

Revue des Revues

par la Rédaction de la revue

Prime au sevrage tabagique

Prévenir des risques délétères du tabac pour la santé est un must... mais si l'on en croit cette étude rien de tel qu'un incitant financier pour favoriser l'arrêt tabagique complet. Un échantillon de 878 fumeurs employés dans une multinationale a été divisé en deux groupes. Le premier a reçu une information détaillée sur les méfaits du tabac, tandis que les participants au deuxième groupe ont été invités à participer à un programme éducatif anti-tabagisme contre finances. 100 \$ étaient offerts pour compléter le programme éducatif, 250 \$ en cas de cessation tabagique à six mois du début de l'étude et 400 \$ en cas d'abstinence complète de tabac au cours des six mois suivants. Un test biologique confirmait l'abstinence tabagique réelle. Après 9 à 12 mois du début de l'étude, 14,7% des fumeurs ayant reçu un incitant financier avaient abandonné le tabac contre 5% des employés n'ayant reçu qu'une campagne d'information seule. Après 18 mois, le taux d'abstinence était encore de 9,4% chez ceux qui avaient été payés contre 3% chez les autres. À long terme, cet investissement serait rentable en termes de santé des employés. (EM)

Volpp, K et al. A Randomized, Controlled Trial of Financial Incentives for Smoking Cessation, *NEJM* 2009; 360: 699-709.

Extension du coude: bon test diagnostique

Cette étude prospective internationale valide un test clinique qui permet d'exclure la fracture du coude en cas de traumatisme, tant chez l'adulte que chez l'enfant. Sa valeur prédictive négative est excellente puisque de 98,4% chez l'adulte et de 95,8% chez l'enfant. Ainsi, les auteurs peuvent affirmer qu'après un traumatisme du coude, la capacité du patient à étendre complètement l'avant-bras permet d'exclure une fracture et donc de ne pas réaliser de radiographie.

Par contre, si l'extension complète est impossible, la radio est indiquée d'emblée car une fracture sera présente dans la moitié des cas.

Le suivi des centaines de patients de cette étude permet également de conseiller une radiographie aux patients pouvant étendre le coude mais qui conservent des douleurs après 7 à 10 jours d'évolution. (TVDS)

Appelboam A, Reuben A, Bengner J et al. Elbow extension test to rule out elbow fracture: multicentre, prospective validation and observational study of diagnostic accuracy in adults and children. *BMJ* 2009; 338: 31-4.

Faut-il prescrire le stérilet?

Tout d'abord, le terme de «dispositif intra-utérin» (DIU) est plus approprié que celui de «stérilet» bien mal nommé car son action est contraceptive et non stérilisante.

L'efficacité contraceptive du DIU de tout type est tout à fait comparable à celle de la contraception orale (CO). Pour les femmes dont la prise de CO est erratique, l'effet contraceptif du DIU est nettement supérieur. DIU au cuivre et DIU au levonorgestrel ont une efficacité similaire. La durée d'efficacité est relativement longue permettant de laisser en place jusqu'à la ménopause un DIU au cuivre inséré à l'âge de 40 ans. Les performances contraceptives du DIU au levonorgestrel ont une durée connue d'au moins 7 ans.

Les grossesses extra-utérines sont moins fréquentes avec le DIU que sans contraception (1/1000 femmes en 5 ans). 5 à 10% des femmes peuvent expulser le DIU dans les 5 ans après l'insertion surtout si celle-ci est réalisée en postpartum immédiat ou s'il existe des antécédents d'expulsion. Les perforations utérines sont rares, favorisées par certains facteurs comme une insertion dans le mois suivant l'accouchement ou une IVG. Les ménométrorragies sont les motifs les plus fréquents de retrait du DIU. Le DIU au levonorgestrel quant à lui est plutôt responsable d'aménorrhée (16% à un an et 35% à 2 ans), sans conséquence pour

la santé mais pouvant perturber les femmes en raison de la perte de repères cliniques pour évoquer une grossesse.

En ce qui concerne les infections pelviennes, le DIU ne protège bien évidemment pas des MST, et il ne doit jamais être placé au cours d'une infection gynécologique ou pelvienne. Le risque d'infection pelvienne dans le mois qui suit la pose est quatre fois plus élevé que dans la population générale mais revient à la normale trois mois après l'insertion. Une antibiothérapie systématique n'est cependant pas nécessaire, même si la patiente présente une valvulopathie. Aucun problème n'est signalé en cas de diabète, allaitement ou infection HIV. Les données manquent en ce qui concerne les patientes sous anticoagulants mais les quelques données existantes ne sont pas alarmantes. En cas de cancer du sein, le DIU au cuivre est à préférer et chez les femmes épileptiques, son utilisation évite les interactions entre CO et anti-épileptiques. (EM)

La rédaction de Prescrire Stratégies Dispositifs intra utérins alias stérilets *Prescrire* 2009; 304: 113-9.

Réhospitalisations iatrogènes

Cette étude australienne a analysé les dossiers de deux hôpitaux sur une période de 20 ans. 17,7% des patients ont eu au minimum une réhospitalisation suite à des effets secondaires dus aux médicaments prescrits. Le taux de première admission pour effets secondaires est quant à lui de 6,8%!

Le but de l'étude était de découvrir les facteurs liés à un risque plus élevé de réadmission pour effets secondaires. Première surprise, l'âge n'est pas un facteur de risque. Par contre, le sexe masculin, la durée d'hospitalisation supérieure ou égale à 14 jours et l'existence de certaines comorbidités sont nettement liés à un risque accru d'effets secondaires graves et de réadmission en milieu hospitalier. Les comorbidités significatives sont par ordre d'importance: l'insuffisance cardiaque, l'artérite périphérique, la BPCO, les affections rhu-

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.

matologiques, l'insuffisance hépatique, le diabète, l'insuffisance rénale et le cancer quel qu'il soit. Les auteurs concluent que ces patients doivent bénéficier de plus d'attention et de suivi que les autres. (TVDS)

Zhang M, Holman C, Price S, Sanfilippo F et al. Comorbidity and repeat admission to hospital for adverse drug reaction in older adults: retrospective cohort study. *BMJ* 2009 338: 155-8.

Néphrite interstitielle médicamenteuse

Au départ d'un cas clinique d'insuffisance rénale sur prise d'inhibiteurs de pompe à protons (IPP), la Revue du praticien médecine générale évoque le problème des néphrites interstitielles iatrogènes.

La liste des médicaments potentiellement responsables est longue (122). Parmi les plus fréquents citons les antibiotiques (pénicillines et dérivés, quinolones, toutes les céphalosporines, les sulfamidés, la rifampicine), les AINS, les diurétiques (furosémide, hydrochlorothiazide), les antiulcéreux comme la cimétidine de moins en moins prescrite mais aussi les IPP de plus en plus souvent consommés à long terme. L'aspirine et l'allopurinol sont aussi au nombre des substances pouvant induire une néphrite interstitielle. Si les formes aiguës et suraiguës de l'affection sont aisément diagnostiquables, il existe des formes plus insidieuses de la maladie. Celle-ci peut n'apparaître en effet qu'après plusieurs mois voire plusieurs années de tolérance rénale à la consommation des substances en cause. Susceptibilité individuelle? Infection virale? L'élément déclenchant n'est pas encore connu. Une élévation progressive de la créatinine sérique avec peu de protéinurie et une leucocyturie au sédiment (avec

éosinophilurie fréquente) sont des éléments d'appel. Le diagnostic est posé par la biopsie rénale: la néphrite interstitielle a en effet une définition histologique.

En l'absence d'une fibrose étendue et dans les cas d'insuffisance rénale modérée, l'arrêt du médicament suffit à améliorer la situation. Les embolies de stéroïdes sont l'approche thérapeutique la plus raisonnable dans les formes histologiquement florides. Soyons donc attentifs à toute élévation progressive et inexpliquée de la créatinine sérique chez les patients sous IPP, aspirine ou diurétiques... (EM)

Meyrier A Insuffisance rénale chez un épigastrique anxieux *Rev Prat méd gén* 2009; 815 (23): 84-5.

Reflux chronique: Nissen plus efficace!

Cette étude rigoureuse mais pragmatique s'est voulue proche de la réalité de nos pratiques. En effet, les patients présentant des symptômes de reflux gastro-œsophagien depuis plus de 12 mois et seulement maîtrisés par l'usage continu d'IPP ont pu choisir l'option chirurgicale ou médicale selon leur préférence. Un second groupe de patients n'ayant pas de préférence a été randomisé dans chacune des options. Les chirurgiens des différents centres pouvaient utiliser leur technique de fundoplicature habituelle et les gastro-entérologues adaptaient le traitement des patients médicaux selon leur pratique habituelle. La durée moyenne de traitement par IPP des patients inclus était de 32 mois avant inclusion. Les patients ont ensuite été suivis durant 12 mois. Les symptômes de reflux et la qualité de vie des patients étaient contrôlés après 3 et 12 mois. Les complications de la chirurgie ont été rares

(0,6%) et aucune mortalité n'a été constatée. Après 12 mois, 90% des patients médicaux ont encore besoin de médicaments et 38% des patients chirurgicaux aussi! Les symptômes de reflux sont moindres pour les patients chirurgicaux, particulièrement pour le sous-groupe randomisé. La qualité de vie s'améliore davantage pour les patients chirurgicaux et est la meilleure après 12 mois. Un suivi à plus long terme est en cours. (TVDS)

Grant A, Wileman S, Ramsay C et al. Minimal access surgery compared with medical management for chronic gastro-oesophageal reflux disease: UK collaborative randomised trial. *BMJ* 2009; 338: 81-5.

Alertes à la prescription trop souvent négligées

Les médecins passent presque toujours outre des messages d'alerte envoyés par leur logiciel de prescription. Voilà le résultat d'une observation qui a analysé 3.5 millions de prescriptions électroniques et alertes de sécurité, pour 2872 médecins ambulatoires. Une prescription électronique sur 15 (6.6%) a déclenché une alerte de sécurité, la plupart du temps concernant des interactions médicamenteuses possibles. La majorité des médecins ont passé outre et poursuivi la rédaction de leur ordonnance. Plusieurs participants ont déclaré que ces messages d'alerte étaient plus gênants qu'utiles. De nombreux messages d'alerte sont en effet peu pertinents. Des programmes de support à la prescription engendrant des alertes fondées et sérieuses sont nécessaires pour augmenter la sécurité des prescriptions. (EM)

Isaac T, Weissman JS, Weingart SN et al. Overrides of Medication Alerts in Ambulatory Care. *Arch Intern Med* 2009; 169: 305-311.