

Revue des Revues

par la Rédaction de la Revue de la Médecine générale

Cancer du col 20 ans après

Le cancer du col de l'utérus est la deuxième cause de mortalité chez la femme. Cette mortalité est abaissée dans les pays qui organisent un dépistage systématique du cancer du col. Le traitement des cancers in situ offre un excellent pronostic à court terme. Il est couramment admis que le risque de cancer invasif le plus élevé se situe au cours des dix premières années après traitement. Mais quel est le pronostic à long terme des femmes traitées précocement pour une néoplasie in situ ?

Une étude de cohorte rétrospective menée par l'hôpital universitaire d'Helsinki en Finlande a tenté de répondre à cette question. Elle a porté sur 7564 femmes traitées pour un carcinome cervical intraépithélial entre 1974 et 2001 sur base du follow-up du registre finnois de cancer jusqu'en 2003.

Cette étude montre que le risque de cancer invasif dans cette population reste plus élevé que dans la population générale pendant au moins 20 ans après le traitement. Au cours de la période de follow-up, 22 femmes traitées pour un carcinome in situ ont développé un cancer invasif. Contrairement à ce qui est communément admis, le pic d'incidence de cancer cervical invasif est maximal au cours de la deuxième décennie après traitement.

L'étude met aussi à mal l'idée que seule une faible proportion de lésions de bas grade non traitées pourrait évoluer vers un cancer invasif. En effet, d'après les auteurs, les femmes traitées pour des lésions à bas grade ont un risque augmenté de développer un cancer invasif. L'explication résiderait dans le fait que les femmes traitées pour des lésions de bas grade n'ont pas été suivies de façon aussi systématique et à aussi long terme que les patientes traitées pour des lésions à haut risque.

En conséquence, quel que soit le niveau de risque des lésions cervicales traitées

chez les patientes, elles justifient un réel follow-up à long terme. (EM)

Kalliala I, Anttila A, Pukkala E, Nieminen P: Risk of cervical and other cancers after treatment of cervical intraepithelial neoplasia: retrospective cohort study. *BMJ* 2005; **331**: 1183-5

Repérer l'adolescent à problème en MG

Le médecin généraliste voit en moyenne un adolescent par jour. Il est donc bien placé pour pouvoir repérer des comportements à risque en particulier suicidaires. Mais les consultations pour motifs psychologiques sont peu fréquentes. Par ailleurs, les référentiels concernent la gestion des crises aiguës qui n'est pas notre pain quotidien. La prévention nécessite donc un outil utilisable en médecine générale pour dépister les adolescents potentiellement à risque lors d'une consultation pour un autre motif. Un groupe de 17 généralistes et de 2 psychiatres de Charente-Maritime (ADOC) a, au terme d'une enquête approfondie auprès de 3800 étudiants, conçu et expérimenté un test pratique pour le dépistage des adolescents suicidaires. Et le travail a été complété par un référentiel d'attitudes pratiques pour l'accueil des adolescents en général. Le groupe a mené ensuite une étude pour évaluer les modifications de pratiques chez 39 généralistes à qui on a proposé d'utiliser les recommandations en question. 44% des médecins recrutés ont poursuivi l'étude jusqu'au bout. Après avoir démontré que les généralistes ayant terminé l'étude n'avaient pas de disposition plus favorable, les résultats montrent une modification de l'accueil des adolescents par les généralistes au terme de l'étude. Un référentiel d'attitude conçu pour la médecine générale permet d'élargir la consultation au-delà du motif initial. Cette étude a obtenu le prix 2005 de la recherche en médecine générale attribué par la Revue du praticien médecine générale. (EM)

Binder P, Chabaud P: Accueil des adolescents en médecine générale: validation de l'usage d'un référentiel. *Rev Prat Med Gen* 2005; (19) **710/711** 1307-13

Prévention cardio-vasculaire: quelle place pour les phytostérols ?

Les phytostérols sont des molécules contenues dans certaines plantes et dont la structure est assez proche de celle du cholestérol. Ils diminuent l'absorption du cholestérol au niveau intestinal et augmentent donc son élimination fécale. On en trouve à l'état naturel dans les huiles de colza, maïs, tournesol ou soja. Certains aliments comme les margarines sont enrichies en phytostérols. La consommation d'aliments fortement enrichis en stérols d'origine végétale diminue de 6 à 10% le LDL-cholestérol, d'après des essais comparatifs de courte durée. Cet effet s'observe tant dans la population générale que chez les patients avec une cholestérolémie modérément élevée ou sous traitement hypocholestérolémiant. Cependant, on ne dispose pas d'effets cliniques prouvant que la consommation de phytostérols diminue la survenue d'événements vasculaires. Par ailleurs, les doses de phytostérols nécessaires pour diminuer le LDL-cholestérol sont supérieures aux doses consommées dans une alimentation normale. La conséquence en est une diminution de l'absorption de certaines vitamines lipophiles (carotène, vit E, vit D). Trop peu de données par ailleurs existent pour leur consommation par la femme enceinte ou par l'enfant.

Une surveillance particulière s'impose en cas de traitement par antivitamine K.

En conclusion, une alimentation enrichie en phytostérols n'a pas vraiment encore sa place en prévention cardio-vasculaire: données peu probantes et études trop courtes. Un modèle d'alimentation méditerranéenne semble préférable. (EM)

Rédaction Prescrire: Aliments enrichis en phytostérols et phytostanols: petite baisse de la LDL-Cholestérolémie mais aucune évaluation clinique à long terme *Revue Prescrire* 2005; **266**: 763-8

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.

Patches d'AINS utiles pour les tendinites

Le département de rhumatologie de l'hôpital de Toulouse a mené une étude randomisée en double aveugle pendant deux semaines pour contrôler l'efficacité des patches de 100 mg de ketoprofène en usage topique vs placebo pour le traitement des tendinites symptomatiques. Le critère de base était une douleur au cours des activités quotidiennes de 100 mm sur l'échelle visuelle analogique. 172 patients ont ainsi été repris dans l'étude. Le taux d'observance a été de 98%. La tolérance au traitement a été bonne dans les deux groupes. La différence observée dans les deux groupes a été significative en terme d'amélioration du critère de base pour les patients sous ketoprofène. Les auteurs concluent à l'utilité d'un traitement local par patch de ketoprofène pendant une période allant de 3 à 14 jours pour les pathologies inflammatoires abarticulaires. La durée du traitement dépend des résultats obtenus. (EM)

Mazières B, Rouanet S, Guillon Y, Scarsi C, Reiner V: Topical ketoprofen patch in the treatment of tendinitis: a randomized, double blind, placebo controlled study. *J Rheumatology* 2005; 32: 1563-70

Dysthyroïdies iatrogènes: que faire?

La glande thyroïde est particulièrement vulnérable lors de certains traitements. Les substances responsables les plus fréquentes sont: les produits de contraste iodés, l'amiodarone, le lithium et l'interféron alpha. La radio-

thérapie du cou est également responsable d'hypothyroïdie et parfois de cancérisation thyroïdienne. Les patients âgés sont les plus sensibles à ce risque iatrogène.

Les produits de contraste provoquent des hyperthyroïdies par la libération importante d'iode. **Par précaution, le patient déjà traité par anti-thyroïdiens devrait bénéficier d'une augmentation de dose durant les 2 semaines qui précèdent un examen avec produit de contraste iodé.**

L'amiodarone peut induire des hyper et des hypothyroïdies. L'hypothyroïdie sur amiodarone est fréquente, particulièrement chez les sujets âgés. Elle n'exige pas l'arrêt du traitement causal mais une prescription de thyroxine à dose supplétive progressive. L'hyperthyroïdie induite par l'amiodarone survient soit quelques semaines après le début du traitement par libération d'iode, soit après plusieurs années en raison d'un processus inflammatoire. Il convient donc de suivre à long terme la fonction thyroïdienne des patients sous amiodarone.

Le lithium diminue la sécrétion hormonale et cause l'apparition de goitres. Avant toute prise de lithium, il faut réaliser un bilan thyroïdien avec dosage des auto-anticorps. Au cours du traitement, il est recommandé de doser la TSH deux fois par an.

L'interféron alpha peut induire des hyper et des hypothyroïdies. Les mêmes précautions de suivi que pour le lithium sont d'application.

L'irradiation présente un risque tumoral chez l'enfant et l'adolescent. Chez l'adulte, c'est le risque d'hypothyroïdie qui prédomine. Le délai d'apparition varie entre 1 et 25 ans après irradiation. Le suivi biologique de ces patients est donc également recommandé 2 fois l'an. (TVDS)

Thomopoulos P. Dysthyroïdies iatrogènes: leur fréquence croît avec l'âge. *Rev Prat médecine générale* 2005; 706/707: 1147-50.

Diabète mal contrôlé

Cette étude prospective danoise s'est attachée au suivi des patients diabétiques de type 2 suivis et traités par leur MG. Ainsi 1263 patients nouvellement diagnostiqués diabétiques par leur MG ont été suivis durant 8 ans. Deux sous-groupes ont été créés et comparés: les patients avec HbA1c > 9% (groupe des non contrôlés) et les autres (groupe avec contrôle acceptable). Les deux groupes sont semblables au niveau du régime alimentaire, du poids et de l'activité physique.

Plusieurs différences significatives apparaissent entre ces deux groupes. Le groupe des non contrôlés est sensiblement plus jeune (3 ans en moyenne), rapporte davantage de symptômes et utilise moins de médicaments antidiabétiques et moins d'insuline.

Les auteurs concluent qu'il est très souvent possible d'améliorer le contrôle des patients diabétiques avec HbA1c > 9%. En effet, leur prise en charge médicamenteuse est souvent restreinte et une optimisation des traitements, des doses et/ou des associations médicamenteuses est possible. De plus, il devrait être plus aisé de les motiver puisque c'est eux qui rapportent le plus de symptômes liés à leur maladie.

Ce groupe de patients non contrôlés mérite toute l'attention du MG car c'est lui qui tirera le plus de bénéfice en terme de morbidité et mortalité de l'intervention du MG sur l'amélioration de l'équilibre diabétique. (TVDS)

Hansen L, Olivarius N, Siersma V. General practitioners need to pay more attention to their poorly controlled type 2 diabetic patient. *Eur J Gen Pract* 2005; 2: 81-3.