

Revue des Revues

Par les médecins généralistes Thierry Van der Schueren, 5640 Mettet • Chantal Maton, 1040 Bruxelles • Elide Montesi, 5060 Sambreville

Neuroleptiques en cas de démence: danger!

L'usage des neuroleptiques chez les patients déments et agités est fréquent. Cette étude a pour but d'évaluer les événements sérieux (hospitalisation nécessaire ou décès) attribuables à ce type de substances dans les 30 jours qui suivent le début de leur administration. Pour ce faire, une étude rétrospective de cohorte a été menée sur la période 1997-2004. Les événements sérieux récoltés ont été comparés pour la population démente recevant un neuroleptique depuis moins de 30 jours et pour ceux qui n'en recevaient pas du tout. Les patients déments sous neuroleptiques depuis moins de 30 jours présentent 3,8 fois plus d'événements sérieux que leur groupe de référence. Cela est également vrai en maison de repos et de soins mais dans une moindre mesure. Les auteurs concluent qu'il faut donc prescrire les neuroleptiques avec précaution chez les personnes démentes. (TVdS)

Rochon P, Normand S, Gomes T, Gill S et al. Antipsychotic therapy and short-term serious events in older adults with dementia. *Arch Intern Med* 2008; **168**: 1090-6.

Pas de télévision avant 3 ans

Installer un tout petit devant la télévision ou un écran d'ordinateur correspond à le priver de ce qui est nécessaire et indispensable à son bon développement. En effet, un enfant de moins de trois ans n'est pas un adulte en miniature mais bien un être en devenir. Il a besoin de bras pour le tenir et le stimuler et donc de partenaires. Il a besoin de jouets qu'il puisse déplacer et toucher à sa guise. Ainsi, chaque heure devant un écran diminue les apprentissages en vocabulaire de 6 à 8 mots par rapport aux enfants qui ne regardent pas la télé. Au stade actuel de nos connaissances, pas de télévision avant l'âge de 3 ans devrait être la règle. (TVdS)

Tisseron S. L'enfant et les medias. *Rev Prat - médecine générale* 2008; **22**: 554-5.

Les enfants aussi ont une pression artérielle

Un article du British Medical Journal s'interroge sur l'absence de mesure de la pression artérielle en pratique quotidienne chez les enfants en dépit des recommandations. Chez un adulte qui consulte ou est hospitalisé, cet examen est réalisé d'emblée, pourquoi pas dès lors chez les enfants? Plusieurs raisons peuvent expliquer ce que certains considèrent comme un manque. Tout d'abord, il n'existe aucun consensus sur les normes tensionnelles précises pour un enfant permettant d'évaluer les paramètres mesurés. Ensuite effectuer cette mesure de manière correcte chez un enfant n'est pas facile (la pression artérielle n'est pas toujours mesurée d'ailleurs de manière idéale chez les adultes). Et enfin chez un enfant en état de choc, il est plus simple de réaliser le test de remplissage capillaire. Mais dans une société où l'obésité infantile devient préoccupante, connaître les valeurs tensionnelles des enfants pourrait être une étape importante dans une démarche de prévention. Les auteurs plaident donc pour des études supplémentaires définissant les valeurs de pression artérielle et les seuils d'hypertension en pédiatrie. (EM)

Bird C, Michie C. Measuring blood pressure in children. *BMJ* 2008; **336**: 1321.

Prédire la prochaine crise migraineuse?

Peu d'informations sont disponibles dans les études cliniques, quant à la périodicité des crises migraineuses. Cependant, quelques protocoles permettent de déduire ce paramètre. Ainsi, les auteurs ont utilisé les données d'essais comparatifs de trois traitements: placebo, naratriptan 2,5 mg ou sumatriptan 100 mg. Ils en concluent que les crises migraineuses apparaissent selon un rythme aléatoire, non modifié par leur soulagement rapide et efficace. Le migraineux peut s'at-

tendre à la crise suivante 24 jours (17-34) après placebo, 23 jours (18-29) après naratriptan 2,5 mg et 22 jours (17-28) après sumatriptan 100 mg. Ces résultats, à confirmer par d'autres études, tendent à réfuter une quelconque action préventive des triptans. (Chantal Maton)

Maas H, Snelder N, Danhof M, Pasqua OD. Prediction of attack frequency in migraine treatment. *Cephalalgia*. 2008 Jun 5.

Pas de place pour l'auto-contrôle dans le diabète de type 2

L'auto-surveillance par dosage de la glycémie capillaire, qu'il soit accompagné d'une éducation spécifique ou pas n'est pas efficace chez les diabétiques de type 2 traités par médicaments oraux. Mais surtout, au-delà de cette inefficacité, ce monitoring est fort coûteux et source d'anxiété chez les patients. Une approche classique, sans auto-surveillance, permet un contrôle équivalent du diabète (sur base de l'HbA1c), à moindre coût et tout en préservant une meilleure qualité de vie au patient. Les auteurs de cette étude réalisée auprès de pratiques de médecine générale déconseillent donc l'usage de l'auto-contrôle en pratique de routine. En effet, pourquoi dépenser plus si ni le patient ni le contrôle de l'affection n'en tirent avantage? (TVdS)

Simon J, Gray A, Clarke P, Wade A et al. Cost effectiveness of self monitoring of blood glucose in patients with non-insulin treated type 2 diabetes: economic evaluation of data from the DiGEM trial. *BMJ* 2008; **336**: 1177-80.

Effets secondaires des cannabinoïdes à usage antalgique

Une revue systématique de 321 études publiées depuis 40 ans a tenté d'évaluer l'innocuité des cannabinoïdes utilisés à des fins médicales. Une fois éliminées toutes celles qui s'attardaient à l'utilisation «récréative» du

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.

cannabis, seules 31 études répondaient aux critères de la recherche. Utilisés pendant deux semaines en moyenne, ces traitements ont entraîné des effets secondaires bénins dans 96,6% des cas, les étourdissements étant le plus souvent cités. Les 3,4% d'incidents graves furent la rechute de la sclérose en plaques, les vomissements et l'infection urinaire. L'utilisation brève des cannabinoïdes semble déjà accroître le risque de réactions indésirables bénignes: plus de 4000 notifications pour les 31 études. Les risques associés à l'utilisation prolongée n'ont pas encore été suffisamment examinés. Des études à plus long terme sont donc nécessaires pour établir plus précisément la sécurité d'utilisation des cannabinoïdes à des fins médicales. (CM)

Tongtong Wang, Jean-Paul Collet, Stan Shapiro, and Mark A. Ware. Adverse effects of medical cannabinoids: a systematic review. *CMAJ* 2008; 178: 1669-1678.

Sevrage des benzodiazépines: réaliste ?

Cette étude néerlandaise réalisée en médecine générale, a proposé à 55 médecins généralistes de tester dans leur pratique les recommandations en matière de sevrage des benzodiazépines (BZD). Trois groupes de patients ont été créés de manière aléatoire: schéma de sevrage seul, schéma de sevrage avec psychothérapie de soutien en groupe et un groupe contrôle sans intervention standardisée. Parmi les utilisateurs chroniques de BZD (plus de 3 mois d'usage continu), étaient exclus les

patients en sevrage alcoolique, avec maladie psychiatrique, épilepsie ou fin de vie. 2964 patients usagers chroniques ont été trouvés dans les dossiers des généralistes! 960 patients présentaient un critère d'exclusion. 2004 patients ont donc reçu une lettre d'information sur la problématique de l'usage chronique des BZD. Trois mois plus tard, une seconde lettre les invitait à rencontrer leur généraliste pour une évaluation du problème a été envoyée à tout ce groupe de patients. Ces lettres ont été rédigées par l'équipe de recherche. Peu de patients sont venus à la consultation d'évaluation et encore moins ont accepté de participer à une tentative de sevrage (n = 180). Si l'organisation de ces consultations d'évaluation en plus de leur travail habituel n'a posé aucun problème à 71% des généralistes, 11% d'entre eux ont toutefois été mis en difficulté. Le sevrage consiste en une réduction de 25% de la dose de BZD chaque semaine, après transfert de la dose BZD habituelle en une dose équivalente de diazépam (recommandation EBM). Six consultations chez le généraliste étaient programmées pour chaque patient en sevrage, et 5 séances de psychothérapie pour les patients de ce bras de l'étude. L'abstinence a été obtenue pour 2/3 des patients du programme de réduction (avec ou sans psychothérapie) et seulement pour 1/4 des patients dans le suivi habituel (lettre seule). Quinze mois plus tard, seulement la moitié des abstinents le sont encore! (TVdS)

Gorgels W, Oude Voshaar R, Mol A, Van De Lisdonk E et al. General practitioners' opinions of a stepped-care benzodiazepine discontinuation programme. *Eur J Gen Pract* 2008; 14: 37-9.

QT du sportif

Une étude anglaise à propos de 2000 sportifs de haut niveau (football, rugby, tennis ou natation) montre que sept d'entre eux seulement, soit 0,4% de la série, ont un syndrome du QT long. Les auteurs suggèrent qu'un QT corrigé supérieur à 500 ms est évocateur d'un syndrome du QT long génétique rare. Le QT est corrigé par rapport à la fréquence cardiaque, s'allongeant quand la fréquence cardiaque diminue (N.D.L.R.: formule simplifiée du QT corrigé = $QT \times \text{Racine carrée de l'espace RR}$). Même si ces cas sont statistiquement peu fréquents, le généraliste doit considérer que les hommes avec un QT corrigé ≥ 470 ms et les femmes avec un QT corrigé ≥ 480 ms devraient être limités aux sports de faible intensité physique par risque excessif d'arythmie. (CM)

Bonny A, Hamdaoui B, Amara W, Lacombe F. Prevalence and significance of an isolated long QT interval in elite athletes. *Eur Heart J* 2008; 29: 1210-11