

Revue des Revues

par la Rédaction de la Revue de la médecine générale

Vaccin HPV et cancer du col

On le savait déjà, la vaccination anti-HPV qui porte notamment sur les sérotypes 16 et 18, est d'une grande efficacité préventive contre les infections causées par ces virus. Une large étude multicentrique randomisée et double-aveugle (FUTURE II) vient de montrer que cette prévention est également effective en ce qui concerne la prévention des lésions précancéreuses (CIN 2 et 3) et cancéreuses in situ dues à ces mêmes virus, en tout cas chez les sujettes exemptes de toute infection préalable à la vaccination. Cette étude a suivi pendant 3 ans après vaccination, 12.167 femmes âgées de 15 à 26 ans lors de l'enrôlement. La durée du suivi paraît très limitée pour ce qui concerne une étude de prévalence de lésions (pré)cancéreuses mais elle est justifiée par le délai fort court (autour d'un an) qui sépare l'infection de la lésion elle-même.

Par contre, les conclusions de FUTURE II sont moins brillantes lorsque l'on considère l'impact de la vaccination sur la population entière des jeunes femmes vaccinées : 44% de réduction pour la prévalence à 3 ans des lésions dues aux sérotypes 16 et 18, et seulement 17% de réduction pour la prévalence à 3 ans des lésions dues à tous les sérotypes confondus, cette réduction n'étant jugée significative que pour les lésions de plus bas grade (CIN 2).

Cette large étude souligne la nécessité d'une vaccination dès avant l'âge des premiers rapports sexuels, c.-à-d. avant toute possible infection par HPV. Elle illustre par contre bien le risque que de nouveaux sérotypes oncogéniques viennent occuper la niche biologique laissée désormais vacante par les HPV-16 et 18. (JV)

The FUTURE II Study Group. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent high-grade cervical lesions. *N Engl J Med* 2007; **356**: 1915-27.

Sawaya GF, Smith-McCune K. HPV vaccination – more answers, more questions. *N Engl J Med* 2007; **356**: 1991-93.

Un dogme ébranlé

Une récente mise à jour des recommandations de l'AHA (American Heart Association) publiées avec l'ADA (American Dental Association) devrait modifier les habitudes en termes de prévention de l'endocardite bactérienne. Selon ces nouvelles recommandations, la prophylaxie antibiotique de l'endocardite avant une intervention dentaire n'est nécessaire que chez un très faible nombre de patients, même si cette prophylaxie a une efficacité de 100%. Une antibiothérapie à visée prophylactique se justifie uniquement chez les patients à très haut risque de complications graves en cas d'endocardite. Cela ne concerne que les patients greffés ayant développé des problèmes valvulaires, les cardiopathies congénitales sévères, les patients porteurs de valves artificielles. Chez ces patients, la prophylaxie de l'endocardite est recommandée pour toutes les manipulations dentaires impliquant un risque de blessures gingivales, de la muqueuse buccale ou de la région périapicale. Cette prophylaxie s'applique aussi chez ces mêmes patients pour des interventions sur les voies respiratoires supérieures et en cas d'infection cutanée ou des tissus musculosquelettiques. Elle n'est pas recommandée en revanche pour les interventions urogénitales (y compris hystérectomie par voie vaginale) ou gastro-intestinales.

La bactériémie résultant des activités quotidiennes est beaucoup plus à risque d'endocardite bactérienne que celle associée à des manipulations de dentisterie. Cependant le groupe à l'origine des recommandations affirme comme déjà en 1997 que la prophylaxie de l'endocardite bactérienne ne s'applique pas aux piercing ou autres tatouages.

Ces nouvelles recommandations ont été cautionnées par l'Infectious Diseases Society of America et la Pediatric Infectious Disease Society. (EM)

Wilson W, Taubert K.A, Gewitz M and al Prevention of infective Endocarditis. Guidelines from the American Heart Association *Circulation* 2007 doi : 10.1161/circulationAHA.106.183095 (www.circulationaha.org)

Coordination entre généralistes et psychiatres

Une jeune Française interne en médecine générale a évalué, dans une population de patients psychiatriques d'un centre médico-psychologique, la proportion de ceux ayant un médecin traitant, le niveau d'information de ces derniers à propos de la pathologie psychiatrique de leurs patients et le degré d'information des psychiatres concernant l'état de santé somatique des patients. Cette étude prospective a été menée pendant un mois sur 143 patients. 33% des patients avaient un médecin considéré comme traitant, 28% avaient au moins une maladie somatique chronique. La pathologie psychiatrique des patients était méconnue des médecins traitants dans 56% des cas. Dans 61% des cas, les psychiatres ne connaissaient pas les pathologies somatiques des patients qu'ils suivaient. Cette étude, bien que présentant de nombreuses limites (durée, taille de l'échantillon) montre un recours insuffisant des patients psychiatriques aux soins somatiques. Or, de nombreuses études internationales s'accordent sur le taux de morbidité et de mortalité somatique très élevé dans cette catégorie de patients. Par ailleurs, cette étude révèle un manque de communication flagrant entre médecins généralistes et psychiatres. Une enquête européenne (Esemed) conduite dans six pays européens montre que le généraliste est le plus rapidement consulté en cas de problèmes psychologiques ou psychiatriques. Le rôle du généraliste dans la prise en charge des problèmes de santé mentale est très important pour le dépistage, pour référer au psychiatre et pour le suivi. Ce suivi nécessite cependant une bonne coordination et une bonne transmission des informations dans les deux sens, en délimitant les compétences de chacun. (EM)

Bohn I, Aubert J.P, Guegan M and al Patients psychiatriques en ambulatoire. Quelle coordination des soins? *Rev Prat Med Gen* 2007; (21), **770/771**: 511-4

Kovess – Masfety V: Place du généraliste dans la prise en charge des problèmes en santé mentale. *Rev Prat Med Gen* 2007; (21), **770/771**: 519-21

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.

Aspirine : en prévention, point trop n'en faut

Les doses d'aspirine prescrites en prévention cardio-vasculaire varient entre 80 et 325 mg par jour. Les résultats d'une revue systématique de la littérature invite la communauté scientifique à revoir les doses d'aspirine administrées à des fins préventives. Le risque hémorragique est évidemment dose dépendant. Si pour les patients à haut risque cardio-vasculaire, les bénéfices de l'aspirine sont supérieurs au risque d'hémorragie, en revanche pour les patients à faible risque, la balance bénéfices/risques est moins claire. Et dans ce cas, la méta-analyse a démontré que l'effet protecteur de l'aspirine n'est pas directement proportionnel à la dose prescrite. Des 2415 études prises en compte dans une recherche sur Medline, les auteurs ont sélectionné 11 études, dont 8 randomisées et 3 observationnelles pour un total de 10 000 patients présentant des manifestations de maladies cardio-vasculaires. Il en ressort que l'aspirine à doses plus élevées n'a pas de bénéfice significatif par rapport à des dosages plus faibles. 30 mg semblent suffisants en prévention cardio-vasculaire primaire. Ces résultats concordent avec d'autres publiés en 2002 par l'Oxford Antithrombotic Trialists Collaboration, nonobstant une méthodologie de travail différente. (EM)

Campbell C et al. Aspirin dose for the prevention of cardiovascular disease. *JAMA* 2007; **297**: 2018-24.

Infarctus augmentés sous rosiglitazone ?

Le NEJM a publié sur son site, le 21 mai 2007, une méta-analyse montrant un accroissement apparent de 43% de la fréquence des infarctus du myocarde chez les patients traités par rosiglitazone. Les auteurs ont retenu 42 essais randomisés (dont certains non publiés), portant sur près de 28 000 patients d'un âge moyen de 57 ans, dont 15 560 sous rosiglitazone d'une durée d'au moins 24 semaines comportant un groupe contrôle (vs ADO ou placebo) qui fournissaient des données sur la survenue d'infarctus du myocarde ou de décès de causes cardio-vasculaires. 158 IDM et 61 décès de cause cardio-vasculaire sont survenus durant la période de surveillance. 86 décès par IDM et 39 par cause cardio-vasculaire ont été observés dans les groupes rosiglitazone contre 72 et 22 dans les groupes contrôles. On ne peut évidemment pas dire si cet effet secondaire potentiel est un effet de classe ou propre à la rosiglitazone et s'il est en rapport avec l'agonisme des récepteurs PPAR gamma. Le niveau de preuve de cette méta-analyse est cependant inférieur à celui d'une étude randomisée unique qui serait conduite avec cet objectif. Parmi les autres faiblesses de la méta-analyse: les données concernant les IDM et les décès de cause cardio-vasculaire n'ont pas été recueillis de façon homogène dans les différents essais, les différents intervalles de confiance mesurés sont larges en raison

du petit nombre total d'événements en valeur absolue et l'on ne dispose d'aucune donnée sur la durée d'exposition à ce médicament avant la survenue des événements cardio-vasculaires défavorables. Cette méta-analyse, très controversée dès sa publication, prouve simplement la nécessité d'études complémentaires sur les risques cardio-vasculaires liés aux glitazones et à la rosiglitazone en particulier. (EM)

Nissen S and al.: Effect of rosiglitazone on the risk of myocardial infarction and death from cardiovascular causes. *N Engl J Med* 2007; **356**, publication avancée en ligne le 21 mai 2007.
Psaty B and al.: "Rosiglitazone and cardiovascular risk." *N Engl J Med* 2007; **356**, publication avancée en ligne le 21 mai 2007