

InfoPOEMs

The Clinical Awareness System™

Question clinique

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens ophtalmiques peuvent-ils soulager la douleur provoquée par une abrasion de la cornée ?

Contexte : Divers centres (méta-analyse)

Plan expérimental : Recension méthodique

Synopsis

Notre recension rend compte de cinq essais en aveugle, à répartition aléatoire (mais dans le cas d'études ophtalmologiques, ne devrait-on pas dire plutôt « à l'insu »), à répartition aléatoire, qui cherchaient à déterminer l'efficacité des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) destinés à l'usage ophtalmique dans le traitement de la douleur provoquée par une abrasion de la cornée. Nous avons recensé les bases de données standard de langue anglaise, accessibles par OVID, à l'exception des bases de données européennes. L'évaluation de la qualité des essais a été assez superficielle, d'autant que les chercheurs n'ont pas communiqué les résultats de leur propre évaluation de la qualité pour toutes les études. Toutes les études ont montré que les AINS ont diminué un peu la douleur, mais jusqu'à un niveau qui pourrait ne pas être cliniquement significatif pour tous les patients (en moyenne, une différence inférieure à 1,5 cm sur une échelle de la douleur de 10 cm). Cependant, selon les conclusions de l'une des études, les patients traités ont pu reprendre leur travail plus rapidement. Parenthèse intéressante : les participants à l'une des études avaient droit de porter un pansement oculaire si la douleur était intolérable, bien que les essais menés sur les effets d'un pansement oculaire unilatéral aient montré que la douleur s'aggravait légèrement lorsque l'œil affecté était recouvert d'un pansement.

En bref

Les AINS topiques pourraient apporter un léger soulagement aux patients affectés par une abrasion de la cornée. Cependant, si un tel problème m'affectait,

il est certain que j'opterais plutôt pour des cyclopégiques et des analgésiques narcotiques.

Niveau de preuve

(<http://www.info poems.com/levelsofevidence.cfm>)

1a

Révision : AS

Référence : Weaver CS, Terrell KM. Update: do ophthalmic nonsteroidal anti-inflammatory drugs reduce the pain associated with simple corneal abrasion without delaying healing? *Ann Emerg Med* 2003 ; 41 : 134-40.

Question clinique

Peut-on utiliser la règle d'Ottawa pour écarter le diagnostic de fracture de la cheville ?

Contexte : Services des urgences

Plan expérimental : Méta-analyse (études contrôlées, à répartition aléatoire)

Synopsis

Si vous vous souvenez bien, on utilisait la règle d'Ottawa pour déterminer s'il est nécessaire de faire subir une radiographie au patient qui se présente avec une entorse aiguë de la cheville. Notre analyse porte sur une recension qui rend compte de 27 études reconnues, auxquelles participaient 15 581 patients adultes et enfants, et qui visaient à déterminer l'utilité et la précision de cette règle. Les auteurs ont fait un bon travail de recension de la littérature, leur recherche ayant porté sur plusieurs bases de données, listes de référence d'articles reconnus et avis d'auteurs et d'experts qu'ils ont personnellement contactés. La mesure devait avoir une sensibilité de 100 % (c'est-à-dire que toutes les fractures devaient être dépistées) et, dans les grandes lignes, cet objectif a été atteint. Lorsque les chevilles ont été évaluées dans les 48 heures qui ont suivi l'accident, la sensibilité globale de la mesure a été de 99,6 % (rapport de vraisemblance négatif = 0,08). En d'autres

mots, seulement 0,4 % des fractures est passé inaperçu. Le taux de faux négatifs chez les enfants a été plus élevé : 1,22 % (rapport de vraisemblance négatif = 0,07). La spécificité du test a été, par conséquent, plus faible, soit de 10 à 79 %, selon la prévalence de la fracture.

La règle est la suivante : il ne faut pas réaliser de radiographie chez le patient qui peut faire au moins 4 pas, immédiatement après l'accident ou en salle d'urgence, et dont le bord ou l'extrémité postérieure de l'une ou de l'autre malléole n'est pas sensible au toucher.

En bref

La règle d'Ottawa permet de dépister avec une haute précision les entorses de la cheville qui ne doivent pas faire l'objet d'un examen radiologique et, si on l'utilise adéquatement, elle permet de réduire le nombre de clichés inutiles de 30 % à 40 %.

Niveau de preuve

(<http://www.infopeoms.com/levelsofevidence.cfm>)

1a

Révision : AS

Référence : Bachmann LM, Kolb E, Koller MT, Steurer J, ter Riet G. Accuracy of Ottawa ankle rules to exclude fractures of the ankle and mid-foot: systematic review. *BMJ* 2003 ; 3226 : 417-9.

Question clinique

Quelle est la concentration sérique optimale de digoxine chez les hommes souffrant d'insuffisance cardiaque ?

Contexte : Services de consultations externes (divers)

Plan expérimental : Étude contrôlée, répartition aléatoire (à double insu)

Synopsis

Selon les derniers résultats de l'étude Digitalis Investigation Group (DIG), il ressort que le traitement par la digoxine ne profite qu'aux hommes souffrant d'insuffisance cardiaque. Les auteurs de cette analyse *a posteriori* des données issues d'une étude originale à répartition aléatoire, d'une durée de trois ans, ont évalué les variations des concentrations sériques de digoxine (CSD) et leur lien avec le taux de mortalité. D'après les résultats de l'étude, des concentrations de digoxine plus

basses pourraient réduire le taux de mortalité.

Les participants à l'étude ont été cliniquement stables, en rythme sinusal, avec une fraction d'éjection du ventricule gauche inférieure ou égale à 45 %. On a prélevé des échantillons sanguins au moins 6 heures après l'administration de la dose de digoxine. Les hommes soumis au traitement par la digoxine ont été divisés en trois groupes, d'après leurs CSD. L'issue du traitement a été évaluée par des personnes qui ignoraient le mode de répartition des participants. Des 1171 hommes dont les CSD ont été évaluées après un mois, chez 572 (49 %), elles étaient de 0,5 à 0,8 ng/ml, chez 322 (27 %) de 0,9 à 1,1 ng/ml, et chez 277 (24 %) de 1,2 ng/ml ou plus. Le taux de mortalité chez les hommes dont les CSD se situaient entre 0,5 et 0,8 ng/ml a été de 6,3 % inférieur à celui des hommes du groupe placebo. On n'a pas observé de réduction du taux de mortalité chez les hommes dont les CSD se situaient entre 0,9 et 1,1 ng/ml. Par ailleurs, chez les hommes dont les CSD étaient supérieures ou égales à 1,2 ng/ml, le taux de mortalité a été de 11,8 % supérieur à celui noté dans le groupe placebo. Le lien entre des concentrations plus élevées de digoxine sérique et un taux de mortalité accru restait présent même après qu'on a ajusté les résultats compte tenu d'éventuelles variables confusionnelles.

En bref

La concentration sérique optimale de digoxine, après un mois, chez des insuffisants cardiaque de sexe masculin dont l'état a été stabilisé et qui sont en rythme sinusal, se situe entre 0,5 et 0,8 ng/ml. Des concentrations plus élevées n'apportent aucun changement dans les taux de mortalité et peuvent même les élever.

Niveau de preuve

(<http://www.infopeoms.com/levelsofevidence.cfm>)

1b-

Révision : DS

Référence : Rathore SS, Curtis JP, Want Y, Bristow MR, Krumholz HM. Association of serum digoxin concentration and outcomes in patients with heart failure. *JAMA* 2003 ; 289 : 871-8.