

Revue des Revues

par la rédaction de la Revue de la médecine générale

Bronchite aiguë : antibiotiques ?

En général, une bronchite aiguë chez un sujet exempt de toute affection broncho-pulmonaire sous-jacente, ne nécessite pas de traitement antibiotique. Ainsi, plusieurs méta-analyses et revues de littérature n'ont fait ressortir qu'un raccourcissement (inconstant) de la durée des symptômes d'une demi-journée environ sous antibiothérapie. Et aux praticiens qui rétorquent qu'il prend plus de temps de ne pas en prescrire que d'en prescrire, une récente étude portant sur 4000 contacts a montré que la non-prescription n'allongeait la durée de la consultation que d'une minute en moyenne.

Quand un traitement antibiotique est malgré tout envisagé, il doit être valablement motivé (prélèvements si possible) :

- **Antiviraux** éventuels en présence de fièvre en période d'épidémie de grippe (raccourcissement d'un jour de la durée des symptômes).
- **Macrolides** en présence d'une toux présente depuis 2 semaines et plus, apparue endéans 1 à 3 semaines après un contact avec un cas de coqueluche (lymphocytose possible, toux quinteuse typique inconstante, fièvre rare). L'objectif est ici de réduire la contagiosité du sujet, l'impact du traitement sur la durée de la toux elle-même n'est que modéré.
- **Macrolides** aussi en présence de symptômes durables, dans un contexte communautaire (écoles, ...), où l'on suspecte alors un mycoplasme ou un chlamydia (incubation de 2 à 3 semaines).

La plupart des bronchites aiguës étant en réalité virales, elles ne nécessitent qu'un traitement symptomatique (recommandations 2006 de l'American College of Chest Physicians et du Center for Disease Control). Parmi les possibilités thérapeutiques, les bronchodilatateurs ne sont utiles qu'en présence d'un wheezing ou en cas de syndrome obstructif préalable. Seuls les β_2 -agonistes ont fait la preuve de leur efficacité dans cette indication.

Les mucolytiques quant à eux, n'ont démontré aucune utilité. (JV)

Wenzel RP et al. Acute Bronchitis. *N Engl J Med* 2006; 355: 2125-30.

Patients diabétiques : préférez un MG informatisé !

Cette étude irlandaise s'est intéressée aux facteurs pouvant influencer l'équilibre des diabétiques suivis par leur généraliste. Le taux d'hémoglobine glyquée (HbA_{1C}) et sa fréquence de contrôle ont servi d'indice de l'équilibre du diabète des patients.

Sur une période de 2 ans, les données de 1030 diabétiques suivis par leur médecin généraliste ont été analysées. L'enregistrement portait sur le taux et la fréquence de contrôle de l' HbA_{1C} , le statut socio-économique des patients et les caractéristiques de la pratique du généraliste. Les caractéristiques contrôlées sont l'utilisation de dossiers informatisés ou pas, la pratique solo ou en groupe, l'utilisation de recommandations/guidelines ou pas et la participation d'une infirmière au plan de soins ou pas.

Au final, le statut socio-économique du patient et la pratique de groupe ou solo n'ont aucune influence significative sur l'équilibre du diabète des patients. L'absence d'influence du statut socio-économique du patient est apparemment en contradiction avec les données d'une autre étude britannique, réalisée en milieu hospitalier. Nos collègues irlandais avancent l'explication suivante : **la médecine générale est capable d'effacer l'influence de facteurs socio-économiques défavorables par son accessibilité et sa proximité** ! Les facteurs influençant favorablement l'équilibre du diabète en médecine générale sont par ordre d'importance : l'utilisation d'un dossier informatisé (moindre fréquence de contrôle de l' HbA_{1C} et meilleurs taux) ensuite le suivi d'un protocole et finalement, l'intervention d'une infirmière. L'influence de cette

dernière est probablement due au fait qu'elle suit scrupuleusement des protocoles de soins pré-établis. (TVdS)

O'Connor R., Houghton F., Saunders J., Dobbs F. Diabetes mellitus in Irish general practice: level of care as reflected by HbA_{1C} values. *Eur J Gen Pract* 2006; 12 :58-65.

La lettre ou l'esprit ?

La médecine conventionnelle peut être considérée comme une croyance caractérisée par la foi en l'EBM. Cette foi trouve sa source dans les bienfaits offerts par l'EBM. Nous devons admettre que cet outil est précieux pour nous y retrouver dans les diverses attitudes thérapeutiques.

À l'instar des religions traditionnelles qui se basent sur leur livre sacré, l'EBM se base sur l'interprétation des textes sacrés que constitue la littérature médicale. Et de la même manière qu'il existe des interprétations fondamentalistes, conservatrices ou libérales des textes religieux, il existe une vision fondamentaliste et une vision libérale de l'EBM.

La vision religieuse fondamentaliste correspond à la stricte observance des textes et des doctrines à la base de la religion. Les fondamentalistes se voient comme les gardiens d'une vérité révélée, unique et absolue et leur interprétation des textes est littérale. Or, ces mêmes textes sont interprétés différemment par ceux qui en font une lecture plus libérale. Des gens qui ont la même foi et les mêmes bases en arrivent ainsi à des conclusions radicalement différentes pour une même question.

La même chose s'observe en médecine. Une approche libérale de l'EBM se sert de la littérature médicale comme d'un guide dont les indications seront adaptées en fonction des situations. Il s'agit donc d'une approche EBM en souplesse et flexibilité, le médecin utilise son libre arbitre. La vision fondamentaliste de l'EBM voit quant à elle les résultats des études comme des directives à respecter à la lettre, et donc toute déviation est une forme d'hérésie. Toute autre interprétation est dénigrée car non conforme au texte fondamental. La comparaison avec l'extrémisme religieux

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.

s'arrête là, déclare malicieusement l'auteur, la violence et le fanatisme n'ont pas encore imprégné le milieu médical. Cependant, les EBMistes fondamentalistes ont peu voire pas d'indulgence pour une interprétation individualisée, ils ont peu de doutes concernant les limites de la littérature et tendent à sous-estimer toute évidence non randomisée. Cette approche est rigide (pas de libre arbitre) mais elle a l'avantage de fixer des limites claires et précises. Sur base des mêmes études, on aboutit ainsi à des attitudes médicales radicalement différentes. Il reste peut-être à réaliser des études qui valident l'une ou l'autre attitude? (EM)

Links M: Evidence based medicine Analogies between reading of medical and religious texts *BMJ* 2006; 333: 1068-70

Embolie or not embolie?

L'embolie pulmonaire présente des formes cliniques variables allant de l'absence de symptômes au collapsus. Les symptômes, signes cliniques et examens complémentaires simples sont peu sensibles et peu spécifiques.

Certaines situations multiplient le risque d'événement thromboembolique par 5 à 20 fois et doivent faire suspecter une embolie: chirurgie en l'absence de prophylaxie, situations obstétricales, pathologies des membres inférieurs, cancers abdominaux ou pelviens, mobilité réduite et antécédents de thrombose. Les contraceptifs oraux ou un traitement hormonal substitutif, l'obésité, la BPCO, une insuffisance cardiaque congestive ou une cardiopathie congénitale multiplient le risque par 2 ou 4.

Le dosage des D-dimères (produit de dégradation de la fibrine) est un test peu

invasif, simple à réaliser mais quelle est sa place dans le diagnostic de l'embolie pulmonaire? Le taux des D-dimères s'élève dans la thrombose mais également dans les situations d'infarctus, postop, grossesse, cancers et chez les personnes âgées. Le seuil de positivité des D-dimères est de 0.5 mg/l (sensibilité supérieure à 95%, spécificité d'environ 45%) En cas de suspicion d'embolie pulmonaire et en dehors d'une grossesse, le score de Wells est un moyen simple d'en évaluer la probabilité, préférable à un dosage systématique des D-dimères. Les items du score de Wells sont les suivants:

- Symptômes et ou signes cliniques de TVP (3 points)
- Autres diagnostics envisagés (3 points)
- Fréquence cardiaque > 100/min (1,5 point)
- Immobilisation ou chirurgie < 4 semaines (1,5 point)
- Antécédent thromboembolique (1,5 point)
- Hémoptysie (1 point)
- Cancer (en traitement ou traité < 6 mois) (1 point).

La probabilité est estimée par le score total: faible (< 2 : probabilité < 5%) intermédiaire (de 2 à 6 : probabilité de 20 à 30%) ou forte (> 6 : probabilité > 60%) Si la probabilité clinique est faible et le dosage des D-dimères négatif, on peut exclure l'embolie pulmonaire sans autres investigations. Avec une probabilité clinique intermédiaire, un dosage de D-dimère (par agglutination au latex et technique Elisa rapide) exclut aussi l'embolie avec un très faible risque d'erreur. Si la probabilité clinique est faible et les D-dimères positifs il faut continuer les investigations. En cas de forte probabilité ou de forte suspicion clinique, le dosage des D-dimères est inutile.

Le dosage des D-dimères n'est pas adapté pour le diagnostic de l'embolie pulmonaire chez le patient âgé et la femme enceinte car chez eux le taux est élevé sans thrombose. (EM)

La rédaction de Prescrire: Embolies pulmonaires, Les D-dimères pour écarter le diagnostic. Évaluer la probabilité avant de les doser *Prescrire* 2006; (26) 276: 685-92

À propos des trotteurs: on s'en doutait... aujourd'hui, c'est prouvé!

Une étude cas-contrôles a été menée pour vérifier le lien entre les accidents domestiques (chute, brûlure, plaies, empoisonnement, étouffement) et les risques rencontrés au domicile. Cette étude a enregistré les cas d'accidents domestiques dans 5 hôpitaux pendant 2 ans chez des enfants âgés de 7 ans et moins. Les enfants «cas-contrôles» étaient, eux, hospitalisés pour pathologie aiguë non traumatique. Une visite des domiciles dans les deux groupes était effectuée à l'aveugle et évaluait 19 origines possibles d'accident. Il ressort de cette étude que **la présence de trotteur augmente nettement le risque d'accident**. Les sources d'étouffement à portée de l'enfant, l'absence de bouchon de sécurité sur les flacons de la salle de bain, l'absence de détecteur de fumée ou le non fonctionnement de celui-ci sont également des éléments qui semblent préjudiciables aux enfants. (FP)

Leblanc John C., I. Pless Barry, King W. James, H. Bawden, A-C Bernard-Bonnin et al. Home safety measures and the risk of unintentional injury among young children: a multicentre case-control study. *Research- CMAJ*, 2006; 175 (8): 883-7.