

InfoPOEMs

The Clinical Awareness System™

La prednisone par voie orale est efficace chez les patients souffrant de BPCO traités en consultation externe

La prednisone par voie orale peut-elle prévenir une rechute et réduire la dyspnée en cas d'exacerbation de la BPCO ?

Contexte : Patients hospitalisés (divers établissements), suivis dans des cliniques de consultation externe

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

Synopsis

Bien qu'on utilise fréquemment les corticostéroïdes pour traiter les exacerbations aiguës de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), les preuves à l'appui de cette pratique se fondent sur les résultats de quelques études de petite envergure. Le recensement des données du registre Cochrane a révélé des preuves d'amélioration du volume expiratoire maximum-seconde (VEMS) au cours des 72 premières heures. Si un petit nombre des études citées montraient une diminution du nombre de rechutes, les données concernant les autres issues cliniques étaient plus équivoques. Pour les besoins de cette étude, on a considéré qu'il y avait exacerbation de la BPCO, si au moins deux des critères suivants étaient respectés : aggravation des essoufflements, augmentation du volume des expectorations ou purulence des expectorations. On a recruté les patients au moment de leur arrivée aux urgences, en excluant ceux chez lesquels les bronchodilatateurs arrivaient à renverser trop facilement les symptômes (fait qui évoquait une composante d'asthme), ceux qui avaient pris depuis peu de temps des corticostéroïdes systémiques, ceux chez lesquels la radiographie révélait une pneumonie ou une insuffisance cardiaque globale, tout comme ceux

qu'il fallait hospitaliser. L'âge moyen était de 69 ans ; 58 % des participants étaient de sexe masculin, 96 % étaient de race blanche, et leur VEMS correspondait à 38 % du volume prévu. Par conséquent, les patients évalués présentaient des exacerbations modérées. Tous les patients ont reçu des doses standard d'albutérol par inhalation, quatre fois par jour, ainsi que du triméthoprime-sulfaméthoxazole ou de la doxycycline par voie orale, pendant 10 jours, et du bromure d'ipratropium par inhalation pendant 30 jours. Ils ont été répartis aléatoirement (sans que le mode de répartition soit dévoilé) de façon à recevoir de la prednisone par voie orale ($n = 74$) ou un placebo correspondant ($n = 73$), une fois par jour, pendant 10 jours. Les groupes ont été équilibrés au début de l'étude, et le nombre d'abandons a été minime (4 dans le groupe sous prednisone, 3 dans le groupe sous placebo). L'analyse a été effectuée sur le principe de vouloir traiter. Le point d'aboutissement primaire a été la vraisemblance d'une rechute dictant une consultation chez le médecin ou dans un service des urgences en raison de l'aggravation de la dyspnée au cours des 30 premiers jours ayant suivi la sortie de l'hôpital. Ce type d'épisode a été plus rare chez les patients du groupe sous prednisone que chez ceux du groupe sous placebo (27 % contre 43 % ; $p = 0,05$; nombre de traitement exigés [NTE] = 6). Après 10 jours, la dyspnée s'est améliorée davantage chez les patients du groupe sous prednisone que chez ceux de l'autre groupe, selon la mesure de l'indice de dyspnée sur une échelle de -9 à +9, où chaque majoration de une unité était considérée comme cliniquement significative (3,95 contre 2,07 ; $p = 0,04$). Le VEMS a également augmenté davantage chez les patients sous prednisone. Toutefois, l'amélioration de la qualité de vie, selon une mesure spécifiquement adaptée à la BPCO, n'a été que légèrement plus notable chez les patients prenant la prednisone (1,42 contre 1,04 ; $p = 0,14$). Les effets secondaires couramment observés chez les patients du groupe sous prednisone ont été un gain d'appétit

(nombre nécessaire pour déterminer la nocivité [NNN] = 4), un gain de poids (NNN = 8) et l'insomnie (NNN = 4). La dépression et l'anxiété ont également été plus courantes chez les patients du groupe sous prednisone, mais cette différence n'a pas été statistiquement significative.

En bref

Un traitement de 10 jours par une dose de 40 mg de prednisone, administrée par voie orale une fois par jour, améliore la dyspnée et prévient une rechute cliniquement observable par tranche de six patients traités. Cependant, ce médicament entraîne aussi un gain de poids et d'appétit et l'insomnie chez un grand nombre de patients.

Niveau de preuve

1b

Révision : LOE

26

Référence : Aaron SD, Vandemheen KL, Hebert P et coll. Outpatient oral prednisone after emergency treatment of chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2003 ; 348 : 2618-25.

La biopsie de l'ongle est la meilleure méthode de diagnostic de l'onychomycose

Quel est le test qui permet de diagnostiquer avec le plus de précision l'onychomycose ?

Contexte : Services de consultations externes (soins spécialisés)

Plan expérimental : Évaluation de tests diagnostiques

Synopsis

Pour traiter l'onychomycose, il faut administrer pendant longtemps des médicaments qui coûtent cher et qui peuvent entraîner des réactions indésirables. Puisque la dystrophie unguéale est d'origine fongique dans seulement 50 % des cas, il est important de diagnostiquer l'infection correctement. Dans le cadre de cet essai, on a évalué au total 105 patients chez lesquels

on soupçonnait la présence d'une onychomycose, à l'aide de quatre méthodes de diagnostic : préparation d'hydroxyde de potassium (KOH), mise en culture pour recherche de mycose pendant quatre semaines, biopsie de l'ongle, évaluée par une coloration à l'acide périodique-Schiff (PAS) et coloration au blanc calcofluor. Les échantillons qui devaient être évalués par la coloration au PAS ont été prélevés le long de l'extrémité distale libre de l'ongle, avec un coupe-ongles standard. Ces échantillons contenaient également les débris sous-unguéaux prélevés dans la zone de jonction de l'ongle et du lit unguéal. Les échantillons ainsi prélevés ont ensuite été placés dans une solution de formol à 10 % et évalués par un pathologiste. Les auteurs ne précisent pas si les résultats de chacun des tests ont été ou non évalués séparément par des personnes qui ignoraient les résultats des autres tests. Puisque le blanc de calcofluor semble avoir une sensibilité et une spécificité élevées (92 %/95 %), il a été l'étalon-or qui a servi à l'analyse statistique. La coloration au blanc de calcofluor a révélé que 76 (72 %) ongles étaient atteints d'onychomycose. La sensibilité et la spécificité de chacun des tests ont été les suivantes : KOH : 80 % et 72 % ; PAS : 92 % et 72 % ; mise en culture : 59 % et 82 %. Si l'on considère que chez les patients présentant une dystrophie unguéale, la prévalence de l'onychomycose est de 50 %, la valeur prédictive positive ou négative de chacune des techniques serait la suivante : KOH : 74 % et 78 % ; mise en culture : 76 % et 67 % ; PAS : 77 % et 90 %. Tous ces tests ont donné, par conséquent, le même taux de faux positifs, mais c'est celui par la coloration au PAS qui a donné le plus faible taux de faux négatifs. Fait intéressant à noter, c'est la mise en culture qui a donné le taux le plus élevé de faux négatifs.

En bref

La biopsie de l'ongle, suivie par une coloration à l'acide périodique-Schiff (PAS) donne le même taux de résultats faussement positifs que la préparation d'hydroxyde de potassium (KOH) et la mise en culture, mais un plus faible taux de résultats faussement négatifs, en raison d'une plus grande sensibilité de dépistage de l'onychomycose. Par conséquent, il est indiqué d'utiliser la méthode de coloration au PAS, si les autres méthodes donnent des résultats négatifs et si le soupçon clinique

est élevé. Puisque tous les tests — PAS, KOH et mise en culture – sont vraisemblablement précis, si le résultat est positif, il est logique de commencer par celui qui est le plus facile à réaliser et qui coûte moins cher.

Niveau de preuve

2b-

Révision : LOE

Référence : Weinberg MJ, Koestenblatt EK, Tutrone WD et coll. Comparison of diagnostic methods in the evaluation of onychomycosis. *J Am Acad Dermatol* 2003 ; 49 : 193-97.

La coenzyme Q10 diminue le nombre d'épisodes cardiaques

La coenzyme Q10 peut-elle prévenir de nouveaux épisodes cardiaques chez les patients ayant subi un infarctus du myocarde (IM) ?

Contexte : Patients hospitalisés (divers types d'établissements) suivis dans des services de consultations externes

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

Synopsis

La coenzyme Q10 est un antioxydant qui existe à l'état naturel. Les chercheurs ont inscrit à cette étude 144 participants ayant subi un IM aigu dans les 72 heures précédentes. Après stratification des sujets selon le territoire infarcté et la présence de complications, on les a randomisés (mode de répartition inconnu) de façon à recevoir un placebo ou la coenzyme Q10, à raison de 60 mg, deux fois par jour, pendant un an. Les patients étaient relativement jeunes – dans les deux groupes, l'âge moyen était inférieur à 48 ans. Les capsules n'étaient pas identiques, fait qui aurait pu biaiser l'évaluation à l'insu. La plupart des patients (98 %) prenaient en même temps de l'aspirine et suivaient un traitement antihypercholestérolémiant, mais un faible pourcentage seulement (20 %) prenait des bêta-bloquants. Malgré la randomisation, on comptait

plus de fumeurs dans le groupe sous coenzyme Q10. Les épisodes cardiaques, incluant les décès par atteinte cardiaque et les infarctus d'issue non fatale, ont été significativement moins fréquents dans le groupe sous traitement (24,6 % vs 45,0 % ; nombre de traitements exigé [NTE] = 4,9). Sur le plan du point d'aboutissement englobant les décès par atteinte cardiaque, les infarctus d'issue non fatale et les AVC, on a également noté une diminution significative (24,6 % vs 47,8 % ; NTE= 4). Les nausées et les vomissements ont été plus fréquents dans le groupe prenant la coenzyme Q10, alors que la fatigue a été signalée plus souvent dans le groupe témoin.

En bref

Lors de cette étude de petite envergure, menée chez des patients ayant subi depuis peu de temps un infarctus du myocarde (IM), la coenzyme Q10 – ajoutée à un antihypercholestérolémiant et à l'aspirine – a diminué le risque de nouveaux épisodes cardiaques pendant l'année suivante, tout au moins. Bien qu'il s'agisse d'une intervention simple et peu coûteuse, il faudrait nécessairement mener d'autres études avant d'en recommander l'utilisation systématique.

Niveau de preuve

1c

Révision : LOE

Référence : Singh RB, Neki NS, Kartikey K, et coll. Effect of coenzyme Q10 on risk of atherosclerosis in patients with recent myocardial infarction. *Moll Cell Biochem* 2003 ; 246 :75-82.

Les antibiotiques ne sont pas efficaces dans les cas typiques de sinusite

L'association amoxicilline/clavulanate est-elle efficace dans le traitement de la sinusite aiguë diagnostiquée par un généraliste ?

Contexte : Cliniques de consultations externes (tous types)

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

Synopsis

Diagnostiquer la sinusite est une tâche pleine de pièges, si l'on considère qu'il est déjà difficile de distinguer une infection des sinus d'une rhinite. De plus, un nombre élevé de patients atteints de sinusite souffrent d'une infection virale. Cette étude a évalué le rôle des antibiotiques chez 252 adultes ayant reçu un diagnostic clinique de rhino-sinusite. Les patients ayant reçu ce type de diagnostic avaient des antécédents d'écoulements nasaux purulents à répétition et de douleurs maxillaires ou frontales depuis au moins 48 heures (mais depuis moins d'un mois). De plus, chez tous ces patients, la rhinoscopie avait révélé la présence de pus. Les participants à cette étude ont été admis par ordre consécutif, à l'aide d'un système de randomisation central (mode de répartition masqué). On a administré à tous les patients un décongestionnant nasal topique et de l'acétaminophène, en plus du placebo ou de l'association amoxicilline/acide clavulanique à une dose de 875 mg/125 mg (amoxiclav), deux fois par jour, pendant six jours. On n'a pas noté de différence sur le plan du point d'aboutissement primaire – laps de temps écoulé jusqu'à la guérison – entre l'amoxiclav et le placebo (5 jours vs 4 jours). Les taux de guérison après une semaine (30 %) et après deux semaines (75 %) ont été similaires dans les deux groupes. On n'a pas noté non plus de différence entre les deux traitements sur le plan du nombre de jours où la capacité d'accomplir les tâches quotidiennes était limitée. Un résultat quelque peu consternant : un patient du groupe placebo est décédé à la suite d'un abcès au cerveau. Après une semaine, la diarrhée a été presque quatre fois plus fréquente dans le groupe sous amoxiclav (risque relatif [RR] = 3,89 ; IC de 95 %, 2,09-7,25) et encore plus fréquente après deux semaines (RR = 1,71 ; IC de 95 %, 0,91-3,23). L'étude avait suffisamment d'envergure pour trouver une augmentation de 50 % du taux de guérison, en supposant un taux de guérison spontanée de 60 %. Des différences plus petites auraient été indécélables.

En bref

Un antibiotique à large spectre a été incapable de soulager les symptômes plus rapidement que le placebo dans le cas de patients chez lesquels le généraliste avait diagnostiqué une sinusite aiguë.

Comme il était à prévoir, les réactions indésirables ont été plus fréquentes dans le groupe sous antibiothérapie.

Niveau de preuve

1c

Révision : LOE

Référence : Bucher HC, Tshudi P, Young J et coll. Effect of amoxicillin-clavulanate in clinically diagnosed acute rhinosinusitis. A placebo-controlled, double-blind, randomized trial in general practice. *Arch Intern Med* 2003 ; 163 :1793-798.

L'aspirine prévient l'hypertension de la grossesse avec protéinurie (prééclampsie) et les complications

L'aspirine prévient-elle l'hypertension de la grossesse avec protéinurie et ses complications chez les femmes exposées à un risque élevé ?

Contexte : Divers centres (méta-analyse)

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

Synopsis

Pour réaliser cette méta-analyse, les auteurs se sont fondés sur des études contrôlées, à répartition aléatoire, de qualité élevée, qui ont comparé le rôle de faibles doses d'aspirine (quelle qu'en soit la définition) par rapport à celui du placebo dans la prévention de l'hypertension de la grossesse avec protéinurie et des complications qui en découlent chez des femmes dont les antécédents évoquaient un risque élevé d'hypertension de la grossesse avec protéinurie. Les facteurs de risque pris en considération ont été les suivants : prééclampsie par le passé, hypertension chronique (préexistante), diabète, maladie rénale et âge extrêmement avancé au moment de la conception. Quatorze études, menées chez 12 416 femmes, ont répondu à ces critères. L'analyse des biais de publication, bien que quelque peu limitée en raison du petit nombre d'études prises en ligne de compte, a toutefois indiqué que de tels biais étaient peu vraisemblables. Les résultats ont généralement été

publiés sous forme de risque relatif pondéré. Ils avaient tendance à favoriser l'aspirine comme protection contre une hypertension de la grossesse avec protéinurie patente (risque relatif [RR] = 0,86; IC de 95 %, 0,76-0,96), la mort périnatale (RR = 0,79; IC de 95 %, 0,64-0,96), l'accouchement avant terme (RR = 0,86; IC de 95 %, 0,79-0,94). Pour ce qui est des complications de nature hémorragique les résultats ont été les mêmes (RR = 0,98, IC de 95 %, 0,79-1,21). Le poids moyen des bébés à la naissance a été de 215 g plus élevé si la mère avait été traitée par l'aspirine (IC de 95 %, 90 g - 340 g). Malheureusement, comme la méthodologie ne prévoyait pas le calcul de la différence en termes de risque absolu, nous ne pouvons pas déterminer le nombre de traitements exigé (NTE). Par ailleurs, il n'est pas très clair, si on peut ou non relier des facteurs spécifiques des antécédents aux bienfaits plus ou moins grands du traitement par l'aspirine.

En bref

Toutes les données publiées à ce jour révèlent que de faibles doses d'aspirine protègent les femmes présentant des facteurs de risque de hypertension de la grossesse avec protéinurie, sans entraîner des complications hémorragiques, dont le décollement placentaire. La méthodologie utilisée n'a pas permis de déterminer le risque absolu ni le NTE.

Niveau de preuve

1a
Révision : LOE

Référence : Coomarasamy A, Honest H, Papaioannou S, Gee H, Khan KS. Aspirin for prevention of preeclampsia in women with historical risk factors: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2003 ; 101 : 1319-32.

Le cancer du col utérin va toujours de pair avec le papillomavirus humain (HPV)

Peut-on souffrir d'un cancer du col utérin sans avoir contracté l'HPV ?

Contexte : Centre de consultations externes (soins spécialisés)

Plan expérimental : Cohorte (étude prospective)

Synopsis

Bien qu'il soit fermement établi que l'HPV est l'une des causes du cancer du col utérin, la plupart des études ont révélé que dans presque 10 % des cas de cancer du col, les résultats des tests de dépistage de l'HPV sont négatifs. Les investigateurs de cette étude allemande ont cherché à mieux caractériser les cas HPV négatifs de néoplasie cervicale intra-épithéliale (CIN) de grade 3, chez une cohorte de 511 femmes traitées dans un seul centre pendant deux ans. Les tests ont été réalisés à l'aide d'une brosse Cervexbrush, d'un milieu de transport Digene et d'un procédé d'hybridation de l'ADN du type 2. Chez 419 femmes, la biopsie a permis de diagnostiquer une CIN de grade 3 et, parmi elles, 7 avaient reçu initialement un résultat négatif à l'HPV. Un examen plus attentif de ces cas a révélé que la CIN de grade 3 n'a pu être confirmée chez deux femmes, que l'échantillon ne contenait pas d'ADN chromosomique chez deux autres et que l'HPV n'était réellement présent que chez trois. Pour 7 des 92 cas de cancer du col utérin dépistés, le résultat du test de dépistage de l'HPV avait été négatif. Un examen plus attentif de ces cas, a montré que 4 femmes souffraient d'un autre type de cancer (de l'endomètre, de l'ovaire ou de la vessie), et que chez les trois autres on n'avait pu déceler aucune néoplasie.

En bref

Chez cette cohorte allemande de plus de 500 femmes dont la biopsie a révélé une néoplasie cervicale intra-épithéliale (CIN) de grade 3 ou un cancer du col, le test de dépistage du papillomavirus humain (HPV) par hybridation de l'ADN a donné un résultat positif dans plus de 99 % des cas. Les patientes dont le test de dépistage de l'HPV par hybridation de l'ADN donne un résultat négatif ne souffrent vraisemblablement pas de cancer du col utérin. (LOE = 1b)

Niveau de preuve

1b
Révision : LOE

Référence : Bohmer G, van den Brule AJC, Brummer O, Meijer CJLM, Petry KU. No confirmed case of human

papillomavirus DNA-negative cervical intraepithelial neoplasia grade 3 or invasive primary cancer of the uterine cervix among 511 patients. *Am J Obstet Gynecol* 2003 ; 189 : 118-20.

La coloscopie s'impose si le test de Papanicolaou révèle une lésion intra-épithéliale malpighienne de faible grade de malignité

Est-il logique de chercher à dépister le papillomavirus si la cytologie du col utérin révèle une lésion intra-épithéliale malpighienne de faible grade de malignité ?

Contexte : Cabinets de consultation externe (variés)

Plan expérimental : Cohorte (étude prospective)

Synopsis

Chez environ 3 millions de femmes aux États-Unis, le test de Papanicolaou révèle une lésion intra-épithéliale malpighienne de faible grade de malignité (en anglais, LSIL) ou des cellules cylindriques atypiques à caractère non déterminé (en anglais, ASCUS). L'ASCUS-LSIL Triage Study (ALTS) a été une étude de grande envergure, subventionnée par le gouvernement fédéral des États-Unis, qui visait à évaluer diverses stratégies de prise en charge initiale des femmes dont la cytologie révélait une légère anomalie. On a inscrit à cette étude des femmes dont la cytologie, obtenue par les techniques de prélèvement traditionnelles en usage dans les cabinets médicaux (à l'aide d'une brosse et d'une spatule), révélait une lésion intra-épithéliale malpighienne de faible grade de malignité ou des cellules cylindriques atypiques à caractère non déterminé (n = 5060 ; 3488 avec des cellules cylindriques atypiques à caractère non déterminé, 1572 avec une lésion intra-épithéliale malpighienne de faible grade de malignité). Toutes ces femmes ont été soumises à un prélèvement de frottis de type ThinPrep®, à un dépistage du papillomavirus et à deux cervicogrammes (rinçage du col, application d'acide acétique à 5 % et prise de deux clichés avec une caméra spéciale), au moment de leur inscription à l'étude ainsi que 6, 12 et 18 mois plus tard. Ces femmes ont été réparties aléatoirement en trois groupes : (1) coloscopie immédiate, au moment de l'inscription ;

(2) dépistage du papillomavirus : coloscopie immédiate, seulement si le prélèvement effectué au moment de l'inscription montrait une lésion intra-épithéliale malpighienne à grade élevé de malignité ou une lésion intra-épithéliale malpighienne à faible grade de malignité et des cellules cylindriques atypiques à caractère non déterminé, s'accompagnant d'un risque élevé de présence d'un sous-type de papillomavirus ; ou (3) soins traditionnels avec résultats du dépistage du papillomavirus non dévoilés et coloscopie seulement si le test de Papanicolaou, effectué semestriellement, révélait une lésion intra-épithéliale malpighienne à grade élevé de malignité. Le suivi pour tous les groupes était effectué au 6^e, 12^e et 18^e mois (avec comparaison aux échantillons prélevés au moment de l'inscription). Les femmes ont été soumises une première fois, ou une fois de plus, à une coloscopie, en cas de cytologie révélant une lésion intra-épithéliale malpighienne à grade élevé de malignité. On a recommandé aux femmes ayant reçu un diagnostic de néoplasie cervicale intra-épithéliale de grade 2 ou 3 pendant l'étude de se soumettre à une excision électrochirurgicale (LEEP). L'évaluation finale, comportant une coloscopie, a été effectuée 24 mois après l'inscription, avec dévoilement de tous les résultats préalables aux soignants. L'évaluation finale a été considérée comme le résultat de référence du diagnostic. À la fin de l'étude, toutes les femmes présentant une néoplasie cervicale intra-épithéliale de grade 2 ou 3 avaient subi une excision électrochirurgicale, intervention également proposée à celles dont la néoplasie était de grade 1 ou qui avaient présenté durant l'année précédente une lésion intra-épithéliale malpighienne à faible grade de malignité ou un papillomavirus avec des cellules cylindriques atypiques à caractère non-déterminé. Le volet de dépistage du papillomavirus a été arrêté avant terme, car plus de 80 % des femmes dont les prélèvements montraient une lésion intra-épithéliale malpighienne à faible grade de malignité présentaient le risque d'être porteuses d'un sous-type de papillomavirus.

En bref

Les femmes présentant une lésion intra-épithéliale malpighienne à faible grade de malignité devraient être immédiatement orientées vers la coloscopie. Le test de

dépistage du papillomavirus n'est pas très utile, car il donnera des résultats positifs chez la vaste majorité des femmes.

Niveau de preuve

1b

Révision : LOE

Référence : The ASCUS-LSIL Study (ALTS) Group. A randomized trial on the management of low-grade intraepithelial lesion cytology interpretations. *Am J Obstet Gynecol* 2003 ; 188 : 1393-1400.

Le pronostic chez les patients atteints d'œsophage de Barrett est généralement bon

Quel est le pronostic chez les patients qui présentent un œsophage de Barrett ?

Contexte : Échantillon représentatif

Plan expérimental : Cohorte (étude prospective)

Synopsis

Les études préalables, qui ont évalué le pronostic de l'œsophage de Barrett, ont été menées chez des patients ayant été adressés à des spécialistes, et les résultats obtenus manquaient quelque peu d'homogénéité. En effet, certaines de ces études avaient constaté un taux plus élevé de mortalité toutes causes confondues, alors que d'autres n'ont pas observé ce résultat. Les auteurs de cette étude élargissent la perspective, ayant prélevé sur le registre de patients de l'Irlande du Nord chaque cas ayant reçu un diagnostic de métaplasie des cellules à plateau strié de la muqueuse de l'œsophage entre 1993 et 1999. Les sujets dont la biopsie initiale révélait ou non une métaplasie intestinale spécialisée (MIS) ont été analysés séparément. Les patients ont été suivis tout au long de l'an 2000, le suivi moyen ayant été de 3,1 années et le suivi maximal de 6 années. Les décès et leur principale cause ont été déterminés d'après l'équivalent irlandais des attestations de décès sur bande magnétique. Cependant, les auteurs n'ont pas cherché à investiguer ni à confirmer la cause du décès. Des 15 670 biopsies de

l'œsophage, 4955 répondaient aux critères d'œsophage de Barrett, 2373 étaient des cas nouvellement diagnostiqués (au sein de la population à l'étude) et 1293 présentaient une MIS. L'âge moyen des hommes était de 58 ans et celui des femmes, de 64 ans. Bien qu'on ait noté un risque accru de cancer de l'œsophage au sein de la population à l'étude, ce risque était relativement faible : 12 patients (dont 11 étaient atteints de MIS) ont contracté un cancer de l'œsophage, alors que 2 seulement auraient dû en souffrir, selon les prévisions. Ces cancers ont été la cause de 4,7 % des décès enregistrés au cours de la période de suivi de 6 ans. Le ratio standardisé de mortalité (RSM, pour un nombre prévu de décès de 100) a été de 518 à la suite d'un cancer de l'œsophage, et il n'a été élevé que chez les patients atteints de MIS. Fait intéressant à signaler, on a noté une réduction du risque d'AVC chez les patients présentant un œsophage de Barrett (RSM = 65 ; IC de 95 %, 37-93). On n'a pas noté de différence sur le plan de la mortalité toutes causes confondues entre la population à l'étude et la population générale (RSM = 96 ; IC de 95 %, 84-107).

En bref

L'œsophage de Barrett est associé à un risque cinq fois plus élevé de cancer de l'œsophage, mais seulement si une métaplasie intestinale spécialisée est présente. On ne note aucune différence sur le plan de la mortalité toutes causes confondues entre les patients qui présentent un œsophage de Barrett et ceux qui n'en présentent pas.

Niveau de preuve

1b

Révision : LOE

Référence : Anderson LA, Murray LJ, Murphy SJ et coll. Mortality in Barrett's oesophagus: results from a population based study. *Gut* 2003 ; 52 :1081-1084.

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

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