

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 à leur choix. 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.

Trois bonnes façons d'intensifier le traitement de l'asthme chez les enfants (étude BADGER)

Quel est le meilleur traitement progressif pour les enfants asthmatiques dont la maladie n'est pas maîtrisée par deux doses de 100 µg de fluticasone par jour ?

Conclusion

Pour les enfants dont l'asthme n'est pas bien maîtrisé par deux doses quotidiennes de 100 µg de fluticasone en inhalation, l'ajout de salmétérol ou de montélukast ou encore une majoration de la dose de fluticasone constituent trois bonnes façons d'intensifier le traitement.

Niveau de preuve : 1b

Source : Lemanske RJ, Mauger DT, Sorkness CA et coll. pour le Childhood Asthma Research and Education (CARE) Network of the National Heart, Lung, and Blood Institute. Step-up therapy for children with uncontrolled asthma receiving inhaled corticosteroids. *N Engl J Med* 2010 ; 362 (11) : 975-85.

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

Financement : Gouvernement

Contexte : Services de consultations externes (divers)

Affectation : Cachée

Résumé

Dans le cadre de cette étude, les auteurs ont recruté des enfants atteints d'asthme léger ou modéré, dont le volume expiratoire maximal par seconde était d'au moins 60 % avant la bronchodilatation et dont l'état était réversible. Ce dernier critère d'inclusion constitue possiblement un biais favorable aux agonistes des récepteurs β_2 -adrénergiques. Au cours d'une période préparatoire, les patients ($n = 480$) ont reçu 100 µg de fluticasone, deux fois par jour. Ceux qui ont malgré tout présenté des symptômes, qui ont utilisé un inhalateur d'urgence ou dont le débit expiratoire de pointe était anormal au moins deux jours par semaine ont été inclus dans l'étude ($n = 182$). Les données ont été regroupées par tranche d'âge (6–11 ans et 12–17 ans). Près des deux tiers des participants étaient des garçons de divers groupes ethniques, les deux tiers des sujets avaient utilisé des corticostéroïdes en inhalation au cours de l'année et environ le tiers avait eu recours à un inhibiteur des leucotriènes dans l'année ayant précédé l'étude. Les patients, qui ont continué à prendre de la fluticasone à raison de 100 µg, ont été affectés à l'un des trois protocoles d'intensification du traitement suivant : 1) accroissement de la dose de fluticasone jusqu'à 250 µg, deux fois par jour ; 2) ajout de 50 µg de salmétérol (Advair), deux fois par jour ou 3) ajout de 5 mg à 10 mg de montélukast (Singulair). Les patients ont suivi le traitement progressif de leur groupe d'affectation initial pendant

seize semaines, puis les deux autres pendant seize semaines chacun. Par conséquent, chaque participant a suivi les trois protocoles et a agi comme sujet témoin. Tous les patients ont aussi reçu un aérosol-doseur d'albutérol et des comprimés de prednisone ainsi que des conseils sur la façon de les utiliser en cas d'exacerbations. L'efficacité de chaque protocole de traitement progressif a été mesurée en fonction de la quantité de prednisone utilisée, du nombre de jours où l'asthme était bien maîtrisé et de l'amélioration du volume expiratoire maximal par seconde. Les sujets ont fait l'objet d'un suivi toutes les quatre semaines à l'aide de divers moyens, dont l'évaluation des signes et symptômes, la spirométrie et la mesure de la qualité de vie. Une proportion de 86 % des sujets ont terminé l'étude. Même si une meilleure maîtrise de l'asthme était plus probable par l'ajout de salmétérol (44 %), ce sont le montélukast (29 %) et l'accroissement de la dose de fluticasone (27 %) qui se sont révélés plus efficaces. Les réactions indésirables ont été rares et sensiblement les mêmes dans ces deux derniers groupes.

Les messages textes sur téléphone cellulaire favorisent l'abandon du tabac

Les messages textes envoyés aux fumeurs sur leur téléphone cellulaire peuvent-ils les aider à arrêter de fumer ?

Conclusion

Dans cette grande étude, le taux d'abandon du tabac était légèrement plus élevé chez les fumeurs qui recevaient des messages textes personnalisés sur leur téléphone cellulaire que chez ceux qui avaient fait l'objet du traitement habituel.

Niveau de preuve : 1b

Source : Free C, Knight R, Robertson S et coll. Smoking cessation support delivered via mobile phone text messaging (txt2stop): a single-blind, randomised trial. *Lancet* 2011 ; 378 (9785) : 49-55.

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

Financement : Gouvernement

Contexte : Étude populationnelle

Affectation : Cachée

Résumé

Dans cette étude, les chercheurs ont réparti au hasard dans deux groupes des fumeurs de plus de 16 ans qui souhaitaient arrêter de fumer dans les trente jours : un groupe témoin (méthode habituelle : lignes téléphoniques d'arrêt tabagique et traitement de remplacement de la nicotine) et un groupe expérimental (envoi de messages textes sur téléphone cellulaire et traitement de remplacement de la nicotine). Les messages étaient personnalisés en fonction des difficultés mentionnées par les participants du groupe expérimental. Par exemple, si un fumeur envoyait un texto disant « j'ai le goût de fumer », il recevait en réponse des messages lui indiquant comment surmonter ses envies de fumer. À la fin des six mois de l'étude, les patients du groupe expérimental avaient cessé de fumer dans une proportion de 11 % contre 5 % pour ceux du groupe témoin. Le nombre de traitements exigés, soit l'envoi de messages textes personnalisés, était de seulement dix-sept pour amener un patient à arrêter de fumer.

Hausse du risque de fracture associée aux corticostéroïdes en inhalation chez les patients atteints de BPCO

Le recours aux corticostéroïdes en inhalation aux doses habituelles accroît-il le risque de fracture à long terme ?

Conclusion

Le recours aux corticostéroïdes en inhalation contre la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) chez les personnes âgées augmente quelque peu le risque de fracture. Le nombre de traitements exigés était de 83 sur trois ans pour obtenir un effet indésirable contre six par année pour prévenir les exacerbations.

Niveau de preuve : 1a

Source : Loke YK, Cavallazzi R, Singh S. Risk of fractures with inhaled corticosteroids in COPD: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials and observational studies. *Thorax* 2011 ; 66 (8) : 699-708.

Type d'étude : Revue systématique

Financement : Gouvernement

Contexte : Centre de consultation externe

Résumé

Les études précédentes portant sur l'effet des corticostéroïdes en inhalation (comme le budésonide et la fluticasone) sur la densité minérale osseuse ont donné des résultats contradictoires. Par ailleurs, les études prises isolément n'avaient pas une puissance suffisante pour faire ressortir les répercussions cliniques des fractures. Les auteurs de cette revue systématique ont cherché toutes les études à répartition aléatoire et les études d'observation où un groupe de patients atteints de BPCO recevant des corticostéroïdes avait été comparé à un groupe semblable n'en prenant pas. Ils ont tenu compte des études contre placebo et de celles où les

sujets du groupe témoin prenaient un autre médicament, comme un agoniste des récepteurs β_2 -adrénergiques à libération prolongée. Ils ont ainsi trouvé seize études à répartition aléatoire regroupant 17 513 patients ainsi que sept études transversales ou cas-témoins d'envergure totalisant quelque 69 000 patients. La durée des études à répartition aléatoire variait de 24 à 156 semaines, et l'âge moyen des patients était de 60 ans. La dissimulation de l'affectation et la méthode de répartition des sujets dans les groupes étaient adéquates dans environ la moitié des études, mais n'étaient pas claires dans les autres. Une grande étude clinique menée auprès de 3088 patients pendant trois ans s'est démarquée avec la majorité des cas de fractures recensés. Le risque relatif de fracture était de 1,27 dans les études à répartition aléatoire (IC à 95 % ; RC : 1,01 – 1,58 et nombre de traitements exigés pour obtenir des effets indésirables : 83 sur 3 ans). Les études d'observation ont donné des résultats similaires (IC à 95 % ; RR : 1,21 – 1,27, selon le sous-groupe). 