

Revue des Revues

par la Rédaction de la revue

Lésions méniscales asymptomatiques

Une étude américaine s'est intéressée à l'évaluation de l'incidence des lésions méniscales asymptomatiques chez le tout-venant. Un examen RMN systématique du genou droit a été réalisé chez 991 sujets (57% de femmes) âgés de 50 à 90 ans. Dans la tranche d'âge de 50 à 59 ans, 19% des sujets présentaient une lésion méniscale (fissure ou destruction), tandis que cette proportion monte à 56% chez les hommes âgés de 70 à 90 ans. Comme attendu, l'existence d'une gonarthrose influence la probabilité de l'existence de telles lésions: tandis que 60% environ des sujets avec signes RX d'arthrose en sont porteurs, ce n'est le cas que pour 23% des sujets sans arthrose. Ce dernier pourcentage monte cependant à 32% chez les patients qui ont présenté des symptômes de souffrance du genou dans les mois qui ont précédés (mais n'en avaient donc plus lors de la réalisation de l'examen RMN). (N.D.L.R.: les chiffres mentionnés ci-dessus pourraient même être sous-estimés, sachant que la performance de la RMN est inférieure à celle de l'arthro-scanner pour le diagnostic d'une lésion méniscale) (JV).

Englund M et al. Incidental meniscal findings on knee MRI in middle-aged and elderly persons. *N Engl J Med* 2008; 359: 1108-15.

Difficile Clostridium difficile

Durant la dernière décennie, la prévalence des infections par clostridium difficile (CD) a presque triplé dans les services de soins intensifs, passant à 84 pour 100.000 patients en 2005. Mais également, la sévérité potentielle de ces infections paraît être en augmentation. Enfin, certains cas apparaissent actuellement aussi parmi la population générale (y compris les enfants). Le **candidat à l'infection** à CD est la personne âgée hospitalisée, recevant une antibiothérapie. Initialement, c'est la clindamy-

cine qui fut incriminée. Vinrent ensuite les céphalosporines, suivies actuellement des fluoroquinolones. Le mécanisme responsable de cette infection nosocomiale est la perturbation de la microflore intestinale par l'antibiotique causal. Or précisément, le traitement de l'infection par CD nécessitant elle-même un antibiotique, c'est alors la problématique des infections récurrentes qui s'ensuit. À noter que cette récurrence n'est généralement pas due à une quelconque résistance puisque plus de 95% des CD sont encore toujours sensibles aux deux antibiotiques classiquement utilisés. Également, la récurrence paraît liée à un état de relative immuno-dépression puisqu'une infection à CD ne se développe que chez les patients hospitalisés contaminés qui ne développent pas de séroconversion (IgG anti-toxine A), soit environ un sur deux.

Le **traitement** d'une infection d'intensité modérée se fera par métronidazole (4 x 250 mg/j) en raison d'un taux de réussite proche de celui de la vancomycine dans ces cas, et en raison du moindre coût ainsi que du moindre risque de sélection de germes nosocomiaux résistants que sous vancomycine. Une infection sévère (colite pseudo-membraneuse, leucocytose, insuffisance rénale aiguë, hypotension) sera par contre traitée par vancomycine (4 x 125 mg/j).

La **récurrence** de l'infection est fréquente (20%, quel que soit le traitement) et augmente en fréquence au fur et à mesure des récurrences successives (40% après une 1^{re} et 60% après une 2^e récurrence). Les symptômes réapparaissent généralement endéans les 4 premières semaines qui suivent la fin de l'antibiothérapie. Une première récurrence peut se traiter comme l'épisode initial. Le traitement de toute récurrence ultérieure est plus aléatoire et différentes approches thérapeutiques sont à l'étude: vancomycine selon un schéma pulsé, immunisation active ou passive (anticorps anti-CD), bactériothérapie (ultrafiltrat de fèces administré par sonde nasogastrique), etc. Enfin de nouveaux antibiotiques sont à l'étude, mais la physiopathologie de l'infection à CD fait clairement pencher la balance pour les approches non antibio-

tiques. À noter enfin que les levures *lactobacillus* et *saccharomyces boulardii* n'ont jamais pu faire la preuve d'une réelle efficacité à cet égard (JV).

Kelly CP et al. Current concepts: *Clostridium difficile* – more difficult than ever. *N Engl J Med* 2008; 359: 1932-40.

Quels projets pour la WONCA en Europe?

Dans le cadre de la redéfinition de ses objectifs, la branche européenne de la WONCA (World Organisation of National College and Academic associations of general practitioners) a réalisé une enquête européenne. Les résultats de cette étude révèlent des champs d'action où notre attention doit être accrue. Par exemple, la santé communautaire qui fait partie du travail de la première ligne n'est pas assez incluse tant dans les formations de base que dans la formation médicale continue des médecins généralistes. Au même titre, les activités de recherche en soins primaires ne sont pas assez développées et encouragées en Europe. (TVdS)

Lionis C, Allen J, Sapouna V, Alegakis A et al. Towards the establishment of a new target strategy for WONCA Europe: a key informants study. *Eur J Gen Pract* 2008; 14: 76-82.

Multi-morbidité en médecine générale

La multi-morbidité est définie comme la coexistence de minimum deux affections chroniques chez un même patient. Cette coexistence est malheureusement associée à une consommation de soins accrue ainsi qu'à une diminution de l'espérance de vie. De plus, la multi-morbidité complique les diagnostics et les traitements. Cette étude d'observation a été réalisée sur une population de médecine générale représentative de la population néerlandaise (13500 patients de 10 généralistes). Les patients vivant en maison de repos ont été exclus de cette recherche.

Parmi les patients âgés de 75 ans ou plus, 90% présentent au moins 2 co-morbidités.

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.

Mais, parmi les tranches d'âges plus jeunes, il existe de nombreux patients présentant de multiples co-morbidités. En fixant la recherche à 4 co-morbidités ou plus, 7% des patients âgés entre 45 et 64 ans rencontrent ce critère! Dans le groupe 65-74 ans, c'est 30% des patients de médecine générale qui présentent au moins 4 co-morbidités. À partir de 75 ans, 55% des patients souffrent de minimum 4 affections chroniques. Sans surprise, c'est dans les classes sociales les plus défavorisées que l'on retrouve la plus grande proportion de patients avec une multi-morbidité. En comparant les données actuelles à celles de 1985, les chercheurs constatent une forte augmentation du nombre de patients avec 4 co-morbidités ou plus. Cette proportion a triplé, passant de 2,5% de la population à 7,5%. Grâce à une standardisation des données épidémiologiques, les chercheurs peuvent dire que cette augmentation n'est pas due au vieillissement de la population mais bien à une augmentation de la prévalence des maladies chroniques. Ce plus grand nombre de maladies chroniques est lié à des diagnostics plus précoces et plus nombreux ainsi qu'à une plus grande information des patients qui consultent davantage. (TVdS)

Uijen A, Van De Lisdonk E. Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. *Eur J Gen Pract* 2008; 14 (Suppl 1): 28-32.

Surconsommation médicale: une affaire de famille

Les familles véhiculent, en général, la même histoire sociale et culturelle, le même style de vie et les

mêmes croyances, y compris au niveau de la maladie et de la santé. Cette étude rétrospective néerlandaise a analysé les habitudes de consultation de plus de 1000 familles sur deux périodes de 5 ans: 1971-1975 et 2001-2005. Chaque famille était suivie par son généraliste durant l'ensemble de la période de 5 années. Durant la première période de suivi, 40% des familles avaient 3 enfants ou plus, alors que pour la seconde période, seuls 12% des familles avaient encore autant d'enfants. L'influence familiale sur la tendance à consulter pour des problèmes mineurs de santé est marquée pour les deux périodes mais nettement plus dans les années 70 qu'au début des années 2000. Les chercheurs démontrent que 22% des différences de fréquence de consultation entre familles peut être attribuée à des facteurs familiaux. Les influences les plus importantes sont constatées entre mères et enfants puis entre enfants de même génération. Ce phénomène est expliqué par le fait qu'une personne ne consulte pas seulement pour se rassurer mais aussi parce qu'elle est poussée à consulter par son entourage direct. L'influence familiale est le déterminant majeur dans les variations de fréquence de consultations en ce qui concerne les problèmes mineurs.

Dans les années 70, les classes sociales les plus aisées consultaient nettement plus que les autres catégories sociales pour des problèmes de santé mineurs. Par contre cette différence disparaît complètement pour la période 2001-2005.

Les auteurs concluent qu'une médecine de famille qui réalise une prise en charge globale dans la continuité garde tout son sens, même au XIX^e siècle. (TVdS)

Van Den Bosch W, Bor H, Van Gerwen W. All in the family: times are changing. *Eur J Gen Pract* 2008; 14 (Suppl 1): 25-7.

Testostérone pour libido féminine

La libido décroît classiquement chez la femme dès la fin de l'adolescence. Ainsi, 25 à 53% des femmes adultes, en particulier ménopausées, présentent une perte du désir sexuel. .

Quelques études ont montré un impact positif de l'administration de testostérone sur la libido de la femme ménopausée et substituée hormonalement. Mais ces études étaient assez brèves (3 à 6 mois). Une récente étude a testé cet impact en suivant des femmes non substituées hormonalement durant 2 ans d'administration par patch transdermique. Contrairement au groupe recevant 150 µg/j, le groupe recevant 300 µg/j a obtenu un accroissement significatif de la fréquence de rapports sexuels satisfaisants après un an. Ce dernier dosage s'avérait également supérieur au placebo pour de multiples paramètres du score de bien-être sexuel.

Les effets secondaires androgéniques classiques (acné, alopecie, voix plus grave) n'étaient présents que chez 8% des femmes traitées. Cependant, 20% des femmes recevant 300 µg/j ont présenté une croissance accrue des cheveux. Enfin, quelque cas supplémentaires de cancer du sein se sont déclarés dans le groupe traité à la fin de la période du follow-up, sans pourtant que des conclusions puissent en être tirées en terme de risque statistique (cohorte trop petite). Finalement, cette étude laisse pas mal de questions en suspens (JV).

Davis SR. Testostérone for low libido in postmenopausal women not taking estrogen. *N Engl J Med* 2008; 359: 2005-17.