

Revue des Revues

par la Rédaction de la Revue de la médecine générale

Stents coatés ou non coatés ?

Apparus depuis 2003 sur le marché, les stents coatés sont imprégnés de sirolimus ou paclitaxel, molécules censées réduire le risque de thrombose du stent, un incident peu fréquent (< 2% endéans les 3 premières années) mais lourd de conséquence puisque responsable de mort subite ou d'infarctus du myocarde. Depuis 2004, environ 80% des stents placés aux USA sont des stents coatés.

Contrairement aux résultats positifs des études préalables à leur mise sur le marché, plusieurs études de suivi des patients stentés ont montré un taux paradoxalement plus élevé de thrombose tardive (> 1 an) pour les stents coatés par rapport aux stents non coatés, toutefois, et curieusement, sans augmentation du risque d'infarctus ou de décès. Une des explications possibles est l'engouement dont les stents coatés ont été l'objet avec, en corollaire, une extension de leur usage aux mauvaises indications, à savoir : lésions complexes, aux bifurcations, multiples, longues (> 30 mm); patients instables; infarctus aigu; co-morbidité (diabète, insuffisance rénale). Lorsque seules les bonnes indications sont considérées, les stents coatés conserveraient leur supériorité par rapport aux non-coatés (réduction du taux de réinterventions).

Néanmoins, des incertitudes persistent et d'autres études sont nécessaires pour clarifier la situation.

Entretemps, la FDA recommande de réserver le stent, coaté ou non, aux bonnes indications et de prescrire une bithérapie anti-agrégante (aspirine + clopidogrel) pour une durée de 12 mois après placement, notamment et surtout en cas de stent coaté. (JV)

Farb A, Boam AB. Sten thrombosis redux – The FDA perspective. *N Engl J Med* 2007; **356**: 984-87.

Trouble de l'adaptation

Cette étude française menée exclusivement en médecine générale avait pour but de définir le profil des patients souffrant d'un trouble de l'adaptation avec anxiété (TAA) ainsi que les événements de vie déclenchant ce type de troubles. En effet, les TAA surviennent après un ou plusieurs événements de vie, positifs ou négatifs, dans les 3 mois qui suivent l'incident. Plusieurs centaines de généralistes répartis sur le territoire et tirés au hasard dans les registres ont accepté d'inclure les trois premiers patients souffrant d'un TAA. Ce que l'on savait déjà, c'est qu'en France, le TAA touche 4,5% des patients consultant leur généraliste pour une raison psychologique et affecte 1% de la population générale. Le TAA affecte des femmes dans 2/3 des cas. Les patients jeunes et ayant une activité professionnelle sont les plus touchés. L'apport original de cette étude est que le principal facteur déclenchant est un événement familial (conflit, divorce, maladie) et ce surtout chez les femmes. Le second facteur déclenchant est un événement professionnel (restructuration, réorganisation) et cette fois, surtout chez les hommes. La population plus âgée présente souvent un facteur personnel déclenchant (mauvais sommeil, déménagement). Plus l'anxiété ressentie par le patient est importante, plus le handicap socio-professionnel est sévère. Plus le patient est jeune, plus le TAA risque d'être sévère et de déboucher vers une pathologie psychiatrique plus invalidante (dépression, alcoolisme). Les auteurs concluent pour la pratique en demandant de ne pas banaliser l'anxiété ressentie par les patients suites à des événements de vie. Au contraire, il faut les identifier et en parler avec le patient. (TVdS)

Pupille Y, Ferrand I. Trouble de l'adaptation avec anxiété : une étude chez 2820 patients en médecine générale. *Rev Prat médecine générale* 2007; **768/769**: 461-4.

Angor stable : médicaments seuls

L'angor stable doit-il bénéficier en plus du traitement médicamenteux optimal de mesures de revascularisation percutanées? Pour répondre à cette question, une étude prospective randomisée et multicentrique a été conduite de 1999 à 2004. Deux groupes de plus de 1100 patients avec lésions coronaires objectivées ont été traités soit par médicaments, soit par médicaments et angioplastie (dilatations avec ou sans stents). Au cours de la période de suivi, il n'y a eu aucune différence ni de morbidité, ni de mortalité cardio-vasculaires entre les deux groupes. Les auteurs concluent que la stratégie initiale de prise en charge de l'angor stable est uniquement médicamenteuse (anti-agrégants, bêta-bloquant, IEC ou sartan, statine ± ezetimibe, anti-angoreux). Les mesures de revascularisation percutanées n'ont pas permis, dans les mêmes conditions, de réduire les décès, les infarctus et les accidents vasculaires majeurs. (TVdS)

Boden W, O'Rourke R, Teo K, Hartigan P et al. Optimal medical therapy with or without PCI for stable coronary disease. *N Engl J Med* 2007; **356**: 1503-16.

Dépistage du cancer du sein : participer ou non ?

Une enquête qualitative en Basse Normandie a tenté de mettre à jour les logiques qui mènent les femmes (en zone rurale) à participer ou non au dépistage organisé du cancer du sein.

L'analyse des réponses des interviews en face à face montre que globalement la connaissance des objectifs du dépistage est correcte.

L'étude a mis par ailleurs en évidence des logiques de participation et de non participation, non seulement complexes mais parfois intriquées.

Les logiques de participation font intervenir : la vigilance, l'expérience, l'obéissance

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.

(l'invitation est comprise comme une convocation), le service gratuit, la logique du retour à l'égard de la collectivité. Le refus de participer au dépistage organisé n'est pas toujours un refus du dépistage en tant que tel mais peut traduire simplement la préférence pour un dépistage spontané s'inscrivant dans une logique de différenciation sociale, de trajectoire médicale en dehors du dépistage organisé et d'opposition exprimée ou non des médecins. Dans cette enquête, le refus du dépistage se fonde sur des logiques tout aussi cohérentes : sentiment de (fausse) sécurité de certaines femmes par rapport au cancer du sein, impression que toute maladie doit se faire sentir, fatalisme, hostilité face au monde médical, expérience négative du dépistage, peur que le dépistage soit dangereux. Cette étude comporte de nombreuses limites dont celle de n'avoir aucune certitude quant à la possibilité de « généraliser » ces représentations de femmes de deux départements français à l'ensemble des femmes. Mais la lecture de ces résultats ouvre des pistes de réflexion pour améliorer la participation des patientes au dépistage organisé. Entre autre tenir compte des représentations des patients par rapport à la maladie et au dépistage. (EM)

Pellissier-Fall A. Dépistage organisé du cancer du sein : participer ou non ? *Médecine, de la médecine factuelle à nos pratiques* 2007 ; (3) 4 : 183-7.

Pas de PTCA en prévention

Une récente étude a voulu éclaircir la question de l'utilité ou non de la dilatation percutanée (PTCA) chez les patients porteurs de lésions serrées (> 70%), stables et asymptomatiques, en terme de prévention de la morbi-mortalité

coronarienne. Une cohorte de 2287 patients répondant à cette définition et avec bonne fonction cardiaque, a été suivie durant 4 ans et demi. La moitié de la cohorte a fait l'objet d'une PTCA (stent ou non) + traitement médical optimal, l'autre moitié ayant suivi le seul traitement médical. Ce dernier était optimisé : mesures hygiéno-diététiques, hypolipémiants, bêta-bloquants, IEC et aspirine. Au terme de l'étude, le groupe dilaté n'a pas montré de réduction du risque de décès, d'infarctus ou d'autres événements cardiaques majeurs, en comparaison au groupe non dilaté.

L'éditorialiste qui commente l'étude estime que ces résultats ne sont pas surprenants quand on sait qu'une sténose coronaire n'est jamais que la traduction d'une maladie coronaire plus généralisée, ce qu'illustrent les hypolipémiants en réduisant le risque coronaire beaucoup plus qu'en modifiant le degré d'une quelconque sténose. Ceci par amélioration de la fonction endothéliale et stabilisation de la plaque. Ainsi la dilatation percutanée ne devrait-elle être réservée qu'aux cas symptomatiques malgré un traitement médical bien conduit, aux angors instables et aux lésions de la coronaire gauche principale. Des études sont en cours pour préciser l'indication de la PTCA préventive chez les patients diabétiques et/ou dont la fonction ventriculaire gauche est compromise. (JV)

Hochman JS, Steg PG. Does preventive PCI work? *N Engl J Med* 2007 ; 356 : 1572-74.

Intoxication médiatique

Les personnes qui se connectent à Internet, écoutent la radio ou regardent la télévision plus que

de raison peuvent être considérés des névrosés médiatiques.

Des critères de dépendance à Internet ont été décrits. L'accro à Internet présente les mêmes symptômes que tout toxicomane : tendance à la perte de contrôle, sentiment de manque, malaise, voire syndrome de sevrage en période de déconnexion, difficultés familiales, professionnelles ou affectives liées au fait que l'existence virtuelle prend le pas sur la vie réelle.

Les plus dépendants des utilisateurs d'Internet sont les névrosés de l'actualité. La névrose post médiatique est une forme d'anxiété déterminée entre autre par une surconsommation de nouvelles sur Internet. Elle est le résultat d'une perception anxieuse de la réalité qui suit une logique hypocondriaque : peur ou certitude que le pays ou le monde entier est malade, peur face aux nouvelles ou aux prévisions inquiétantes, consommation de news (comme l'hypocondriaque consomme des médicaments), valeur magique attribuée à l'information, exagération des menaces de l'actualité (comme l'hypocondriaque exagère les menaces sur la santé), refus de croire les avis rassurants (comme l'hypocondriaque refuse de croire les avis rassurants du médecin), recherche des informations pessimistes...

Les adolescents sont particulièrement sensibles aux images de l'actualité, en particulier à celles des attentats. Les informations répétitives par ailleurs modifient leur perception de la réalité.

Dans certains cas, cette angoisse médiatique est le reflet d'un trouble mental anxieux ou dépressif préexistant. (EM)

Lejoyeux M. La névrose médiatique Une forme moderne d'anxiété *Rev Prat Med Gen* 2007 ; (21) 768/769 : 437-9