

Revue des Revues

par la Rédaction de la Revue de la Médecine générale

Troubles érectiles et mictionnels : relation ?

Entre 40 et 70 ans, 59% des hommes souffrent à des degrés divers de troubles urinaires (LUTS ou Low Urinary Tract Symptoms) et plus de 50% de troubles érectiles (DE). Il est désormais admis que les LUTS sont un facteur indépendant de risque de troubles érectiles, avec une corrélation avec la sévérité des symptômes, essentiellement si ceux-ci sont de type irritatifs (pollakiurie, impériosité). La relation est identique avec les troubles de l'éjaculation. Or 80% des hommes souffrant de DE ne consulte pas. La sexualité est donc un facteur important dont il faut tenir compte avant d'instaurer un traitement. Les α -bloquants améliorent les LUTS, et aussi la DE. Par contre, les troubles de l'éjaculation sont possibles dans 1% des cas. Les inhibiteurs de la 5 α -réductase, tout en diminuant le volume prostatique de $\pm$ 30%, par leur mode d'action entraînent des troubles de la libido dans $\pm$ 4-7%, des DE chez 6-8% des patients et des troubles éjaculatoires chez 2% des patients. La phytothérapie ne provoque aucune action délétère sur la fonction sexuelle.

Les effets délétères de la chirurgie sur la fonction sexuelle résultent essentiellement de la lésion des nerfs érectiles, collés à la capsule prostatique. La destruction du col vésical entraîne une éjaculation rétrograde. (PE)

Wisard M, Leisinger HJ Hyperplasie bénigne de la prostate et troubles sexuels *Revue Médicale Suisse* 2005; 44: 2861-5

Étude REIN

Cette étude d'intervention réalisée auprès de 133 généralistes à l'île de la Réunion est riche d'enseignements. Elle visait à mesurer l'impact d'une information des généralistes via la visite d'un confrère sur le dépistage et la prise en charge précoce de l'insuffisance rénale chronique. L'information et les conseils enseignés étaient basés sur les recommandations françaises de l'ANAES. L'impact était mesuré par comparaison avec un groupe témoin de MG n'ayant pas reçu d'information et en recueillant auprès des néphrologues de la Réunion tous les cas adressés par les MG (formés et témoins). Au niveau des MG, c'est l'étude des dossiers médicaux qui a permis de comparer la pratique des deux groupes. Les paramètres suivis étaient l'hémoglobine glyquée, la microalbuminurie et la protéinurie, la clairance de la créatinine au moment de l'envoi chez le spécialiste.

L'étude REIN a démontré l'impact positif de l'intervention d'un pair sur la pratique. En effet, les généralistes informés dans le cadre de la visite d'un pair étaient plus attentifs à la fonction rénale ainsi qu'aux traitements potentiellement néphrotoxiques. Mais l'importance du nombre de patients dépistés a submergé les néphrologues. Les MG eux-mêmes n'ont envoyé à la seconde ligne que les cas les plus sévères afin de limiter le nombre de renvois chez le spécialiste. Il semble impossible de suivre les recommandations actuelles vu le nombre élevé de patients dépistés et le faible nombre de néphrologues. Les auteurs suggèrent une réflexion à propos d'une réorganisation de la stratégie de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. (TVdS)

De Chazournes P., Franco JM. Amélioration par « la visite de pairs » du dépistage et de la prise en charge de l'IRC. *Rev Prat médecine générale* 2005; 714/715: 1444-9.

Le syndrome métabolique existe-t-il ?

Des auteurs de l'American Diabetes Association et de l'European Association for the Study of Diabetes ont réalisé une revue de la littérature qui jette un fameux pavé dans la mare du syndrome métabolique. Ils sont en effet arrivés à la conclusion que malgré la description de facteurs de risque cardiovasculaire présents simultanément, le syndrome a été défini de manière par trop imprécise et il existe trop de lacunes quant à sa pathogenèse que pour pouvoir correspondre à une véritable entité. L'insulinorésistance est elle-même mise en doute comme étiopathogénie de ce syndrome. Il existe par ailleurs de nombreuses interrogations quant à la valeur réelle du syndrome métabolique en tant que marqueur du risque cardio-vasculaire. Les résultats de cette recherche contestent tant l'existence du syndrome métabolique que la nécessité de le traiter. Certains guidelines préconisent en effet un traitement médicamenteux spécifique pour chaque facteur de risque différent chez les patients concernés. Les auteurs de l'article estiment quant à eux que les médecins doivent traiter les différents facteurs de risque cardio-vasculaires du patient dans un contexte d'évaluation globale sans se préoccuper si le patient répond ou non aux critères d'un syndrome métabolique dont on pourrait nous dire un jour qu'il n'existe pas. (N.D.L.R. : Nous rappelons à nos lecteurs que le syndrome métabolique est censé être présent dès lors que le patient présente trois des cinq critères suivants : tour de taille > 88 cm chez la femme, > 102 cm chez l'homme, HDL cholestérol < 40 chez l'homme et < 50 chez la femme, triglycérides à jeun > 150, pression artérielle > 130/85, glycémie à jeun > 100 mg/dl. Ces critères de plus en plus stricts se rapprochent finalement du « tous

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.

malades» et on comprend que certains s'interrogent et cherchent des critères de validité.) (EM)

Kahn R, Buse J, Ferrannini E, Stern M. The metabolic syndrome: time for a critical appraisal. Joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. *Diabetologia*. 2005; 48: 1684-99

Docteur, c'est juste pour un certificat...

Le certificat d'arrêt de travail ne cesse de soulever nombre d'interrogations au sein de la relation triangulaire employeur-employé-médecin. L'employé transmet ce document lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité d'accomplir le travail pour lequel il a été engagé pour des raisons inhérentes à la maladie ou à l'accident. Le travailleur est tenu d'aviser sans retard l'employeur ou l'assureur. Si un accident est suivi d'un décès, cette obligation incombe immédiatement aux héritiers.

Les faits portés à la connaissance du médecin ou découverts dans l'exercice de sa profession, ne sauraient en aucun cas être transmis à des tiers. Il faut donc exclure tout diagnostic sur un certificat d'arrêt de travail.

Dans certains cas et avec le consentement du patient, on peut justifier que certaines informations puissent être transmises mais à certaines conditions assez restrictives. La durée du certificat ne répond à aucun critère imposant la limitation. Le médecin en appréciera la durée avec son bon sens et sa bonne foi. Le certificat médi-

cal n'a pas une valeur absolue, il peut donc faire l'objet de contrôles de la part de l'employeur.

Si l'un des parents ne peut se rendre à son travail en raison de la maladie d'un enfant, il produira un certificat attestant de la maladie de l'enfant qui requiert sa présence et non pas de sa propre maladie. Le médecin devra porter sur le certificat la date exacte à laquelle il l'a établi, un certificat antidaté constituerait un faux. Il est important de ne faire figurer que les faits qui ont été objectivement constatés par le médecin. Les éléments rapportés par le patient et dont le médecin n'a pu vérifier la pertinence ou l'existence doivent être mentionnés «selon les dires du patient». (LD)

Guinchard J-M. Le certificat médical d'arrêt de travail (CAT). *Revue Médicale Suisse* 2005; 30: 1985-9.

Quand mesurer l'index systolique cheville-bras ?

Les lésions athérosclérotiques des artères des membres inférieurs (Peripheral Arterial Disease – PAD) affectent un grand nombre de personnes âgées (12%). La prévalence de cette affection peut aller jusqu'à 50% en cas d'âge très avancé, de tabagisme ou de diabète. Diagnostiquer cette affection est donc important du fait de son pronostic (associée à un taux de mortalité très important) et de ses implications thérapeutiques. C'est

la mesure de l'index systolique cheville-bras (Ankle-Brachial Index – ABI: rapport entre la pression systolique à la cheville et la pression systolique au bras) qui est communément accepté comme étant la référence standard car hautement sensitive et spécifique pour le diagnostic des lésions artérielles des MI. Un rapport en dessous de 0,90 est pathologique (lésion légère entre 0,71 et 0,90, modérée entre 0,41 et 0,70 et sévère si inférieur ou égal à 0,40). Mais quand faut-il prendre son temps en consultation pour réaliser cette mesure? Une revue systématique des articles de qualité sur l'examen clinique et les tableaux de scores pouvant aider au diagnostic de cette affection montre que seules la présence d'une claudication, l'auscultation d'un bruit (iliaque, fémoral ou poplité) et une palpation anormale d'un pouls périphérique sont utiles au dépistage des patients avec PAD. Ces symptômes ou examens cliniques, pris individuellement, ne sont cependant pas suffisant pour en faire le diagnostic ou le dépistage avec certitude. C'est l'utilisation d'un minidoppler pour ausculter les différentes composantes des bruits artériels qui est prônée par les auteurs pour améliorer cette certitude diagnostique. Notamment au moyen d'un tableau de score intitulé PAD score, calculé à partir des bruits auscultatoires artériels et de la palpation des artères tibiales postérieures ainsi que de l'histoire ou non d'un infarctus du myocarde. En cas de score inférieur à 6, la probabilité d'une lésion artérielle des MI augmente et la mesure de l'index systolique cheville-bras est indiquée pour confirmer le diagnostic. (LP)

Khan NA, Rahim SA, Anand SS et al. Does the clinical examination predict lower extremity peripheral arterial disease?. *JAMA* 2006; 295: 536-46.