

Revue des Revues

par la rédaction de la Revue

Vitamines antioxydantes et maladies cardiovasculaires

Certaines études ont postulé que l'utilisation de vitamines antioxydantes pourrait être bénéfique dans la prévention des maladies cardiovasculaires. Mais qu'en est-il vraiment? Ces 5 dernières années, un large nombre d'études cliniques contrôlées se sont intéressées aux effets d'un supplément en antioxydants (vitamines et minéraux) sur le risque cardiovasculaire. Une méta-analyse de 15 études comprenant plus de 1.000 sujets n'a pas montré d'effets bénéfiques des vitamines antioxydantes sur la morbidité ou la mortalité cardiovasculaires. Pour compliquer la situation, des effets délétères des suppléments antioxydants sur les maladies cardiovasculaires ont été retrouvés chez des femmes ménopausées souffrant de maladie coronaire sous hormonothérapie substitutive et recevant des vitamines E et C. Elles montraient une mortalité générale plus élevée et une tendance à une mortalité accrue par maladie cardiovasculaire par rapport à des femmes recevant un placebo à la place des vitamines. Des sujets démontrant une atteinte coronaire à l'angiographie et recevant de la simvastatine plus de la niacine montraient une progression de la sténose s'ils se voyaient administrer un cocktail antioxydant par rapport à une régression s'ils ne recevaient pas d'antioxydants. Il faut noter qu'un régime riche en fruits et légumes, et donc en antioxydants, peut avoir un effet bénéfique sur la survenue de maladie cardiovasculaire, mais ce régime, initié tôt dans la vie, est à distinguer d'une supplémentation de quelques années...

Kris-Etherton PM, Lichtenstein AH, Howard BV et al.; *Circulation* 2004; **110**: 637-641.

Évaluation du traitement ambulatoire de l'enfant atteint de varicelle

La fréquence des varicelles surinfectées augmente... Des *guidelines* de bonne pratique pour le traitement de la varicelle ont été édictées en 1998⁽¹⁾. Toutefois, selon l'étude française dont il est question ici, seuls 38% des médecins généralistes suivent ces *guidelines*. Il s'agit de la seule étude qui s'intéresse à la varicelle selon des voies différentes (enquête téléphonique sur 50 généralistes sélectionnés de façon aléatoire, dont cas clinique simulé et dernier traitement administré à un patient varicelleux, en plus de l'analyse des prescriptions ambulatoires d'un petit patient arrivant pour varicelle à l'hôpital). Les *guidelines* reposent sur l'utilisation de paracétamol et d'un désinfectant local. L'aspirine est contre-indiquée en raison du risque de syndrome de Reye. L'utilisation d'AINS est suspecte de favoriser les infections invasives à streptocoques du groupe A. Les crèmes et les poudres, quant à elles, favoriseraient les surinfections. Toutefois, 44 à 54% des médecins consultés prescrivaient une poudre. Et la prescription d'AINS concernait 4 à 16% des petits patients. Avant l'admission en hôpital, du paracétamol était prescrit dans 67% des cas, et des antibiotiques dans 13%. Un antiseptique était prescrit dans 29% des cas. Dans le cadre du cas clinique proposé au médecin, 100% des médecins administraient du paracétamol, 14% des AINS, 62% un antiseptique, 54% une poudre et 12% une crème.

Dubos F, Bovet H, Langlois Meurinne, Hue V et al. Evaluation du traitement ambulatoire de la varicelle de l'enfant. *La Presse Médicale* 2004; **33** (15):

(1) Société de Pathologie infectieuse en langue française (SPILF), onzième conférence de consensus en thérapeutique anti-infectieuse. Prise en charge des infections à vzw. *Med Mal Infect* 1998; **28**: 1-8.

Migraine et douleurs dues aux sinus

La migraine peut se présenter sous de multiples aspects. C'est peut-être pour cela qu'elle est sous-diagnostiquée. Nombreux sont les patients migraineux qui se voient poser un diagnostic de sinusite. Nombreux aussi sont ceux qui croient d'eux-mêmes souffrir des sinus, sans avoir consulté. Les auteurs se sont intéressés aux patients (n = 2991) arrivant avec une histoire de douleurs liées aux sinus, que ce soit un auto-diagnostic, ou que le diagnostic ait été posé par un médecin. Des symptômes typiques d'une sinusite, comme une congestion nasale ou un nez qui coule peuvent survenir dans une migraine (dans 46% des cas). Quatre-vingts pour cent des patients avec un diagnostic de sinusite étaient en fait migraineux... Huit pour cent avaient des céphalées de type migraineuses (migraine atypique). Pourtant, en plus des signes typiques de sinusite (écoulement et congestion nasale, larmolement), les patients présentaient des signes typiques de migraine (photophobie, phonophobie, nausées...). Avant de poser le diagnostic de sinusite, il est utile de respecter les 4 critères de diagnostic de cette affection: 1) écoulement purulent, 2) anomalies des sinus à la radiographie, le scanner ou la RMN, 3) instauration simultanée des maux de tête et des symptômes de sinusite et 4) mal de tête localisé dans la région des sinus.

Schreiber CP, Hutchinson S, Webster CJ et al. Prevalence of migraine in patients with an history of self-reported or physician diagnosed «sinus» headache. *Arch Int Med* 2004; **164**: 1769-72.

PCE: agir vite

L'intérêt du **diagnostic précoce** de la polyarthrite chronique évolutive (PCE) paraît évident, afin qu'un traitement puisse être instauré sans tarder

AVERTISSEMENT: La «Revue des Revues» vous propose des comptes-rendus d'articles parus dans la littérature internationale. Le comité de lecture (CL) de la «Revue de la Médecine Générale» estime, pour différentes raisons, que ces articles sont susceptibles d'intéresser les médecins généralistes. Ceci ne veut pas dire que le CL est nécessairement d'accord avec le contenu des articles présentés. Que chaque lecteur se fasse sa propre opinion en fonction de ses connaissances et de son expérience, après éventuellement avoir pris connaissance de l'article.

Les articles sont disponibles au secrétariat de la SSMG.

et en tout cas dans les 3 mois qui suivent l'apparition des premiers symptômes. L'objectif de tout traitement étant, non pas la guérison (impossible à obtenir) mais bien la régression aussi rapide que possible des symptômes et la récupération d'une bonne fonctionnalité articulaire.

Malgré une sensibilité moyenne (50-65%), le dosage des anticorps anti-CCP (cyclic citrullinated peptides) est spécifique à > 90 %, ceux-ci pouvant être présents quelques années déjà avant le début clinique de la maladie.

Le **méthotrexate** (MTX) reste la pierre angulaire du traitement, étant le chef de file des médicaments qui agissent sur le devenir de la PCE. Dans les cas résistants, l'association est possible avec la sulfasalazine et/ou l'hydroxychloroquine, cette tri-thérapie ayant montré des résultats aussi bons que les derniers anti-TNFa comme l'éta nercept.

Les **traitements adjuvants**, éventuellement indispensables durant les premières semaines (avant obtention de l'effet thérapeutique du MTX), sont représentés par les AINS et/ou les corticoïdes. Cependant les AINS COX-2 sélectifs ne diminuent que de 50 % l'incidence de ces effets secondaires. De plus, ils présentent quelques spécificités propres en terme de toxicité (rétention hydro-sodée, accroissement de la TA, diminution de la fonction rénale et risque accru de TVP).

Enfin, la PCE est spécifiquement associée à un **risque cardio-vasculaire** majoré (climat inflammatoire plus global que simplement synovial), ce dont il faut tenir compte en prenant énergiquement en charge les facteurs de risque.

O'Dell JR. Drug therapy: therapeutic strategies for rheumatoid arthritis. *New Engl J Med* 2004; **350** (25): 2591-602.

Compléments alimentaires et sport

L'utilisation médicale des aliments remonte à l'antiquité: les Égyptiens mangeaient du foie pour améliorer leur vision nocturne, les Grecs buvaient du vin dans lequel avaient trempé des pièces en fer.

La définition française des compléments alimentaires dit que ceux-ci sont « des produits destinés à être ingérés en complément de l'alimentation courante, afin de pallier l'insuffisance réelle ou supposée des apports journaliers ». Aux USA, en 1994, la DSHEA (Dietary Supplement Health and Education Act) autorise les fabricants à introduire n'importe quelle substance même si elle n'est pas naturellement présente dans l'alimentation. C'est ainsi que, sans aucun contrôle et souvent sans déclaration dans la composition, ont été ajoutés de l'hormone de croissance, des anabolisants ou des prohormones aux effets identiques. En 2002, le CIO a réalisé une étude démontrant que 15 % des suppléments à destination des sportifs contenaient des substances entraînant la positivité aux contrôles anti-dopage.

L'efficacité est une donnée essentielle pour le consommateur. Mais comment la déterminer? L'effet placebo est énorme dans l'auto-évaluation et les rumeurs et le bouche-à-oreille ont un impact énorme dans le milieu sportif. De nombreuses études aux résultats discordants ont été

réalisées. Les effets sur la performance, même dans le cas de l'érythropoïétine, sont difficiles à mettre en évidence dans les études menées en double-aveugle. Les attentes sont donc souvent excessives.

Par contre, la sécurité de ces suppléments même non hormonaux pose de gros problèmes. Selon la substance, les effets secondaires peuvent être temporaires ou définitifs, graves ou non. En fonction de la dose ingérée, certaines substances sont potentiellement mortelles. De plus, n'oublions pas que de nombreuses préparations contiennent des hormones non déclarées sur la notice.

On peut donc s'inquiéter quand on sait qu'une proportion non négligeable d'adolescents consomme ces suppléments vendus sans aucun contrôle dans les salles de musculation.

Baume N, Mangin P, Saugin M: Compléments alimentaires: phénomène de société et problématique dans le monde antidopage *Méd&Hyg* 2004; **2491**: 1510-4.