

Revue des Revues

par la Rédaction de la Revue

Tabagisme actif et cholestérolémie basse

Le tabagisme est-il autant à risque de maladies cardio-vasculaires chez les personnes à faible taux de cholestérol? La réponse peu claire contribue, selon les auteurs, à l'importante prévalence du tabagisme en Asie du Sud-Est. Cette vaste étude a suivi durant 10 années plus de 648 000 coréens du Sud.

59% d'entre eux sont fumeurs et une grande partie de ces patients ont une cholestérolémie très basse.

Les résultats démontrent qu'il existe bien une importante augmentation du risque d'AVC, AIT, infarctus du myocarde et d'anévrisme de l'aorte en cas de tabagisme. De plus, en comparant les groupes à faible et haut taux de cholestérol, l'effet négatif du tabac sur la survenue des événements cardio-vasculaires est de la même importance. Fumer constitue un risque majeur pour la survenue des affections cardio-vasculaires, y compris dans les populations à faible cholestérolémie. (TVdS)

Boulenger J-P, Capdevielle D. The association of smoking and cardiovascular disease in a population with low cholesterol level: a study of 648,346 men from the Korean national health system prospective cohort study. *Stroke* 2008; 39: 760-7.

Y a-t-il risque C-V dans l'œuf?

Les patients à risque cardio-vasculaire doivent-ils limiter leur consommation d'œufs? Les œufs, entre autre apports nutritifs, sont en effet une source importante de cholestérol alimentaire. Mais on ne dispose que de données limitées concernant le rôle joué par une consommation d'œufs sur le risque cardio-vasculaire et la mortalité. Une étude prospective sur une cohorte de 21327 participants à l'étude Physicians Health Study I, a tenté d'évaluer le risque lié aux œufs. Les résultats de cette observation ne mettent en évidence aucune association d'une consommation peu fréquente d'œufs avec des infarctus myocardiques ou AVC. Mais

l'étude constate en revanche une augmentation de la mortalité en fonction du nombre d'œufs consommés par semaine: l'index de mortalité étant le plus élevé pour la consommation de 7 œufs ou plus par semaine. Cette corrélation est plus importante chez les patients diabétiques pour la population étudiée. (EM)

Djoussé L, Gaziano JM. Egg consumption in relation to cardiovascular disease and mortality: the Physicians' Health Study. *Am J Clin Nutr*. 2008; 87 (4): 964-9.

Soins palliatifs: les insuffisants cardiaques aussi

Les patients souffrant de décompensation cardiaque et les patients cancéreux en phase terminale présentent des troubles similaires, traversent des phases dépressives semblables et ont des problèmes de qualité de vie comparables, alors que l'attitude en soins palliatifs est fondamentalement différente pour ces deux catégories de patients. Les patients insuffisants cardiaques reçoivent moins de soins palliatifs en raison peut-être d'un pronostic plus aléatoire: les patients peuvent décéder subitement ou récupérer après une hospitalisation pour un état particulièrement critique. Les auteurs de l'étude déclarent qu'il faudrait toutefois faire plus et mieux pour réduire la charge des problèmes liés à l'insuffisance cardiaque. (EM)

Stiles S. Similar need for palliative care seen in heart failure and advanced cancer. *The Heart* 2/05/2008. <http://www.theheart.org/article/861235.do>

Consultations sur rendez-vous: un facteur d'exclusion aux soins?

Le rendez-vous empêcherait-il l'accès aux soins pour les plus démunis?

Voilà la question posée par un lecteur de la revue Prescrire dans les pages Forum. La plupart des arguments évoqués par ce lecteur, médecin généraliste, sont assez pertinents.

Tout d'abord, prendre un rendez-vous signifie disposer d'un téléphone (carte chargée...) mais aussi savoir s'exprimer correctement au téléphone. Les patients les plus démunis financièrement sont aussi souvent très démunis au niveau du vocabulaire. Un autre obstacle est celui de la gestion du temps: prendre un rendez-vous signifie qu'on est capable de prévoir et de gérer l'avenir. Or, les patients vivant en situation de précarité ont déjà du mal à gérer leur quotidien. « Une des définitions de la misère, écrit l'auteur, est l'impossibilité de penser l'avenir... »

Des difficultés d'écriture et d'organisation empêchant de noter correctement le rendez-vous et de conserver cette information constituent un obstacle supplémentaire.

Bref la prise de rendez-vous peut être pour certaines personnes une épreuve parfois insurmontable vers l'accès aux soins, expliquant l'encombrement des urgences par les plus démunis.

D'où le plaidoyer de ce confrère pour que les médecins tant généralistes que spécialistes maintiennent des périodes de consultation sans rendez-vous dans leur emploi du temps afin de faciliter l'accès aux soins pour les moins favorisés. (EM)

La revue Prescrire: Forum: P.Foucras: Le rendez-vous obstacle aux soins des plus pauvres *Prescrire* 2008; 295: 392-3

Maladie cœliaque et phobie sociale

Plusieurs études ont déjà démontré que les patients atteints de cœliaque sont plus sujets aux dépressions. Une étude italienne montre en plus un lien entre intolérance au gluten et incidence de troubles sociaux. En comparant 40 patients souffrant de maladie cœliaque à un groupe contrôle de 50 patients, on a observé que 7 patients sur 10 avec un diagnostic de maladie cœliaque souffraient

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.

aussi de phobie sociale contre 16% dans le groupe contrôle. Si l'on ne prend en considération que les formes les plus graves de phobie sociale, on retrouve un taux de 15% chez les patients intolérants au gluten contre 0% dans le groupe contrôle. Cette étude confirme la nécessité d'aborder la maladie cœliaque non seulement sous son aspect d'intolérance alimentaire mais aussi sous l'angle des troubles dépressifs et anxieux. (EM)

Addolorato G, Mirijello A, et al. Social phobia in celiac disease. *Scand J Gastroenterol* 2008; 43(4):410-5. <http://www.informaworld.com/smp/content-content=a786930082-db=all--order=page>

Le meilleur placebo : l'attention du médecin à son patient

Un placebo coûteux fonctionne mieux qu'un placebo bon marché. Par ailleurs, la seule explication evidence-based de l'efficacité des médecines alternatives passe par l'effet placebo. Un éditorial du BMJ commente les résultats d'études récentes sur l'effet placebo parmi lesquelles une qui concerne les effets de l'acupuncture chez les patients atteints de syndrome du colon irritable.

Au cours de cette étude qui démontre l'efficacité de l'acupuncture pour soulager le colon irritable, on a constaté une réduction plus importante des symptômes chez les patients soumis à une simulation d'acupuncture si un soignant (médecin ou infirmier) assis à leurs côtés pendant toute la durée de la séance, les interrogeait en même temps sur leur symptomatologie. In fine, le véritable effet placebo est le

résultat de la relation entre patient et soignant : le patient qui a l'impression d'être suivi avec attention sera mieux soulagé, voire guérira plus rapidement. Centrer nos priorités sur l'attention au patient entraîne une réponse thérapeutique positive. (EM)

Kapchuk TJ et al. Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ* 2008; doi: 10.1136/bmj.39524.439618.25
Spiegel D et al. What is the placebo worth? *BMJ* 2008; 336: 967-968, doi: 10.1136/bmj.39535.344201.BE

Sténoses carotidiennes

Une étude publiée dans le NEJM conclut à l'équivalence entre stenting carotidien et endartériectomie classique en termes de bénéfice à moyen terme (3 ans) chez les sujets à hauts risque chirurgical. C'est l'occasion pour divers auteurs de refaire le point sur le consensus actuel concernant l'attitude thérapeutique face à une sténose carotidienne significative (le plus souvent considérée comme telle au-delà de 60%) chez un patient par ailleurs asymptomatique.

Le bénéfice d'une revascularisation dans cette indication se traduit généralement par une réduction de 50% du risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) majeur (mortal ou non) à 5 ans, celui-ci passant de 11 à 12% sans intervention à 5 à 6% après intervention. D'emblée cependant, il convient de relativiser ces chiffres en les mettant en balance avec : (1) le risque de complication majeure (embolisation, etc.) d'une intervention, quelle qu'en soit la technique, soit près de 3%; (2) le fait que la sténose traduit toujours l'existence d'une maladie cardio-vasculaire plus générale, ce

que certaines études illustrent par des décès plus souvent dus à une coronaropathie qu'à un AVC même en cas de sténose serrée ($\geq 70\%$) et par la survenue d'AVC non fatals dans le territoire controlatéral à la sténose dans au moins 50% des cas.

Ceci étant posé, l'attitude la moins sujette à discussion concerne les patients à haut risque chirurgical (patients avec maladie ischémique symptomatique a.n. cérébral ou cardiaque, âgés de > 75 ans, avec occlusion controlatérale, ou avec HTA systolique sévère, notamment) et à haut risque cardio-vasculaire en général (intervention vasculaire préalable, ischémie symptomatique quel qu'en soit la localisation, diabète, âge > 75 ans). Chez ceux-ci, le traitement est médical et comporte, outre la maîtrise des facteurs de risque hygiéno-diététiques, la prescription d'anti-aggrégants plaquettaires, d'hypolipémiants (objectif = LDL < 100 mg/dl) et d'un antihypertenseur si la tension est supérieure à 14/9 ou 13/8 (diabète, insuffisance rénale).

Chez les sujets asymptomatiques et qui ne correspondent pas aux critères de haut risque mentionnés ci-avant, l'attitude préconisée est, outre le traitement médical précité, de proposer une intervention de revascularisation, la préférence allant probablement au stenting carotidien qui, s'il ne réduit pas le risque de complication majeure, présente par contre l'avantage de réduire celui des complications dites "mineures" (déficits neurologiques, complications liées à l'anesthésie générale, etc.). (JV)

Gurm HS et al. Long-term results of carotid stenting versus endarterectomy in high-risk patients. *N Engl J Med* 2008; 358: 1572-79.
Sila CA, Higashida RT, Clagett GP. Management of carotid stenosis. *N Engl J Med* 2008; 358: 1617-21.