

Revue des Revues

par le Dr Thierry Van der Schueren, médecin généraliste, 5640 Mettett

Ostéoporose: pas de contrôle avant 5 ans!

Cet éditorial du BMJ est dérangeant mais il argumente son propos par des faits scientifiques précis. Tous les patients traités par biphosphonates n'augmentent pas leur densité osseuse. Par contre presque tous les patients traités par biphosphonates réduisent le nombre de leurs fractures. Selon une autre étude, seule une infime proportion de la réduction des fractures constatée sous biphosphonates est attribuable au gain de densité minérale osseuse. Dès lors, le monitoring par densitométrie osseuse des traitements par biphosphonates (et aussi par raloxifène) dans les premières années ne se justifie absolument pas. Au contraire, ces contrôles risquent d'induire en erreur le clinicien et l'amener à prendre des décisions inappropriées. L'éditorialiste plaide donc pour un premier contrôle de la densitométrie après 5 années de traitement. (TVdS)

Compston J. Monitoring bone mineral density during aniresorptive treatment for osteoporosis. *BMJ* 2009; **338**: 1511-3.

Diagnostic de l'embolie pulmonaire

Face à toute suspicion clinique d'embolie pulmonaire, le clinicien peut en évaluer la probabilité a priori sur base des facteurs de risque, des symptômes et des signes cliniques. Si cette probabilité est importante, il est indiqué de réaliser un angioscanner thoracique spiralé, suivi d'une échographie veineuse des membres inférieurs quand le scanner est négatif. Actuellement, la scintigraphie pulmonaire est réservée aux contre-indications du scanner. En cas de faible probabilité a priori, le clinicien s'orientera vers un dosage des D-dimères. Si ce dosage est inférieur aux valeurs seuils, l'embolie pulmonaire est exclue. Dans la situation contraire, le cas est à forte probabilité d'embolie pulmonaire. (TVdS)

Meyer G, Planquette B, Sanchez O. Diagnostic de l'embolie pulmonaire. *Rev Prat médecine générale* 2009; **23**: 426-7.

Liens entre crise économique et suicides

Le risque de suicide est 2 à 3 fois plus important parmi les personnes sans emploi que dans la population générale. Ce constat est lié d'une part au fait que le chômage est source de dépression et d'idées suicidaires, d'autre part au fait que les personnes atteintes de pathologies psychiatriques perdent plus « facilement » leur emploi. Mais les conséquences morbides de la crise ne s'arrêtent pas aux personnes licenciées. Une récente méta-analyse montre que l'insécurité ou la précarité d'emploi est également liée à une majoration de 33% des affections psychiatriques communes telles que la dépression et les troubles anxieux. De plus, la médiatisation des suicides liés à la crise économique et ses conséquences provoque des passages à l'acte supplémentaires. (TVdS)

Gunnell D, Platt S, Hawton K. The economic crisis and suicide. Consequences may be serious and warrant early attention. *BMJ* 2009; **338**: 1456-7.

Les plus grandes ne sont pas les meilleures

Cette étude analyse 384 pratiques britanniques sur base de leur taille (nombre de patients), des services proposés en diversité et volume, en tenant compte des facteurs socio-économiques de la population prise en charge. Plus la pratique est large, plus elle offre des services importants et nombreux. Toutefois, cet effet est bloqué à partir de 6330 patients. Au-delà, plus aucun effet de taille favorable n'est observé. Les caractéristiques socio-économiques des patients influencent aussi les services proposés. Ainsi, pour des pratiques de même importance, le nombre et le volume des services diminuent au même rythme que le statut socio-économique de leur patientèle. Par contre, ici l'effet persiste encore dans les grosses pratiques de plus de 6330 patients. Les auteurs concluent que créer des pratiques de groupe est utile

mais qu'une taille limitée est préférable à des supers structures. (TVdS)

Morgan C, Beerstecher H. Practice size and service provision in primary Care: an observational study. *Br J Gen Pract* 2009; **59**: 186-90.

Dos à la route pour les moins de 4 ans

Cette revue de la littérature à propos des sièges auto pour enfants nous apporte des informations utiles pour conseiller parents et futurs parents. Il existe des sièges automobiles agréés pour les enfants dès 9 kg qui font face à la route. Ce poids correspond à celui d'un garçon de 9 mois (percentile 50). Or il existe des preuves que les sièges faisant face à la route exposent les enfants de moins de 4 ans à des étirements cervicaux excessifs et à un risque accru de lésion médullaire cervicale en cas de choc frontal. Se basant sur ces éléments, les auteurs recommandent de conserver un siège « dos à la route » pour tous les enfants jusqu'à l'âge de 4 ans. (TVdS)

Watson E, Monteiro M. Advise use of rear facing child car seats for children under 4 years old. *BMJ* 2009; **338**: 1496-7.

Antibiothérapie en cas d'OMA: avantageux?

Quels sont les bénéfices à long terme de l'antibiothérapie par amoxicilline en cas d'otite moyenne aiguë (OMA) chez les jeunes enfants? Cette équipe néerlandaise a effectué une étude prospective de plus de 3 ans afin de répondre à cette question. L'étude s'est déroulée en médecine générale (53 pratiques), en double aveugle, après randomisation et avec un groupe contrôle traité par placebo. La fréquence de référence des jeunes patients à la seconde ligne de soins a été de 30% dans les deux groupes. Par contre, la fréquence du recours à la chirurgie ORL a été significativement moindre pour les enfants traités par placebo (21% versus 30%). De plus, le taux de récurrence des OMA a été moindre dans le groupe traité par placebo que dans le groupe traité

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.

par amoxicilline (43% versus 63%). Les auteurs constatent donc que les enfants traités sans antibiotique récidivent moins souvent que ceux recevant de l'amoxicilline. Ils considèrent qu'il s'agit d'un argument supplémentaire pour un usage raisonné et limité des antibiotiques en cas d'OMA chez les enfants de 6 mois à 2 ans. (TVdS)

Bezakova N, Damoiseaux R, Hoes A, Schilder A et al. Recurrence up to 3.5 years after antibiotic treatment of acute otitis media in very young Dutch children: survey of trial participants. *BMJ* 2009; 339: 96-8.

Pas de kiné et ergo intensives en MRS...

Cette étude d'intervention britannique visait à comparer les effets d'un programme spécifique de physiothérapie et d'ergothérapie en maison de repos par rapport aux soins habituels sur la mobilité et les performances quotidiennes des résidents. 24 maisons de repos ont participé à l'expérience. La moitié d'entre elles ont bénéficié du programme spécifique, les 12 autres ont constitué le groupe contrôle. Des observateurs indépendants ont évalué les performances des personnes âgées avant le programme et en fin de programme, soit 3 mois plus tard. Contrairement à ce qui était attendu, aucune amélioration de la mobilité et de l'autonomie n'a été observée dans le groupe bénéficiant du programme de physio-ergothérapie. Une analyse secondaire de ce groupe a montré une plus forte prévalence de dépressions et de troubles cognitifs modérés. Les auteurs recommandent donc de nouvelles études avant de généraliser de quelconques mesures dans un sens ou l'autre au sein des maisons de repos. (TVdS)

Sackley C, van den Berg M, Lett K, Patel S et al. Effects of a physiotherapy and occupational therapy intervention on mobility and activity in care home residents: a cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2009; 339: 670-5.

... mais de la vitamine D!

Selon cette méta-analyse d'études randomisées contrôlées de qualité consacrées aux effets de la vitamine D chez des personnes de 65 ans, un supplément journalier de 700 à 1000 unités de vitamine D réduit le risque de chute. La réduction relative constatée est de 19%. Cet effet est déjà constaté après seulement 2 mois de traitement. Par contre un apport inférieur à 700 unités/jour ne permet pas de réduire le nombre des chutes. (TVdS)

Bischoff-Ferrari H, Dawson-Hughes B, Staehelin H, Orav J et al. Fall prevention with supplemental and active forms of vitamin D: a meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2009; 339: 843-6.

Quelle pillule pour réduire le risque veineux?

Les thromboses veineuses et embolies sont des complications sérieuses mais heureusement rares de l'usage des contraceptifs œstroprogestatifs. Cette vaste étude danoise de suivi de plus de 10 millions de femmes sur 10 ans apporte de précieuses informations aux cliniciens. Le risque absolu de survenue d'un accident thromboembolique est donc de 6,29 pour 10000 femmes par an chez les utilisatrices de contraceptifs oraux contre 3,01 pour celles qui n'en utilisent pas. Une analyse plus détaillée permet aux auteurs d'affirmer que, au plus la dose d'œstrogène est faible, au plus le risque diminue. Il en va de même avec la durée d'utilisation. Le type de progestatif contenu dans la pilule influence égale-

ment, à même dose d'œstrogène, le risque veineux. Le levonorgestrel et le norethisterone sont associés au risque le plus faible. Le desogestrel, le gestodène et le drospirone sont associés à un risque veineux plus important (1,5 à 2 fois plus à risque que le levonorgestrel). (TVdS)

Lidegaard O, Lokkegaard E, Svendsen A, Agger C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ* 2009; 339: 557-60.

Marqueurs tumoraux

Les marqueurs tumoraux peuvent, quand ils sont mal utilisés, donner une fausse réassurance ou au contraire entraîner anxiété, examens complémentaires, traitements et dépenses inutiles. En résumé, les marqueurs tumoraux ne doivent pas être utilisés en dépistage. Ils sont inutiles pour poser un diagnostic chez les patients présentant des symptômes aspécifiques mais sont utiles au suivi après que le diagnostic aie été posé. Ainsi, le dosage du CEA n'est recommandé que pour le suivi postopératoire du cancer colorectal aux stades II et III si la chirurgie ou la chimiothérapie sont envisageables en seconde ligne de traitement. Le dosage du PSA est recommandé pour le suivi thérapeutique et la détection des récurrences de l'adénocarcinome de la prostate. Les dosages de l' α -fœtoprotéine et de l'hCG sont indispensables à la prise en charge des tumeurs dérivées des cellules germinales. Chez certains patients à haut risque, les dosages de l' α -fœtoprotéine, du CA125 ou du CA19-9 peuvent aider, respectivement, à la détection précoce d'un hépatocarcinome, d'un cancer de l'ovaire ou d'un cancer pancréatique. (TVdS)

Sturgeon C, Lai L, Duffy M. Serum tumour markers: how to order and interpret them. *BMJ* 2009; 339: 852-8.