

Revue des Revues

par la rédaction de la Revue de la Médecine générale

Gynécomastie : bilan par le MG

La prolifération du tissu mammaire chez l'homme n'est qu'un symptôme dont il faut rechercher la cause. La constatation d'une gynécomastie doit déclencher une démarche diagnostique en 3 temps.

Le premier temps consiste à affirmer le diagnostic. Le diagnostic est posé grâce à l'examen clinique qui démontre une tuméfaction rétro-aréolaire uni- ou bilatérale. Cette tuméfaction est ferme, mobile par rapport au plan profond, sensible et centrée sur l'aréole. L'examen des aisselles ne doit révéler aucune adénopathie.

Ce premier temps comportera parfois des examens complémentaires ciblés en cas de doute diagnostique. Idéalement, le médecin demandera une échographie, éventuellement associée à une mammographie. Ces examens permettent d'apporter des arguments en faveur ou contre l'hypothèse d'une tumeur mammaire. Une biopsie ne se justifie qu'en cas de suspicion de lésion cancéreuse à la mammographie.

Le deuxième temps vise à préciser la cause de la gynécomastie. En dehors de la forme néonatale qui ne nécessite aucun bilan et de la forme pubertaire qui régresse spontanément 9 fois sur 10, seule la gynécomastie de l'âge adulte requiert un bilan étiologique. Avant d'entamer le bilan complémentaire, il faut savoir que 35% des gynécomasties sont des formes idiopathiques, 25% sont d'origine iatrogène et 15 à 20% ont une origine pubertaire. Seulement 6% des gynécomasties sont tumorales, les autres ayant comme origine un hypogonadisme, une insuffisance hépatique, une insuffisance rénale ou encore une hyperthyroïdie. La liste des substance pouvant provoquer une gynécomastie est longue. En dehors des médicaments, citons la marijuana, les amphétamines (extasy), l'héroïne et l'alcool. Dans ce cadre, une anamnèse fouillée et un examen clinique complet suffiront à découvrir l'étiologie de la gynécomastie. Des dosages hormonaux et

une biologie de base seront toutefois utiles pour asseoir le diagnostic. Les dosages indispensables sont l'œstradiol, la testostérone, la LH, la TBG (Testosterone Binding Globulin) et la prolactine.

En fonction des résultats, certains examens complémentaires d'imagerie médicale seront utiles.

Kuhn J-M, Tielmans A. Gynécomastie : quel bilan ? *Rev Prat médecine générale* 2005 ; **686/687** : 345-9.

Spirométrie au cabinet du MG

Les affections respiratoires obstructives (asthme et BPCO) sont très fréquentes mais souvent diagnostiquées tardivement. Ce retard de diagnostic est à l'origine d'un surcoût en matière de soins de santé et d'absentéisme professionnel. Or une mesure du Volume Expiré Maximum en 1 Seconde (VEMS) et de la Capacité Vitale (CV) suffisent pour diagnostiquer et stadifier la pathologie selon les recommandations internationales (Guidelines GOLD et GINA).

Cette étude italienne menée par des généralistes a comparé les résultats de prise en charge de patients nécessitant une chirurgie électorale dans 3 groupes de généralistes différents.

Le premier groupe de médecins est informé des recommandations internationales et formé à la spirométrie au cabinet. Le second groupe est seulement informé des recommandations internationales alors que le troisième groupe ne reçoit aucune information et est invité à travailler comme à son habitude.

Les chercheurs ont comptabilisé le nombre de spirométries réalisées, le nombre de cas d'asthme ou de BPCO découverts lors des examens pré-opératoires, le nombre de patients référés chez le pneumologue, le nombre de diagnostics confirmés par ceux-ci ainsi que le nombre de modifications de traitement chronique.

De l'analyse des données chiffrées, il ressort que les généralistes du premier groupe

améliorent la prise en charge de l'asthme et de la BPCO. Ils diagnostiquent plus de cas et plus tôt que leurs confrères des autres groupes. Ils les traitent de manière opportune dans la toute grande majorité des cas. Les médecins du premier groupe n'adressent pas plus de patients au pneumologue que ceux du second (7,5 et 7,8%). Le troisième groupe de médecins choisit de référer ses patients nettement plus souvent au spécialiste (90%). Le diagnostic posé par le groupe effectuant des spirométries est confirmé dans un plus grand nombre de cas par le spécialiste (91,8% contre 75,8% au groupe 2 et 27,2% au groupe 3). Les médecins du premier groupe ont effectué une spirométrie chez 65% de leurs patients. Cette étude a démontré que la diffusion des recommandations GOLD et GINA ne suffit pas à elle seule. L'utilisation de la spirométrie au cabinet du généraliste entraîné est performante et améliore la rapidité et la qualité de la prise en charge des affections respiratoires obstructives. Seul le manque de temps limite leur usage de la spirométrie, selon 100% des médecins du groupe 1.

Sauro A, Scalzitti F, Buono N, Siringano R et al. Spirometry is really useful and feasible in the GPs' daily practice but guidelines alone are not. *Eur J Gen Pract* 2005 ; **11**h29-31.

Tablier blanc ou pas ?

Les confrères slovènes ont évalué le taux de satisfaction des patients après leur passage en consultation à l'aide d'un test validé. Cet exercice avait pour but de montrer une différence dans ce taux de satisfaction entre 2 groupes de patients de mêmes généralistes. En effet, ces derniers consultaient un jour sur deux en tablier blanc, un jour sur deux en vêtements civils. Premier constat, un certain nombre de patients (7%) ne se souvient même plus comment le médecin était habillé. Ils ont été exclus de l'étude. Deuxièmement, peu de différences ont été constatées entre les deux groupes de patients. Ont été retenus car statistiquement significatifs, les items suivants : le groupe ayant vu le médecin en vêtements civils se

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.

déclare plus détendu durant la consultation et pouvant communiquer plus facilement avec lui/elle. Sur l'échelle globale de satisfaction, il n'existe pas de différence entre les deux groupes de patients. Notons toutefois que dans le sous-groupe de patients déclarant une communication aisée avec le médecin en vêtements civils, le taux de satisfaction globale est le plus élevé de tous les sous-groupes. Cette différence est statistiquement très significative.

Les auteurs reconnaissent, dans leur conclusion, être déçus de ne pas avoir pu montrer de différences dans le taux de satisfaction des patients.

Il est plutôt rassurant que l'appréciation de notre travail ne soit pas trop tributaire de notre apparence.

Kersnik J, Tusek-Bunc K, Glas KL, Poplas-Susiè T et al Does wearing a white coat or civilian dress in the consultation have an impact on patient satisfaction? *Eur J Gen Pract* 2005; **11**: 35-6.

Quel anti-douleur choisir en aigu ?

Une revue de la littérature apporte une réponse étayée à cette question, selon les critères EBM de l'académie américaine des médecins de famille (AAFP).

Un antalgique est efficace s'il réduit la douleur d'au moins 50% en plus que le placebo. Le nombre de patients qu'il faut traiter pour qu'un soit soulagé (NNT) a été employé pour comparer les résultats de plusieurs substances dans les différentes études. Une échelle visuelle analogique de 100 mm (EVA) a aussi été utilisée pour quantifier le bénéfice de chaque produit et/ou de différentes doses d'un même médi-

cament. Une différence de minimum 13 mm sur l'EVA est requise pour prétendre à une supériorité d'efficacité. Sur base de ces critères, le paracétamol, l'acide acétylsalicylique, les AINS classiques, les AINS COX-2 sélectifs, le tramadol, le dextropropoxyphène et la codéine ont été étudiés et comparés. Il a aussi été tenu compte des effets secondaires et de leur fréquence.

Deux molécules sont recommandées: le paracétamol de 500 à 1000 mg/prise (max 4 g/jour) et l'ibuprofène à 400 mg (max 1200 mg/jour). Le premier est efficace et très sûr. Le second est parfois plus puissant et offre une sécurité digestive égale au placebo si la dose quotidienne ne dépasse pas 1200 mg. L'ibuprofène est supérieur au paracétamol seulement dans les douleurs dentaires et menstruelles. Les recommandations qui en découlent pour les douleurs aiguës chez l'adulte sont les suivantes: débutez avec 1 g de paracétamol 1 à 4 fois par jour. S'il est inefficace et qu'il n'existe pas de contre-indication aux AINS, conseillez l'ibuprofène 400 mg de 1 à 3 fois par jour. En cas d'échec, envisagez les autres antalgiques puis seulement les autres AINS. S'il existe une contre-indication aux AINS, envisagez alors aussi les autres antalgiques.

Sachs C. Oral analgesics for acute nonspecific pain. *Am Fam Physician* 2005; **71**: 913-8.

Vaincre les préjugés sur l'insuline dans le diabète de type 2

Lorsque les valeurs cibles d'HbA1C ne sont pas atteintes, les recommandations actuelles préconisent

d'introduire l'insuline dans le traitement. Cette décision n'est pas toujours bien acceptée par le patient et difficile à mettre en œuvre pour le médecin en raison de certaines croyances ou représentations.

La revue *Prescrire* passe ainsi en revue une série d'idées fausses et répond à quelques questions.

Injecter de l'insuline ne fait pas mal: l'injection est moins douloureuse que le prélèvement de sang capillaire au doigt.

L'injection d'insuline par auto injecteur demande peu de manipulations.

L'instauration du traitement ne nécessite pas d'hospitaliser le patient et est tout à fait réalisable en ambulatoire.

La vie quotidienne n'est pas perturbée dans la mesure où on ne doit pas respecter un horaire strict d'administration. Par ailleurs, l'insuline se conserve bien à température ambiante et les fortes chaleurs. Le patient peut donc voyager.

L'insuline n'est pas responsable des complications du diabète. Attention toutefois à l'aggravation possible d'une rétinopathie préexistante. En cas de rétinopathie proliférante, une photocoagulation par laser est souhaitable avant mise en route de l'insuline. Un suivi ophtalmologique plus fréquent sera pratiqué dans les autres cas de rétinopathie.

Ce n'est pas l'insuline qui fait la gravité du diabète contrairement aux représentations du patient pour lequel le passage à l'insuline représente la première « complication » visible de sa maladie.

Et enfin, le traitement par insuline n'est pas nécessairement un traitement à vie. L'insuline dans le diabète de type 2 n'est pas vitale. On peut proposer une période d'essai au patient.

La revue *Prescrire*: L'insuline dans le diabète de type 2 2^e partie: modalités pratiques du traitement par insuline dans le diabète de type 2. *Prescrire* 2005; **262**: 443-9.