

Revue des Revues

par la Rédaction de la Revue de la médecine générale

Le point sur les drains

Chez les enfants âgés de 1 à 3 ans qui présentent un épanchement bilatéral persistant (> 4 à 6 mois) de l'oreille moyenne, on a longtemps considéré qu'il fallait effectuer une tympanostomie (drains trans-tympaniques) dès 20 dB de déficit auditif afin de prévenir des troubles irréversibles du développement. Cette pratique était basée sur les études disponibles à ce jour, toutes étant de nature rétrospective.

Une large étude (429 enfants), prospective cette fois et débutée dans les années '90, a suivi des enfants porteurs d'épanchement rétro-tympanique depuis le plus jeune âge jusqu'à 12 ans. Tout épanchement bilatéral ou unilatéral présent avant l'âge de 3 ans et persistant respectivement au-delà de 3 et 4,5 mois, a fait l'objet d'une tympanostomie, soit d'emblée, soit 9 mois plus tard. La cohorte des enfants opérés après 9 mois de délai ne montre pas, aux âges de 9 à 11 ans, de déficit du développement cognitif ou des fonctions du langage et de la parole. Ceci corrobore les résultats d'une autre étude récente du même type.

Les guidelines américaines actuelles ne recommandent par conséquent le placement de drains trans-tympaniques que dans le cas d'épanchement persistant (> 3 mois) associé à un déficit auditif de > 40 dB, un retard de développement du langage ou de la parole, ou une anomalie structurelle du tympan. (JV)

Paradise JL et al. Tympanostomy tubes and developmental outcomes at 9 to 11 years of age. *N Engl J Med* 2006; 356: 248-61.

Berman S. The end of an era in otitis research. *N Engl J Med* 2006; 356: 300-2.

Fièvre après chimiothérapie.

La prise en charge d'une infection fébrile après chimiothérapie est réalisable à domicile dans un certain nombre de cas. En effet, les patients à faible risque de complication peuvent

bénéficier d'une antibiothérapie probabiliste à domicile associant une β -lactamine (amoxiclav dans la majorité des études) et une fluoroquinolone. La situation doit alors être réévaluée après 48 heures et le patient orienté vers l'hôpital en cas de fièvre persistante ou d'apparition de signes de gravité à l'examen clinique. Cette antibiothérapie doit être poursuivie jusqu'à ce que les neutrophiles soient plus nombreux que 500/mm³. Les patients à faible risque de complication sont en rémission de leur maladie, ne souffrent pas de comorbidité majeure (BPCO, insuffisance rénale, diabète p. ex.), n'ont pas d'infection sur cathéter, présentent une neutropénie de moins de 7 jours et ne présentent pas de troubles neurologiques ni de douleurs abdominales ni de signes cliniques de septicémie (hypoTA, détresse respiratoire). (TVdS)

Ades L, Kelaidi C. Neutropénies fébriles. *Rev Prat médecine générale* 2007; 21: 99-101.

Fibromes : opérer ou emboliser ?

L'embolisation artérielle utérine est couramment appliquée par les radiologues interventionnels en tant qu'alternative au traitement chirurgical classique dans le but d'une réduction de la morbidité per-opératoire. Cette technique permet en effet un bon contrôle des symptômes (jusqu'à 80% à 5 ans), mais celui-ci n'étant pas absolu, certaines femmes nécessitent une intervention ultérieure.

Une étude récente a porté sur le suivi comparatif à 1 an de 106 femmes traitées par embolisation et de 51 femmes traitées par chirurgie conventionnelle. Après une année, 20% des femmes embolisées a dû recourir à une réintervention (dont l'hystérectomie), contre seulement 2% des femmes opérées de manière classique. L'éditorialiste conclut que l'on peut retenir les indications suivantes pour les différentes techniques disponibles :

- Myomectomie (sauf en cas de myomes multiples) si désir de grossesse.

- Embolisation en cas de risque chirurgical majeur (antécédents de multiples laparotomies)
- Hystérectomie dans les autres cas. (JV)

The REST investigators. Uterine-artery embolization vs. surgery for symptomatic uterine fibroids. *N Engl J Med* 2006; 356: 360-70.

Tulandi T. Treatment of uterine fibroids – Is surgery obsolete? *N Engl J Med* 2006; 356: 411-13.

Appendicite ou pas ?

En cas de douleur de la fosse iliaque droite, comment éviter les appendicectomies inutiles sans prendre de risque ? En cas d'appendicite aiguë, la douleur, la fièvre et la contracture musculaire (défense) sont fréquentes. Au début, la douleur est épigastrique ou périombilicale avant de se localiser en fosse iliaque droite. Aucun signe n'est constant, aucun signe n'est pathognomonique.

En cas de doute, il faut utiliser un délai d'observation active, soit à domicile soit à l'hôpital selon les conditions de travail. Des études ont démontré qu'un délai d'observation n'augmentait pas le risque de perforation mais réduisait effectivement le nombre d'appendicectomies inutiles. Une prise de sang avec formule leucocytaire et CRP permet de faire la preuve de la présence ou non d'un état inflammatoire septique. Pour les cas litigieux, seule une échographie et parfois un scanner ont démontré leur utilité. L'échographie sera prescrite si l'appendicite n'est pas cliniquement évidente. Le scanner sera demandé si l'exploration de toute la cavité abdominale est souhaitée. L'abdomen à blanc n'apporte aucun élément de décision utile. (TVdS)

Meraud P, Pariente D. Douleur de la fosse iliaque droite. *Rev Prat médecine générale* 2007; 21: 87-90.

Anti-oxydants : une gloire imméritée ?

Une méta-analyse récente sur 19 études cliniques a révélé une augmentation de la mortalité

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.

chez les sujets exposés à des doses de vitamine E supérieures à 400 mg/jour. Par ailleurs, une étude type cas-témoins (non contrôlée), portant sur une population de sujets âgés de 65 ans a enregistré un taux de décès plus élevé chez les patients présentant des antécédents cardio-vasculaires (AVC, infarctus ou chirurgie coronaire, patients consommant des dérivés nitrés ou même des diurétiques) et consommant de la vit E.

Malgré la mauvaise qualité méthodologique de cette étude, il convient tout de même de s'interroger sur les bénéfices réels de ces traitements anti-âge qui suscitent l'emballement non seulement des médias mais aussi chez certains médecins. (EM)

Hayden KM et coll: Risk of mortality with vit E supplements: The Cache County Study. *American Journal of medicine* 2007; **120**: 180-4

Encore un facteur de risque !

La pollution par particules fines (PM2.5, moins de 2,5 µm de diamètre) est liée au transport routier (combustion des carburants, sauf le LPG) et à l'activité industrielle. On sait depuis longtemps déjà que la pollution par ces particules est délétère pour la fonction pulmonaire. On sait depuis peu que cette pollution présente aussi des propriétés athérogènes par le stress oxydatif et l'état inflammatoire qu'elle génère.

Alors que la plupart des études à ce jour ne montraient que de faibles augmentations du risque cardio-vasculaire en rapport avec cette pollution (moins de 1,2 pour chaque augmentation de 10 µG/m³ dans l'air), l'étude WHI rapporte un

risque relatif de 1,76 pour la mortalité cardio-vasculaire parmi sa large cohorte de femmes post-ménopausées. De même, le risque coronarien est également significativement augmenté par cette pollution.

Ainsi la femme en post-ménopause est-elle plus sensible que l'homme aux effets de la pollution par particules PM2.5. Même si l'explication de cette sensibilité différentielle n'est pas encore bien comprise, il est tentant de la mettre en parallèle avec les différences entre coronaires masculines et féminines, ces dernières étant plus fines et présentant plus souvent des lésions diffuses et de moins bon pronostic. (JV)

Miller KA et al. Long-term exposure to air pollution and incidence of cardio-vascular events in women. *N Engl J Med* 2006; **356**: 447-59.

Dockery DW, Stone PH. Cardiovascular risks from air pollution. *N Engl J Med* 2006; **356**: 511-12.

Mesures hygiéno-diététiques pour maigrir: quels bénéfices en attendre ?

Demander de maigrir aux patients trop gros est désormais entré dans les mœurs: risque cardio-vasculaire, diabète, arthrose, cancer, ... les raisons pour les patients obèses de perdre du poids ne manquent pas. Les données statistiques montrent en effet une corrélation entre obésité et problèmes de santé (diabète type 2, HTA, hyperlipémie, cancers ou AVC). Néanmoins, aucun essai randomisé ne démontre une diminution de la mortalité par amaigrissement chez l'adulte obèse en bonne santé (tant homme que

femme). On observe en revanche sur des études de cohorte une diminution de la mortalité lors d'une perte de poids intentionnelle chez les patients présentant des problèmes de santé. Un essai comparatif randomisé aux USA (WHI dietary modification) après 8 ans de suivi n'a cependant pas mis en évidence de diminution significative de l'incidence des coronaropathies, ni des AVC (mortels ou non) suite à des modifications alimentaires.

Une réduction du poids s'associe à une réduction de la pression artérielle, prévient le diabète de type 2, améliore le contrôle diabétique et réduit les lipides sériques. Les symptômes de la gonarthrose s'améliorent par diminution du poids. Il existe peu d'études de qualité et aucun essai comparatif randomisé concernant l'effet d'une réduction pondérale sur le syndrome d'apnées du sommeil. L'asthme, d'après un essai de courte durée (2 mois), est légèrement amélioré par la perte de poids chez les patients obèses.

Maigrir par ailleurs n'est pas sans inconvénients, même si ceux-ci sont peu évalués. Risque de fractures traumatiques provoqués par les activités sportives chez des personnes peu entraînées (mais ceci ne doit pas être un obstacle à encourager l'activité physique) ou par une diminution de la densité osseuse, mais aussi effets secondaires des régimes hyperprotéinés, ou comportements alimentaires paradoxaux.

Encourager les patients à bouger et perdre du poids, oui, mais sans en exagérer les bénéfices et uniquement chez les personnes obèses présentant des problèmes de santé. (EM)

Rédaction de Prescrire. Obésité: maigrir sans médicaments. *Prescrire* 2007; (27) **281**: 197-200