

Revue des Revues

par la Rédaction de la revue

Injections IM: indications limitées !

L'usage de la voie intra-musculaire est souvent abusif en pratique ambulatoire. En effet, la grande majorité des traitements sont aussi efficaces par voie orale que par voie intra-musculaire. Ils sont moins douloureux à administrer et surtout ils ne lèsent pas la barrière cutanée. Dans le cas des pneumonies, les preuves plaident incontestablement pour une administration orale de l'antibiothérapie. La prise orale de vitamine B12 est efficace en cas de carence. Des preuves sérieuses (Niv. B) permettent d'affirmer que l'effet antalgique des AINS oraux est aussi important qu'en IM.

En général, la voie IM peut être choisie en cas de vomissements, diarrhées ou déshydratation. Elle peut aussi se justifier quand le médecin veut s'assurer de la prise effective du traitement chez un patient peu coopérant ou peu fiable. Seules quelques rares situations cliniques spécifiques exigent la voie intra-musculaire. Le traitement de la syphilis fait appel à la pénicilline G en IM, celui de la gonorrhée, à la ceftriaxone en IM. En cas de choc anaphylactique, la recommandation est l'administration IM d'adrénaline. (TVdS)

Shatsky M. Evidence for the use of intramuscular injections in outpatient practice. *Am Fam Physician* 2009; 79: 297-300.

Suivi d'une première prescription d'antidépresseur

Quand le médecin généraliste rédige une prescription afin de traiter un patient dépressif, il appartient à ce dernier de la présenter au pharmacien puis de prendre sa thérapie en suivant les recommandations de son médecin. Dans les faits, un patient sur quatre à qui le médecin généraliste propose une première prescription d'antidépresseurs la refuse. Parmi ceux qui l'acceptent, certains n'achèteront pas leur

médicament et d'autres stopperont la prise avant deux semaines de traitement.

Cette étude néerlandaise analyse cette situation de la première prescription afin d'en tirer des enseignements utiles aux généralistes. Durant un an, l'attitude des patients de 195 généralistes recevant pour la première fois une prescription d'antidépresseurs a été scrutée. Différents paramètres susceptibles d'expliquer les différences d'attitudes des patients ont ainsi été évalués. Seuls les patients traités pour dépression, anxiété généralisée, troubles de panique, TOC et phobie ont été pris en compte. Les co-morbidités, les co-médications, le nombre de contacts avec le généraliste et l'éventuelle référence à un psychologue ou psychiatre ont également été enregistrés. Les patients ont été classés en différents groupes en fonction de leur attitude : les non-suiveurs qui ont reçu une prescription sans l'acheter, les suiveurs partiels qui n'ont acheté que la première boîte et les suiveurs qui sont allés acheter la seconde boîte dans un délai normal. Les caractéristiques des suiveurs ont été comparées aux caractéristiques des deux autres groupes, séparément et en combinaison. 965 patients ont été recrutés mais seulement 671 répondaient aux critères avec tous les renseignements nécessaires à l'étude. 4,2% des patients sont non-suiveurs, 23,7% sont suiveurs partiels et 72,1% sont suiveurs. L'âge moyen des patients est de 48,5 ans et 68% sont des femmes. L'analyse montre que les patients qui consultent pour des motifs non spécifiques (douleur, fatigue, perte de poids...) sont trois fois plus à risque de ne pas suivre leur traitement. Ce risque est multiplié par deux chez le plus de 60 ans et par cinq chez les immigrés non européens. Les patients «suiveurs» ont tendance à consulter davantage leur généraliste que les autres dans les semaines qui suivent la prescription. Les non-suiveurs reconsultent eux-mêmes plus souvent que les suiveurs partiels. Le sexe, l'état de santé et le type d'antidépresseur n'ont pas d'influence sur l'observance initiale. Le niveau d'éducation n'a qu'une très faible

influence favorable sur le taux d'initiation et de suivi du traitement. Les auteurs conseillent aux médecins de discuter avec le patient afin de découvrir s'il pense qu'un antidépresseur peut l'aider. (TVdS)

Van Geffen E, Gardarsdottir H, Van Hulten R et al. Initiation of antidepressant therapy: do patients follow the GP's prescription? *Br J Gen Pract* 2009; 59: 81-7.

Vitamine D: hautes doses

Cette méta-analyse s'est attachée à vérifier l'efficacité de la prescription de vitamine D avec ou sans calcium, ainsi que de la dose à prescrire. Il en résulte que la vitamine D prévient clairement les fractures non-vertébrales, avec ou sans calcium surajouté. Et ceci d'autant plus que la dose administrée est élevée, donc au-delà des 400 UI classiquement prescrites. Les hautes doses montrent une diminution de risque relatif de fracture non vertébrale de 25% chez les patients âgés de plus de 65 ans et de 15% chez les patients institutionnalisés. (PE)

Bischoff-Ferrari HA, Willet WC and all Prevention of non-vertebral fractures with oral vitamin D and dose dependency: a meta-analysis of randomized controlled trials *Arch Intern Med* 2009; 169 (6): 551-61

Psychothérapie en première ligne

Cette méta-analyse étudie les résultats de psychothérapies réalisées en première ligne pour la prise en charge de la dépression chez l'adulte. Les études de qualité sont peu nombreuses et seules 15 d'entre elles ont pu être retenues sur base des critères requis.

Le nombre de patients dépressifs à traiter par psychothérapie en première ligne (MG ou psychothérapeute) pour obtenir une rémission de plus que dans le groupe contrôle (NNT) est de 5,75. Ce chiffre s'améliore encore à 4,2 quand le patient est référé par son généraliste à un psychothérapeute. Ce NNT est de 13,51 quand les patients sont sélectionnés par screening systématique plutôt que par les

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.

généralistes. Les auteurs concluent que la prise en charge de la dépression par psychothérapie en première ligne de soins est efficace. (TVdS)

Cuijpers P, Van Straten A, Van Schaik A et al. Psychological treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2009; 59: 120-7.

Topiramate chez les adolescents

Actuellement, le topiramate a prouvé son efficacité dans le traitement préventif des migraines chez l'adulte. Par contre, chez les enfants et les adolescents, aucun traitement préventif n'a encore été validé par la FDA. Cette étude randomisée a étudié l'intérêt du topiramate chez des adolescents migraineux de 12 à 17 ans. Il en résulte que, comme chez l'adulte, la dose efficace préventive de topiramate est de 100 mg/jour avec 83% des patients répondeurs (45% pour le placebo). Par rapport au placebo, les infections des voies respiratoires supérieures, les paresthésies et les vertiges ont été plus nombreux. (PE)

Lewis D., Winner P., Saper J et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled study to evaluate the efficacy and safety of topiramate for migraine prevention in pediatric subjects 12 to 17 years of age. *Pediatrics* 2009; 123 (3): 924-34

Thérapies brèves en médecine générale

Diverses techniques d'intervention brève ont été spécialement conçues pour la prise en charge du patient ambulatoire en première ligne. De plus, diverses psychothérapies de résolution de problèmes sont facilement adaptables pour les soins primaires. Dès lors,

l'auteur de cet article, passe en revue ce qui est utile aux généralistes. En effet, les thérapies brèves sont bien acceptées par les patients, sont efficaces et permettent souvent d'éviter le recours aux soins spécialisés. La technique des 5A (Ask, Advice, Assess, Assist et Arrange) est efficace pour modifier le mode de vie et les comportements à risque, le protocole FRAMES (Feedback about personal risk, Responsibility of patient, Advice to change, Menu of strategies, Empathic style, promote Self-efficacy) est également adapté pour les modifications du comportement. L'entretien motivationnel explore l'ambivalence du patient et facilite la création d'un véritable partenariat entre patient et médecin, tout en améliorant l'autonomie du patient. Les thérapies orientées solutions consistent en une approche en 4 étapes: définition du problème, recherche de solutions alternatives, prise de décision et mise en place de la solution la plus adéquate. La technique BATHE (Background, Affect, Troubles, Handling, Empathy) a été développée pour la prise en charge de patients psychiatriques ou présentant des troubles psychosociaux. Cette technique ne nécessite en général que cinq minutes. Ces techniques sont utiles car 50% des patients qui débutent une psychothérapie ne l'achèvent pas et retournent dans le circuit habituel des soins. De plus, aux États-Unis, 50% des patients souffrant de dépression majeure sont pris en charge uniquement par la première ligne de soins. (TVdS)

Searight H. Realistic approaches to counselling in the office setting. *Am Fam Physician* 2009; 79: 277-84.

Rondeurs protectrices ?

L'obésité est un facteur de risque de morbi-mortalité dans la population générale et chez les diabétiques. Une étude israélienne a voulu vérifier cette assertion dans une population de 470 patients âgés (81 ± 7 ans) dont 140 étaient diabétiques. L'étude a duré de 2000 à 2004. Au contraire de ce qui est observé dans la population plus jeune, la morbidité totale et spécifiquement la mortalité cardio-vasculaire sont corrélées de façon inversement proportionnelle au BMI. (PE)

Weiss A, Boaz M and al. Body mass index and risk of all-cause and cardiovascular mortality in hospitalized elderly patients with diabetes mellitus *Diabetic Medicine* 2009; 26 (3): 253-9

Deuil normal ou pathologique ?

Il n'existe pas de durée normale pour un deuil. En effet, ce processus est complexe et unique pour chacun. Il convient d'être attentif à la qualité de son déroulement. La première étape est le choc ou sidération « ce n'est pas possible... » qui ne comporte ni réaction normale ni réaction anormale. Ensuite vient la réaction dépressive accompagnée de pleurs, humeur triste, repli sur soi, asthénie, anorexie, diminution des performances mnésiques puis enfin le rétablissement.

Face à une douleur psychique due à la perte d'un proche, la tentation de médicaliser est grande. Le médecin généraliste, par son écoute et son discernement clinique sait aider le patient à intégrer cette perte dans sa propre histoire. (TVdS)

Amar S. Deuil chez l'adulte. *Rev Prat médecine générale* 2008; 811-812: 981-5.