

Revue des Revues

par la rédaction de la Revue de la médecine générale

Arrêter plus tôt l'antibiothérapie

Traiter une pneumonie avec 3 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 de 3 jours par intraveineuse suivis de 5 jours per os. Seuls les patients présentant une bonne réponse clinique après les 3 premiers jours de traitement par intraveineuse 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.

Artérite temporale: biopsie ou pas ?

La clinique et la biologie sont le plus souvent suffisantes pour poser le diagnostic d'artérite temporale et instaurer un traitement corticoïde. En cas de doute, il est classique de demander une biopsie d'artère temporale. Une métaanalyse a cependant permis d'établir qu'une échographie de l'artère temporale permet d'écarter le diagnostic et d'éviter un acte diagnostique invasif lorsque la suspicion clinique est faible. Trois signes échographiques ont été éva-

lués: halo, sténose et occlusion de l'artère temporale. Les trois signes étaient présents chez 90% des patients atteints d'artérite et absents chez 80% des patients indemnes de l'affection. (EM)

Rédaction de la revue Prescrire: Artérite temporale: l'échographie est parfois utile. *Prescrire* 2006; **275**: 610-1

Fracture du col: opérer vite

Cette étude a suivi l'évolution de plus de 129000 patients différents ayant présenté une fracture du col du fémur entre 2001 et 2004 en Grande-Bretagne. 14% de ces patients sont décédés à l'hôpital. Malgré un ajustement statistique du risque en fonction des co-morbidités présentées par les patients, il semble que le fait de reporter la chirurgie d'une fracture du col fémoral augmente le risque de mortalité dans la période post-opératoire immédiate. Dans cette étude, l'augmentation de la mortalité est observée pour un délai supérieur à 24 heures. Durant ces 3 années d'observation, 40% des interventions ont été réalisées plus de 24 heures après admission du patient.

Un abondant courrier est parvenu à la rédaction du BMJ après la publication de cette étude. Ces réactions visaient à nuancer les résultats et les conclusions. Ainsi une autre étude écossaise démontre qu'il n'y a pas de surmortalité quand le motif de report de la chirurgie est administratif. Par contre, il existe une surmortalité manifeste quand ce report est justifié pour des raisons médicales (co-morbidité). Une étude italienne sur 13000 patients a montré 5% de mortalité hospitalière. Aucune corrélation avec le délai chirurgical n'a pu être démontrée. Par contre, il existe une corrélation entre mortalité et sexe masculin, entre mortalité et âge ainsi qu'entre mortalité et co-morbidité. (TVdS).

Bottle A, Aylin P. Mortality associated with delay in operation after hip fracture: observational study. *BMJ* 2006; **332** (7547): 947-50.

Mackenzie D, Wild S, Muir R. Scottish data provide additional information (letter). *BMJ* 2006; **332** (7549): 1093.

Franzo A, Simon G, Francescutti C. Italian data seem to contradict study findings (letter). *BMJ* 2006; **332** (7549): 1093.

Virus ou bactérie ? ne pas se fier au thermomètre

Une hyperthermie chez l'enfant est-elle un critère de diagnostic différentiel en faveur d'une infection bactérienne ?

Une observation ayant porté sur 103 enfants présentés dans un service d'urgence avec une température supérieure à 40° a montré que les probabilités d'avoir une infection virale ou bactérienne étaient identiques. Tous les enfants repris dans cette étude ont eu à leur admission une numération sanguine, une hémoculture, un frottis nasopharyngé mis en culture pour recherche virale et un test rapide de recherche d'antigènes viraux. En fonction des symptômes cliniques, d'autres examens ont évidemment été réalisés (RX Thorax, ponction lombaire, culture de selles, culture d'urines, et RX thorax). Sur les 103 enfants, 19 avaient une infection bactérienne prouvée, 21 présentaient une infection virale confirmée (adénovirus, virus respiratoire syncytial et influenza A par ordre d'importance) et un enfant avait les deux. Les tests des 62 autres sont restés négatifs.

Cette étude par ailleurs a infirmé le caractère prédictif d'un taux élevé de globules blancs comme signe d'infection bactérienne. Le dosage des leucocytes n'aide pas à identifier une infection bactérienne et peut même être une cause d'erreur. La même constatation a été faite concernant la neutrophilie absolue. Les auteurs concluent qu'en cas d'hyperpyrexie, le risque d'une infection bactérienne sévère est suffisamment élevé pour justifier une antibiothérapie. (EM)

Trautner et al. Prospective evaluation of the risk of serious bacterial infection in children who present to the emergency department with hyperpyrexia (température of 106°F or higher). *Pediatrics* 2006; **118**: 34-40 (lu sur bmjupdates)

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.

Anxiété : quelle thérapie ?

La classification des troubles anxieux a fortement évolué. Dans le DSM-IV, les troubles anxieux sont classés en 7 catégories : trouble panique, anxiété généralisée, phobie sociale, phobie spécifique, troubles obsessionnel compulsif (TOC), état de stress aigu et état de stress post-traumatique.

En consultation de médecine générale, nous sommes essentiellement confrontés à l'anxiété généralisée, aux phobies et aux troubles paniques. Actuellement, les antidépresseurs, essentiellement les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (SSRI), sont de plus en plus prescrits dans ces indications. Mais qu'en est-il de leur efficacité ?

Les psychothérapies cognitivo-comportementales ont fait la preuve de leur efficacité tant dans l'anxiété généralisée que dans le trouble panique et les phobies sociales et spécifiques. Pour ces dernières, la désensibilisation est la seule psychothérapie efficace car l'effet des antidépresseurs est très faible.

Les antidépresseurs de type SSRI et NSRI sont efficaces mais avec un taux de récurrence plus élevé que les psychothérapies. Leur association peut être intéressante.

Il est important de savoir que les doses administrées doivent être faibles au départ vu le risque de majoration anxieuse au début du traitement. Il peut d'ailleurs être intéressant d'y adjoindre une benzodiazépine pendant les premières semaines. La

dose de croisière est proche de la dose anti-dépressive. Le délai de latence de l'effet thérapeutique est de 6 à 8 semaines et la molécule doit être administrée entre 12 et 18 mois. Les molécules évaluées et efficaces sont la paroxétine (à 40 mg/j), la fluvoxamine (200 mg/j) et l'escitalopram (à la dose de 10 mg/j). Comme alternative, a aussi été étudiée l'imipramine à la dose de 75 à 150 mg/jour avec une tolérance plus difficile. En cas d'échec, on pourra utiliser la phénelzine (IMAO) avec les précautions d'usage.

Le principe du traitement par SSRI est identique au trouble panique, mais la durée est supérieure à un an. Le taux de rechute est très élevé. Le traitement pourra être poursuivi indéfiniment en cas de rechute, comorbidité ou de symptômes très invalidants. Pour l'anxiété généralisée, parmi les autres antidépresseurs, seule la trazodone s'est révélée efficace. (PE)

Ansseau M. Utilité des antidépresseurs dans les troubles anxieux. *Revue Médicale Suisse* 2006; 76; 1885-91

Couleur des vomissements du nourrisson

Les vomissements de bile chez un nouveau-né doivent être attribués à une obstruction intestinale jusqu'à preuve du contraire. Mais de quelle couleur sont les vomissements de bile chez un nouveau-né ? Parents, personnel en charge des nourrissons et généralistes sont-ils capables de les reconnaître ?

Les études observationnelles ne retiennent que les vomissements verts comme vomissements biliaires. Il n'existe pourtant aucun consensus à ce sujet.

La majorité des parents ainsi que certains généralistes ne savent pas que des vomissements verts chez un nouveau-né peuvent être le signe d'une obstruction intestinale. Ce fait allonge souvent le délai avant hospitalisation. Les auteurs concluent qu'il faut toujours interroger les parents sur la couleur des vomissements chez les nourrissons. (TVdS).

Walker G, Neilson A, Young D, Raine P. Colour of bile vomiting in intestinal obstruction in the newborn: questionnaire study. *BMJ* 2006; 332 (7554): 1363-5.

Allergie alimentaire chez les enfants : pas de panique

D'après un article du BMJ, l'angoisse suscitée chez les parents par les risques liés au problème des allergies et des intolérances alimentaires chez leur enfant n'est pas vraiment justifiée. L'auteur de l'article rappelle que les chiffres de mortalité sont faibles : un enfant sur 16 millions par an meurt des suites d'une allergie alimentaire. Une information adéquate des parents, de l'enfant, et des adultes responsables de l'enfant est nécessaire pour réduire les risques. Inutile dit l'auteur pour les parents de se procurer des coûteux matériels d'auto-injection d'adrénaline... (EM)

Colver A. Are the dangers of childhood food allergy exaggerated? *BMJ* 2006; 333: 494-96