

InfoPOEMs

The Clinical Awareness System™

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 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 aideront les lecteurs à évaluer si les résultats de certaines études peuvent s'appliquer dans leur pratique quotidienne, à exercer leur esprit critique et à faire une lecture efficace de la littérature.

Étude USPSTF : pas de mammographie systématique avant 50 ans

Quand et comment dépister le cancer du sein chez la femme ?

Conclusion

Le US Preventive Services Task Force (USPSTF) ne recommande plus la mammographie systématique chez les femmes de 40 à 49 ans (recommandation de niveau C). Cependant, il continue de prôner le dépistage tous les deux ans chez les femmes de 50 à 74 ans (niveau B), mais cesse de le faire pour les femmes plus âgées. Dans une autre volte-face, il a aussi arrêté de recommander l'enseignement de l'autoexamen des seins (niveau D) et affirme qu'il n'y a pas suffisamment de preuves (niveau I) en faveur de l'examen clinique des seins, de la mammographie numérique et de l'imagerie par résonance magnétique. Ces recommandations sont plus conformes aux lignes directrices en vigueur dans d'autres pays. Aux États-Unis, l'American College of Physicians est le seul autre groupe qui ne recommande pas la mammographie de dépistage chez les femmes de moins de 50 ans.

Niveau de preuve : 1a

Source :

US Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force

recommendation statement. *Ann Intern Med* 2009 ; 151 (10) : 716-26. Nelson HD, Tyne K, Naik A et coll. Screening for breast cancer: an update from the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2009 ; 151 (10) : 727-37. Mandelblatt JS, Cronin KA, Bailey S et coll. pour le Breast Cancer Working Group of the Cancer Intervention and Surveillance Modeling Network (CISNET). Effects of mammography screening under different screening schedules: model estimates of potential benefits and harms. *Ann Intern Med* 2009 ; 151 (10) : 738-47.

Type d'étude : Lignes directrices

Financement : Gouvernement

Contexte : Divers (lignes directrices)

Résumé

Dans le cadre de la mise à jour de ses lignes directrices 2002, le groupe de travail USPSTF a commandé une méta-analyse et une analyse de décision pour comparer les bienfaits et les risques de la mammographie de dépistage du cancer du sein. La méta-analyse s'est faite selon les méthodes courantes et comprenait des résultats additionnels provenant d'une étude menée au Royaume-Uni. L'analyse de décision a évalué différents modèles afin d'établir le meilleur compromis entre les bienfaits et les risques (faux positifs). À la suite

des résultats obtenus, le groupe a modifié ses lignes directrices et ne recommande plus la mammographie de dépistage chez les femmes de 40 à 49 ans (niveau C : preuves de modérées à fortes d'un léger avantage), mais a précisé qu'elle pourrait tout de même être appropriée chez certaines femmes. Par ailleurs, il recommande la mammographie tous les deux ans chez les femmes de 50 à 74 ans (niveau B : preuves modérées d'un avantage modéré). Enfin, il juge les preuves insuffisantes pour soutenir ou réfuter l'utilité de la mammographie à partir de 75 ans (niveau I : preuves insuffisantes). Le groupe s'aventure hors des sentiers battus en ne recommandant pas l'enseignement de l'autoexamen des seins (niveau D : preuves de modérées à élevées quant à l'absence d'avantages ou à l'existence de préjudices) et en s'abstenant de recommander l'examen clinique des seins (niveau I), le recours à la mammographie numérique et à l'imagerie par résonance magnétique.

Le mode de vie, plus efficace que la metformine pour retarder l'apparition du diabète chez les patients atteints d'intolérance au glucose (étude DPPOS)

Est-ce que des changements au mode de vie (alimentation et exercice) sont plus efficaces que la metformine pour retarder l'apparition du diabète chez les patients atteints d'intolérance au glucose ?

Conclusion

Les patients atteints d'intolérance au glucose qui modifient de façon importante leur mode de vie sont moins susceptibles de devenir diabétiques que ceux qui prennent de la metformine ou un placebo, même s'ils sont incapables de maintenir le poids perdu.

Niveau de preuve : 1b-

Source : Diabetes Prevention Program Research Group, Knowler WC, Fowler SE et coll. 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the Diabetes Prevention Program Outcomes Study. *Lancet* 2009 ; 374 (9702) : 1677-86.

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

Financement : Gouvernement

Contexte : Service de consultation externe (spécialités)

Affectation : Incertaine

Résumé

Dans le cadre du premier volet de l'étude Diabetes Prevention Program (DPP) portant sur 3244 patients atteints d'intolérance au glucose (*N Engl J Med* 2002 ; 346 (6) : 393-403), les sujets qui s'étaient engagés à changer leur mode de vie (perte de poids de 7 % et maintien du poids perdu, en plus de 150 minutes par semaine d'exercice d'intensité modérée) étaient moins susceptibles de devenir diabétiques que ceux qui prenaient de la metformine (850 mg, deux fois par jour). Les changements au mode de vie et la metformine se sont tous deux révélés plus efficaces que le placebo (nombre de traitements nécessaires [NNT] = 7 pour le changement des habitudes de vie et 14 pour la metformine). Le deuxième volet (DPPOS) fournit les données du suivi sur dix ans (4,3 années pour l'étude initiale, plus 5,7 années pour cette étude) de 2766 (88 %) participants présents au départ. Après la phase initiale de l'étude DPP, les patients de chaque groupe ont participé à des séances d'enseignement sur l'alimentation et l'exercice tous les trois mois, ceux du groupe « mode de vie » en ayant eu quatre de plus. Par ailleurs, les sujets du groupe « metformine » ont poursuivi leur traitement médicamenteux, sans dissimulation des groupes d'affectation. Les chercheurs ont évalué les patients tous les six mois. Le nombre de patients ayant quitté l'étude avant la fin était comparable dans chaque groupe. Le principal critère d'évaluation – l'apparition du diabète – était défini par une glycémie à jeun supérieure à 7 mmol/l (126 mg/dl) ou par une glycémie supérieure à 11,1 mmol/l (200 mg/dl) deux heures après une charge de glucose de 75 g. Les patients du groupe « changements intensifs au mode de vie » avaient au départ perdu du poids, qu'ils ont pratiquement tout repris au bout d'un



certain temps. Dans le premier volet de l'étude, le taux de nouveaux cas de diabète dans le groupe « mode de vie » était de 4,8 pour 100 années-personnes contre 7,8 dans le groupe sous metformine et 11 dans le groupe témoin. Dans le volet de suivi, l'incidence était comparable dans chaque groupe (5,3 ; 6,4 et 7,8 pour 100 années-personnes, respectivement), ce qui signifie que les gains observés dans le volet initial se sont maintenus.

Les IECA, préférables aux ARA chez les patients atteints de cardiopathie ischémique

Chez les patients atteints de cardiopathie ischémique stable, quel traitement donne de meilleurs résultats ? Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA), les antagonistes des récepteurs AT₁ de l'angiotensine II (ARA) ou une association des deux ?

Conclusion

Chez les patients atteints de cardiopathie ischémique sans insuffisance ventriculaire, les IECA prescrits en plus des traitements courants diminuent la mortalité, le taux d'infarctus du myocarde non mortels et d'AVC. Quant aux ARA, aucun bienfait n'a été signalé.

Niveau de preuve : 1a

Source : Baker WL, Coleman CI, Kluger J et coll. Systematic review: comparative effectiveness of angiotensin-converting enzyme inhibitors or angiotensin II-receptor

blockers for ischemic heart disease. *Ann Intern Med* 2009 ; 151 (12) : 861-71.

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

Financement : Gouvernement

Contexte : Divers (méta-analyse)

Résumé

Pour répondre à la question clinique, les auteurs ont interrogé quatre banques de données, dont la Cochrane Library, pour trouver des essais comparant les IECA et les ARA chez les patients atteints de cardiopathie. Deux chercheurs indépendants ont repéré les études pertinentes, puis en ont extrait les données et en ont évalué la qualité. Ils ont aussi passé en revue des répertoires d'articles de recherche donnés, mais n'ont choisi aucune étude publiée uniquement sous forme de résumé. Selon l'évaluation de l'hétérogénéité et des biais de publication faite pour chaque sous-groupe d'études, la plupart des études étaient de qualité modérée à élevée. Dans sept études réunissant près de 40 000 patients, les IECA ont réduit la mortalité totale de 13 % (risque relatif = 0,87 ; IC à 95 % = 0,81 – 0,94). Dans six études totalisant 37 706 patients, les IECA ont entraîné une diminution semblable de la mortalité d'origine cardiovasculaire (risque relatif = 0,83 ; 0,7 – 0,98). Les études simples sur les ARA n'ont pas montré d'avantages quant à ces deux critères d'évaluation comparativement au placebo. De même, les IECA, contrairement aux ARA, se sont révélés efficaces pour réduire la mortalité d'origine cardiovasculaire, les infarctus du myocarde non mortels et les AVC. L'association des deux médicaments n'a pas changé les résultats, mais a provoqué plus d'effets indésirables.

Les infiltrations dans le coude et l'épaule comparables au traitement à court terme par les AINS

Les infiltrations de corticostéroïdes sont-elles plus

efficaces que les autres traitements de la tendinite du coude et de l'épaule ?

Conclusion

Dans les trois mois suivant l'apparition d'une tendinite du coude ou de l'épaule, l'infiltration de corticostéroïdes est plus efficace que le placebo ou la physiothérapie, mais ni plus ni moins que les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). À long terme toutefois, son efficacité est semblable à celle des autres modalités. L'efficacité des infiltrations de corticostéroïdes n'a jamais été étudiée chez les patients qui n'ont pas répondu aux AINS, médicaments habituellement prescrits avant les corticostéroïdes.

Niveau de preuve : 1a-

Source : Gaujoux-Viala C, Dougados M, Gossec L. Efficacy and safety of steroid injections for shoulder and elbow tendonitis: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Ann Rheum Dis* 2009 ; 68 (12) : 1843-9.

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

Financement : Autofinancement ou absence de financement

Contexte : Divers (méta-analyse)

Résumé

Les auteurs ont consulté trois banques de données, dont la Cochrane Library, et des répertoires d'articles choisis pour trouver des essais à répartition aléatoire comparant l'infiltration de corticostéroïdes au placebo, aux AINS et à la physiothérapie dans le traitement de la tendinite de l'épaule et du coude. Ils se sont limités aux articles écrits en anglais ou en français. Le choix des articles et l'extraction des données ont été faits par un seul chercheur, plutôt que deux comme c'est habituellement le cas. La revue comprenait vingt études portant sur l'innocuité ou l'efficacité des traitements ou sur les deux et regroupant au total 1731 patients. Les auteurs ont combiné les résultats pour

les infiltrations dans l'épaule et le coude, au lieu de les évaluer séparément du fait que les résultats étaient semblables selon eux pour ces deux parties du bras. Les infiltrations de corticostéroïdes ont grandement atténué la douleur et amélioré la fonction articulaire du bras et de l'épaule au cours des premières semaines et des premiers mois comparativement aux autres modalités, bien qu'il n'y ait eu qu'une légère différence avec les AINS. Au bout de six mois, les corticostéroïdes ne présentaient pas d'avantages par rapport aux autres traitements. L'infiltration de corticostéroïdes a entraîné une douleur transitoire chez 10,7 % des patients ainsi qu'une atrophie cutanée et une dépigmentation chez 4 % des sujets. La qualité moyenne des études était de 3,1 sur 5 sur l'échelle de Jadad. Les résultats des diverses études étaient très hétérogènes. Par conséquent, les avantages de chaque traitement peuvent avoir été sous- ou surestimés.

Les corticostéroïdes par voie intranasale, inefficaces dans les cas d'otite séromuqueuse

Est-ce que les corticostéroïdes en vaporisation intranasale accélèrent la guérison des otites séromuqueuses bilatérales chez l'enfant ?

Conclusion

Un traitement par voie intranasale de trois mois par la mométasone (Nasonex) n'a pas accru la résolution des symptômes d'au

moins une oreille chez les enfants souffrant d'une otite sérumuqueuse bilatérale.

Niveau de preuve : 1a-

Source : Williamson I, Benghe S, Barton S. Topical intranasal corticosteroids in 4-11 year old children with persistent bilateral otitis media with effusion in primary care: double blind randomized placebo controlled trial. *BMJ* 2009 ; 339 : b4984.

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

Financement : Gouvernement

Contexte : Service de consultation externe (soins primaires)

Affectation : Incertaine

Contexte

Les chercheurs ont recruté, dans 76 cabinets d'omnipraticiens du Royaume-Uni, 217 enfants de 4 à 11 ans qui avaient déjà souffert d'une otite moyenne et qui venaient de recevoir un diagnostic d'otite sérumuqueuse. Les enfants de moins de 4 ans n'ont pas été retenus parce que les chercheurs avaient des craintes quant à une faible observance possible du traitement. Environ un tiers des enfants ont été choisis après confirmation, par une seconde tympanométrie effectuée après une période d'observation de trois mois, de la présence d'une otite sérumuqueuse. Les autres enfants ont été recrutés au moment du diagnostic initial. Les sujets ont été affectés à un groupe témoin utilisant un vaporisateur nasal ou à un groupe recevant 50 µg de mométasone par voie intranasale, à raison d'une vaporisation quotidienne dans chaque narine pendant trois mois (dissimulation de l'affectation incertaine). Par une analyse en intention de traiter, les chercheurs ont évalué le nombre d'enfants ayant connu une résolution des symptômes d'au moins une oreille à la suite d'un traitement selon un critère tympanométrique (courbe normale A ou courbe C moins définitive). La disparition des symptômes était fréquente

dans les deux groupes : 41 % chez les enfants prenant des corticostéroïdes, 45 % chez les sujets témoins après un mois de traitement et plus de 50 % chez les enfants des deux groupes au bout de trois mois. Le taux de guérison six mois après la fin du traitement était semblable dans les deux groupes, tout comme le nombre de patients dirigés vers un spécialiste (15 % dans chaque groupe). Petit bémol : Selon les calculs pour établir la puissance de l'étude, le nombre de participants aurait dû être de 240, soit plus que les 217 sujets recrutés. Toutefois, une analyse statistique indépendante a confirmé qu'un nombre plus élevé de sujets n'aurait rien changé aux conclusions.

L'exercice, efficace pour soulager les symptômes de la gonarthrose et améliorer la fonction articulaire du genou

Quel est l'effet de l'exercice sur les symptômes de la gonarthrose chez l'adulte ?

Conclusion

Les patients qui décident de courir ou de pratiquer d'autres activités physiques peuvent être rassurés. En effet, en l'absence de blessure, le risque de gonarthrose causée par l'exercice est peu probable. Par ailleurs, il faut inciter fortement les patients déjà atteints à entreprendre un programme comportant des exercices de renforcement musculaire et des activités aérobiques.

Niveau de preuve : 1a

Source : Bosomworth NJ. Exercise and knee osteoarthritis: benefit or hazard? *Can Fam Physician* 2009 ; 55 (9) : 871-8.

Type d'étude : Revue systématique

Financement : Autofinancement ou absence de financement

Contexte : Divers (méta-analyse)

Résumé

L'auteur a dépouillé les banques de données habituelles à la recherche d'études d'observation et d'essais à répartition aléatoire évaluant respectivement l'effet de l'exercice sur l'apparition de la gonarthrose et son évolution. Les essais à répartition aléatoire sont habituellement limités par l'autoaffectation à un groupe : les patients qui ont choisi de courir ou de pratiquer d'autres sports sont comparés à ceux qui n'ont pas fait ce choix. Par conséquent, les personnes ayant commencé à ressentir de la douleur, ayant déjà subi des blessures ou qui sont obèses peuvent décider de ne pas faire d'exercice. L'auteur a conclu, à partir de l'évaluation des cinq études de cohorte, des huit essais cas-témoins et des cinq études transversales que la course n'augmente pas le risque de gonarthrose. En outre, la pratique accrue d'activités physiques modérées semble même sûre en l'absence de lésions aiguës. Quant aux effets de l'exercice sur la gonarthrose, l'auteur a repéré neuf revues systématiques de littérature. Les patients souffrant de gonarthrose ont connu de façon uniforme une atténuation de la douleur et une amélioration de la fonction articulaire du genou par l'exercice (sports aquatiques ou terrestres, activités aérobiques ou de musculation) plus que par l'absence d'activités physiques. 🌀