

Revue des Revues

par la Rédaction de la revue

Dépistage du cancer colorectal

Deux récentes études viennent éclairer un peu plus notre lanterne quant à la question très débattue du dépistage du cancer colorectal. D'une part, une étude américaine a soumis 1256 sujets à une colonoscopie de contrôle à 5 ans, après un premier examen négatif. Les patients étaient tous à risque moyen et étaient initialement âgés de 57 ans en moyenne. Lors de la colonoscopie de contrôle, aucun cas de cancer ne fut décelé tandis qu'un ou plusieurs adénomes à haut degré de dysplasie furent trouvés chez 1,3% des sujets. À noter que des diverses études précédemment réalisées sur le sujet, il ressort que sur 1000 patients avec colonoscopie normale, 2,4 développeront un cancer dans les 5 années. L'éditorialiste concerné en conclut qu'un délai de 5 à 10 ans peut être conseillé après une colonoscopie normale.

D'autre part, une étude américaine a comparé la colonoscopie virtuelle (CV) par CT-Scan à la colonoscopie classique ou optique (CO) chez 2600 patients. Pour 100 polypes d'un diamètre ≥ 1 cm détectés par CO, seuls 90 le sont par CV. La sensibilité de la CV est encore moindre pour les quelques 10% d'adénomes précancéreux plans. Quant à la valeur prédictive positive de la CV, celle-ci est assez faible puisque parmi les polypes de ??? 1 cm détectés par cet examen, seul 1 sur 4 s'avère être réellement un polype à la CO (JV).

Imperiale TF et al. Five-year risk of colorectal neoplasia after negative screening colonoscopy. *N Engl J Med* 2008; 359: 1218-24.
Johnson CD et al. Accuracy of CT colonography for detection of large adenomas and cancers. *N Engl J Med* 2008; 359: 1207-17.

Prévention secondaire de l'AVC

Une récente méta-analyse de 24 études (représentant > 42 000 patients) sur la question de la prévention secondaire de l'AVC a

conclu à la supériorité de l'association aspirine (AAS) à faible dose + dipyridamole (à libération prolongée) par rapport au clopidrogel, y compris pour la prévention des incidents vasculaires non cérébraux. Pourtant, forte d'une cohorte de 20 000 patients, la récente étude PROFESS remet ces 2 modalités thérapeutiques (AAS + dipyridamole versus clopidrogel) sur pied d'égalité. Combinant les résultats de la méta-analyse et ceux de l'étude PROFESS, on retient finalement une légère supériorité, quoique non significative, de l'AAS + dipyridamole sur le clopidrogel, ainsi que du clopidrogel sur l'AAS à faible dose. Il convient cependant de rappeler la moindre compliance possible pour un traitement préventif au dipyridamole de par la nécessité de 2 prises par jour ainsi que du fait des possibles effets secondaires (céphalées en particulier). Par ailleurs, alors qu'il ressort d'études antérieures que l'inhibition du système rénine-angiotensine est efficace en prévention secondaire de l'AVC (indépendamment de l'action anti-hypertensive), une récente étude randomisée multicentrique et portant sur 20 300 patients, n'a cependant pas pu montrer un tel effet avec un sartan (telmisartan) (JV).

Sacco RL et al. Aspirin and extended-release dipyridamole versus clopidrogel for recurrent stroke. *N Engl J Med* 2008; 359: 1238-51.
Yusuf et al. telmisartan to prevent recurrent stroke and cardiovascular events. *N Engl J Med* 2008; 359: 1225-37.

L'héritage d'UKPDS

Cinq ans après le terme de la fameuse étude UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study), on refait le point sur le devenir comparatif des sujets qui ont fait partie des groupes traités intensivement, soit pour le contrôle de la glycémie (hypoglycémiant vs diète seule), soit pour le contrôle de l'hypertension artérielle, ces sujets étant donc "sortis" de l'étude depuis les 5 dernières années écoulées.

Quant au **contrôle glycémique**, d'une part, la différence des taux d'HbA1c entre le

groupe traité intensivement et le groupe "diète seule" disparaît endéans la fin de la 1re année qui suit le terme de l'étude. Pourtant les bénéfices du meilleur contrôle durant la période de l'étude sont, eux, bien persistants, même 5 ans plus tard. Ainsi, pour le groupe sulfonylurée-insuline, on note une réduction persistante du risque de complications en général (-9%) et du risque microvasculaire (-24%), mais aussi l'apparition d'un bénéfice en terme de mortalité due au diabète (-17%) ainsi que de risque macrovasculaire (infarctus myocardique: -15%), ce dernier n'ayant pourtant pas été significatif durant la période de l'étude elle-même. Dans le groupe metformine (patients en surpoids), le bénéfice persistait en terme de complications du diabète (-21%), de mortalité pour toutes causes confondues (-27%) ainsi qu'en terme de risque macrovasculaire (infarctus myocardique: -33%). Il n'existe toujours pas d'explication claire à l'absence de protection microvasculaire de la part de la metformine, mais il est à noter que le taux moyen de créatinine sérique dans ce groupe était supérieur de 15% à celui du groupe sulfonylurée-insuline. À l'inverse, on peut supposer que la protection microvasculaire (rénale) conférée par ces derniers traitements a pu secondairement retarder les complications macrovasculaires du diabète.

Quant au **contrôle tensionnel**, ses bénéfices en terme de protection micro- et macrovasculaire sont totalement perdus 5 ans après la fin de l'intervention. Il apparaît donc que chez le diabétique hypertendu, le contrôle tensionnel doit rester effectif sur le long terme pour être bénéfique en terme de prévention des complications vasculaires. À noter cependant que dans le groupe traité intensivement pour la tension, les taux moyens d'HbA1c durant l'étude étaient supérieurs de 0,8% par rapport à ceux des groupes "contrôle glycémique intensif". Ceci souligne donc l'importance de l'approche multifactorielle dans la prise en charge du diabète de type II (JV).

Holman RR. Long-term follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008; 359: 1577-89.
Holman RR. Long-term follow-up after tight control of blood pressure in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2008; 359: 1565-76.

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.

Glaucome : bien choisir ses lunettes pour nager

Cette étude australienne a analysé l'effet à court terme sur le Tonus Oculaire (TO) de 13 modèles de lunettes de natation. L'idée de départ supposait que la pression exercée par les bandes en caoutchouc maintenant ces lunettes pouvait comprimer les vaisseaux ou d'autres structures orbitaires et augmenter le TO. En réalité, la pression intra-oculaire augmentait bel et bien en moyenne de 4,5 mmHg mais les facteurs orbitaires mesurés ou la largeur des bandes de caoutchouc n'étaient pas en cause. Par contre, la surface des lunettes se révéla le paramètre essentiel. Plus la surface des lunettes est réduite, plus le TO augmente, en seulement 20 minutes. À expliquer aux nageurs glaucomateux. (CM)

William H Morgan et al: Wearing swimming goggles can elevate intraocular pressure. *Br J Ophthalmol.* 2008; 0: bjo.2007.136754v1

Fissure anale : toxine botulique vs dérivés nitrés

Une méta analyse a comparé l'efficacité et la tolérance de la toxine botulique et des dérivés nitrés sur l'évolution d'une fissure anale. Sur l'ensemble des études publiées seuls 3 essais randomisés ont été

retenus. (180 patients) L'amélioration des symptômes et la cicatrisation se valent pour les deux techniques mais les dérivés nitrés entraînent plus d'effets secondaires, essentiellement céphalées. Ils ont cependant l'avantage d'être disponibles en médecine générale. Point n'est besoin de s'injecter toutes les rides! (CM)

Sajid MS et coll. Botulinum toxin vs glyceryltrinitrate for the medical management of chronic anal fissure: a meta-analysis. *Colorectal Disease* 2008; 10 (6): 541-6.

La force de l'espoir

Pour tester l'influence de la conviction de guérison du praticien, une équipe d'ophtalmologues, a informé 247 patients (ayant un niveau moyen de scolarisation correspondant à une durée de 13 ans après le jardin d'enfant), du scénario d'évolution de leur maladie vitro-rétinienne traitée, en exposant surtout les éventuelles complications ou les bonnes perspectives, toutes informations étant strictement conformes à la réalité. La qualité de vie des patients s'est trouvée immédiatement fortement diminuée quand le pronostic insistait plus sur les risques que les progrès attendus. Consentement éclairé, d'accord, mais jusqu'où? (CM)

Godshalk AN, Brown GC, Brown HC, Brown MM. The power of hope: being a doctor is more than relying solely on the numbers. *Br J Ophthalmol.* 2008 Jun; 92 (6): 783-7

Scanner pour coloscopie incomplète, gare aux perforations méconnues

Depuis que le scanner permet une coloscopie virtuelle, la coloscopie réelle bénéficie d'une technique complémentaire lorsque l'endoscope ne peut plus progresser. L'examen se termine alors dans le scanner. Cependant, ces coloscopies à risques peuvent se compliquer d'une micro perforation, qui, lors de l'insufflation importante demandée par l'examen au scanner, risque de devenir significative. Selon cette étude concernant 262 patients dont l'examen dut être complété par scanner, 0,1 à 2,7 % présentaient une perforation. Les auteurs recommandent donc de procéder à des images scanner de dépistage avant l'insufflation rectale. (CM)

Hough DM, Kuntz MA, Fidler JL, Johnson CD and al - Detection of occult colonic perforation before CT colonography after incomplete colonoscopy: perforation rate and use of a low-dose diagnostic scan before CO2 insufflation. *Am J Roentgenol.* 2008; 191 (4): 1077-81.