, 0,49-2,56). Elle entraînait aussi une légère augmentation de la fréquence cardiaque, de 2,3 battements par minute (1,42-3,19), mais elle ne modifiait pas, en moyenne, la pression diastolique. La pseudoéphédrine à libération prolongée n'avait pas d'effets sur les pressions systolique ou diastolique, mais entraînait une augmentation du rythme cardiaque plus grande (4,48 battements/min ; 3,31-5,64) par rapport à la forme à libération immédiate. Dans sept essais portant sur des patients hypertendus stables, la pseudoéphédrine augmentait légèrement la pression systolique de 1,2 mm Hg, sans modifier la pression diastolique ni le rythme cardiaque. Pour ce qui est des fluctuations importantes de la pression artérielle, sur les 1108 sujets de 24 études, deux seulement ont connu une élévation importante (20 mm Hg) de la pression. Un patient a signalé de l'anxiété avec une pression diastolique de 100 mm Hg et une augmentation de 25 % de la fréquence cardiaque tandis qu'un autre a noté de l'anxiété et une tachycardie sinusale.

### En bref

Dans l'ensemble, la pseudoéphédrine à libération immédiate produit une légère augmentation de la pression systolique (1,5 mm Hg), mais n'a pas d'effet sur la pression diastolique. Les préparations

à libération prolongée n'ont aucun effet sur la pression artérielle. Les deux types de préparation augmentent légèrement le rythme cardiaque. Contrairement à la phénylpropanolamine, la pseudoéphédrine cause rarement une augmentation importante de la pression artérielle. Toutefois, son effet étant fonction de la dose, une dose excessive pourrait produire un effet important.

### Niveau de la preuve

1a

**Source :** Salerno SM, Jackson JL, Berbano EP. Effect of oral pseudoephedrine on blood pressure and heart rate. *Arch Intern Med* 2005 ; 165 : 1686-94.

## Les statines préviennent la maladie coronarienne

### Les statines sont-elles efficaces pour prévenir la maladie coronarienne ?

**Contexte :** Patients externes (sans distinction)

**Type d'étude :** Méta-analyse (essais à répartition aléatoire avec placebo)

**Financement :** Industrie et gouvernement

### Résumé

Les chercheurs de quatorze essais cliniques importants sur l'emploi de statines comme hypolipémiants (Ex. : WOSCOPS, 4S, AFCAPS, GISSI, PROSPER, etc.) ont réuni les données provenant de 90 056 patients pour obtenir une information mieux étayée sur les issues individuelles. Neuf de ces essais étaient des études de prévention secondaire. La durée médiane du suivi était de 4,7 ans (limites = 2-6). Ces études comptaient principalement des hommes. Environ 21 % des sujets étaient diabétiques et 54 % souffraient de maladies cardiovasculaires. Autrement dit, près d'un adulte sur cinq aux États-Unis y aurait été admissible. Les statines ont diminué la mortalité globale (8,5 % contre 9,6 % ; nombre de patients

à traiter, ou *NNT*, c'est-à-dire nombre de patients devant recevoir une statine pendant 4,7 ans pour prévenir une issue = 86 ; IC à 95 %, 65-126). Selon les auteurs, ce résultat se traduit par une réduction relative de 12 % pour chaque diminution de 1 mmol/l des lipoprotéines de faible densité. De même, les statines ont réduit la mortalité d'origine cardiovasculaire (3,4 % contre 4,4 % ; *NNT* = 109 ; 86-150). Elles ont aussi diminué le taux d'accidents coronariens importants (*NNT* = 42 ; 36-49) de même que les taux de revascularisation (*NNT* = 56 ; 47-68) et d'accidents vasculaires cérébraux (*NNT* = 162 ; 118-259). En outre, les statines ont été bénéfiques quel que soit l'âge ou le sexe, même si elles profitaient davantage aux personnes de moins de 65 ans (*NNT* = 68 ; 57-82, contre 111 ; 86-155, pour les gens plus âgés) et aux hommes (*NNT* = 48 ; 42-57, contre 326 ; 213-700, pour les femmes).

Même si on observe une réduction des accidents coronariens importants dès la première année, cet effet augmente avec la durée d'utilisation et est proportionnel au risque initial absolu. Autrement dit, les patients les plus à risque sont ceux qui en bénéficient le plus. Ajoutons que ces données combinées n'ont pas influé sur le développement des nouveaux cas de cancers, globalement ou pour un type précis. Après cinq ans, 0,01 % plus de patients traités par les statines vont être atteints de rhabdomyolyse ( $P = 0,4$ ). Les auteurs ne mentionnent pas les taux combinés d'abandon ni le nombre de patients ayant présenté une insuffisance hépatique, une élévation des enzymes hépatiques, des myalgies ou des arthralgies. Mise en garde : la plupart sinon la totalité de ces essais utilisaient des doses cibles de statines, et les patients n'étaient pas répartis au hasard selon une concentration déterminée de lipides. Comme l'effet des statines pourrait être indépendant de leur effet hypolipémiant, il convient d'interpréter avec prudence les taux de lipides tirés de ces essais.

### En bref

Les statines réduisent, sur une période de cinq ans, la mortalité globale et plus spécifiquement la mortalité et la morbidité d'origine cardiovasculaire.

Les patients qui présentent le plus grand risque au départ sont ceux qui en bénéficient le plus.

### Niveau de la preuve

1a

**Source :** Baigent C, Keech A, Kearney PM et coll. pour le Cholesterol Treatment Trialists' (CTT) Collaborators. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet* 2005 ; 366 : 1267-78.

---

### Aides décisionnelles pour l'évaluation des traumatismes crâniens légers

**Laquelle des aides décisionnelles suivantes est la plus utile pour évaluer les adultes victimes d'un traumatisme crânien léger : les Règles décisionnelles cliniques canadiennes (Canadian CT Head Rule, CCHR) ou les critères de la Nouvelle-Orléans (NOC) ?**

**Contexte :** Services d'urgence

**Type d'étude :** Validation d'une aide décisionnelle

**Financement :** Gouvernement

#### Résumé

Deux aides décisionnelles – les CCHR et les NOC – sont présentement utilisées pour repérer les victimes d'un traumatisme crânien fermé présentant un risque accru de complications et devant subir une tomodensitométrie cérébrale. Afin de comparer la précision de ces deux aides décisionnelles, les auteurs ont recruté 1822 adultes ayant subi un traumatisme crânien fermé et ayant un score (normal) de 15 sur l'échelle de Glasgow qui se sont présentés à l'hôpital de façon consécutive, étaient admissibles à l'étude et ont accepté d'y participer de leur plein gré. Les patients ont tous été évalués par des médecins et des résidents des services d'urgence formés sur l'utilisation de ces deux outils.

Un autre urgentologue évaluait certains des patients au hasard pour vérifier la concordance entre les observateurs. Une proportion de 80 % des patients ont subi une tomodensitométrie d'urgence tandis que les autres ont été suivis pendant une période maximale de quatorze jours. Un comité indépendant a révisé toutes les issues et établi tous les diagnostics définitifs. Les médecins qui ont interprété les tomodensitogrammes ne connaissaient pas les données cliniques. Sur 1822 victimes d'un traumatisme crânien fermé, 8 (0,4 %) ont subi une intervention neurochirurgicale et 97 (5,3 %) avaient une lésion cérébrale « cliniquement importante » (tout changement aigu observé à la tomodensitométrie qui nécessitait une hospitalisation et un suivi neurochirurgical, selon les critères établis par 129 neurochirurgiens et médecins d'urgence enseignant à l'université). Les aides décisionnelles NOC et CCHR permettaient toutes deux de repérer les patients ayant besoin d'une intervention neurochirurgicale et de déceler les lésions cérébrales cliniquement importantes avec une sensibilité de 100 %. Aucune des deux aides n'a manqué un cas. Les CCHR avaient une spécificité significativement plus grande (permettaient de trouver plus exactement les patients n'ayant aucune des issues) pour chacun des événements (76,3 contre 12,1 % et 50,6 contre 12,7 %, respectivement). Le recours à la tomodensitométrie était significativement plus faible avec les CCHR plutôt que les NOC (52,1 % contre 88 %) La concordance des médecins dans l'interprétation des règles est significativement meilleure pour les CCHR, ce qui signifie que les CCHR sont plus faciles à interpréter que les NOC.

Selon une seconde étude publiée dans la même revue (Smits M, Dippel DW, de Haan GG et coll. *JAMA* 2005 ; 294 : 1519-25), les CCHR sont moins sensibles que les NOC pour la détection de tous les cas de traumatisme crânien, mais permettent de repérer tous les patients nécessitant une intervention neurochirurgicale. En outre, elles sont davantage susceptibles de réduire le recours à la tomodensitométrie.

## En bref

Les critères de la Nouvelle-Orléans (NOC) et les règles décisionnelles cliniques canadiennes (CCHR) ont une sensibilité équivalente pour repérer les patients victimes d'un traumatisme crânien cliniquement important nécessitant une intervention neurochirurgicale ou un suivi attentif. Toutefois, lorsque le patient avait un traumatisme crânien fermé et un score de 15 sur l'échelle de Glasgow, les NOC sont plus sensibles pour diagnostiquer une lésion intracrânienne. Les CCHR ont une spécificité significativement plus élevée pour trouver certaines issues cliniques importantes et sont plus susceptibles de diminuer le recours à la tomodensitométrie. Le choix de l'aide à utiliser dans une situation clinique particulière sera vraisemblablement déterminé par des préoccupations d'ordre médical. Seule une étude mesurant la morbidité et la mortalité à long terme chez des patients évalués au hasard par l'une ou l'autre de ces aides décisionnelles permettra de résoudre cette question clinique.

## Niveau de la preuve

1b

**Source :** Stiell IG, Clement CM, Rowe BH et coll. Comparison of the Canadian CT Head Rule and the New Orleans Criteria in patients with minor head injury. *JAMA* 2005 ; 294 : 1511-8.

## *Le nitrate d'argent soulage la douleur causée par la stomatite aphteuse*

**Le nitrate d'argent est-il un agent sûr et efficace pour soulager la douleur causée par la stomatite aphteuse ?**

**Contexte :** Patients externes (en spécialité)

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

**Financement :** Inconnu/non indiqué

**Répartition :** Dissimulée

## Résumé

Les auteurs iraniens de cette étude ont recensé 97 adultes présentant un aphte buccal suffisamment douloureux pour interférer avec la prise de nourriture. Les patients qui avaient des ulcères multiples ou trop étendus (diamètre  $\geq 1$  cm) étaient exclus. Les patients ont été répartis au hasard (répartition dissimulée) à une application de nitrate d'argent ou de saccharose (placebo) par leur médecin. Après badigeonnage de l'ulcère avec de la lidocaïne à 2 %, le médecin y appliquait délicatement le bâtonnet de nitrate d'argent pendant quelques secondes jusqu'à la formation d'un précipité blanc. La bouche du patient était ensuite rincée avec de l'eau pendant cinq minutes. Le patient notait quotidiennement l'intensité de la douleur dans un journal : douleur intense interférant avec la prise d'aliments, douleur de légère à modérée n'interférant pas avec la prise de nourriture ou absence de douleur. Après une semaine, les patients étaient évalués par un clinicien qui ignorait l'assignation des traitements. Une analyse modifiée respectant la répartition initiale a été utilisée. Elle portait sur tous les patients ayant fait l'objet d'un suivi. Six patients du groupe placebo et cinq du groupe expérimental n'ont pas complété le suivi, pour un taux de suivi global de 88 %. Le nitrate d'argent procurait un meilleur soulagement le lendemain du traitement. Par exemple, après une journée, 30 % des patients du groupe expérimental avaient encore de la douleur contre 89 % dans le groupe placebo. Il n'y avait pas de différence entre les groupes quant à la durée des lésions (entre cinq et six jours dans les deux groupes). La réépithélialisation des ulcères était complète après sept jours chez 83 % des patients traités par le nitrate d'argent et chez 89 % de ceux ayant reçu le placebo. Les bâtonnets au sucrose ayant pu être découverts par les patients, l'insu pourrait ne pas avoir été entièrement respectée.

## En bref

Cette étude vient appuyer la pratique

traditionnelle qui consiste en une brève application de nitrate d'argent sur les petits ulcères douloureux de la stomatite, une intervention qui soulage la douleur sans interférer avec la guérison. Même si les résultats cosmétiques à long terme demeurent inconnus, les auteurs ne signalent aucun problème de cette nature chez les 85 adultes de leur étude.

### Niveau de la preuve

1b

**Source :** Alidaee MR, Taheri A, Mansoori P, Ghodsi SZ. Silver nitrate cautery in aphthous stomatitis: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol* 2005 ; 153 : 521-5.

---

### Efficacité de 63 % à 92 % du vaccin anticoquelucheux acellulaire

#### Le vaccin anticoquelucheux acellulaire est-il sûr et efficace chez les adultes et les adolescents ?

**Contexte :** Patients externes (sans distinction)

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

**Financement :** Industrie et gouvernement

**Répartition :** Incertaine

#### Résumé

Les cas de coqueluche chez l'adulte sont à la hausse. Dans cette étude, 2781 adultes en bonne santé ont été répartis au hasard dans deux groupes, un recevant le vaccin anticoquelucheux acellulaire à trois composantes (GlaxoSmithKline) et l'autre le vaccin contre l'hépatite A (Havrix) à titre de placebo. Les groupes ont été équilibrés au début de l'étude, l'analyse respectait l'assignation initiale et l'évaluation des résultats étaient faite à l'insu. La durée médiane du suivi a été de 22 mois. Les chercheurs ont rappelé les patients à toutes les deux semaines pour

s'informer de toute maladie accompagnée de toux ayant duré plus de cinq jours, ce qui est survenu à 2672 reprises. La coqueluche a été définie de quatre façons. La définition la plus stricte exigeait une culture positive, une réaction en chaîne de la polymérase (RCP) ou une preuve sérologique rigoureuse de l'infection. Environ 80 % des participants ont complété l'étude, la plupart des abandons étant survenus durant les six derniers mois. Lorsqu'on utilisait la définition la plus stricte, neuf cas de coqueluche ont été recensés dans le groupe témoin contre un dans le groupe expérimental (efficacité du vaccin ajustée à 92 %). L'efficacité du vaccin diminuait à 63 % lorsqu'on utilisait la définition d'infection coquelucheuse la moins stricte. Il est intéressant de noter que sur 2781 participants, il y a eu 1047 maladies avec toux ayant duré plus de trois semaines (1 cas pour 5 années-personnes) et 310 cas d'une durée de plus de 6 semaines (1 cas pour 16 années-personnes). Un infime nombre de ces infections étaient dues à *Bordetella pertussis* (5,7 % des cas de toux de plus de huit semaines). De fait, il y avait plus de quintes de toux dans le groupe infecté par *B. pertussis* (1388 contre 1284) quoique, selon les auteurs, la différence n'était pas statistiquement significative. La probabilité d'effets indésirables graves était la même dans les deux groupes.

#### En bref

Le vaccin anticoquelucheux acellulaire diminue le risque de coqueluche chez l'adulte et est bien toléré.

### Niveau de la preuve

1b

**Source :** Ward JI, Cherry JD, Chang SJ et coll. pour le APERT Study Group. Efficacy of an acellular pertussis vaccine among adolescents and adults. *N Engl J Med* 2005 ; 353 : 1555-63.

Voici l'adresse du site original d'InfoPOEMs :  
[www.infopoems.com](http://www.infopoems.com)

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