

Revue des Revues

par la Rédaction de la Revue de la Médecine générale

Risque cardio-vasculaire du THS : où en est-on en 2006 ?

Après les résultats des études HERS et WHI publiée il y a 3 ans, quelles sont les données actuelles ? Les effets du THS sur les troubles vasomoteurs sont bien établis.

L'HERS a été initiée pour évaluer le THS en prévention **secondaire** des maladies cardiovasculaires. Elle comportait l'administration d'œstrogènes équinés (CEE) associée à 2,5 mg de médroxyprogestérone en continu à des femmes d'âge moyen de 67 ans avec maladie coronaire confirmée. Les résultats montraient une amélioration rapide du profil lipidique mais avec une augmentation la première année du risque d'AVC, risque devenant inférieur au groupe placebo après 4 ans.

La WHI voulait évaluer l'intérêt du THS en prévention **primaire** des maladies cardiovasculaires. Le THS était le même mais prescrit de façon délibérée à des femmes ménopausées depuis 12 ans (âge moyen 63 ans et 84% plus de 5 ans après la ménopause). 7,7% avait une pathologie coronaire, 35% une HTA et plus de 25% prenaient déjà statine et/ou AAS. L'étude fut arrêtée prématurément vu l'augmentation du nombre de cancer du sein et des maladies coronariennes.

Mais les résultats de ces 2 études ont été faussement extrapolés à l'ensemble des femmes ménopausées sous THS.

Il est probable que le rapport coût/bénéfice soit variable selon le moment de l'inclusion. Chez des femmes présentant des plaques athéromateuses, ces dernières sont probablement déstabilisées par les œstrogènes. Par contre, chez des femmes plus jeunes, les œstrogènes pourraient retarder l'apparition des plaques.

L'étude KEEPS analysera l'effet des œstrogènes par voie orale (CEE 0,450 mg)

versus œstradiol transdermique à 0,50 µg associé à de la progestérone micronisée sur le profil lipidique et la plaque d'athérome chez des femmes jeunes (42-58 ans) récemment ménopausées.

L'étude ESTHER évalue le risque d'accident thromboembolique veineux sous THS. Les résultats partiels montrent que les situations à risque d'accident thromboembolique veineux sont, outre des facteurs de risque préexistant, les œstrogènes par voie orale et les progestatifs de type norprégnane (acétate de normégestrol^(a) ou promégestone). En conclusion, actuellement, toute conclusion au niveau cardiovasculaire serait prématurée car les études WHI et HERS ne sont pas adaptées à la population que nous suivons. De nouvelles études sont en cours. (PE)

Reuse C, Fraisse T, Luzuy F, de Ziegler D. Ménopause : Où en sommes nous trois ans après la WHI ? Revue Médicale Suisse 2006 ; 53 ; 467-75

THS & sein en 2006

L'étude WHI a montré une augmentation du risque de cancer du sein dans le bras OP, et une diminution, non-significative, dans le bras œstrogènes seuls. Depuis lors, plusieurs études s'attachent à clarifier le rôle de la progestérone.

L'étude E3N publiée en 2004 est une étude de cohorte débutée en 1990 concernant des femmes nées entre 1925 et 1950 n'ayant jamais utilisé de THS avant l'inclusion et étudiant l'incidence du cancer du sein selon le THS utilisé et leur mode de vie.

Sous œstrogène seul, il n'y a pas d'augmentation de risque (RR: 1,1), mais au long cours ce risque monte à 1,4.

Par contre, l'ajout d'un progestatif en augmente faiblement le risque (RR: 1,3). S'il s'agit d'un progestatif de synthèse, le RR est de 1,4. Par contre, en cas de progestérone micronisée^(b), le RR tombe à 0,9. (PE)

Reuse C, Fraisse T, F. Luzuy, D; de Ziegler Ménopause : Où en sommes nous trois ans après la WHI ? Revue Médicale Suisse 2006 ; 53 ; 467-75

(a) Lutényl®

(b) Utrogestan®

Amygdalectomie : quand et pourquoi ?

L'amygdalectomie (ou tonsillectomie-TE) est une intervention fréquente, mais dont les indications restent discutées. L'article résumé ci-dessous propose quelques points de repères. On peut diviser les indications opératoires en 2 groupes : infectieuses et mécaniques. Les indications sont également sensiblement différentes s'il s'agit d'enfants (jusqu'à 12 ans) ou d'adultes.

Chez l'adulte comme chez l'enfant, les études reprises dans l'article ne permettent pas de définir un nombre d'angines annuel minimal comme indication opératoire. Les auteurs recommandent d'envisager une amygdalectomie chez l'adulte à partir de 3 épisodes par année sur deux ans ou 4 à 5 épisodes en une année. Chez l'enfant, une tonsillectomie est en général proposée à partir de 5 à 6 angines/an ou 3 angines/an pendant 3 ans. L'indication doit de plus être modulée par l'âge. On connaît un pic statistique d'angines entre 6 et 8 ans, suivi d'une diminution spontanée et il convient donc d'être patient dans cette tranche d'âge. Toujours dans les indications infectieuses, l'abcès périamygdalien représente également une indication. Chez l'adulte, s'il n'y a pas de contre-indication, une tonsillectomie à chaud sera proposée (en cas de contre-indication ou par choix du patient, un drainage par aspiration/incision est indiqué). En cas d'abcès périamygdalien chez l'enfant, la réponse au traitement antibiotique IV est meilleure. Les auteurs recommandent alors une fenêtre antibiotique IV de 24-48h et une amygdalectomie à chaud ensuite en cas de non réponse.

En cas de mononucléose infectieuse, tant chez l'adulte que chez l'enfant, la tonsillectomie est réservée aux cas d'extrême hypertrophie amygdalienne avec dyspnée obstructive.

En ce qui concerne les indications mécaniques, l'(adéno)amygdalectomie est un traitement de choix de la ronchopathie ou

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.

du syndrome d'apnées du sommeil de l'enfant. De manière plus générale, l'obstruction des voies aériennes supérieures associée à des troubles du sommeil, une fatigue ou une nervosité diurne et une inappétence, avec ou sans apnées du sommeil, est principalement due à une hyperplasie adéno-amygdalienne. Dans cette indication, une tonsillectomie (section amygdalienne partielle) apporte une alternative plus sûre (moins de risques hémorragiques) et moins douloureuse. Cette alternative s'impose progressivement. Dans le syndrome d'apnées du sommeil de l'adulte, la tonsillectomie fait partie de l'uvulo-palato-pharyngoplastie, elle n'est jamais réalisée isolément. (F.P)

Schroeder D, Waridel F, Cherpillod J. La place de l'amygdalectomie en 2005. *Rev Med Suisse* 2005; 1: 2376-9.

Vieillessement de la population: pas de panique

Au cours des dernières années, le vieillissement de la population a suscité la panique chez les administrateurs de la Santé publique de différents pays. L'augmentation des pathologies chroniques liées à l'élévation de l'âge moyen des gens risque d'avoir de lourdes conséquences financières sur les dépenses en soins de santé. La revue *Health Affairs* (spécialisée en économie de la santé) publie une étude surprenante à ce sujet laissant entendre que ce phénomène n'aurait que des effets limités en termes d'hospitalisations au cours des dix prochaines années.

D'une part, les auteurs de l'article du Center for Studying Health System Change estiment l'augmentation des demandes de soins hospitaliers à 0.74% par an entre 2005 et 2015 alors que les prévisions de précédentes études sur le sujet parlaient de 64.8% d'augmentation. Les progrès technologiques prévus dans le domaine de la santé contrebalanceraient en effet les effets économiques du vieillissement. Par ailleurs, les données concernant l'élévation de l'âge moyen de la population (aux USA) sont très éloignées aussi de la vision apocalyptique communément diffusée par les médias: 0.37% d'élévation annuelle de l'âge moyen... Et enfin, même si le vieillissement de la population risque d'augmenter en soi les demandes sanitaires dans le domaine orthopédique et cardiologique, ce risque serait contrebalancé par une moindre demande en obstétrique et pédiatrie. (EM)

Strunk B, Ginsburg P, Banker MI. The Effect Of Population Aging On Future Hospital Demand A simulation of future spending finds that aging will not be the strongest influence on inpatient hospital use. *Health Affairs* 2006 (25): 141-149 (doi 10.1377/hlthaff.25)

Etude EXPO

Cette étude internationale multicentrique (dont plusieurs centres belges) randomisée et en double aveugle s'est attachée à comparer l'efficacité de deux IPP dans les œsophagites érosives. 2766 patients ont été suivis durant 6 mois avec endoscopie de départ et de fin de traitement. Les traitements étaient soit esomeprazole 40 mg soit pantoprazole 40 mg durant 8 semaines suivis de 6 mois d'entretien à demi-dose. L'examen des résultats montre une différence significative en faveur de l'esomeprazole tant pour l'amélioration des lésions endoscopiques que pour l'amélioration symptomatique rapportée par les patients.

En examinant les détails de cette étude, on remarque que durant le traitement initial de 8 semaines et durant les 6 mois de traitement d'entretien, de nombreux patients (>10%) sortent de l'étude, tant dans un bras que dans l'autre. Par contre, les motifs de «drop out» sont très différents selon le bras examiné. Ainsi dans le bras pantoprazole, le motif principal (sup à 60%) est l'absence de réponse thérapeutique. Dans le bras esomeprazole, ce motif n'est retrouvé que dans 40% des cas de «drop out».

Il apparaît donc qu'un nombre non négligeable de patients atteints d'œsophagite érosive ne répondent pas aux IPP. Notons aussi que le nombre de non-répondeurs peut varier de façon importante d'une molécule à l'autre. (TVdS)

Labenz J, Armstrong D, Lauritsen K, Katelaris P et al. Esomeprazole 20 mg vs. Pantoprazole 20 mg for maintenance therapy of healed œsophagitis: results from the EXPO study. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 22: 803-11.

Neuropathie diabétique

La présentation clinique habituelle de la neuropathie diabétique est une polynévrite bilatérale et symétrique, débutant aux extrémités, avec une nette prédominance sensitive. Les plaintes rapportées par le patient sont donc des engourdissements, des paresthésies et des douleurs ressenties comme des brûlures au niveau des orteils puis des pieds et des jambes. Des formes asymptomatiques existent et doivent être recherchées par l'examen au monofilament. En effet, la neuropathie diabétique est encore trop souvent révélée par des traumatismes indolores ou un mal perforant.

La neuropathie diabétique peut atteindre, après les membres inférieurs, les membres supérieurs puis la partie antérieure du tronc, le scalp et parfois la face.

En cas d'atteinte des fibres amyéliniques, une hypotension orthostatique est souvent le premier signe de cette atteinte végétative, à rechercher lors de l'examen du patient diabétique. Une gastroparésie, des nausées, de la dysurie sur atonie vésicale et des troubles de la sudation peuvent aussi être symptomatiques de cette neuropathie. En cas de présentation atypique d'une neuropathie chez un patient diabétique, il faut considérer toutes les autres causes possibles. (TVdS)

Lozeron P, Said G. Neuropathies chez les diabétiques: de nombreux types cliniques. *Rev Prat médecine générale* 2006; 722/723: 239-41.

Incontournable mammographie ?

Quelle est la place de l'autopalpation, de l'examen clinique et de l'échographie dans le dépistage du cancer du sein ?

L'**autopalpation** n'a pas apporté la preuve de son efficacité. Elle aurait même multiplié par deux le taux de biopsies à résultat bénin et augmenté les examens invasifs, sans parler de son effet anxiogène.

L'**examen clinique** détecte les cancers plus tardivement et d'une taille plus grande que la mammographie. La sensibilité de l'examen dépend de la technique, de la profondeur des nodules, de la consistance et la nodularité des seins. Mais 10% des cancers du sein non détectés par mammographie le seraient par l'examen clinique. Mais on ne sait absolument pas si un dépistage de masse par examen clinique aurait un effet favorable sur la morbidité et la mortalité par cancer du sein.

L'**échographie** en tant qu'outil de dépistage systématique a été abandonné. Cet examen en effet est par trop opérateur-dépendant, de ce fait non reproductible et le taux de détection de lésions non trouvées à l'examen clinique ou par mammographie est relativement faible. Des études de cohorte ont montré qu'en cas de densité mammaire élevée, l'échographie trouverait 4 à 5 cancers du sein supplémentaire pour 1000 femmes, en complément de la mammographie. Mais l'échographie augmente le nombre de faux positifs et de biopsies. Il n'existe pas d'études évaluant l'apport de l'échographie dans la diminution de la mortalité totale ou la mortalité par cancer du sein. L'échographie est néanmoins utile pour le diagnostic différentiel de certaines lésions mammographiques et pour guider les biopsies.

En conclusion, la revue *Prescrire* affirme qu'aucune méthode non mammographique de dépistage systématique n'a une efficacité démontrée sur des critères cliniques. (EM)

Rédaction de la revue *Prescrire*: Dépister le cancer du sein sans mammographie? *Prescrire* 2006; 271 (26): 286-9