

Revue des Revues

par la rédaction de la Revue

Hypnothérapie contre colon irritable en pédiatrie

Les douleurs abdominales fonctionnelles et le côlon irritable sont des pathologies rencontrées fréquemment en pédiatrie.

Une étude randomisée a comparé un traitement médical classique à la prise en charge par hypnothérapie ciblée sur le système digestif. Cette étude a enregistré la participation de 53 enfants âgés de 8 à 18 ans. L'hypnothérapie a été réalisée en 6 séances sur 3 mois. Les patients du groupe sous traitement médical ont également été suivis 6 fois en 3 mois. L'intensité de la douleur, la fréquence et les symptômes associés ont été évalués chaque semaine, pendant la thérapie, 6 et 12 mois après celle-ci. Le degré d'intensité de la douleur a diminué dans les deux groupes, mais de manière nettement plus importante dans le groupe de patients traités par hypnothérapie. La fréquence de la douleur a également nettement plus diminué dans le groupe «hypnothérapie». Les bons résultats obtenus ont persisté à un an du traitement chez 85 % des patients du groupe «hypnothérapie» par rapport à un bénéfice persistant chez 25 % des patients traités médicalement.

Le nombre de patients dans cette étude est restreint. Mais les résultats encourageants obtenus peuvent nous offrir une alternative à proposer aux jeunes patients. (FP)

Vlieger AM, Menko-Frankenhuis C, Wolfkamp SC, Trompé, Benning MA. Hypnotherapy for children with functional abdominal pain of irritable bowel syndrome: a randomized controlled trial. *Gastroenterology*. 2007; 133 (5): 1430-6

Savoir dire «Non»

Être capable de dire «non» à la demande formulée par un patient est utile. En effet, le médecin n'est pas tenu de rendre service car cette démarche n'est pas nécessairement bénéfique pour le patient et parce que c'est son droit de ne pas se laisser envahir par les

demandes abusives. Cela est essentiel afin de préserver le plaisir d'exercer. Le médecin qui sait dire non est en paix avec lui-même. Savoir dire «Non», c'est aussi redonner de la valeur aux «Oui». Nos critères de décision pour dire oui ou non sont basés sur des données objectives mais aussi sur des perceptions individuelles. «Que suis-je prêt à accepter actuellement? Quelle est ma position par rapport aux ITT? Quelles sont mes limites?» Comment formuler le «Non»? Il est conseillé d'écouter la demande du patient et de veiller à bien la comprendre. Ensuite, dire «Non» de manière assertorique, sans agressivité mais aussi sans chercher à se justifier. Il faut ensuite laisser du temps au patient pour réagir au refus. S'il insiste, répéter le refus avec empathie mais toujours sans se justifier. Par exemple: «Je comprends votre embarras mais c'est non.» ou «Vous pouvez compter sur moi comme médecin traitant mais pour cet arrêt de travail, je suis désolé c'est non.». S'il faut mettre fin à la discussion, dites «Ma réponse est définitive: c'est NON!». Notre décision, que ce soit oui ou non, est la bonne si elle est suivie d'une émotion positive, d'une satisfaction pour nous-mêmes. (TVdS)

Galam E, Dumas FR. Oser dire «Non» avec sérénité. *Rev Prat médecine générale* 2007; 788-789: 639-53.

Nouvelles recommandations américaines pour la prise en charge de la BPCO

Les bénéfices du traitement de la BPCO sont en relation avec la réduction des exacerbations chez les patients qui présentent des exacerbations fréquentes et une dyspnée limitant leurs activités, c'est-à-dire les patients avec une BPCO sévère à très sévère. Les corticostéroïdes inhalés et les bronchodilatateurs à longue durée d'action sont plus efficaces pour réduire les exacerbations

que les bronchodilatateurs à courte durée d'action. Chez les patients avec obstruction sévère et hypoxémie, la mortalité est réduite par l'utilisation d'une oxygénothérapie au long cours. L'American college of physician a élaboré de nouvelles recommandations pour le diagnostic et la prise en charge de la BPCO.

1^{re}: chez les patients symptomatiques (dyspnée) la spirométrie sera réalisée pour diagnostiquer un syndrome obstructif. Elle ne sert pas au dépistage d'un syndrome obstructif chez les patients asymptomatiques. 2^e: le traitement d'une BPCO stable devrait être réservé aux patients avec des symptômes respiratoires et VEMS inférieur à 60 % de la valeur prédite, documenté par spirométrie.

3^e: pour ces patients, on prescrira une monothérapie à base de Bêta agonistes inhalés à longue durée d'action ou d'anticholinergiques inhalés à longue durée d'action ou des corticostéroïdes inhalés.

4^e: les associations de plusieurs traitements par inhalations chez les patients avec BPCO et VEMS < 60 % seront laissés à l'appréciation du médecin

5^e: une oxygénothérapie sera prescrite chez les patients BPCO avec hypoxémie (PaO₂ ≤ 55 mmHg)

6^e: une revalidation respiratoire sera envisagée chez les patients symptomatiques avec un VEMS < 50 % de la valeur prédite. (EM)

Amir Qaseem, MD, PhD, MHA; Vincenza Snow, MD; Paul Shekelle, MD, and AI Efficacy Assessment Subcommittee of the American College of Physicians* Diagnosis and Management of Stable Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians. *Annals of internal Medicine* 2007 (147) 9: 633-8

Cystites aiguës chez la femme

Une étude randomisée a comparé l'efficacité d'un traitement par nitrofurantoin (2x100 mg/jour pendant 5 jours) vs Trimetoprim-sulfaméthoxazole (TMP-SMX) (double-strength tablet 2x/j pendant 3 jours) dans un groupe de 338 femmes âgées de 18 à

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.

45 ans présentant une cystite aiguë. L'évaluation a porté sur la clinique et l'examen urinaire 5 à 9 jours après traitement et sur la clinique 30 jours après traitement. Le traitement a été porté à son terme chez 79 % des patientes sous TMP-SMX et 84 % sous nitrofurantoïne.

Les résultats montrent qu'un traitement par cinq jours de nitrofurantoïne est équivalent à trois jours sous TMP-SMX et constitue une alternative valable aux quinolones pour le traitement des cystites aiguës chez la femme. (EM)

Gupta K, Hooton TM, Roberts PL, Stamm WE. Short-course nitrofurantoin for the treatment of acute uncomplicated cystitis in women. *Arch Intern Med.* 2007; **167**(20): 2207-12

Soins en maisons de repos: un travail de généralistes

N'est-il pas utile voire nécessaire d'adjoindre aux généralistes qui prennent en charge des personnes âgées en maison de repos les conseils d'une équipe de spécialistes en gériatrie? Cette RCT, réalisée par le département de Santé Publique de l'Université de Washington s'est attachée à évaluer l'apport d'une telle équipe tant pour les généralistes que pour leurs patients. L'étude a évalué l'état de santé de 874 patients âgés et institutionnalisés durant 24 mois. La moitié de ce groupe bénéficiait des soins de son généraliste habituel, non conseillé par l'équipe de gériatres. L'autre moitié du groupe de patients était aussi soignée par son généraliste habituel mais conseillé par l'équipe de spécialistes. Cette évaluation se base sur: les résultats de différents tests et mesures réalisés à 0, 12 et 24 mois

de suivi, le nombre d'hospitalisations et de décès ainsi que sur la capacité des patients à participer aux activités de la vie quotidienne. De plus, la perception des 31 généralistes à propos de l'intervention des gériatres a également été évaluée durant cette période.

Les généralistes ayant bénéficié des conseils de l'équipe spécialisée se sont déclarés majoritairement satisfaits. Toutefois, cette satisfaction ne s'accompagne pas de résultats favorables pour leurs patients. En effet, ce groupe de patients présente une plus grande mortalité que le groupe témoin (11,4 % de décès contre 7,1 %). Le groupe avec conseils spécialisés ne présente pas un meilleur contrôle de sa tension artérielle ni une moindre prescription de médicaments à risque pour les personnes âgées. Il n'y a pas de différence significative dans le nombre des hospitalisations entre les deux groupes.

Les auteurs concluent que bien que l'intervention d'une équipe de gériatres soit acceptée par les généralistes actifs en MRS, cette intervention se solde par une augmentation de la mortalité et aucun bénéfice important pour les patients et leur santé. (TVdS)

Phelan E, Balderson B, Levine M, Erro J et al. Delivering effective primary care to older adults: a randomized, controlled trial of the senior resource team at group health cooperative. *J Am Geriatr Soc* 2007; **55**: 1748-56.

De la nécessité d'adapter les guidelines...

Le British medical journal publie deux essais randomisés, l'un mené en Inde et l'autre au Brésil, compa-

rant l'efficacité de différents neuroleptiques pour la sédation de patients agités et agressifs dans les services d'urgence. L'étude brésilienne montre qu'une association parentérale d'Haldol® et prométhazine est plus efficace que l'halopéridol seul pour provoquer le sommeil chez les patients agités. L'étude indienne compare l'efficacité de l'olanzapine à l'association d'halopéridol et prométhazine sur les patients agités pour le même objectif. Elle constate une efficacité égale de l'association par rapport à l'olanzapine.

En fait l'intérêt suscité par ces études va au-delà de l'efficacité des différents neuroleptiques. Les guidelines du NICE en effet ne préconisent l'utilisation d'une sédation parentérale par neuroleptiques qu'en dernier ressort et l'objectif de cette sédation est bien de calmer le patient et non de le faire dormir. Oui, mais les guidelines sont rarement établies en fonction de la situation des pays en voie de développement où les ressources et le personnel sanitaire sont souvent limités. Or un patient psychiatrique en pleine crise d'agitation dans un service d'urgence, sans une sédation efficace devient un lourd fardeau pour des services d'urgence débordés et manquant de personnel et de matériel. Dans des conditions défavorisées, déclare l'éditorialiste, un patient endormi est nettement préférable à un patient qui nécessite une observation constante. Les guidelines doivent être adaptés au contexte. (EM)

Raveendran N; Tharyan P, Alexander J and al: Rapid tranquillisation in psychiatric emergency setting in India: pragmatic randomised controlled trial of intramuscular olanzapine versus intramuscular haloperidol plus promethazine. *BMJ* 2007; **335**: 865-9)

Hulf G, Coutinho ESF, Adams CE Rapid tranquillisation in psychiatry emergency settings in Brazil: pragmatic randomised controlled trial of intramuscular haloperidol versus intramuscular haloperidol plus promethazine. *BMJ* 2007; **335**: 869-72

Chittaranjan A. Rapid tranquillisation in emergency psychiatric settings. *BMJ* 2007; **335**:835-6