

Revue des Revues

par la rédaction de la Revue de la médecine générale

Clin d'œil du BMJ

Des médecins espagnols ont cru remarquer que les étudiants masculins les plus beaux et les plus grands avaient tendance à s'orienter vers la chirurgie alors que la médecine interne semblait réservée aux moins beaux et aux plus petits d'entre eux. À l'époque de l'EBM, une telle observation méritait d'être validée par une étude. Celle-ci, publiée dans le très sérieux BMJ a porté sur un échantillon de chirurgiens et internistes du staff de l'hôpital universitaire de Barcelone. Les photos de 14 chirurgiens et 16 médecins d'un âge moyen de 55 ans ainsi qu'un groupe témoin de quatre stars de cinéma (Harrison Ford (Dr Kimble du Fugitif), Georges Clooney d'Urgence, Patrick Dempsey, Hugh Laurie) ont été montrées de manière randomisée à un groupe de 8 observateurs féminins (3 médecins et 5 infirmières). Il n'y a pas eu d'observateur masculin pour éviter un biais évident. Les scores de beauté ont été attribués selon une échelle de 7 points (1 : laid, 7 : vraiment très beau). Les résultats confirment le fait que les chirurgiens seniors sont significativement plus grands et plus beaux que les internistes du même âge. Ils confirment aussi que les stars de cinéma jouant le rôle d'internistes ou de chirurgiens sont plus séduisants que les chirurgiens dans la réalité. Les auteurs, un beau et sémillant chirurgien et un interniste tout à fait basique corpulent et chauve s'interrogent aux fins de savoir si cette différence est génétique ou environnementale. Parmi les explications environnementales : le chirurgien passe plus de temps dans un environnement propre et frais et enrichi en oxygène. Le masque chirurgical est une barrière de protection contre les microtraumatismes du visage. Le calot et les chaussures qu'ils portent augmentent encore leur taille. La plus grande taille des chirurgiens leur permet d'ailleurs de mieux dominer et superviser tout leur staff. En ce qui concerne les internistes, ceux-ci n'ont pas besoin d'être grands car leurs contacts se limi-

tent au patient dans leur habitat ou couché dans un lit. Ils portent de lourds stéthoscopes autour du cou ce qui donne à leur tête une position penchée en avant réduisant encore leur taille. Ils éprouvent aussi un besoin anormal d'accorder leur expérience avec les évidences scientifiques et donc passent beaucoup de temps penchés sur la littérature médicale. Ils sont ainsi écrasés en permanence par cette surcharge d'information.

Cette étude cependant est limitée aux chirurgiens et internistes seniors et des études complémentaires sont nécessaires pour voir si les résultats s'appliquent aussi à un échantillon plus jeune. (EM)

Trilla A, Aymerich M, McLacy A et al. Phenotypic differences between male physicians, surgeons, and film stars : comparative study. *BMJ* 2006 ; 333 : 1291-1293.

Suivi de l'anticoagulation

Cette étude rétrospective de 6 mois s'est attachée à étudier les résultats d'INR de 395 patients sous anti-vitamine K (AVK) dans 66 pratiques belges de Flandre. Ces résultats ont été comparés à différentes caractéristiques des pratiques des généralistes ainsi qu'aux événements hémorragiques et emboliques survenus aux patients durant cette période. Les recommandations internationales sont un INR à 2,5 en cas de fibrillation auriculaire (FA). Idéalement, 50 % des INR doivent être compris entre 2 et 3. L'analyse des résultats a montré que 53 % des contrôles étaient compris entre 2 et 3 d'INR. 213 patients avaient plus de 50 % de leurs contrôles entre 2 et 3, il s'agit des patients bien contrôlés ou plutôt bien équilibrés. Cela signifie aussi que 182 patients ne sont pas bien équilibrés ! Or dans cette étude, la fréquence moyenne des contrôles est élevée : 2,7 par mois et par patient. L'analyse a démontré qu'il n'y avait pas de relation entre équilibre de l'INR et le sexe du patient, ni son âge, ni la marque d'AVK utilisée, ni la fréquence de tests,

ni le nombre de patients suivi par le même généraliste, ni non plus avec le type de pratique du médecin (solo ou groupe). Par contre, il existe un lien statistiquement significatif entre accidents hémorragiques et d'une part les patients mal équilibrés et aussi d'autre part avec l'âge des patients. Il existe aussi un lien entre ce groupe mal équilibré et les événements emboliques, sans que ce lien ne soit significatif.

Les auteurs concluent que les généralistes doivent concentrer leurs efforts sur les patients rarement équilibrés. Ainsi, il propose de ne faire un contrôle d'INR que toutes les 4 à 6 semaines chez les patients habituellement bien contrôlés au cours des premiers mois de traitement et de suivi. Par contre, les patients rarement équilibrés devraient être surveillés et leurs doses d'AVK ajustées à une fréquence supérieure (toutes les 2 à 3 semaines). (TVDS)

Claes N. Quality of oral anticoagulation in patients with atrial fibrillation : a cross-sectional study in general practice. *Eur J Gen Pract* 2006 ; 12 : 163-8.

Glitazone en première intention ?

Une récente étude multicentrique (ADOPT study) a suivi 4360 diabétiques de type II et a comparé le devenir sur 4 ans (médiane) des 3 groupes issus de cette cohorte et traités en 1^{re} intention respectivement par metformine, par un sulfamidé hypoglycémiant et par la rosiglitazone. Quant aux effets secondaires, il y a eu moins d'événements cardio-vasculaires (dont décompensation cardiaque) avec le sulfamidé, mais celui-ci a causé plus d'hypoglycémies. La rosiglitazone, par contre, a causé plus de prise d'œdème et de prise de poids (respectivement 2,5 kg et 6,9 kg de plus qu'avec le sulfamidé et la metformine). Les résultats en terme d'échec thérapeutique (glycémie à jeun > 180 mg/dl) à 5 ans se sont par contre montrés meilleurs avec la rosiglitazone qu'avec la metformine (+ 32 %) et le sulfamidé (+ 63 %).

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.

Tout en faisant remarquer que cette étude a été sponsorisée et analysée par Glaxo-SmithKline, un des éditorialistes du *New England* regrette que l'indice d'échec thérapeutique choisi n'ait pas été l'HbA1C: en fonction de ce critère, les taux de réussite thérapeutique (HbA1C $\leq$ 7%) pour la rosiglitazone sont plus modestes (+ 4% et + 14% respectivement par rapport aux groupes metformine et sulfamidé). Regrettant encore que le choix du sulfamidé ait porté sur une molécule à relativement haut risque d'hypoglycémie (le glyburide), cet éditorialiste fait encore remarquer que l'étude ADOPT apporte bien la confirmation d'une amélioration de la sensibilité à l'insuline sous glitazone, mais peu ou pas celle d'une protection de la fonction de la cellule beta (avec pour corollaire un impact sur le devenir du diabète), comme supposé initialement. Tenant compte également des aspects financiers, il semble donc que la metformine ne puisse pas encore être détrônée en tant que traitement de premier choix du diabète de type II. (JV).

Kahn SE et al. Glycemic durability of rosiglitazone, metformin, or glyburide monotherapy. *N Engl J Med* 2006; 355: 2427-43.
Nathan DM. Thiazolidinediones for initial treatment of type 2 diabetes? *N Engl J Med* 2006; 355: 2477-80.

HTA résistante

On ne peut parler d'HTA résistante au traitement que si la pression artérielle reste au-dessus des valeurs-cibles (140/90 et 130/80 chez les diabétiques et insuffisants rénaux) malgré une association de 3 molécules dont un diurétique. La prévalence de l'HTA résis-

tante dans la population générale n'est pas connue. En cas d'HTA résistante au cabinet, une mesure ambulatoire de pression artérielle (MAPA) montre dans 12 à 50 % des cas une fausse résistance qui était en fait un « effet blouse blanche ». Il est donc logique de recommander une MAPA devant toute HTA résistante. De plus, il faut rechercher et corriger tous les facteurs favorisant l'HTA: défaut d'observance ou dosages insuffisants, syndrome des apnées du sommeil, rétention hydrique liée à une insuffisance rénale, obésité, abus d'alcool ou de sel, usage méconnu d'AINS, de stéroïdes, de contraceptifs oraux.

Si malgré la prise en compte de tous ces éléments, le patient conserve une HTA résistante, il est conseillé de le confier à la seconde ligne afin de compléter la recherche étiologique et d'adapter le protocole thérapeutique. (TVDS)

Mouradian D, Chedid A, Rossignol P, Postel-Vinay N et al. Hypertension artérielle résistante. *Rev Prat médecine générale* 2006; 20: 1205-10.

Gammopathies monoclonales

Rare avant l'âge de 40 ans, la gammopathie monoclonale "bénigne" ou MGUS (Monoclonal Gammopathy of Undetermined Significance) voit sa prévalence augmenter avec l'âge: 3 % environ au-delà de 50 ans, 5 % environ au-delà de 70 ans. Les immunoglobulines concernées sont le plus souvent les IgG (69%), suivies des IgM (17%), puis des IgA (11%). Son étiologie est mal connue

mais elle peut constituer le lit des plasmocytopathies malignes, dont en particulier, le myélome multiple qui survient dans 30 % des cas de MGUS endéans 25 ans après le diagnostic.

Face à toute protéinémie monoclonale, il convient donc d'en confirmer le caractère "actuellement" bénin, en ayant au préalable exclu les causes possibles de gammopathie secondaire (hépatite chronique C, notamment, polyarthrite rhumatoïde, transplantation d'organe, carcinome généralisé...). Chez un sujet asymptomatique et présentant par ailleurs une biologie normale, la mise au point peut s'arrêter là en l'absence de chaînes légères dans les urines et si le pic monoclonal représente moins de 1,5 gr/dl. Au-delà, la ponction-biopsie de moelle s'impose: si celle-ci montre < 10% de plasmocytes, seul un suivi annuel est nécessaire.

Les critères suivants majorent le risque de transformation ultérieure:

- IgA ou IgM
- Rapport chaînes légères k/l anormal (< 1,65 ou > 0,26)
- > 6% de plasmocytes à la PBM.

Le bilan devra par contre toujours être approfondi dans les cas suivants:

- Présence significative de chaînes légères dans les urines
- Pic monoclonal > 3 gr/dl
- Anomalies biologiques évocatrices de pathologies associées (hypercalcémie, insuffisance rénale, anémie...)
- Signes cliniques évocateurs de myélome (douleurs osseuses, ...), d'amyloïdose (polyneuropathie, hépatomégalie, œdèmes.), etc. (JV)

Bladé J. Monoclonal gammopathy of undetermined significance. *N Engl J Med* 2006; 355: 2765-70.