

Revue des Revues

par la rédaction de la Revue de la médecine générale

ALLHAT encore...

Cette sous-analyse des résultats de l'étude ALLHAT a été réalisée par l'Université du Texas. Elle s'est attachée à vérifier et à comparer l'efficacité de l'amlodipine, du lisinopril et de la chlortalidone dans la prévention de la décompensation cardiaque chez des sujets hypertendus. Dans ALLHAT, des patients de 55 ans ou plus, hypertendus à haut risque cardio-vasculaire ont été suivis et leurs événements cardio-vasculaires enregistrés. Les traitements distribués de manière randomisée et en double aveugle pouvaient donc être comparés.

La survenue d'un épisode de décompensation cardiaque, fatal ou non, a été enregistrée dans chacun des trois groupes au cours de la première année de traitement imposé et après la première année de traitement. Les chiffres tensionnels moyens des patients dans les trois groupes étaient comparables durant les périodes d'observation.

Durant la première année de traitement, la prise d'un diurétique (chlortalidone) comme traitement antihypertenseur diminue le risque de décompensation cardiaque d'un facteur 2 tant par rapport à l'anticalcique (amlodipine) que par rapport à l'IEC (lisinopril). Pour la période qui suit, le diurétique est équivalent à l'IEC mais fait toujours mieux que l'anticalcique. Les auteurs ont recherché d'autres explications possibles aux différences constatées mais sans succès. Ils concluent que pour la prévention de la décompensation cardiaque chez le patient hypertendu, les diurétiques sont plus efficaces que les anticalciques et plus efficaces, au moins à court terme, que les IEC (TVdS)

Davis B, Piller L, Cutler J, Furberg C et al. Role of diuretics in the prevention of heart failure: the antihypertensive and lipid-lowering treatment to prevent heart attack trial. *Circulation* 2006; 113: 2201-10.

Insuffisance cardiaque du sujet âgé.

Le pronostic de l'insuffisance cardiaque reste sévère malgré les progrès thérapeutiques acquis. Il faut conseiller une restriction des apports en sel mais ne pas imposer un régime désodé strict. L'apport en eau à recommander est de 1,5 à 2 litres/jour. Une activité physique quotidienne adaptée à l'état physique de chaque patient doit être encouragée, si possible avec un kinésithérapeute. La vaccination antigrippale doit être assurée chaque année. Les auteurs rappellent la plus grande sensibilité des aînés aux effets secondaires des médicaments.

Les **diurétiques de l'anse** doivent être initiés à dose élevée en phase congestive de la maladie mais rapidement réduits, parfois jusqu'à l'arrêt avant l'apparition d'une hypovolémie, une hyponatrémie ou une insuffisance rénale. La surveillance du traitement diurétique est clinique via le poids, l'état d'hydratation et les signes congestifs mais aussi biologique via l'ionogramme et la créatinine.

Les **IEC** sont des médicaments de première intention dans l'insuffisance cardiaque. La dose sera augmentée progressivement jusqu'à la dose maximale. Trop de patient ont un traitement par IEC sous-dosé par rapport aux études de validation. L'efficacité des IEC est réduite en cas d'usage simultané d'AINS.

Les **bêta-bloquants** sont recommandés à tous les stades d'insuffisance cardiaque. Il faut débiter avec une faible dose à titrer progressivement tous les 8 à 15 jours en fonction de la tolérance clinique.

Les **antagonistes de l'aldostérone** sont à réserver aux cas d'insuffisance cardiaque sévère avec surveillance biologique du potassium et de la créatinine. Il existe peu de données fiables sur leur prescription chez les patients âgés.

Les **sartans** seront préconisés en présence d'une intolérance aux IEC ou en plus des IEC si le médecin constate la persistance des symptômes d'insuffisance cardiaque. Les **digitaliques** seront utilisés en cas de FA. Ils améliorent la qualité de vie mais ne diminuent pas la mortalité.

Les **dérivés nitrés** seront prescrits uniquement chez les patients atteints de maladie coronaire associée. (TVdS)

Assayag P, Bundalo A, Viaud M, Cohen A. Insuffisance cardiaque du sujet âgé. *Rev Prat médecine générale* 2006; 730/731: 491-500.

Les régurgitations, quand s'inquiéter ?

Quand s'inquiéter lorsqu'un nourrisson présente des régurgitations ? On distingue le reflux physiologique et le reflux pathologique.

Le **reflux physiologique** s'accompagne uniquement de régurgitations brèves, post-prandiales et non douloureuses.

Ce RGO physiologique se retrouve chez 60% des nourrissons de moins de 4 mois et son évolution est favorable à 12 mois. Il ne nécessite pas d'interventions thérapeutiques et se résout avec des mesures simples telles que l'épaississement du lait et le changement de position avec décu-bitus dorsal à 30-40° si possible.

Les symptômes du **RGO pathologique** sont typiques. Il s'agit entre autres des régurgitations à distance des repas, d'un retard staturo-pondéral, d'une raucité de la voix, d'un stridor, d'une hématurie. D'autres sont plus sournois tels que l'anémie, l'hématémèse, le méléna. Il s'agira ici de réaliser un bilan étiologique.

Encore faut-il être attentif aux symptômes en fonction de l'âge. En effet, le reflux ne se manifeste pas de la même façon selon qu'il s'agit d'un bébé de quatre mois ou d'un enfant de trois ans. Ainsi, le tout petit présentera plus spécialement des apnées, des malaises, de l'irritabilité, des pleurs incessants, un refus alimentaire, des infec-

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.

tions respiratoires hautes à répétition y compris les otites moyennes aiguës.

Par contre, chez le plus grand, la symptomatologie, déjà proche de l'adulte, comprend le wheezing, les pneumonies récidivantes, la dysphagie, le brûlant, la mauvaise haleine et les caries. La recherche d'un RGO pathologique doit être systématique en cas de découverte d'une pathologie asthmatique chez l'enfant. Il faut y penser aussi devant des crises répétées de « faux croup » ou laryngite striduleuse.

On commencera par un traitement d'épreuve, comprenant un antiacide et un prokinétique, qui devront être donnés pendant au minimum deux mois. Ensuite, le traitement sera progressivement arrêté sur deux semaines, en veillant à retirer d'abord l'antiacide puis le prokinétique. En l'absence de résolution sous traitement ou de dépendance au traitement, l'avis d'un pédiatre gastro-entérologue est nécessaire ainsi qu'une pHmétrie de 24 h sous traitement, afin de rechercher plus particulièrement les causes intrinsèques de reflux telles qu'une relaxation inappropriée du sphincter œsophagien inférieur, une hernie hiatale, etc. Il en va de même lorsque le nourrisson présente dès le début des symptômes respiratoires, des apnées, des malaises ou une suspicion d'œsophagite. (PE)

Schuler M, Barazzoni, Belli DC, Schäppi M, Le reflux gastro-œsophagien : attitude pratique *Revue Médicale Suisse* 2006; 54: 518-25

Petites sutures : au sec ou pas ?

Les petites sutures réalisées en ambulatoires doivent-elles être maintenues au sec ou peuvent-elles être mouillées sans restrictions ?

Une étude australienne réalisée en médecine générale par des généralistes répond clairement à cette simple question pratique. Pour ce faire, 860 patients ont été randomisés en deux groupes. L'un conservait sa suture au sec (sous un pansement pendant les 48 premières heures), l'autre devait enlever son pansement après 12 heures et pouvait se baigner et se laver normalement. Dans les deux groupes, l'usage d'antiseptiques était interdit afin de pouvoir détecter toute infection débutante. Une infection est survenue dans 8,5% des cas dans les deux groupes. Les auteurs concluent que les plaies suturées après de petites interventions chirurgicales peuvent être laissées à l'air et même être mouillées sans majoration du risque infectieux. (TVdS)

Heal C, Buettner P, Raasch B, Browning S et al. Can sutures get wet? Prospective randomised controlled trial of wound management in general practice. *BMJ* 2006; 332 (7549): 1053-4.

Stopper plus vite l'antibiothérapie

Traiter une pneumonie avec trois jours d'amoxicilline intraveineuse, est-ce bien raisonnable ?

Le département de médecine interne de l'Université d'Amsterdam a comparé ce traitement court avec un traitement classique par voie intraveineuse pendant 3 jours suivis de 5 jours de traitement per os. Seuls les patients présentant une bonne réponse clinique après les 3 premiers jours de traitement IV étaient randomisés en double aveugle (amoxicilline per os versus placebo). Les patients étaient évalués sur les plans clinique, radiologique et bactériologique au jour 10 et au jour 28 de l'étude. Au final, aucune différence n'a été observée dans les taux de guérison entre les deux groupes. Ces résultats inattendus se vérifiaient tant sur le plan clinique que radiologique et bactériologique. Les auteurs justifient leur démarche par l'espoir de limiter l'apparition des résistances bactériennes aux antibiotiques en proposant des durées de traitement plus courtes. (TVdS).

El Moussaoui R, de Borgie A, van den Broeck P, Hustinx W et al. Effectiveness of discontinuing antibiotic treatment after three days versus eight days in mild to moderate-severe community acquired pneumonia: randomised, double blind study. *BMJ* 2006; 332 (7554): 1355-8.