

Revue des Revues

par la rédaction de la Revue de la médecine générale

Choix informatisé des doses d'AVK

Un logiciel d'aide à la prescription des AVK permet-il aux généralistes de mieux stabiliser leurs patients en pratique quotidienne? Une étude prospective de 6 mois s'est attachée à étudier les résultats d'INR chez les patients sous AVK de 3000 médecins généralistes français équipés, pour l'étude, d'un logiciel d'aide. Ces résultats ont été comparés aux résultats des 6 mois précédents l'utilisation du logiciel d'aide. Seulement 760 médecins équipés du logiciel ont transmis leurs données pour l'étude. Toutefois, le nombre total de patients suivis a été suffisant pour une analyse statistique fiable. L'usage du logiciel d'aide a permis d'augmenter le nombre total de jours passés en zone thérapeutique d'INR. Il a également permis de réduire le nombre de jours passés tant en zone de risque hémorragique qu'en zone de risque thrombotique. Cette amélioration s'est faite au prix d'une fréquence plus grande de prise de sang, exigée par le logiciel. Les raisons invoquées par les nombreux médecins ayant abandonné l'usage du logiciel sont les difficultés d'apprentissage du logiciel et surtout l'absence d'interaction de ce logiciel avec leur dossier informatisé. Ce dernier élément les obligeait à saisir à nouveau des données administratives et médicales (nom, date de naissance, poids, ...) avec toute la perte de temps que cela implique. (TVdS)

Heritier C, N'Guyen A, Cambus JP, Drouet L. Comment réduire les risques des AVK? *Rev Prat médecine générale* 2007; 21: 42-6.

Les gastro-entérites aiguës de l'enfant

La gastro-entérite aiguë tue des millions d'enfants dans les pays en développement et est dans les pays occidentaux un des motifs les plus fréquents de consultation en médecine générale ou aux urgences hospitalières. **Le rotavirus est la cause la plus fréquente de ces diarrhées aiguës.** Les enfants dénutris sont le plus à

risque de complications dont la plus grave est la déshydratation. Le risque de déshydratation est surtout important lorsque les selles liquides sont fréquentes et associées à des vomissements. Les signes cliniques apparaissent lorsque l'enfant a perdu au moins 5% de son poids corporel. **Peser l'enfant** est donc le meilleur élément pour estimer le risque. En l'absence de déshydratation, ou si celle-ci est modérée, on traite à domicile avec des solutions de réhydratation orales. **L'allaitement maternel sera poursuivi** au cours de la maladie et supplémenté par une solution de réhydratation orale. Les médicaments (antidiarrhéiques, antiémétiques, antiseptiques intestinaux) ne sont pas recommandés chez les enfants. Les antibiotiques ne sont indiqués qu'en cas de diarrhée bactérienne compliquée de septicémie. L'intolérance au lactose est une complication des gastroentérites virales mais elle se résout la plupart du temps spontanément sans régime au lactose. Ce dernier ne sera prescrit que si cette intolérance persiste au-delà de 4 à 6 semaines. **La contamination se fait par transmission oro-fécale** et la prévention passe principalement par **des mesures d'hygiène comme le lavage des mains**. Le vaccin contre le rotavirus est une avancée certaine en terme de prévention. Certaines situations nécessitent de référer: risque élevé de déshydratation, enfant de moins de 6 mois, déshydratation sévère ou un état de choc, situation psychosociale présageant d'une prise en charge insuffisante à domicile, diarrhée persistant au-delà de deux semaines, douleurs abdominales importantes, anémie, thrombocytopenie, oligurie. Certaines diarrhées aiguës sont révélatrices de maladies intestinales chroniques (maladie coeliaque par exemple). (EM)

Elliot EJ: Acute gastro enteritis in children *BMJ* 2007 334: 35-40

Guidelines sous influence?

Il existe plus de 2000 guidelines américaines consultables sur le site de la National Guideline Clearinghouse, né de la volonté de l'américaine Agency Heal-

thcare Research and quality. Dans la plupart des cas, ces guidelines émanent de sociétés médicales et leurs contenus sont un mélange d'évidences et d'opinions. Elles sont souvent critiquées pour trop ou trop peu de recommandations. Mais Robert Steinbrook, dans un éditorial vitriolé du NEJM, dénonce le fait que trop souvent les guidelines sont influencées par l'industrie pharmaceutique ou autres lobbies. Sur 685 experts impliqués dans la rédaction de ces guidelines, 35% ont déclaré un conflit d'intérêt. Par ailleurs, la conférence de présentation des guidelines pour le dépistage de l'herpes chez les femmes enceintes a été annulée suite à une lettre de protestation de Richard Horton, directeur du Lancet, et de 41 autres médecins dont Marcia Angell et Jérôme Kassirer, anciens directeurs du NEJM. Cette lettre dénonçait un conflit d'intérêts de la part de nombreux experts qui avaient participé à l'élaboration de ces recommandations. Steinbrook propose pour améliorer la situation de créer une version américaine du NICE (National Institute for Health and clinical evidence) anglais. (EM)

Steinbrook R. Guidance for guidelines. *NEJM* 2007; 356: 331-33.

Bronchiolite: traiter à domicile

La bronchiolite se situe dans le top 5 des motifs d'hospitalisation des enfants de moins de 2 ans. Or, elle est le plus souvent bénigne et différents consensus recommandent la prise en charge ambulatoire de cette affection. Le problème vient peut-être de la difficulté pour des parents traumatisés par une maladie aux manifestations spectaculaires d'accepter de la part de leur médecin traitant un «simple» rôle contemplatif et éducatif vu l'absence de traitement spécifique utile. Le **lavage des mains** à l'eau et au savon avant de s'occuper du bébé et l'**évitement du tabagisme** sont des mesures protectrices prouvées. On veillera au maintien d'une bonne **hydratation** et d'une alimentation fractionnée avec éventuel épaississement des biberons, au coucher proclive dorsal à 30°, à la **désobs-**

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.

truction nasale par mouche-bébé et sérum physiologique pour mobiliser les sécrétions nasales, et à l'**aération correcte d'une chambre pas trop chauffée** (19°). La kinésithérapie est controversée et n'aurait pas de bénéfices prouvés sur la durée ou la sévérité des symptômes. Elle utilise les techniques expiratoires passives et lentes, la toux provoquée et le désencombrement des voies respiratoires supérieures. Les méthodes d'accélération du flux expiratoire sont en cours d'études en France (premiers résultats attendus en 2008). La faisabilité de la kinésithérapie sera décidée en fonction de la clinique et de l'environnement biopsychosocial et complétée par une approche éducative. Son efficacité sera évaluée à chaque séance. (EM)

Evenou D et al : Prise en charge kinésithérapique de la bronchiolite *Médecine, de la médecine factuelle à nos pratiques* 2007 (3) 1 : 24-6
Vallée J-P : Bronchiolite : kinésithérapie, oui mais... *Médecine, de la médecine factuelle à nos pratiques* 2007 (3) 1 : 27-8

Prégabaline pour la fibromyalgie ?

Cette étude prospective, randomisée et contrôlée par placebo visait à tester l'efficacité de diverses doses de prégabaline (Lyrica®) sur la douleur ressentie par des patients souffrant de fibromyalgie. Les objectifs secondaires étaient l'étude des modifications du sommeil, des autres symptômes de la fibromyalgie et de la qualité de vie des patients. Quatre groupes similaires ont été randomisés et ont reçu respectivement le placebo ou 150 mg/jour ou 300 mg/jour ou encore 450 mg/jour de prégabaline, en 3 prises et durant 8 semaines. Seul le groupe avec 450 mg/jour de prégabaline a montré une réduction significative de la douleur mais aussi de la fatigue avec une amélioration du sommeil et de la qualité de vie. Ces bénéfices étaient déjà per-

ceptibles à la fin de la première semaine de traitement. Selon le seuil utilisé, la proportion de patients atteints de fibromyalgie pouvant être qualifié de «répondeurs» à la prégabaline allait de 30 à 50%. Ces résultats encourageants exigent toutefois des études plus prolongées avant de pouvoir conseiller la prégabaline comme traitement de la fibromyalgie. (TVdS)

Crofford L, Rowbotham M, Mease P, Russel I et al. Pregabalin for the treatment of fibromyalgia syndrome. *Arthritis Rheum* 2005; 52: 1264-73

Ostéoporose

L'ostéoporose de la femme ménopausée provoque chaque année en France 35 000 fractures du poignet, 40 000 à 65 000 fractures vertébrales et 55 000 fractures du col du fémur avec une mortalité de 20% après 50 ans. L'important n'est pas de dépister l'ostéoporose mais les femmes que les fractures menacent. Seule la prévention des fractures motive la prescription d'un traitement de l'ostéoporose. La survenue d'un premier tassement après 80 ans n'implique pas nécessairement un traitement de prévention secondaire.

Le risque de fracture est évalué sur base de la masse osseuse et des facteurs de risque cliniques. Il augmente avec l'âge (risque multiplié par 44 entre 55 et 85 ans), les antécédents de fracture personnel et/ou familiaux au premier degré (mère), un BMI < 19, le tabagisme et une masse osseuse diminuée. Cette dernière est évaluée par le T-Score (définition OMS de l'ostéoporose : T-score < -2.5DS) ou le Z-Score qui exprime l'écart par rapport à la masse osseuse dans une tranche d'âge déterminée. L'accroissement du risque de fracture avec l'âge est continu. Il n'existe pas de seuil au-delà duquel il faille nécessairement traiter.

Le choix d'un seuil de traitement est arbitraire et ne répond qu'à des critères économiques. Des fractures peuvent survenir aussi chez des femmes qui ont une densité osseuse supérieure à -2.5 DS. L'exercice physique augmente la masse osseuse et sera encouragé. La prévention des chutes diminue le risque de fracture. Le traitement hormonal substitutif par œstrogènes est le seul qui ait démontré une efficacité en prévention primaire sur les fractures. L'association vit D-calcium diminue les tassements vertébraux en prévention secondaire mais ne diminuerait pas le risque de fracture en prévention primaire. La vitamine D n'est utile qu'en cas de déficit et sa forme hydroxylée serait plus efficace. Toutefois, la diminution de sa synthèse par la peau avec l'âge, associée à une mobilité réduite, une moindre exposition solaire et des apports alimentaires limités expose nos patientes âgées (surtout institutionnalisées) à la carence en vit D et pourrait justifier un apport systématique. Le **risédronate** réduit en prévention secondaire le risque de fractures vertébrales et de fractures de hanches dans l'ostéoporose postménopausique avérée. Le **raloxifène** sera proposé si les biphosphonates sont mal tolérés ou en relais. Il est efficace en prévention secondaire des tassements vertébraux mais sans effet démontré sur les fractures non vertébrales. 15% d'arrêt du traitement par raloxifène sont dus aux bouffées de chaleurs. Combien de temps traiter? Personne ne sait encore répondre à cette question. La masse osseuse diminue toujours après l'arrêt du traitement et le rapport bénéfices/risques n'est pas évalué au-delà de 5 ans. (EM)

Cornu C : Ostéoporose de la femme ménopausée (1^{re} partie : les objectifs thérapeutiques) *Médecine, de la médecine factuelle à nos pratiques* 2006; (2) 10 : 445-8

Cornu C : Ostéoporose de la femme ménopausée (2^e partie : les médicaments) *Médecine, de la médecine factuelle à nos pratiques* 2007 (3) 1 : 10-7