

Revue des Revues

par les médecins généralistes Thierry Van der Schueren • 5640 Mettet et Jacques Vanderstraeten • 1200 Bruxelles

Erreurs de prescription des assistants

Quelle est la proportion de médecins assistants qui souffrent de dépression et/ou de burn-out ? Ces états de souffrance sont-ils source d'erreurs de prescription plus fréquentes ou plus graves ?

Voilà les questions de base auxquelles cette étude américaine souhaite répondre. Seuls des assistants de pédiatrie (n = 123) ont été étudiés car il semblerait que c'est en pédiatrie que l'on rencontre le plus d'erreurs de prescription.

Sur base d'échelles validées, 20 % des assistants présentaient les critères d'une dépression et 74 % rencontraient les critères du burn-out ! 96 % des assistants dépressifs rencontraient également les critères pour le burn-out. Durant l'étude, 10 % des assistants ont reconnu prendre des antidépresseurs.

Aucune relation n'a été trouvée entre dépression et âge, sexe, race, année d'assistantat, nombre d'heures de sommeil ou de travail. Toutefois, comme attendu par les chercheurs, les assistants dépressifs ont commis six fois plus d'erreurs de prescription que leurs collègues non dépressifs. Par contre, à l'inverse de ce qui était attendu, les assistants présentant du burn-out n'ont pas commis plus d'erreurs que leurs collègues en forme. La prévalence de la dépression parmi les assistants est deux fois plus importante que dans la population générale.

Ces chiffres inquiétants se retrouvent également dans d'autres études.

Les auteurs concluent que les soignants dépressifs exposent leurs patients à un risque important d'erreurs de prescription involontaires. Cela est très significatif quand on sait que 10 à 20 % des effets secondaires rencontrés à l'hôpital sont dus à des erreurs de prescription évitables. (TVdS)

Fahrenkopf A, Sectish T, Barger L, Sharek P et al. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ* 2008; 336: 488-91.

Chondrocalcinose

La chondrocalcinose ou pseudogoutte est une arthrite microcristalline causée par des dépôts intra-articulaires de pyrophosphates de calcium. Sa fréquence augmente avec l'âge. Sa prévalence est évaluée à 7 % chez les plus de 64 ans et à 17 % chez les plus de 80 ans. La cause de la maladie est inconnue. De rares formes familiales ont été décrites. Le diagnostic est posé soit lors de l'examen du liquide synovial ponctionné, soit à la radiographie qui met en évidence des calcifications cartilagineuses linéaires typiques. Bien que parfois asymptomatique et donc de découverte fortuite à la radiographie, la chondrocalcinose peut se manifester selon quatre tableaux cliniques qui peuvent coexister chez un même patient.

Dans la moitié des cas, la chondrocalcinose se présente sous la forme d'une polyarthrose banale entrecoupée de crises de pseudogoutte. Les mains, les genoux et les hanches sont les articulations les plus touchées.

Dans 25 % des cas, c'est une crise d'arthrite microcristalline (pseudogoutte) qui sera révélatrice de la maladie.

Dans 20 % des cas, c'est un tableau d'arthrose destructrice sévère qui accompagnera le diagnostic de chondrocalcinose. 40 % des coxarthroses rapides sont associées à une chondrocalcinose !

Enfin, dans 5 % des cas, le tableau clinique sera celui d'une polyarthropathie inflammatoire récidivante des poignets, des mains ou des genoux.

La prise en charge des crises aiguës fait appel aux AINS (attention aux personnes très âgées ou fragiles) voire aux corticoïdes (intra-articulaires ou per os). La colchicine est utile, bien que moins efficace que dans la crise de goutte.

Pour les formes chroniques, de petites doses journalières de colchicine (1,5 mg/J max) semblent efficaces. Le paracétamol, la codéine et le tramadol peuvent être utilisés afin de soulager le patient. Un traitement de fond à base de magnésium

semble stabiliser l'affection, bien que les études soient limitées à cinq mois de suivi. (TVdS)

Gerster JC. Chondrocalcinose. *Rev Prat médecine générale* 2008; 22: 237-8.

Lip G. Don't add aspirin for associated stable vascular disease in a patient with atrial fibrillation receiving anticoagulation. *BMJ* 2008; 336: 614-5.

Hypolipémiant : tous égaux ?

L'étude ENHANCE a comparé l'utilisation de simvastatine 80 mg, soit seule, soit associée à l'ezetimibe 10 mg, sur l'évolution de l'épaisseur intima-média carotidienne. Celle-ci est en effet un facteur prédictif fiable d'événements cardio-vasculaires. Au terme de deux années de suivi, l'évolution dans le groupe ezetimibe n'a pas été différente par rapport au groupe simvastatine seule (épaisseur stable à 0,7 mm, mais non réduite), et ce malgré une baisse supplémentaire moyenne de 50 mg/dl du taux de LDL-cholestérol. Ces résultats ont récemment fait sensation aux États-Unis où l'ezetimibe est très largement prescrit. Dans une précédente étude, 80 mg d'atorvastatine avaient permis une réduction jugée significative de cette épaisseur intima-media (-0,03 mm) chez des patients présentant un LDL comparable au bras ezetimibe. Cependant, l'étude ENHANCE a porté sur des patients dont l'intima-média était au départ moins épaisse (de 0,2 mm) de par, notamment, un historique préalable de traitement avec statines. Or ces dernières pourraient avoir stabilisé préalablement la plaque au point qu'une régression de l'épaisseur de celle-ci ne devienne beaucoup plus difficile à obtenir.

Néanmoins, la présente étude pourrait indiquer que l'impact d'une réduction du LDL n'est pas aussi bénéfique s'il est obtenu avec ezetimibe que s'il est obtenu avec une statine. Diverses raisons pourraient exister à cela, tenant aux caracté-

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.

ristiques mêmes de l'ezetimibe, celui-ci agissant par inhibition de l'absorption intestinale du cholestérol et ne permettant pas d'obtenir d'augmentation significative du taux de HDL-cholestérol.

Ceci illustre une fois de plus la prudence nécessaire quant à l'interprétation de tout résultat d'une étude quelle qu'elle soit. Et avant d'en savoir plus par de nouvelles études s'intéressant notamment à des marqueurs cliniques ou à des plaques plus épaisses, l'American College of Cardiology continue de recommander l'usage de l'ezetimibe, mais en seconde intention, c'est-à-dire si les taux cibles n'ont pas pu être atteints malgré un traitement bien conduit à base de régime et de statines associées ou non à d'autres molécules qui ont pu à ce jour démontrer leur utilité clinique (acide nicotinique, fibrates, cholestyramine) (JV).

Kastelein JJP et al. Simvastatin with or without ezetimibe in familial hypercholesterolemia. *N Engl J Med* 2008; **358**: 1431-43.
Brown BG, Taylor AJ. Does ENHANCE diminish confidence in lowering LDL or in ezetimibe? *N Engl J Med* 2008; **358**: 1504-07.

Incitation au sevrage tabac par la spirométrie

Cette étude randomisée contrôlée en médecine générale explorait l'impact en terme de sevrages d'une présentation des résultats spirométriques sous la forme d'un âge pulmonaire estimé. 561 fumeurs de plus de 35 ans ont réalisé une spirométrie au cabinet de leur généraliste. La moitié d'entre eux n'a reçu que la courbe débit/volume et des conseils d'arrêt, tandis que la seconde moitié des

fumeurs a reçu les résultats de la spirométrie sous la forme « d'âge pulmonaire », toujours accompagnés des conseils d'arrêt minimaux.

Après 12 mois, les chercheurs ont mesuré dans les deux groupes, le nombre d'arrêts tabagiques et les modifications de consommation. 89% des patients ayant réalisé la spirométrie de départ ont été réévalués après 12 mois.

Dans le groupe ayant reçu son « âge pulmonaire », 13,6% des patients avaient arrêté de fumer pour seulement 6,4% dans le groupe contrôle. L'arrêt est indépendant du résultat de la spirométrie du patient (normale ou BPCO). La consommation de tabac a diminué dans les deux groupes mais elle est plus importante dans le groupe d'intervention. Le coût par sevrage tabagique de cette intervention est évalué à 365 _ pour la communauté et le nombre de patients à évaluer et à conseiller pour obtenir un sevrage supplémentaire (NNT) est de 14. (TVdS)

Parkes G, Greenhalgh T, Griffin M, Dent R. Effect on smoking quit rate of telling patients their lung age: the Step2quit randomised controlled trial. *BMJ* 2008; **336**: 598-600.

Soulagement des gonalgies chroniques

Faut-il conseiller l'ibuprofène par voie orale ou en gel topique aux patients âgés souffrant de gonarthrose ?

585 patients âgés de plus de cinquante ans et souffrant de gonalgie chronique ont été recrutés dans 26 pratiques de médecine générale. La première moitié d'entre eux a été randomisée entre le traitement topique et le traitement oral pour 12 mois.

La seconde moitié des patients a pu choisir, selon sa préférence, le traitement oral ou topique. L'âge moyen des participants était de 64 ans. La dose journalière orale était de 1,2 g et la dose topique de 1,5 g. L'évaluation a été réalisée à partir d'une échelle rhumatismale de douleur et de mobilité validée (WOMAC). Les effets secondaires majeurs et mineurs ont été enregistrés ainsi que les abandons de traitement. L'amélioration des scores sur l'échelle WOMAC sont semblables pour tous les groupes. Globalement, il n'y a donc pas de différence d'efficacité entre les deux voies d'administration. Toutefois, il y a eu plus d'abandons de traitement dans le groupe topique pour manque d'efficacité. Notons que ces abandons ont eu lieu parmi les patients avec les douleurs les plus sévères. Il n'y a pas de différence entre les groupes dans la survenue d'effets indésirables graves. Par contre, pour les effets secondaires mineurs, le groupe traité par ibuprofène oral rapporte davantage d'effets secondaires respiratoires et leur créatinémie s'est majorée au cours du traitement. Les auteurs proposent que dans les situations où un AINS est envisagé pour soulager une gonarthrose, le choix de la voie locale est à préférer car elle est efficace et occasionne moins d'effets indésirables. (TVdS)

Underwood M, Ashby D, Cross P, Hennessy E et al. Advice to use topical or oral ibuprofen for chronic knee pain in older people: randomised controlled trial and patient preference study. *BMJ* 2008; **336**: 138-42.