

Revue des Revues

par la rédaction de la revue

Pronostic du mal de dos en première ligne

Cette étude de médecine générale a suivi durant une année les patients souffrant de lombalgies aiguës. Les auteurs souhaitaient estimer le pronostic des lombalgies aiguës et en déterminer les principaux facteurs de mauvais pronostic. 970 patients issus de 170 pratiques différentes ont été étudiés et suivi durant 12 mois. Le suivi a été excellent puisque 97% des patients inclus ont été suivis jusqu'à la fin. La guérison était définie par le retour à des activités normales et la disparition des douleurs. Il apparaît que le pronostic des lombalgies aiguës rencontrées en médecine générale dans cette étude n'est pas aussi bon que le pronostic habituellement avancé dans la littérature. Effectivement, même si la moitié des patients a repris des activités professionnelles normales après 14 jours, ils sont 28% à encore souffrir 12 mois plus tard! Le risque de développer des lombalgies chroniques après un premier événement aigu est donc de presque 30%. Les facteurs de mauvais pronostic (côté patient), susceptibles de favoriser une évolution vers un mode chronique et identifiés grâce à cette étude sont : l'âge avancé, l'intensité de douleur d'emblée sévère, un long délai entre apparition de la douleur et la première consultation du généraliste, l'humeur dépressive, l'existence de bénéfices secondaires liés à la lombalgie, le sentiment que l'affection sera longue voire impossible à guérir. Les auteurs recommandent aux cliniciens d'être attentifs aux facteurs de mauvais pronostic afin d'en atténuer les effets dès la première consultation. (TVdS)

Henschke N, Maher C, Refshauge K, Herbert R et al. Prognosis in patients with recent onset low back pain in Australian primary care: inception cohort study. *BMJ* 2008; **337**: 154-7.

Combinaisons de traitements dans le sevrage tabac

Cette étude britannique financée par le service national de santé (NHS) a testé l'efficacité des substituts nicotiques associés à la nortriptyline par rapport aux mêmes substituts associés à un placebo. L'originalité de cette étude réside à deux niveaux. Primo, les patients pouvaient choisir le type de substituts qu'ils préféraient : gomme à mâcher, patch ou comprimé fondant et étaient autorisés à en changer voire à les combiner. Secundo, une association de deux substances efficaces est comparée à la référence, le substitut nicotinique. En effet, il existe peu d'études à propos de l'efficacité d'associations de traitements. Or, une petite augmentation d'efficacité dans le domaine de la tabacologie peut signifier un important bénéfice en termes de santé publique. Les résultats sont cependant décevants. L'expérience n'a montré qu'une légère augmentation du nombre de sevrages après 6 mois de suivi dans le groupe traité par nicotine et nortriptyline. Cette augmentation n'est cependant pas significative. Par contre, anxiété et dépression étaient moindres dans le groupe traité par nortriptyline. Les auteurs ne recommandent donc pas d'utiliser l'association nicotine et nortriptyline en routine. (TVdS)

Aveyard P, Johnson C, Fillingham S, Parsons A et al. Nortriptyline plus nicotine replacement versus placebo plus nicotine for smoking cessation: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ* 2008; **336**: 1223-7.

Traiter l'HTA au-delà de 80 ans

Une méta-analyse publiée dans le *Lancet* en 1999 concluait à l'absence de bénéfice, en termes de mortalité globale, du traitement de l'HTA chez le sujet âgé de 80 ans et plus, malgré une réduction de l'incidence d'événements cardio-vasculaires. Ce constat allait donc

bien dans le sens de celui d'une baisse de la force d'association entre l'HTA et le risque cardio-vasculaire avec l'âge. Ainsi, alors que le risque d'AVC est multiplié par 16 pour une TA systolique supérieur à 180 mmHg 18 entre 50 et 60 ans, ce risque n'est plus multiplié que par 3 au-delà de 80 ans. Récemment pourtant, une étude multicentrique a suivi 3845 patients de 80 ans et plus (moyenne d'âge = 83,6 ans) chez qui une HTA a été nouvellement diagnostiquée (TA moyenne = 173/91 mmHg en assis). La cohorte étudiée ici concerne des patients en moyenne en bonne santé puisque seuls 11% d'entre eux présentaient des antécédents cardio-vasculaires. Le groupe traité (1933 patients recevant indapamide et perindopril si nécessaire en supplément) a vu sa TA moyenne ramenée à 150/61 mmHg. Après un suivi médian de 1,8 ans, l'étude a été interrompue pour cause de bénéfices évidents du traitement actif : 30% de réduction du risque d'AVC, réduction du risque de décès pour cause cardio-vasculaire (-23%) et pour toute cause (-21%), et 64% de réduction du risque de décompensation cardiaque. Cette étude remet donc fortement en cause la notion selon laquelle, face à une HTA nouvellement diagnostiquée chez une personne âgée, les risques d'un traitement anti-hypertenseur peuvent l'emporter sur les bénéfices. (JV)

Beckett NS et al. Treatment of hypertension in patients 80 years of age or older. *N Engl J Med* 2008; **358**: 1887-98.

HbA1C: le juste taux

Deux très larges études ont été publiées conjointement dans le *New England* cet été 2008 concernant l'impact d'un traitement intensif du diabète de type II sur l'incidence des événements cardio-vasculaires. L'étude ACCORD a suivi 10.251 patients (moyenne d'âge de 62 ans) sur 3,5 ans. Par rapport au groupe contrôle (HbA1C = 7,5% en moyenne), le groupe traité intensivement (HbA1C = 6,4% en moyenne) n'a pas pu montrer de diminution de l'incidence d'événements cardio-vasculaires majeurs. Au contraire,

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.

il y eu dans ce groupe d'avantage de décès, toute cause confondue, et plus d'accidents hypoglycémiques.

L'étude ADVANCE quant à elle, a suivi 11 140 patients sur 5 ans. Les taux moyens d'HbA1C dans les 2 groupes étaient de 7,3% (groupe contrôle) et 6,5% (traitement intensif avec Gliclazide). Au terme de l'étude et dans le groupe traitement intensif, les auteurs ont observé une moindre incidence d'événements néphropathiques, mais aucune différence en termes de rétinopathie, d'événements cardio-vasculaires ou de mortalité globale. Ainsi, ces deux très larges études ne remettent pas en cause les objectifs classiquement admis pour la prise en charge du diabète de type II, ceux-ci s'avérant adaptés y compris pour la prévention cardio-vasculaire. Cette dernière doit par contre être renforcée par l'application des règles hygiéno-diététiques et des traitements préventifs classiques bien connus par ailleurs en prévention secondaire. (JV)

The Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008; **358**: 2545-59.
The ADVANCE Collaborative Group. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008; **358**: 2560-72.

FA: la fin des antiarythmiques ?

De récentes études (AFFIRM, etc.) ont montré l'absence de supériorité en termes de survie d'une prise en charge de la fibrillation auriculaire (FA) par traitements antiarythmiques (rhythm-control), par rapport aux traitements ne visant que le contrôle de la fréquence cardiaque (rate-control). C'est maintenant également chose faite dans la

FA associée à l'insuffisance cardiaque (fraction d'éjection (???) 35% ou et/ou symptômes d'IC).

Parmi les antiarythmiques étudiés à ce jour dans l'indication de la FA, seule l'amiodarone (et la dofetilide, molécule non commercialisée en Belgique) a pu montrer tout au plus une neutralité d'impact par rapport à l'approche rate-control. Il est vraisemblable que les résultats décevants de l'approche rhythm-control sont dus aux conséquences iatrogènes des médicaments antiarythmiques.

La technique actuellement de plus en plus utilisée d'ablation des veines pulmonaires par radiofréquence, nécessite encore d'être validée en terme de bénéfices comparatifs par rapport à l'approche rate-control. Des études sont actuellement en cours à cet égard. À l'heure actuelle, les antiarythmiques ne devraient être prescrits dans la FA qu'en cas de persistance de symptômes malgré une approche rate-control bien menée, que cette FA soit ou non associée à une insuffisance cardiaque. L'anticoagulation est également indiquée en fonction du score CHADS2. Enfin, il semble bien que les inhibiteurs de l'angiotensine et les statines puissent par ailleurs également influencer favorablement le décours naturel de la FA. (JV)

Roy D et al. Rhythm control versus rate control for atrial fibrillation and heart failure. *N Engl J Med* 2008; **358**: 1887-98.
Cain ME, Curtis AB. Rhythm control in atrial fibrillation – one setback after another. *N Engl J Med* 2008; **358**: 2667-77.

Faut-il dilater les angors stables ?

Dans le cadre de l'étude américaine COURAGE, 2.287 patients souffrant d'angor stable ont été répar-

tis en 2 groupes. Le premier groupe s'est vu proposer une procédure de dilatation coronaire percutanée associée à un traitement médical optimal; le deuxième a reçu le traitement médical seul. Parmi les patients, 34% étaient diabétiques et 70% présentaient une maladie de plusieurs vaisseaux. Ont été suivis: la récurrence d'incidents coronaires, l'état fonctionnel et la qualité de vie des patients. Au terme d'un suivi de 4 ans et demi, il ressort que dans les 2 groupes, une amélioration importante est rapidement obtenue pour ces critères. Le groupe dilaté montre une légère supériorité en terme de bénéfices (surtout marqué pour les patients ayant présenté de l'angor à haute fréquence, soit au moins quelques fois par semaine), mais cette supériorité s'estompe après 6 mois à 2 ans de suivi. Un biais possible d'interprétation ne peut cependant être exclu, l'étude n'ayant pas eu lieu en aveugle. Soulignant qu'à peu près un tiers des procédures de dilatation concerne des angoreux stables, et considérant les risques de la dilatation percutanée (2 à 3% d'infarctus et 0,2% de mortalité), les éditorialistes du même journal estiment qu'il est donc temps d'avoir le "courage" de renoncer à la dilatation systématique dans les cas stables et asymptomatiques. Par contre, le traitement médicamenteux optimal prouve une fois de plus son impact positif tant en termes de prévention que de qualité de vie. Reste que la dilatation paraît se justifier chez les sujets présentant de l'angor à haute fréquence et chez ceux qui ne tirent pas de bénéfice positif de la prise en charge médicamenteuse seule. (JV)

Weintraub WS. Effect of PCI on quality of life in patients with stable coronary artery disease. *N Engl J Med* 2008; **359**: 677-87.
Peterson ED, Rumsfeld JS. Finding the courage to reconsider medical therapy for stable angina. *N Engl J Med* 2008; **359**: 751-52.