

Revue des Revues

par la rédaction de la Revue

Boissons sucrées et crises de goutte

Existe-t-il une relation entre la consommation de sodas (ou autres boissons sucrées) et le risque de survenue d'une crise de goutte? Cette étude prospective d'une durée de 12 ans auprès de 46 000 hommes sans antécédent de goutte apporte une réponse affirmative à cette question.

Pendant les 12 ans de suivi, 755 cas de goutte aiguë ont été confirmés. Sur base des consommations de tous les patients, les auteurs constatent une augmentation significative du risque de goutte proportionnelle à l'importance de l'ingestion de sodas. Cette augmentation proportionnelle du risque apparaît à partir d'une consommation de cinq verres de sodas par semaine. Le risque est maximum à partir d'une consommation ou plus, tous les jours.

Cette association n'est pas observée pour les sodas «lights». Par contre, elle est confirmée pour les jus de fruits ou la consommation de fruits riches en fructose comme les pommes ou les oranges. Ce risque est lié à l'élévation des taux d'acide urique observée lors de l'augmentation des apports en fructose. (TVdS)

Choi HK, Curhan G. Soft drinks, fructose consumption, and the risk of gout in men: prospective cohort study. *BMJ* 2008; 336: 309-12.

Agir au niveau de l'observance

L'observance thérapeutique ou compliance est exprimée en pourcentage de prise médicamenteuse prescrite chez une personne donnée. Une bonne observance est rencontrée à partir de 80% de prise, une mauvaise observance en dessous de 50% de prise!

Au fil des mois et années de traitement, l'observance diminue et affecte préférentiellement les patients présentant le plus de co-morbidités. Les facteurs favorisant

une mauvaise observance sont: l'âge avancé, le célibat, l'absence d'instructions claires à propos de la poursuite du traitement, le manque d'argent, le faible niveau de scolarité, la complexité du traitement et les antécédents d'effets secondaires médicamenteux.

Améliorer l'observance doit être une priorité car, actuellement, agir à ce niveau est plus utile que de disposer de nouvelles molécules.

Il faut informer les patients sur les risques de la maladie et sur les bénéfices de leurs traitements, apporter des instructions claires, tant orales qu'écrites, réduire le nombre de médicaments et de prises, prêter attention aux effets indésirables et dialoguer avec le patient à propos de son observance. (TVdS)

Imbs J-L. L'observance: clé de voûte des traitements au long cours. *Rev Prat médecine générale* 2008; 22: 142-4.

Paielement à la performance: pas encore EBM

Une récente revue de littérature n'a recueilli que sept études à propos de l'efficacité du système de paiement à la performance en matière de soins de santé. Malgré l'enthousiasme des auteurs de ces publications, les preuves d'une meilleure efficacité de ce type de rémunération restent faibles. En élargissant les critères de sélection, une seconde revue de littérature a identifié 17 études. De leur analyse, il résulte seulement une amélioration du taux de vaccination des patients dont le médecin est payé en fonction de son niveau de performance. Par contre, les patients les plus sévèrement malades souffraient d'un accès plus difficile aux soins de santé dans ce type de rémunération. En effet, si le médecin est rémunéré à la performance, il est décourageant de prendre en charge les cas les plus difficiles ou les plus complexes. De plus, le paiement à la performance focalise l'attention des médecins sur les para-

mètres cliniques mesurés et payés (p. ex. le taux de vaccination) et les poussent à négliger les aspects de santé non valorisés (p. ex. conseils d'hygiène de vie). Les auteurs concluent de leur analyse que les preuves d'une supériorité d'efficacité du système de soins de santé honoré à la performance manquent encore. Des études complémentaires à l'échelle locale ou régionale doivent être menées avant de se risquer à une généralisation nationale du système. (TVdS)

Mannion R, Davies H. Payment for performance in health care. *BMJ* 2008; 336: 306-8.

Placebo: au plus cher au plus efficace?

Un placebo à 10 cents n'a pas la même efficacité qu'un placebo coûtant 2.5\$. Une étude assez curieuse a été ainsi réalisée sur un échantillon de 82 personnes. Les patients soumis tout d'abord à une secousse électrique brève mais douloureuse au doigt ont reçu un analgésique, en réalité un placebo. Les patients étaient répartis en deux groupes. Un groupe a reçu avec son placebo une brochure d'allure assez coûteuse vantant l'efficacité thérapeutique du médicament administré et citant un prix assez élevé. Dans l'autre groupe, la brochure de présentation était beaucoup plus sobre et dépouillée et soulignait surtout le prix très bas. 85% des patients ont été soulagés dans le premier groupe contre 61% dans le groupe traité de manière économique. Ces résultats, bien que limités par la faible taille de l'échantillon, sont assez interpellants quant à la perception de la qualité par le public et les mécanismes à la base de la relation entre le prix d'un médicament et de la qualité attendue par le patient consommateur. Signalons toutefois que dans l'étude en question, les patients d'aucun des deux groupes n'ont payé le traitement. (EM)

Waber RL, Shiv B, Carmon Z, Ariely D. Commercial Features of Placebo and Therapeutic Efficacy. *JAMA* 2008; 299: 1016-1017.

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.

Trop d'IPP prescrits

Les inhibiteurs de pompe à protons constituent une véritable avancée thérapeutique. On ne peut nier que sur le long terme, ils ont véritablement transformé la vie de patients souffrant de reflux gastro-œsophagien. Mais des études sérieuses ont démontré une surprescription de ces IPP. 25 à 70% des patients sous IPP ne le prennent pas pour des indications appropriées. Pourtant les recommandations publiées en 2000 par le National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) sont assez sélectives.

La prescription inappropriée n'est pas que le fait de la première ligne. Près d'un patient sur deux, selon une étude américaine, sort de l'hôpital avec un IPP, c'est-à-dire le double de ceux qui y sont entrés avec déjà cette prescription. Et le motif de la prescription de l'IPP à l'hôpital n'est pas toujours repris sur la lettre de sortie, pas plus que la durée prévue pour ce traitement.

Pour certains, le haut niveau d'efficacité et la faible toxicité des IPP sont un motif suffisant et nécessaire pour justifier sa prescription d'emblée en dehors des strictes recommandations. Or, pour la plupart des patients, des alternatives tout aussi efficaces et moins coûteuses comme les anti-H2 sont suffisantes.

Les effets secondaires des IPP sont rares mais existent néanmoins: prévalence accrue de pneumonie, d'entérite à *Campylobacter*, et risque doublé d'infections à *Clostridium difficile*, sans parler des néphrites interstitielles aiguës et un risque d'ostéoporose. Mais l'effet majeur d'une surprescription d'IPP, déclare l'éditorialiste du BMJ, est celui des répercussions de son coût sur le budget de la santé publique. (EM)

Forgans I, Loganayagam A. Overprescribing proton pump inhibitors is expensive and not evidence based. *BMJ* 2008; 336: 2-3

Une supplémentation en testostérone inutile

Les taux de testostérone sériques diminuant significativement avec l'âge, la supplémentation en testostérone chez l'homme âgé peut-elle produire des effets bénéfiques dans le processus de vieillissement? C'est la question que se sont posés des chercheurs néerlandais. Ils ont donc étudié, en double aveugle, contre placebo, 237 hommes en bonne santé âgés de 60 à 80 ans, avec un taux de testostérone inférieur à 13,7 nmol/l, de janvier 2004 à avril 2005 dans un centre médical universitaire des Pays-Bas. Les participants ont été randomisés pour recevoir 80 mg d'undécanoate de testostérone ou un placebo correspondant, deux fois par jour pendant 6 mois. Les auteurs ont suivi la capacité fonctionnelle et la fonction cognitive chez ces participants, mais aussi la densité minérale osseuse de la hanche et de la colonne lombaire, la masse grasseuse, les facteurs de risques métaboliques ainsi que les paramètres de qualité de vie.

Au bout des 6 mois, la supplémentation en testostérone chez ces hommes âgés avec un taux de testostérone normal bas n'a finalement produit aucun effet sur le statut fonctionnel ou cognitif. En revanche, elle a induit une augmentation de la masse maigre et a produit des effets métaboliques mitigés (amélioration de la sensibilité à l'insuline, mais avec une diminution du HDL-cholestérol, pas de modification de la densité minérale osseuse et de la qualité de vie). (LP)

Emmelot-Vonk M., Verhaar HJ, et al. Effect of Testosterone Supplementation on Functional Mobility, Cognition, and Other Parameters in Older Men. *JAMA* 2008; 299 (1): 39-52.

Pharmaco-vigilants...

Des comportements de jeu pathologique, une hypersexualité et d'autres comportements compulsifs ont été décrits chez des patients traités par ces dopaminergiques. Ces effets, dont la fréquence est mal connue, sont dose-dépendants et sont (le plus souvent) réversibles lors de l'arrêt, de la diminution ou de la substitution du traitement. L'article de la revue *Prescrire* décrit entre autres le cas d'un patient parkinsonien de 52 ans ayant développé des obsessions sexuelles, un comportement de jeu pathologique, une attitude compulsive pour la nourriture et une importante augmentation de son tabagisme. Plusieurs des cas décrits sont consécutifs à une augmentation des doses par le patient lui-même, ce comportement correspondant à un besoin de soulager l'incapacité motrice apparaissant en fin de dose. Mais il semble aussi que certains sujets développent une toxicomanie, indépendante de l'effet antiparkinsonien, avec pour conséquence une aggravation des effets secondaires, en particulier des dyskinésies très handicapantes. Une étude britannique a permis de décrire un profil de patients particulièrement exposés: il s'agit entre autre des patients dont le parkinson a commencé précocement, qui prennent de fortes doses de lévodopa, et ont des antécédents de dépression ou d'abus de produits licites ou illicites. Les conséquences sociales, familiales et même judiciaires (des cas de pédophilie et d'exhibitionnisme ont été largement documentés) de ces effets indésirables étant considérables, il y a lieu de prévenir le patient et son entourage de ce type d'effets lors de la prescription et de l'augmentation des doses, et surtout de rester très «pharmaco-vigilants»! (GB)

La rédaction de la revue *Prescrire*: Agonistes dopaminergiques: jeu pathologique et hypersexualité. *La Revue Prescrire*, 2008; 293: 187-9

L'Association des Directeurs de Maison de Repos, en partenariat avec l'Échevinat des affaires sociales de Sambreville, vous invitent à la

3^e Journée de l'Alimentation des Seniors

le 13 mai 2008 au Centre Culturel de Sambreville

8h00:	Accueil des participants.	12h15-12h30: Débat
9h00-9h10:	Allocution de bienvenue par M. Jean Paul POTVIN, Président de l'ADMR.	par M ^{me} Karin RONDIA, Modérateur, Journaliste scientifique.
9h10-9h15:	Présentation de la journée par M ^{me} Karin RONDIA, Modérateur, Freelance Science Journaliste	12h30-14h: Apéritif, dîner, café, visite des stands
9h15-10h15:	L'importance du bon état nutritionnel et de l'hydratation chez la personne âgée par le Dr T. PEPERSACK, Gériatre – Hôpital Erasme – Bruxelles.	14h-15h30: Table ronde: « Comment communiquer efficacement ? » animée par M ^{me} Karin RONDIA et avec la participation de M ^{me} Dominique FAVAY, Directrice de maison de repos au CPAS de Charleroi; Dr Ingrid PERLOT, Gastro-entérologue, Responsable de la Cellule Nutrition, Hôpital Inter-Universitaire Ambroise Paré à MONS; M. Gérard FILOT, M ^{me} Dorothee BRIDOUX.
10h15-10h45:	Pause, visite des stands.	15h30-16h: Conclusions et perspectives par M ^{me} Karin RONDIA, Modérateur, Journaliste scientifique.
10h45-11h30:	La Qualité des repas: élaboration d'une charte d'éthique alimentaire par M. Gérard FILOT, Directeur du département hôtelier. Centre Hospitalier du Bois de l'Abbaye et de Hesbaye.	16h: Remise des attestations selon les directives de la Région Wallonne.
11h30-12h15:	L'adaptation des repas (enrichissement, texture) par M ^{me} Dorothee BRIDOUX, Diététicienne aux Cliniques Universitaires St Luc à Bruxelles.	