

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 est disponible sur le site Web d'InfoPOEMs au 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. 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.

En cas de cholécystite lithiasique aiguë, mieux vaut opérer rapidement que de retarder l'intervention

Dans le cas des patients atteints de cholécystite lithiasique, vaut-il mieux opérer à chaud ou à froid ?

Contexte : Patients hospitalisés
(tous types confondus)

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

Mode de répartition : Incertain

Synopsis

La décision d'effectuer une intervention par laparotomie ou par laparoscopie chez un patient souffrant de cholécystite lithiasique, tout comme celle d'opérer ce dernier au cours de l'hospitalisation initiale ou plus tard à froid, semble dépendre en grande partie des préférences du chirurgien. Cette méta-analyse a inventorié toutes les études prospectives à répartition aléatoire menées à cette fin, pour qu'une telle

décision puisse reposer sur des preuves plus solides. Les auteurs ont repéré neuf études auxquelles ont participé 916 patients soumis à une cholécystectomie par laparotomie immédiate ou différée et trois études auxquelles ont participé 228 patients soumis à une laparoscopie immédiate ou différée. Les patients souffrant de péritonite, de pancréatite et de jaunisse, ainsi que ceux qui présentaient un risque élevé pour une autre raison ont été exclus de la plupart de ces études. Les patients faisant partie du groupe ayant subi une intervention immédiate ont été opérés dans les sept jours qui ont suivi l'apparition des symptômes tandis que ceux du groupe ayant subi une intervention différée l'ont été de façon générale de six à douze semaines plus tard. Seule une des études menées sur les laparoscopies, où l'intervention immédiate a été effectuée dans les 72 heures et l'intervention différée, cinq jours après l'hospitalisation, a fait exception. L'analyse était basée sur le nombre de patients retenus en début d'étude. La méthodologie de la plupart de ces études était d'une assez bonne qualité (un score de 2 ou de 3 sur l'échelle de validité de Jadad de 0 à 5). La plupart des études ont obtenu des résultats semblables pour la majorité des

issues. Dans le groupe des patients soumis à une cholécystectomie par laparotomie, le nombre de décès a été plus élevé à la suite d'une intervention différée (7/448 contre 1/468), mais ce résultat n'était pas statistiquement significatif (différence entre les résultats regroupés [DRR] = - 0,85 % ; IC à 95 % : de -2,3 à 0,6 %). On n'a pas noté de différence en ce qui a trait au risque de complications (DRR = 1,4 % ; IC à 95 % : de -3,8 % à 6,5 %). Pour ce qui est des laparoscopies, aucun décès n'a été constaté ni dans le cas des interventions immédiates ni dans celui des interventions différées. Par ailleurs, les différences quant aux risques de complications n'ont pas été statistiquement significatives (10,9 % contre 15,6 % ; DRR = -3,1 % ; IC à 95 % : de -15 à 8,9 %). Le nombre total de jours d'hospitalisation a été plus élevé dans le cas des patients soumis aux interventions différées (17,8 jours contre 9,6 jours). On peut toutefois se demander si une telle différence serait possible aux États-Unis, où la durée du séjour hospitalier est généralement plus courte.

En bref

En cas de cholécystite lithiasique aiguë, les interventions chirurgicales immédiates, pratiquées par laparotomie ou par laparoscopie, n'ont pas entraîné une hausse de la morbidité ni de la mortalité. C'est même plutôt le contraire qui s'est produit, ce qui a permis de réduire la durée du séjour hospitalier et les coûts.

Niveau de preuve

1a

Référence : Papi C, Catarci M, D'Ambrosio L et coll. Timing of cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a meta-analysis. *Am J Gastroenterol* 2004 ; 99 : 147-55.

L'aspiration avant la libération de l'épaule pendant l'accouchement ne prévient pas le syndrome d'aspiration méconiale

Est-ce que l'aspiration du méconium présent dans l'oropharynx et le nasopharynx avant la libération de l'épaule pendant l'accouchement, lorsque le

liquide amniotique est teinté de méconium, peut prévenir le syndrome d'aspiration méconiale ?

Plan expérimental : Étude contrôlée, à répartition aléatoire (essai ouvert)

Contexte : Patientes hospitalisées (en chambre seulement)

Synopsis

Lorsque le liquide amniotique est teinté de méconium, l'aspiration du méconium présent dans le nasopharynx et l'oropharynx, dès que la tête de l'enfant est sortie, est une intervention standard aux États-Unis. Les avantages de cette pratique n'ont pas été démontrés. Au cours de cette étude, on a réparti aléatoirement des femmes en travail, dont la grossesse en était à au moins 37 semaines et dont le liquide amniotique contenait du méconium, soit dans un groupe où le nouveau-né était soumis à une aspiration du méconium contenu dans l'oropharynx et le nasopharynx avant la libération de l'épaule ($n = 1263$), soit dans un groupe où il n'y était pas soumis ($n = 1251$). L'accouchement pouvait se faire par voie vaginale ou par césarienne. L'étude s'est déroulée dans onze hôpitaux d'Argentine et dans un hôpital des États-Unis. La moitié de ces centres hospitaliers desservait une clientèle à faible revenu et l'autre moitié, une clientèle aisée. La décision de recourir à une aspiration du méconium de l'arbre trachéobronchique s'est fondée sur les recommandations de l'American Academy of Pediatrics. Des paramètres comme l'accouchement par césarienne ou les anomalies du tracé cardiaque fœtal ont été les mêmes dans les deux groupes. L'aspiration a été pratiquée à l'aide d'une sonde branchée à un aspirateur de méconium. L'étude a été suffisamment vaste pour déceler une différence absolue de 3 % quant à l'incidence du syndrome d'aspiration méconiale. Dans le groupe étudié, 87 nouveau-nés n'ont pas subi cette intervention alors que dans le groupe témoin, 26 nouveau-nés y ont été soumis. Le mode de répartition n'a pas été dévoilé, et l'analyse a été effectuée à partir du nombre de sujets retenus en début d'étude. Les femmes et le personnel du service d'obstétrique connaissaient le mode de répartition, mais les

évaluateurs de l'issue de l'étude l'ignoraient. L'incidence du syndrome d'aspiration méconiale a été de 4 % dans chaque groupe. On a dû recourir à la ventilation artificielle chez 2 % des nouveau-nés du groupe soumis à l'aspiration et chez 1 % de ceux de l'autre groupe. Neuf décès périnataux sont survenus dans le groupe à l'étude, dont quatre par insuffisance respiratoire, et quatre dans le groupe témoin, dont deux par insuffisance respiratoire. On n'a pas noté de différence entre les groupes sur le plan du recours en salle d'accouchement à l'intubation, à l'aspiration endotrachéale ou à un appareil à pression positive (8 % contre 9 %).

En bref

L'aspiration du méconium présent dans l'oropharynx et le nasopharynx des nouveau-nés avant la libération de l'épaule ne prévient pas le syndrome d'aspiration méconiale.

Niveau de preuve

1b

Référence : Vain NE, Szlyd EG, Prudent LM, Wiswell TE, Aguilar AM, Vivas NI. Oropharyngeal and nasopharyngeal suctioning of meconium-stained neonates before delivery of their shoulders: multicentre, randomised controlled trial. *Lancet* 2004 ; 364 : 597-602.

Le dépistage prénatal des infections vaginales et leur traitement réduit le nombre d'accouchements avant terme

Est-ce qu'un programme de dépistage des infections vaginales chez les femmes enceintes sans symptômes diminue le nombre d'accouchements avant terme ?

Contexte : Services de consultations externes (soins primaires)

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

Mode de répartition : Dissimulé

Synopsis

Vingt-cinq obstétriciens autrichiens ont inscrit à cette étude 4155 femmes enceintes se trouvant au début du deuxième trimestre. Ces dernières devaient se soumettre au dépistage d'une vaginose bactérienne, d'une candidose vaginale ou d'une trichomonose vaginale. Une flore anormale a été repérée chez 21 % d'entre elles. De ce nombre, environ 60 % présentaient une candidose et 33 %, une vaginose bactérienne. Le *Trichomonas* n'a été dépisté que chez trois patientes. Toutes les femmes dont les frottis étaient positifs ont été réparties dans deux groupes, soit dans un groupe recevant un traitement comportant un prélèvement de suivi et un retraitement au besoin, soit dans un groupe témoin. Comme les obstétriciens chargés de ce dernier groupe ne connaissaient pas les résultats des prélèvements vaginaux, ils n'ont pas prescrit de traitement. L'analyse a été effectuée sur le nombre de patientes retenues en début d'étude, ce qui signifie que les femmes du groupe sous traitement ont été évaluées, qu'elles aient été traitées ou non en raison d'un résultat positif (le nombre de sujets n'a pas été communiqué). Le pourcentage d'accouchements prématurés spontanés, soit avant la 37^e semaine, a été de 3,0 % dans le cas des femmes chez qui une infection a été dépistée et traitée et de 5,3 % dans le cas de celles n'ayant pas bénéficié d'un dépistage (réduction du risque absolu = 2,3 % ; IC à 95 % : de 1,2 % à 3,6 %). Pour 44 femmes ayant subi un dépistage, on a pu éviter un accouchement avant terme, comparativement au groupe de femmes n'ayant pas bénéficié d'un dépistage et d'un traitement (nombre de dépistages et de traitements exigé = 43,5 ; IC à 95 % : de 24,4 à 58,8). Par ailleurs, le nombre de nouveau-nés prématurés pesant moins de 2500 g a également été significativement plus faible : 1,7 % contre 3,5 % (nombre de dépistages et de traitements exigé = 56). Le dépistage et le traitement ne devraient pas se limiter à la vaginose bactérienne.

En bref :

Le dépistage systématique des infections vaginales chez les femmes enceintes diminue le risque d'accouchements avant terme de 43 % (nombre de dépistages et de traitements exigé = 44).

Cette approche diminue également le nombre de nouveau-nés prématurés pesant moins de 2500 g (nombre de dépistages et de traitements exigé = 56). Cette étude confirme les résultats d'une étude antérieure sans répartition aléatoire (*Am J Obstet Gynecol* 1995 ; 173 : 157-67). Compte tenu de la souffrance et du coût liés à un accouchement avant terme, il est judicieux de dépister et de traiter toutes les infections vaginales.

Niveau de preuve

1b

Référence : Kiss H, Petricevic L, Husslein P. Prospective randomised controlled trial of an infection screening programme to reduce the rate of preterm delivery. *BMJ* 2004 ; 329 : 371-4.

La lidocaïne en aérosol diminue la douleur provoquée par la mise en place d'une sonde nasogastrique

Est-ce que la lidocaïne en aérosol, administrée à l'aide d'un masque, diminue la douleur provoquée par la mise en place d'une sonde nasogastrique ?

Contexte : Service des urgences

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

Mode de répartition : Dissimulé

Synopsis

Selon les patients, mais aussi selon les médecins, la mise en place d'une sonde nasogastrique est l'une des interventions les plus pénibles effectuées à l'urgence. Les chercheurs ayant mené cette étude ont évalué l'efficacité de la lidocaïne en aérosol à 400 mg, administrée par pulvérisation à l'aide d'un masque avant l'intervention. Cinquante patients qui devaient subir cette intervention ont été répartis au hasard (mode de répartition dissimulé), de façon à recevoir un placebo (solution salée) ou 4 ml d'une solution de lidocaïne à 10 % en aérosol, immédiatement avant la mise en place, par une

infirmière, d'une sonde d'aspiration nasogastrique de type Salem 18 F. Cette étude comporte quelques petits problèmes : (1) Bien que les auteurs l'aient menée dans deux hôpitaux, la plupart des patients provenaient d'un seul établissement ; (2) Les patients n'ont pas été choisis de manière consécutive. Il est même possible qu'ils aient été choisis spécifiquement en vue de cette étude, raison pour laquelle ils pourraient ne pas être représentatifs du patient type qui nécessiterait une sonde nasogastrique ; et (3) La canule a été installée immédiatement après l'administration de lidocaïne ; un temps d'attente un peu plus long aurait peut-être provoqué une meilleure anesthésie. On a demandé aux patients d'indiquer la gêne ressentie lors de l'intervention sur une ligne de 100 mm, portant à l'une de ses extrémités l'inscription « aucune gêne » et à l'autre, la mention « gêne marquée ». Les scores ont été mesurés à partir de l'extrémité « aucune gêne ». Le total a été de 37,7 mm en moyenne pour le groupe ayant reçu la lidocaïne et de 59,3 mm pour le groupe ayant reçu le placebo. La différence entre les deux groupes a été de 21,6 mm (IC à 95 % : de 5,3 mm à 38,0 mm). Cette différence moyenne est cliniquement significative, même si la limite inférieure de l'intervalle de confiance (soit 5,3 mm) ne l'est pas. Les infirmières n'ont pas signalé de différence sur le plan de la difficulté à installer la sonde nasogastrique. L'épistaxis a été significativement plus fréquente chez les patients ayant reçu la lidocaïne (17 % contre 0 % ; IC à 95 % : de 3,5 % à 31 %).

En bref

La lidocaïne en aérosol, administrée à l'aide d'un masque, diminue significativement la douleur associée à la mise en place d'une sonde nasogastrique, l'une des interventions les plus pénibles effectuées à l'urgence. Même si la durée de l'intervention est ainsi un peu plus longue, l'anesthésie locale devrait faire partie de tous les protocoles de mise en place d'une sonde nasogastrique.

Niveau de preuve

1b

Référence : Cullen L, Taylor D, Taylor S, Chu K.

Nebulized lidocaine decreases the discomfort of nasogastric tube insertion: a randomized, double-blind trial. *Ann Emerg Med* 2004 ; 44 : 131-7.

L'examen par IRM donne des résultats plus précis que les mammographies chez les patientes à risque élevé

Les résultats des examens par imagerie par résonance magnétique sont-ils plus fiables que ceux des mammographies chez les femmes exposées à un risque élevé de cancer du sein ?

Contexte : Cliniques de consultations externes (diverses)

Plan expérimental : Étude de cohorte (prospective)

Synopsis

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est une méthode diagnostique onéreuse, mais elle semble plus sensible que la mammographie. Les auteurs ont recensé 1909 Hollandaises, de 25 à 70 ans, dont le risque à vie de souffrir d'un cancer du sein était d'au moins 15 %. Ce groupe comprenait 358 porteuses d'une mutation, 1052 femmes dont le risque était de 30 % à 49 % et 499 dont le risque était de 15 % à 29 %. Parmi les femmes de ce groupe, 4,6 % ont cessé d'être suivies, en grande partie à cause du fait qu'elles ont subi une mastectomie prophylactique, et 4,7 % ont refusé de se soumettre à un examen par IRM, habituellement parce qu'elles étaient claustrophobes. L'âge moyen de ces femmes était de 40 ans. Une proportion de 15 % seulement n'avait jamais subi de dépistage du cancer du sein, et environ 75 % étaient en préménopause. Les sujets ont passé un examen clinique des seins tous les six mois, ainsi qu'un examen par IRM et une mammographie par année, dont les résultats étaient interprétés séparément par des radiologues qui ne connaissaient pas les résultats de l'autre étude. Les femmes ont été suivies pendant une période médiane de 2,9 ans. Un résultat de 0 (autres examens nécessaires), de 3, de 4 ou de 5, selon le système de classification BI-RADS (Breast Imaging Reporting and Data System), était considéré

comme positif, un résultat de 1 ou de 2 indiquant un état normal ou presque normal. La norme de référence était l'examen histologique ; la sensibilité et la spécificité étaient calculées en comparant le nombre de cancers dépistés par chaque méthode, en plus de tous les cancers d'intervalle. Outre la sensibilité et la spécificité, on a aussi évalué la capacité de dépister des cancers à un stade plus précoce, en comparant le groupe à l'étude à un groupe témoin exposé à un risque similaire de cancer du sein, mais qui n'était soumis à aucun examen de dépistage. L'IRM s'est avérée deux fois plus sensible que la mammographie, sans égard au seuil à partir duquel un résultat était considéré comme anormal (79 % contre 33 %), mais un peu moins spécifique (89,8 %, un résultat de 0, de 3, de 4 ou de 5 selon la classification BI-RADS étant considéré comme anormal comparativement à 95% pour la mammographie). L'aire sous la courbe ROC (*receiver operating characteristic curve*), une mesure de la précision diagnostique globale, a été significativement plus grande dans le cas de l'IRM (0,83 contre 0,69). Toutefois, une spécificité plus faible sous-entend que les femmes ont été soumises à un plus grand nombre d'examens de suivi inutiles (420 contre 207), ainsi qu'à un plus grand nombre de biopsies inutiles (24 contre 7), à la suite d'un dépistage supplémentaire par IRM. Une comparaison, bien qu'imparfaite, avec des groupes témoins sans dépistage a permis de constater qu'un plus petit nombre de femmes soumises à un examen par IRM et à une mammographie présentaient une atteinte ganglionnaire.

En bref

L'IRM est une méthode de dépistage du cancer du sein plus fiable (plus sensible) que la mammographie, mais elle risque de produire un plus grand nombre de résultats faussement positifs (elle est moins spécifique). Elle coûte aussi plus cher et entraîne un plus grand nombre de biopsies et d'examens de suivi inutiles. Elle est, de ce fait, inappropriée chez les femmes exposées à un risque faible ou moyen, mais peut être une bonne option chez celles dont le risque est élevé et qui comprennent les limites de cet examen.

Niveau de preuve

2b

Référence : Kriege M, Brekelmans CT, Boetes C et coll. Efficacy of MRI and mammography for breast-cancer screening in women with a familial or genetic predisposition. *N Engl J Med* 2004 ; 351 : 427-37.

Une deuxième lecture des rapports de radiographie n'est pas toujours nécessaire

Les médecins de première ligne sont-ils capables de reconnaître les radiographies qui n'exigent pas une deuxième lecture par un radiologiste ?

Contexte : Services de consultations externes (soins primaires)

Plan expérimental : Étude de cohorte (prospective)

Synopsis

Bien que presque la moitié des radiographies prises aux États-Unis en consultations externes soit faite et interprétée par une personne qui n'est pas spécialisée en radiologie, on ignore si les issues défavorables pour les patients ne découlent pas du fait que les médecins de première ligne ne consultent pas systématiquement les radiologistes. Les chercheurs ont obtenu les radiographies et l'interprétation des clichés de 1530 patients de quatre centres médicaux urbains et de cinq centres ruraux du Wisconsin, qui envoient systématiquement tous les clichés à des radiologistes pour interprétation. Trois centres étaient des lieux de formation de résidents et six des cliniques communautaires. Les médecins qui ont prescrit les radiographies ont noté leur interprétation finale, en précisant si une deuxième lecture effectuée par un radiologiste était nécessaire, selon eux. Trois médecins évaluateurs ont revu séparément les interprétations des généralistes et des radiologistes pour relever les discordances importantes d'un point de vue clinique. Les assistants à la recherche ont revu les dossiers à partir de la visite de référence jusqu'à celle qui a eu lieu de six à douze mois plus tard. Ils ont considéré qu'une interprétation était discordante lorsqu'au moins deux des trois évaluateurs n'étaient

pas du même avis et que le médecin traitant n'aurait probablement pas demandé l'avis d'un radiologiste. On a également noté tout changement dans les soins au patient à la suite d'une deuxième interprétation. Sur un total de 1393 cas pour lesquels les données étaient complètes, 553 (40 %) faisaient partie du groupe pour lequel le médecin n'aurait probablement pas demandé une deuxième lecture. Chez 100 (18 %) de ces 553 patients, la discordance entre l'interprétation faite par le médecin traitant et le radiologiste pouvait avoir une signification clinique importante. Une modification des soins cliniques a été notée dans le cas de 14 de ces patients (14 %), notamment sous forme d'appels téléphoniques supplémentaires, de visites de suivi, de radiographies à répétition et, dans un cas, d'application d'un plâtre. Aucune modification notable de la prise en charge ou des complications évitées chez les patients n'a été signalée. Puisque tous les médecins participant à cette étude savaient que toutes les radiographies seraient vues par un radiologiste, il est difficile de déterminer si ces résultats peuvent être généralisés dans un milieu où les médecins prennent réellement la décision de demander ou non l'avis d'un radiologiste.

En bref

Les médecins de première ligne sont capables de reconnaître les radiographies pour lesquelles l'interprétation par un radiologiste ne changera probablement pas les soins prodigués. Les chercheurs signalent également qu'aucun changement important n'est intervenu sur le plan de la prise en charge ou des complications chez les patients.

Niveau de preuve

2b

Référence : Smith PD, Temte J, Beasley JW, Mundt M. Radiographs in the office: is a second reading always needed? *J Am Board Fam Pract* 2004 ; 17 : 256-63.

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

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