

Revue des Revues

par le Dr Elide Montesi, médecin généraliste, 5060 Sambreville

Sevrage tabagique : motifs de rechutes

Les rechutes tabagiques sont fréquentes. 8 rechutes sur 10 surviennent avant le 8^e jour d'abstinence. Les études évaluant l'efficacité des traitements montrent des taux d'abstinence à huit jours entre 35 et 50%. Si la dépendance nicotinique est responsable des rechutes précoces (entre le premier jour et le troisième mois), au-delà du troisième mois de sevrage, la pente des courbes de rechute est semblable chez les patients traités par substitution nicotinique et les patients non traités. La dépendance pharmacologique n'est donc pas seule en cause dans le maintien de l'abstinence dont l'environnement et les conditions affectives. Les émotions associées à la consommation d'une substance addictive sont mémorisées et leurs résurgences au cours de l'existence peuvent stimuler les circuits de récompense même après plusieurs années de sevrage. L'anticipation des rechutes nécessite, pour les prévenir, de (re) connaître les facteurs prédictifs d'échec de sevrage tabagique : le sexe féminin, l'âge plus jeune, un score de dépendance élevé au test de Fagerström, un profil anxio-dépressif et aussi la consommation d'alcool ou d'autres drogues. Une femme sur deux qui a arrêté de fumer pendant sa grossesse rechute endéans le mois qui suit l'accouchement surtout en cas de multiparité, de prise de poids, de stress et d'état dépressif. Après un syndrome coronaire aigu, 57% seulement des patients sont encore abstinents à huit mois de l'épisode aigu surtout si le milieu familial est fumeur, si la dépendance au tabac est forte, ou si le patient a un antécédent de dépression. En cas de syndrome dépressif, un traitement antidépresseur est recommandé avant d'entamer le sevrage. Un antidépresseur est également conseillé lorsqu'une dépression se manifeste au cours du sevrage.

Les patients avec une forte dépendance nicotinique, ceux avec plusieurs antécédents de sevrage tabagique par le généraliste, les addictions multiples et les patients avec problématique psycholo-

gique ou psychiatrique sont les patients à référer en consultation de tabacologie.

Très important, **chaque rechute est à présenter non comme un échec de sevrage mais comme une étape vers la victoire finale sur l'ennemi tabagique.** (EM)

Lebargy F Les échecs du sevrage tabagique Analyser les facteurs d'échec et prévenir les rechutes *La revue du praticien médecine générale* 2009; (23) 824: 435-9.

Diverticulite sigmoïdienne : récurrence vs premier épisode aigu

Une récurrence survient une fois sur cinq après un premier épisode de diverticulite sigmoïdienne aiguë traitée médicalement. De nouveaux éléments viennent actuellement à l'encontre de l'opinion selon laquelle les échecs du traitement médical et les risques de complications sont plus élevés en cas de récurrence. Cette étude de cohorte rétrospective suisse s'est basée sur l'examen des dossiers de 271 malades dont 202 premiers épisodes et 69 récurrences (confirmés par CT scan) entre 2001 et 2004. Elle avait pour objectif de déterminer si la présentation et le pronostic des récurrences étaient différents des premiers épisodes de diverticulite aiguë. Étaient exclus de l'étude les patients avec cancer du côlon associé ou avec des antécédents de chirurgie colique. Dans le groupe des 69 patients ayant présenté des récurrences, la majorité (53) avait eu 2 épisodes, 13 en avaient présenté 3 et trois patients ont souffert de 4 ou 5 épisodes. Les paramètres radiologiques n'étaient pas statistiquement différents entre les deux groupes. L'étude a montré une proportion plus élevée d'interventions en urgence lors du premier épisode de diverticulite (15.8%) que lors des récurrences (5.8%). Les diverticulites aiguës ont subi une colectomie avec anastomose immédiate, tandis que 75% des patients opérés pour récurrence ont subi une intervention de Hartman. L'antibiothérapie était soit amoxiclav, soit ciprofloxacine et métronidazole. Le taux de guérison et d'échec sous antibiothérapie a été le même dans les deux groupes. Le taux

de malades ayant dû subir une chirurgie suite à l'échec du traitement médical après 24h était également identiques dans les deux groupes. Les récurrences de diverticulite sigmoïdienne ne seraient donc pas plus à risque de complications ni d'échec du traitement médical que l'épisode aigu. Les interventions chirurgicales en urgence pour les récurrences sont par ailleurs moins souvent nécessaires. (EM)

Pittel O et coll.: Recurrent left colonic diverticulitis episodes: more severe than the initial diverticulitis? *World J Surg.*, 2009; 33: 547-52.

"Un pont trop loin..!"

La revue Prescrire de juillet 2009 publie la copie d'une lettre adressée à un laboratoire pharmaceutique par des lecteurs bien connus de la SSMG puisqu'il s'agit des Drs Luc Lefebvre, président de la SSMG et Dominique Lamy, président du réseau Alto. Cette lettre concerne un document de présentation de la spécialité Suboxone^{®(a)} par la firme pour démontrer que cette spécialité est une alternative efficace à la méthadone. Nos deux confrères ont constaté en effet que le document de présentation du produit manipulait les données de deux études par ailleurs menées correctement. Le document en question (remplacé depuis l'intervention des auteurs de cette lettre) n'hésitait pas à créer la confusion entre comparaison de stratégies thérapeutiques et stratégies médicamenteuses. Il récupérait aussi les données d'une modélisation pour estimer des coûts de traitement comme démonstration d'une efficacité similaire de Suboxone[®] et de méthadone. Les légendes et graphiques des études en question avaient été modifiées dans un sens favorable au produit. Cette lettre ne visait pas à mettre en doute l'utilité potentielle de ce médicament dans la prise en charge des patients souffrant d'addiction. Mais elle prouve une fois de plus à quel point nous devons nous armer de l'esprit critique le plus rigoureux pour accueillir les discours des délégués médicaux. Comme signalé plus haut, l'intervention de nos confrères a porté ses fruits

(a) Association de buprénorphine et naloxone

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.

Les articles sont disponibles au secrétariat de la SSMG.

puisque le document de présentation litigieux a été remplacé depuis. (EM)

Revue Prescrire Forum : Lefebvre L, Lamy D. *Prescrire* 2009; (29) 309 : 554

Quand une femme enceinte a mal au ventre

Toute douleur abdominale aiguë nécessite d'en reconnaître la cause et le degré d'urgence. À ces deux questions s'ajoutent chez une femme enceinte celles du risque pour le fœtus et du risque de fausse couche ou d'accouchement prématuré. Les diagnostics possibles sont fonction de l'âge de la grossesse et du terme prévu. Au premier trimestre, la grossesse extra utérine est le premier diagnostic à envisager. Au troisième trimestre, le décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI) est à évoquer en premier lieu avec la barre épigastrique de la prééclampsie ou la rupture utérine ainsi que la menace d'accouchement prématuré. La rupture utérine est le plus souvent le fait d'un utérus cicatriciel et survient généralement en cours de travail. La prééclampsie est toujours associée à une protéinurie ($> 0,3$ g/24h) et une pression artérielle $> 140/90$ mm Hg. Toutes les affections avec irritation péritonéale et toutes les infections maternelles sont à risque de prématurité. Les femmes enceintes sont à risque aussi de pathologies abdominales aiguës autre que celles liées à la grossesse tant gynécologiques (torsion d'annexe, rupture de kyste ovarien...) qu'extra gynécologiques (appendicite, constipation, occlusion intestinale, cholécystite, pancréatite...). En cas de

fièvre, une hémoculture sera réalisée pour exclure une listériose. La recherche d'une infection urinaire et d'une pyélonéphrite doit être systématique en cas de douleur abdominale chez une femme enceinte. L'anamnèse et l'examen clinique (dont l'examen gynéco) sont évidemment essentiels. Ils seront complétés par un dosage d'HCG en début de grossesse, un examen urinaire, une biologie sanguine. L'échographie est indispensable pour deux raisons : s'assurer de la viabilité du fœtus et poser le diagnostic. (EM)

Dupuis O, Clerc J : Douleur abdominale aiguë chez une femme enceinte *La rev du prat* 2009; (59) 6 : 843-8

Vaccin HPV : PATRICIA le déclare efficace

The Lancet publie les résultats de l'étude PATRICIA^(b) concernant l'efficacité de la vaccination anti HPV^(c). Cette étude randomisée en double aveugle a porté sur 20 000 femmes âgées entre 15 et 25 ans dans 14 pays différents (dont 9319 vaccinées contre HPV vs 9325 d'un groupe contrôle). Les groupes ont été subdivisés selon qu'elles étaient HPV positive ou non, leur activité sexuelle et le résultat de leur frottis initial. Le premier endpoint était l'efficacité du vaccin contre la CIN2+. Le suivi à 3 ans après la troisième dose de vaccin a quantifié une efficacité contre CIN2+ entre 93 et 98%. La réduction du nombre des lésions était corrélée à une diminution proportionnelle de colposcopie et de conisations cervicales. Selon cette étude, le vaccin quadrivalent contre le HPV démontrerait donc une efficacité éle-

(b) Papilloma Trial Against Cancer in Young Adults
(c) Cervarix®

vée contre les lésions cervicales précancéreuses ainsi qu'une protection croisée contre d'autres souches d'HPV cancérogènes. L'étude Patricia apporte donc des éléments en faveur des campagnes de vaccination de masse contre l'HPV. L'étude a démontré un bon profil de tolérance du vaccin. Un bémol à cet enthousiasme : PATRICIA est financée par GSK et plusieurs auteurs ont déclaré avoir une relation financière avec la société... (EM)

Paavonen J, Naud P, Dubin G for the HPV PATRICIA Study Group. Efficacy of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by oncogenic HPV types (PATRICIA): final analysis of a double-blind, randomised study in young women. *The Lancet* 2009; DOI: 10.1016/S0140-6736 (09) 61248-4.

Médecine générale : «slow médecine»

Les essais cliniques, méta analyses et guidelines servent les besoins de preuves scientifiques. Mais les réflexions personnelles des médecins de famille ne sont pas à ignorer car elles répondent à d'autres besoins. La médecine générale est une «slow médecine» qui n'a rien à voir avec la médecine hospitalière ou la médecine d'urgence. La médecine générale peut prendre son temps pour négocier avec le patient ce qui est le mieux pour lui. Les patients âgés et/ou avec pathologies chroniques et problèmes sociaux nécessitent une prise en charge dont le rythme permet la négociation et la prise en considération des plus petits éléments de la vie quotidienne. La médecine générale, centrée sur la relation, est plus à même de se focaliser sur la vie des patients plutôt que sur des recommandations générales et impersonnelles. (EM)

Marnocha M. What truly matters: relationships and Primary Care. *Ann Fam Med* 2009; 7: 196-19