

Revue des Revues

par la Rédaction de la Revue de la Médecine générale

Glucosamine et/ou chondroïtine ?

Une récente étude multicentrique en double aveugle (GAIT study) a comparé au placebo, l'administration de glucosamine seule (chlorhydrate, 1500 mg/j), de chondroïtine (sulfate, 1200 mg/j), des deux molécules associées, et de celecoxib (200 mg/j) chez 1583 patients porteurs de gonarthrose symptomatique (âge moyen = 59 ans). La durée du traitement était de 24 semaines. Les patients avaient la possibilité de prendre jusqu'à 4 gr de paracétamol par jour. Le résultat était jugé positif en cas de régression du score de douleur de 20 % par rapport à sa valeur initiale.

Ni la glucosamine seule, ni la chondroïtine seule ne se sont révélées supérieures au placebo, ce dernier ayant tout de même procuré 55 à 60 % de résultats positifs ! La combinaison glucosamine-chondroïtine ne s'est montrée supérieure au groupe placebo que chez les 354 patients souffrant de douleurs modérées à sévères (79 % contre 54 % pour le groupe placebo), mais pas chez les 1229 autres qui présentaient des douleurs qualifiées de légères.

Sur base d'une revue de la littérature récente en la matière, un des deux éditorialistes du numéro du New England où paraît cet article, le Dr Marc Hochberg de l'université de Maryland, émet cependant quelques remarques qui ôtent l'envie de tirer toute conclusion hâtive :

1. En fonction du score de douleur utilisé (WOMAC, Lequesne ou LDSI) et de la préparation de glucosamine utilisée (chlorhydrate ou sulfate), de nettes disparités existent entre les résultats des études menées à ce jour. Concernant le sulfate de glucosamine, 7 études randomisées furent positives d'après le score LDSI, tandis que 3 autres utilisant le score WOMAC (comme cette étude GAIT) furent, quant à elles négatives. Concernant le chlorhydrate, par contre, une récente méta-analyse de 8

études randomisées (toutes utilisant le score WOMAC) a conclu à l'absence d'effet de cette forme chimique.

2. En fonction de l'effet recherché, il y a lieu de tenir compte d'un possible effet freinateur de la chondrolyse au niveau du genou arthrosique, tel que l'ont reporté, respectivement, 2 études randomisées (placebo-controlled) après 3 ans d'utilisation de sulfate de glucosamine et 1 étude (placebo-controlled) après 2 ans d'utilisation de sulfate de chondroïtine. De concert avec les auteurs de l'étude GAIT, cet éditorialiste conclut que la prescription de la combinaison glucosamine-chondroïtine peut être considérée en cas de gonarthrose avec douleurs modérées à sévères, mais avec une préférence pour la forme sulfate de la glucosamine. D'autres études à plus long terme sont par contre nécessaires avant de conclure à l'effet réellement freinateur du processus de chondrolyse par ces molécules. (JV).

Clegg DO et al. Glucosamine, chondroitine sulfate, and the two in combination for painful knee osteoarthritis. *N Engl J Med* 2006; 354: 795-808.

Hochberg MC. Nutritional supplements for knee osteoarthritis – still no resolution. *N Engl J Med* 2006; 354: 858-60.

DMI : le point de vue du patient

Cette équipe britannique a réalisé un état des lieux à propos des souhaits des patients en ce qui concerne leurs données médicales. Ce travail a été réalisé sur un échantillon aléatoire de patients âgés de 18 à 75 ans. Tous ont répondu à un questionnaire écrit, certains à des interviews semi structurés. Une toute grande majorité des patients plébiscite le support informatique pour leurs données médicales. Ils estiment que ce support est plus pratique et plus sûr que le papier mais surtout associé à un meilleur service !

À propos du partage des données, les patients veulent en limiter l'accès aux généralistes qui les soignent durant leurs heures de travail et aux services d'urgences en dehors de ces heures. D'après les patients

interrogés, les étudiants en médecine, la police, les compagnies d'assurances et même, dans une moindre mesure, les spécialistes ne devraient pas y avoir accès.

Les auteurs se demandent finalement si les patients ont bien conscience de ce que sont leurs données médicales... (TVdS)

Ogden C, Jones R, Seed P, Durbaba S. General practice medical records: patients' views on storage, use and access. *Eur J Gen Pract* 2005; 11: 134-5.

Syndrome métabolique : peu utile

De nouveau (voir un précédent article dans la Revue des revues de mars 2006), le syndrome métabolique tel que défini par la présence d'au moins 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, est sur la sellette. Ce syndrome n'est déjà pas en soi une entité étiologique bien définie et ne peut se targuer d'avoir un traitement bien spécifique. Mais il apparaît en plus, preuves à l'appui, qu'il n'est d'aucune utilité pour prédire les accidents cardio-vasculaires. Pour cela, le score de Framingham (ou autres scores) est significativement meilleur. Pour affirmer cela, les auteurs du JAMA se basent notamment sur l'étude de Wannamethee et al paru dans les *Archives of Internal medicine* (2005; 165: 2644-2650). Par contre, cette étude confirme le rôle prédictif du syndrome métabolique sur la survenue d'un diabète.

Ces données, comme d'autres, ont amené l'American Diabetes Association notamment à revoir l'utilité du syndrome métabolique pour prédire la survenue de maladies cardio-vasculaires ainsi que pour définir la prévention primaire de ces maladies CV. Il faut donc de nouvelles recherches pour redéfinir le syndrome métabolique afin d'en

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.

améliorer le pouvoir prédictif des maladies CV. Il faut aussi que le syndrome métabolique identifie quel ensemble de facteurs de risque CV va conférer une augmentation de ce risque CV. (LP)

Kohli P, Greenland P. Role of the Metabolic Syndrome in risk assessment for coronary heart disease. *JAMA* 2006; 8: 819-821.

Sexe faible: pas celui que l'on croit...

En théorie, l'espèce humaine devrait produire autant de garçons que de filles. Cependant, une représentation égale des deux sexes ne s'observe ni à la conception, ni à la naissance. Selon différentes études, les conditions environnementales, familiales et individuelles pourraient ainsi favoriser la conception des filles lors de conditions moins favorables pour la grossesse et de garçons dans la situation inverse. Il y aurait donc un lien entre le stress et la qualité du sperme (diminution de la motilité). Une étude réalisée après les attaques terroristes du 11 septembre 2001 aux États-Unis a constaté une mortalité in utero plus grande des garçons dans la période septembre à décembre 2001. Une hypothèse quant au lien physiopathologique entre un stress environnemental et le sex-ratio serait l'élévation des glucocorticoïdes maternels induits par le stress qui perturberait les grossesses XY, supposées plus fragiles. De même pour les parents fumeurs, les mères ou pères âgés, les mères diabétiques. Une étude a aussi supposé qu'un embryon masculin était plus fragile que celui du sexe opposé (taux de mortalité fœtale et de naissances prématurées supérieur).

Une autre étude réalisée aux USA sur plus de 400 femmes enceintes démontre que les grossesses concernant un garçon comportaient une prise calorique moyenne de 10% supérieure à celles concernant une fille, donc étaient plus « coûteuses » pour l'organisme maternel. (LD)

Paoloni-Giacobino A. Fille ou garçon: qui décide? *Revue Médicale Suisse* Décembre 2005; 44: 2880-82.

Dépistage du cancer du sein: un dogme ébranlé?

La nécessité d'un dépistage systématique du cancer du sein pour en diminuer le taux de mortalité est la pierre d'angle sur laquelle est bâtie l'église des campagnes nationales de dépistage. Mais ce dogme voit son piédestal sérieusement ébranlé par une étude suédoise publiée par le BMJ. Le dépistage systématique conduirait d'après cette étude de follow-up à un sur diagnostic de cancers du sein. Toutes les études d'évaluation des campagnes de dépistage montrent une augmentation de l'incidence des cancers du sein dans le groupe dépisté. Et alors? Où est le problème? C'est bien le résultat recherché que celui de faire le diagnostic précoce de tumeurs asymptomatiques pour traiter précocement. Oui, mais le dépistage systématique est aussi susceptible de déceler des tumeurs à l'évolution très lente, qui ne se seraient jamais manifestées cliniquement car ne devenant jamais invasives et n'auraient jamais affecté le pronostic vital des femmes concernées.

Sur 25 ans de suivi (les 10 ans du dépistage et 15 ans après), dans l'étude de Zackrisson, la prévalence du cancer du sein a été augmentée de 10% dans le groupe dépistage par rapport au groupe contrôle. Par ailleurs, si la mortalité par cancer du sein a bien diminué dans le groupe dépistage, cette diminution ne s'élève qu'à 2.9/1000.

L'éditorialiste du BMJ commentant ces résultats résume la situation de la façon suivante: dans une population où le risque de cancer du sein est de 8% et le risque de mourir d'un cancer du sein dès 50 ans s'élève à 2.5%, sur 250 femmes dépistées, on va prévenir la mort par cancer chez une femme sur 250 et entraîner un sur diagnostic chez deux d'entre elles. Il y en aura donc une qui tirera tous les bénéfices du dépistage tandis que les deux autres subiront les conséquences négatives du dépistage: à savoir un traitement inutile. Faut-il donc en revenir à un dépistage ciblé à défaut de pouvoir déterminer qui de ces trois femmes pourra tirer le bénéfice du dépistage? C'est une question que l'on pourrait se poser après lecture de cet article. Une autre question encore plus troublante mais non abordée dans l'article: les mammographies répétées ne pourraient-elle jouer un rôle dans cette augmentation du taux de cancers chez les femmes dépistées, de par leur potentiel cancérigène? Quoi qu'il en soit, et malgré la polémique inévitable soulevée par cet article, le consensus autour de la nécessité du dépistage pour l'instant demeure. (EM)

Zakrisson S, Andersson I, Janzon L, Manjer J, Garne JP: Rate of overdiagnosis of breast cancer 15 years after end of Malmö mammography screening trial: follow-up study *BMJ*, 2006; 332: 689-92