

Revue des Revues

par la rédaction de la Revue

HDL cholestérol : bon prédicteur

Reprenant les données de la récente étude multi-centrique TNT (Treating to New Targets) qui avait porté sur 9770 patients, les investigateurs se sont intéressés à l'éventuelle corrélation entre le taux plasmatique de HDL-cholestérol, tel que mesuré à 3 mois de traitement avec statine, et le délai de survenue du 1^{er} événement cardio-vasculaire majeur (infarctus myocardique, décès d'origine cardiaque, accident vasculaire cérébral). Les résultats de cette analyse rétrospective montrent une corrélation directe du taux de HDL-cholestérol au délai de survenue d'un événement cardio-vasculaire. Comme on l'avait déjà constaté auparavant, ce taux constitue donc un prédicteur inverse du risque cardio-vasculaire. Cet impact prédictif est surtout marqué lorsque l'on compare le groupe ayant un HDL 55 mg/dl avec les groupes dont le taux d'HDL est inférieur à 38 à 43 mg/dl. L'élément nouveau apporté par cette étude, est l'existence de cet impact même lorsque le LDL-cholestérol est bas, y compris sous la barre des 70 mg/dl. (JV)

Barter P et al. HDL cholesterol, very low levels of LDL cholesterol, and cardiovascular events. *N Engl J Med* 2007; 357: 1281-92.

Tabac : réduire pour mieux arrêter

La majorité des fumeurs, même conscients des risques liés à leur tabagisme n'est pas prête à arrêter dans un futur immédiat. Cependant, certains d'entre eux souhaitent pouvoir réduire leur consommation. Les fumeurs qui descendent sous la barre des 15 cigarettes par jour (sans substitution) ont un taux d'arrêt supérieur à celui de ceux qui ne diminuent pas le nombre de cigarettes fumées. Une façon de diminuer la consommation sans trop d'inconfort est la compensation nicotinique. Quatre études cliniques ont démontré que les substituts nicotiniques chez des fumeurs ayant subi plusieurs échecs de sevrage ou non dési-

reux d'un arrêt total permettent une réduction de 50% à court et à long terme du nombre de cigarettes fumées. Par ailleurs, le fait de participer à une étude de réduction entraîne des arrêts qui augmentent avec le temps et ce même avec un placebo en substitution. La motivation à l'arrêt se renforce aussi.

La dose de substitution nicotinique (gomme ou inhalateur) pour ce type de sevrage «intermédiaire» doit être adéquate et la durée suffisante. Cette stratégie permet d'obtenir un arrêt définitif du tabac une fois sur dix et la diminution de la consommation sous la barre des 15 cigarettes par jour réduit déjà le risque de cancer du poumon. (EM)

Le Houezec J: Réduction du tabagisme *Rev Prat med gén* 2007; 780/781: 774-5

Prévention : un concept à repenser avec l'âge

Une analyse du British medical journal se penche sur le concept de prévention chez les personnes âgées. Dans les pays développés, vaccinations, hygiène et antibiotiques ont réduit de manière drastique les morts par infection. La population ayant désormais la possibilité de survivre aux épidémies infectieuses vieillit en affrontant l'épidémie des maladies cardio-vasculaires. Les auteurs se demandent, dans la mesure où l'âge reste la cause fondamentale de décès, si en réduisant le risque d'une cause particulière de décès, on ne change pas simplement les causes de la mort sans prolonger réellement l'existence. L'utilisation de statines à titre préventif n'apporte pas de bénéfices en termes de mortalité chez les personnes âgées. En effet, la mortalité d'origine cardio-vasculaire diminue mais la mortalité par cancer augmente et donc la mortalité globale reste inchangée. Selon les auteurs, la prévention cardio-vasculaire sélectionne simplement un autre type de mort. Or la plupart des patients âgés redoutent plus la manière dont ils vont mourir que leur mort elle-même. Et dans

la représentation populaire, mourir d'une maladie cardiaque est mieux perçu que mourir d'un cancer. "Quel risque de cancer est acceptable pour prévenir une mort par infarctus du myocarde? se demandent les auteurs, cessons d'utiliser des modèles linéaires et d'extrapoler aux personnes âgées les résultats de patients plus jeunes. Des modèles plus complexes sont nécessaires pour déterminer le bénéfice des traitements préventifs chez nos patients âgés." (EM)

Manning D, Sweeney K, Heath I: Preventive health care in elderly people needs rethinking *BMJ* 2007; 335: 285-7

Vaccination anti-grippale chez les patients âgés

D'après une revue systématique publiée dans le Lancet, les bénéfices de la vaccination antigrippale chez les personnes âgées en terme de diminution de la mortalité seraient largement surévalués. Cette surestimation est liée, selon les auteurs, à un biais dans la sélection de fragilité (on vaccine plus contre la grippe les patients âgés en bon état général que ceux touchés de fragilité) et l'utilisation de *endpoint* non spécifiques. Une fois ce biais éliminé, on manque de preuves pour déterminer l'importance du bénéfice de la vaccination anti-grippale sur la mortalité. Plusieurs études récentes n'ont pas démontré de diminution de mortalité en corrélation avec la grippe chez les patients âgés depuis 1980 alors que la couverture vaccinale contre la grippe est passée depuis lors de 15 à 65%. Des personnalités du Cochrane Vaccines Field dans un commentaire dans le même Lancet suggèrent d'organiser des études randomisées chez les personnes âgées afin de répondre à la question et lever toute incertitude. Le NEJM publie en revanche les résultats d'une étude qui s'est attachée entre autre à analyser les distorsions évoquées dans l'article du Lancet. Cette étude portant sur 713,872 personne-saisons sur 10 saisons de grippe aux États-Unis a montré que la

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.

vaccination était associée à une diminution de 27% du risque d'hospitalisation pour pneumonie ou grippe et à une réduction de 48% du risque de décès chez les personnes âgées (plus de 65 ans). Cette réduction significative est un argument en faveur d'une couverture vaccinale de ce groupe d'âge. (EM)

Simonsen L, Taylor RJ, Miller MA et al. Mortality benefits of influenza vaccination in elderly people: an ongoing controversy. *The Lancet Infect Dis* 2007; 7: 658-66 DOI: 10.1016/S0140-6736(07) 61389-0.

Jefferson T, Di Pietrantonj C. Inactivated influenza vaccines in the elderly – are you sure? *The Lancet* 2007; DOI: 10.1016/S0140-6736(07) 61389-0.

Nichol KL, Nordin J, Nelson D and al. Effectiveness of Influenza Vaccine in the Community-Dwelling Elderly *N Engl J Med* 2007; 357: 1373-81.

Quels sont les risques de la chirurgie bariatrique ?

Une enquête menée par l'Assurance maladie (en France) auprès des patients s'est intéressée aux complications et effets indésirables dans une cohorte de 1238 patients ayant fait l'objet de chirurgie bariatrique. 3.7% de complications précoces ont été observées avec une mortalité postopératoire de 0.2%. Les effets indésirables signalés par 64% des patients varient selon la technique utilisée: nausées, dysphagies, RGO, œsophagites en cas d'anneau ou de gastroplastie, diarrhée et dumping syndrome en plus de ces effets en cas de dérivation. 7% des patients ont subi une réintervention au cours de la première année liée à une complication.

Ces données françaises convergent avec les données internationales: 0.1 à 0.5% de mortalité selon les techniques, une mortalité qui augmente avec l'âge, 7% de

réhospitalisation dans les six mois après by-pass gastrique. Les données internationales montrent aussi une augmentation de la fréquence des hospitalisations jusqu'à 3 ans après l'intervention.

En conclusion, la chirurgie est une option à envisager en cas d'obésité morbide mais elle nécessite d'une part une bonne information des patients et d'autre part un suivi à long terme. (EM)

La revue Prescrire: Chirurgie gastrique de l'obésité: des complications, *Prescrire* 2007; 285: 513-5

Tabagisme banni en public... mais en privé ?

L'interdiction du tabac dans les lieux public diminue l'exposition des non-fumeurs au tabagisme passif. Mais que se passe-t-il dans les domiciles privés ? Des équipes écossaises ont mené des études pour répondre à cette question après l'entrée en vigueur de la législation de 2006 bannissant le tabac dans les lieux publics. Une première étude qualitative, basée sur des interviews semi-structurés a porté sur un échantillon de 50 personnes âgées de 18 à 75 ans, issues de milieux sociaux différents incluant des fumeurs vivant avec des fumeurs, des non fumeurs vivant avec des fumeurs et des fumeurs vivant avec des non-fumeurs. La notion de tabagisme passif était connue tandis que la compréhension des risques liés à ce dernier était variable. La vulnérabilité des enfants et des grands-parents était reconnue comme prioritaire pour diminuer le tabagisme passif. La plupart des participants rapportent avoir réduit leur consommation tabagique à domicile,

cette réduction étant déterminée par différents facteurs (santé, esthétiques, relationnels, ...). D'autres stratégies étaient décrites aussi pour réduire le tabagisme passif comme l'ouverture des fenêtres. Fumer en voiture a diminué aussi. Peu parmi les participants estimaient avoir été influencés à la maison par la législation. Une autre étude écossaise basée entre autre sur le dosage de cotinine salivaire chez des enfants en âge d'école primaire avant et après la législation de mars 2006 n'a pas apporté d'éléments démontrant une augmentation du tabagisme passif lié à une consommation tabagique parentale plus importante à domicile après la législation. Le même constat est observé sur base d'une étude après l'entrée en vigueur de la législation mesurant la cotinine salivaire chez des adultes non-fumeurs âgés de 18 à 75 ans vivant dans des maisons avec des fumeurs.

En bannissant le tabac des lieux publics, la législation a eu un impact positif sur le tabagisme passif mais ceux qui en tirent le plus de bénéfices sont les non-fumeurs vivant avec d'autres non-fumeurs.

Par ailleurs, la prise de conscience des risques du tabagisme passif, en dépit de l'ambivalence des messages de santé publique et de la souplesse des restrictions du tabagisme, offre des opportunités pour des initiatives de santé publique soutenant les personnes soucieuses de vivre dans des maisons sans tabac. (EM)

Phillips R., Amos A, Ritchie D et al: Smoking in the home after the smoke free legislation in Scotland: qualitative study *BMJ* 2007; 335: 553-6

Akthar P. C., Currie D.B., Currie C.C., Haw S.J. Changes in child exposure to environmental tobacco smoke (CHETS) study after implementation of smoke-free legislation in Scotland: national cross sectional survey *BMJ* 2007; 335: 545-48

Haw S.J., Gruer L. Changes in exposure of adult non-smokers to secondhand smoke after implementation of smoke free legislation in Scotland: national cross sectional survey *BMJ* 2007; 335: 549-52