

Revue des Revues

par la Rédaction de la revue

Pas de caféine durant la grossesse

Cette large étude prospective d'observation a examiné les relations entre consommation de caféine des mères et retard de croissance des fœtus. 2635 femmes en début de grossesse ont été interrogées sur leur consommation de caféine des semaines précédentes et invitées à détailler cette même consommation durant tout le reste de leur grossesse grâce à un questionnaire spécifique validé. De plus, un dosage salivaire de cotinine a été réalisé ainsi qu'une évaluation de la consommation d'alcool, deux facteurs bien connus pour leur impact sur le développement fœtal. L'analyse détaillée de tous les résultats collectés a permis aux auteurs d'affirmer que la consommation de caféine juste avant et pendant la grossesse est associée à une augmentation significative du risque de retard de développement fœtal. Ceci est vrai à tous les trimestres de la grossesse. Dès lors, les auteurs recommandent de sensibiliser les patientes à une réduction de leur consommation de caféine de la période pré-conceptionnelle à l'accouchement. (TVdS)

CARE Study Group. Maternal caffeine intake during pregnancy and risk of fetal growth restriction: a large prospective observational study. *BMJ* 2008; 337: 1334-8.

Motivations à la garde de médecine générale

Cette étude britannique s'est attachée à identifier les facteurs qui influencent la décision de chaque médecin généraliste de participer à la garde (non obligatoire dans une grande partie du pays). Il s'agit d'une enquête par questionnaires dans des zones tant rurales que urbaines. Les hypothèses de départ étaient que la décision de participer ou non aux gardes dépend de caractéristiques familiales, critères personnels, du temps de travail durant la semaine ainsi que des éventuelles sources de revenus alternatives.

L'analyse des réponses permet de tirer des conclusions générales, probablement assez

semblables pour les autres pays européens. 41% des généralistes répondeurs participent de manière volontaire aux gardes. Toutefois, les différences entre secteurs sont énormes, allant de 17% à 75% pour les extrêmes. De manière générale, les hommes avec enfants acceptent plus souvent de prêter des gardes que leurs confrères sans enfant ou que leurs consœurs avec ou sans enfants. Comme attendu, plus les revenus du conjoint du médecin généraliste sont élevés, moins le médecin accepte la contrainte des gardes. Les couples constitués de deux médecins généralistes sont également très peu enclins à prêter des gardes. Être actif dans une association professionnelle ou scientifique ou encore au sein d'un département universitaire de médecine générale augmente la probabilité de participer aux gardes. Les auteurs expliquent cette observation par le plus grand attachement professionnel des généralistes impliqués dans les associations et universités. Plus la patientèle du généraliste est grande, moins le généraliste est enclin à prêter des gardes. Les auteurs pensent que les plus grosses pratiques disposent de plus de revenus et sont donc moins tentées par les revenus des gardes. Les généralistes des zones rurales sont nettement plus nombreux à participer aux gardes que leurs confrères des villes, toutes autres variables identiques. (TVdS)

Geue C, Skatun D, Sutton M. Economic influences on GP's decisions to provide out-of-hours care. *Br J Gen Pract* 2009; 59: 12-7.

Triage téléphonique pendant les gardes

De plus en plus de pays confient la régulation des appels de garde à des centrales d'appel. Ceci est une bonne chose à de nombreux niveaux. Toutefois, une étude qualitative néerlandaise à propos du travail effectué par ces centrales n'est pas réjouissante. Les opérateurs ne posent pas toutes les questions requises avant de prendre une décision ou de donner un conseil, certains opérateurs interprètent les réponses dans le sens qui les agréent. Dans tous les cas et pour tous les centres, la qualité du triage est jugée pauvre. La qualité

dépend, non seulement de facteurs humains, mais aussi du logiciel de triage utilisé, de la manière dont le personnel le respecte et de la formation de l'opérateur. En effet, quand l'opérateur est un médecin généraliste en activité, la qualité est meilleure qu'avec un opérateur expérimenté non médecin. Au stade actuel, personne ne peut dire exactement quelle approche du triage par téléphone est la meilleure. (TVdS)

Car J, Koshy E, Bell D, Sheikh A. Telephone triage in out of hours call centres. *BMJ* 2008; 337: a1167: 644-5.

Hypoglycémies en maisons de repos

L'hypoglycémie est la complication métabolique la plus fréquente chez les diabétiques âgés. La prévalence des hypoglycémies en maisons de repos semble très élevée. Cela est dû, selon les experts, au haut degré de dépendance des résidents, à leur plus grande fragilité ainsi qu'à leur poly-médication. Toutefois, il semble bien que les hypoglycémies survenant chez les résidents de maisons de repos soient le plus souvent multifactorielles. Une revue de la littérature a permis aux auteurs de déterminer les facteurs de risque de l'hypoglycémie :

- l'âge avancé,
- l'existence de co-morbidités,
- la poly-médication (5 ou plus),
- l'insuffisance rénale chronique,
- l'insuffisance hépatique,
- les antécédents d'hypoglycémie,
- la dénutrition,
- l'usage de sulfonylurées ou d'insuline
- la présence d'une affection aiguë.

Le facteur de risque prépondérant semble être, selon une étude randomisée contrôlée, la présence de co-morbidités. Les auteurs suggèrent que la prévention des hypoglycémies soit un des objectifs du traitement des diabétiques en maison de repos. Cela en raison de la fréquence des hypoglycémies et de leurs graves conséquences: décès, AVC, infarctus, arythmies et décompensations cardiaques. (TVdS)

Abdelaffiz A, Sinclair A. Hypoglycemia in residential care homes. *Br J Gen Pract* 2009; 59: 49-50.

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.

Colonoscopie : pas pour le dépistage de masse

L'utilité, en termes de mortalité, de la colonoscopie comme examen de dépistage (en première intention) n'est prouvée par aucune étude clinique randomisée. La revue *Annals of Internal Medicine* publie une étude canadienne rétrospective ayant porté sur dix mille cas cliniques de patients hospitalisés en Ontario entre 1996 et 2001. Selon cette étude, la colonoscopie à titre préventif ne réduit la mortalité du cancer colorectal que de 1%. Ce résultat se situe donc sous le seuil de significativité. La diminution de mortalité du cancer colorectal liée à la colonoscopie est surtout manifeste pour les cancers du colon gauche. L'éditorialiste qui commente l'article déclare que l'on ne doit pas promouvoir la colonoscopie comme examen de dépistage de masse si l'on réfléchit en termes de rapport coût-efficacité. [ndlr: Cette étude ne concerne pas les colonoscopies effectuées à la suite d'une recherche positive de sang occulte dans les selles, seul examen validé dans une stratégie de dépistage de masse du cancer colorectal.] (EM)

Ransohoff DF How much does colonoscopy reduce colon cancer mortality? *Ann Intern Med* 2009; 150: 50-2.

La "maladie des inquiétudes"

Symptômes somatiques non spécifiques d'anxiété durable, inquiétudes excessives, présents au moins la moitié du temps pendant six mois : voilà les cri-

tières de diagnostic du trouble d'anxiété généralisée. Ce problème affecte 7% des femmes et 5% des hommes avec des répercussions sur la qualité de vie. Il a un pic de fréquence à 35 ans chez les femmes et 45 ans chez les hommes, surtout avec tempérament anxieux. Il se développe insidieusement et évolue de manière chronique et fluctuante. Le patient reconnaît que ses angoisses à propos de tout et de rien (santé, travail, finances, familles, risque d'accident...) sont disproportionnées mais ne sait pas les contrôler. Plaintes digestives, douleurs chroniques, insomnie, fatigabilité, troubles de la concentration et de la mémoire sont les symptômes les plus souvent rencontrés. Les arrêts de travail sont fréquents de même que les répercussions sur le plan familial.

La complication la plus fréquente est la dépression que l'on retrouve chez plus de la moitié de ces patients.

Au premier plan de la prise en charge se situent des mesures générales : information claire au patient concernant l'origine de ses troubles, mesures hygiéno-diététiques (alimentation équilibrée, exercice physique, aménagement de l'emploi du temps, plages de loisirs, sommeil suffisant, suppression des toxiques comme tabac ou alcool) et exercices de relaxation et respiration. Si la psychothérapie de soutien n'est pas suffisante, les thérapies comportementales et cognitives ont des effets positifs à court et à long terme. Les thérapies psychanalytiques ont des effets à long terme mais leur efficacité n'est pas étayée par des preuves. La plainte initiale peut être gérée par un traitement médicamenteux anxiolytique. Les benzodiazépines peuvent être prescrites de manière ponctuelle pendant des courtes périodes lors des phases d'accentuation de

l'anxiété (arrêt progressif avant 12 semaines de traitement). Les antécédents d'addiction contre-indiquent cependant leur utilisation. Les benzodiazépines n'ont toutefois pas d'effet à long terme sur l'anxiété généralisée. Des antidépresseurs tels que venlafaxine, paroxétine, escitalopram ou duloxétine sont parfois une solution à long terme surtout lorsqu'un état dépressif est associé. Un traitement d'une durée minimale de six mois semble nécessaire, voire plus longue en cas de rechute ou de refus de psychothérapie.

Le diagnostic différentiel se pose avec l'anxiété normale, les troubles de l'adaptation, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles paniques, l'anxiété phobique, l'anxiété induite par une maladie générale et la dépression elle-même. (EM)

Vederine F-E, Pelissolo A Trouble anxieux généralisé *Revue prat méd générale* 2009; 813 (23): 11-13

Bannir les acronymes des publications ?

La revue *Epidemiology* s'attaque aux acronymes. La plupart sont en effet incompréhensibles, d'autres encore sont identiques entre eux créant de la confusion, d'autres enfin prêtent à rire par leur similitude avec des mots de significations variées. In fine, ils sont contre-productifs par rapport à la raison de leur utilisation, à savoir transmettre plus rapidement une signification au lecteur. «L'espace nécessaire pour écrire in extenso une expression est un prix acceptable pour la bonne compréhension des recherches publiées.» déclare l'auteur. N'est-ce pas la voix de la sagesse ? (EM)

Wilcox AJ, McCann MF. Editors declare a BAN (Banish Acronyms Now). *Epidemiology* 2009; 20 (1): 2.

Le 12 mai 2009 de 9h à 16h15 au centre culturel de Sambreville

4^e Journée de l'Alimentation des Seniors : «Aide aux repas des personnes désorientées»

Organisée par l'Association des Directeurs de Maison de Repos en partenariat avec le Groupe des Diététiciens de la Gériatrie

THÈMES ABORDÉS :

- «**La charte nutritionnelle en MRS**» par Marc Delwaide
- «**Nutrition et déclin cognitif**» par le Docteur Monique Ferry, médecin et docteur en sciences, gériatre et nutritionniste au Centre de Prévention Départemental de Valence et INSERM Université Paris XIII.
- «**L'équipe pluridisciplinaire autour de la table**» par Colette Gillet, Diététicienne du Grand Hôpital de Charleroi, Didier Bleecx, Kinésithérapeute-ergothérapeute du Grand Hôpital de Charleroi.
- «**Table ronde: L'aide aux repas des personnes désorientées**» animée par Marie-Françoise DISPA et avec la participation du Docteur Monique Ferry, Colette Gillet, Didier Bleecx, Jacqueline HECK, Infirmière Responsable et Isabelle MALCHAIR Logopède et Maîtresse de Maison au Cantou aux Heures Claires à Spa.

INSCRIPTIONS ET RENSEIGNEMENTS :

via poste: ADMR, rue Tienne Jean Pierre 11, B-5150 Floreffe • via fax: 081 44 04 04 • via e-mail: jppotvin@admnet.be • via le site de l'ADMR (à dater du 5 avril) www.admnet.be

Avec le partenariat de Nestlé Nutrition