

Revue des Revues

par la rédaction de la Revue de la Médecine générale

Prévention, oui mais combien de temps ?

Prévenir vaut mieux que guérir : mais les personnes âgées ou très âgées nécessitent-elles toujours des mesures préventives ?

Cette question pour aussi choquante qu'elle puisse paraître est tout à fait pertinente. En effet, les essais cliniques excluent les sujets âgés pour des raisons pratiques ou éthiques et les recommandations de bonne pratique n'en tiennent pas compte non plus. On ne possède donc pas de preuve de l'efficacité des mesures de prévention pour nos patients les plus âgés. Le simple bon sens recommande de prodiguer les conseils élémentaires d'hygiène de vie sans limite d'âge, en particulier une alimentation variée, l'exercice physique et le maintien d'une vie sociale.

Par contre, la poursuite d'un traitement préventif médicamenteux, l'instauration d'un traitement préventif ou encore les examens de dépistage ne se feront qu'au cas par cas. On tiendra compte de l'espérance de vie, de l'amélioration escomptée de la qualité de vie en prenant en considération les handicaps du patient et les pathologies dont il est atteint.

Quelques éléments d'appréciation : l'hypertension artérielle peut encore bénéficier d'un traitement après 80 ans sous réserve que l'espérance de vie soit supérieure à 2 ans. Les hypolipémiants ont une efficacité démontrée jusqu'à 82 ans au moins. Par contre, les restrictions alimentaires sont nocives à un très grand âge. La mammographie bisannuelle est recommandée jusque 70 ans, ensuite tous les 1 à 3 ans ou tous les 3 ans jusque 85 ans tant que l'espérance de vie est supérieure à 5 ans. La limite d'âge est inconnue pour le dépistage du cancer de la prostate. Les mesures de prévention de l'ostéoporose quant à elles n'ont d'autres limites que celle posée par l'insuffisance rénale pour les biphosphonates.

Durand Gassel B., Schreyer C. : La prévention : jusqu'à quel âge ?
Rev Prat Méd Gén 2005 ; (19) 686/687 : 369-71

Le jardin de Morphée

La « diabolisation » des somnifères par les médias, la crainte d'une dépendance vis-à-vis de ces substances, l'inefficacité des mesures non médicamenteuses, poussent nos patients insomniaques à se tourner vers la phytothérapie. Les plantes qui font dormir : une histoire à dormir debout ou peut-on les consommer les yeux fermés ?

Deux plantes peuvent être écartées en raison d'un rapport bénéfice/risque défavorable : la ballotte et l'anémone pulsatile. Les tisanes de tilleul, verveine, fleur d'oranger ou mélisse ont pour elles d'être inoffensives à défaut d'avoir prouvé leur efficacité. Ne contrarions donc pas le patient qui consomme sa petite verveine le soir.

On peut aussi dormir sur nos deux oreilles si le patient préfère aubépine ou passiflore. La valériane a été cliniquement évaluée et semble montrer une efficacité supérieure au placebo même si ses effets sont modestes. Elle ne peut pas pour autant dormir sur ses lauriers car elle comporterait quelques risques. En particulier, certains valépotriates cytotoxiques se retrouvent dans la poudre de valériane ou dans les extraits alcooliques de titre élevé. On préférera donc la valériane sous forme d'extraits aqueux ou hydroalcooliques à faible concentration.

Malgré l'insuffisance d'évaluation, l'alternative verte est intéressante pour éviter la consommation de somnifères chez nos patients qui se plaignent de passer des nuits blanches

La rédaction de Prescrire : Plainte d'insomnie Une place pour la phytothérapie traditionnelle. La revue Prescrire 2005 ; (25) 258 : 110-4

Réfléchir sur nos erreurs médicales

L'auteur considère l'erreur médicale comme un accident de travail. Dans nos sociétés où la médecine semble infaillible, tout dysfonctionnement est perçu comme généré par un « mauvais médecin » plutôt que par une médecine imparfaite.

L'erreur médicale peut provenir du médecin mais aussi du patient ou de la situation. Mais dans les faits, elle est toujours due à un concours de circonstances. C'est une épreuve terrible dont aucun médecin ne sort indemne.

L'auteur passe en revue les différents mécanismes possibles menant à une erreur médicale. Il explore ensuite de manière concrète comment gérer, en tant que médecin mis en cause, une erreur médicale vraie ou supposée.

De manière tout aussi pratique, l'auteur nous propose des conduites préventives à adopter dans notre pratique journalière. Il recommande une rigueur permanente quant à la tenue des dossiers médicaux dans lesquels doivent être notés tous les éléments susceptibles de justifier l'attitude du médecin. La rigueur doit être tout aussi importante dans l'entretien de son matériel et son usage selon les règles. Cette rigueur doit être encore accrue pour les médecins ayant un « exercice particulier ». En effet, selon l'auteur, ces pratiques particulières fragilisent le praticien en cas de recours ou de procédures légales. Attention à l'utilisation du téléphone qui engage toujours la responsabilité du praticien. Ceci est aussi valable quand le praticien sollicite l'aide d'un secrétariat ou quand il utilise un répondeur acceptant de recevoir des messages. Idéalement, aucune information ne devrait être transmise au patient par téléphone. L'échange d'informations doit être traité avec grande prudence. Il faut toujours dater ses certificats, ne décrire que ce qui a été effectivement constaté et ne jamais sortir du strict champ médical.

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.

Toute forme de complaisance ou de sympathie à l'égard du patient ne peut que nuire au médecin. Il est indispensable de responsabiliser le patient et de ne rien endosser à sa place.

Galam E. Dédramatiser et travailler nos erreurs. *Rev Prat médecine générale* 2005; **686/687**: 377-80.

Allergie au venin d'hyménoptères

Bien que l'anaphylaxie puisse aussi être la conséquence de piqûres d'autres insectes (moustiques, araignées, tiques), elle est surtout liée aux piqûres d'hyménoptères (guêpes, abeilles). La réaction anaphylactique peut n'être que cutanée (prurit, urticaire, angio-œdème) ou, au contraire, systémique. Dans ce dernier cas, on craint surtout les symptômes cardio-respiratoires potentiellement fatals (bronchospasme, hypotension, arythmie), mais d'autres systèmes peuvent être intéressés par l'anaphylaxie : système gastro-intestinal (goût métallique, nausées, vomissements, crampes abdominales), génito-urinaire (crampes utérines), ou nerveux central (vertiges, etc.). Pour une piqûre d'hyménoptère, le risque d'anaphylaxie chez un adulte est vraisemblablement supérieur à celui de l'enfant, et est évalué comme suit :

- 3 % dans la population générale
- 10 % en cas d'ATCD de réaction locale large ou durable (jusqu'à semaine) ou d'anaphylaxie cutanée durant l'enfance

- 55 % en cas d'antécédents d'anaphylaxie systémique durant l'enfance ou d'anaphylaxie, quelle qu'elle soit à l'âge adulte.

Aussitôt qu'une histoire d'anaphylaxie est évoquée par un patient, il convient de lui prescrire un kit d'épinéphrine auto-injectable (dose = 0,01 mg/kg, max 3 mg chez l'enfant, 5 mg chez l'adulte) et de lui conseiller les mesures d'éviction : pas de port de vêtements avec des motifs floraux, pas d'utilisation d'essences florales, éliminer un éventuel nid de guêpes, porter chaussettes et chaussures à l'extérieur (abeilles).

Un bilan allergologique doit être réalisé pour évaluer le bien fondé d'un éventuel traitement désensibilisant, à base du ou des venins identifiés comme étant en cause. Le dosage des IgE spécifiques doit idéalement être complété par une batterie de tests cutanés (à faire réaliser en milieu hospitalier), car chaque méthode prise isolément présente un pourcentage non négligeable de faux négatifs (20 % pour les IgE, 10 % pour les tests cutanés : notamment si réalisés moins de 4 à 6 semaines après la piqûre).

Le traitement désensibilisant est très efficace dans cette indication puisqu'il fait retomber le risque d'anaphylaxie à un niveau même inférieur à celui de la population générale, soit 2 %. Il doit être débuté en milieu hospitalier, mais peut être ensuite poursuivi en dehors de l'hôpital. Les concentrations augmentent graduellement de 0,1 µg/ml à 100 µg/ml, soit le dosage maximal, atteint en général endéans 3 à 6 mois à raison d'une injection hebdomadaire. C'est aussi dans ce délai-là que le traitement acquiert ses propriétés protectrices. Les injections sont alors

espacées : 1 x/mois, voire 1 x/2 à 3 mois sans perte d'efficacité selon certaines études. La durée optimale est encore incertaine, mais, comme pour les autres traitements désensibilisants, on tourne autour de 3 à 5 ans (à réévaluer selon les tests diagnostics). À noter que le risque de réaction anaphylactique à une injection en cours de traitement est faible, comme pour tout traitement de ce type : 1,6 réaction pour 100 injections.

Freeman TF. Hypersensitivity to hymenoptera stings. *N Engl J Med* 2004; **351**: 1958 – 84.

Prolactinome : traitement à vie ?

Le prolactinome est la tumeur hypophysaire la plus fréquente. Le traitement actuel de choix fait appel à un agoniste dopaminergique tel la bromocriptine ou le cabergoline. Jusqu'à présent, le traitement est envisagé à vie. Une grande étude réalisée à Naples a suivi 200 patients traités par la cabergoline avec normalisation du taux de prolactine. Après 4 ans, le traitement a été arrêté et les patients suivis régulièrement par le dosage de la prolactine et l'IRM de la selle turcique. Étonnement, une remontée des taux de prolactine ne s'est vue que chez 20 % à 30 % des patients après 5 ans. Par contre, dans les macroprolactinomes qui ne disparaissent pas complètement sous traitement médical, la récurrence est la règle en cas d'arrêt thérapeutique.

Meier C. A. Endocrinologie (acquisitions thérapeutiques 2004) *Med & Hyg* 2005; **1**: 24-6