

Revue des Revues

par la Rédaction de la revue

Prescriptions différées : des avantages insoupçonnés

Cette étude randomisée britannique en médecine générale a analysé les suites de différentes attitudes de prescription face à une infection aiguë des voies respiratoires inférieures. Trois attitudes ont été évaluées, chacune avec ou sans distribution d'un document écrit explicatif remis aux patients. Les attitudes possibles étaient la prescription immédiate d'un antibiotique, la prescription différée d'un antibiotique ou l'absence totale de prescription d'antibiotique. Premier constat après 2 années de suivi : les patients qui ont reçu d'emblée une prescription d'antibiotiques présentent une très forte tendance à reconsulter. Ce n'est pas le cas pour les patients qui n'ont pas reçu d'antibiotique ni pour ceux qui ont reçu une prescription différée. Les patients ayant reçu une prescription différée n'en ont fait usage que dans 20 % des cas !

Parmi les patients qui ont reçu un document écrit explicatif (qu'ils aient reçu ou pas une prescription d'antibiotique), le taux de re-consultation est significativement plus élevé que pour les patients qui n'ont pas reçu de document écrit. Les auteurs concluent que l'usage de prescriptions différées d'antibiotiques en cas d'infection des voies respiratoires inférieures offre plusieurs avantages. La méthode est sécurisante et permet aux patients qui croient en la puissance des antibiotiques de modifier leurs croyances et leur comportement de consultation en cas de toux. Cela est d'autant plus vrai que les patients ont déjà reçu des antibiotiques par le passé. (TVdS)

Moore M, Little P, Rumsby K, Kelly J et al. Effect of antibiotic prescribing strategies and information leaflet on longer-term reconsultation for acute lower respiratory tract infection. *Br J Gen Pract* 2009; 59: 728-34.

Tabac et grossesse : méfaits supplémentaires

Les résultats de certaines études ont montré une association entre tabagisme maternel durant la grossesse et troubles déficitaires de l'attention ou hyperactivité chez l'enfant. L'étude d'une importante cohorte britannique a permis aux chercheurs de mieux comparer le statut tabagique des futures mères et le comportement de leurs enfants jusqu'à l'âge de 3 ans. Plus de 13 000 enfants de 3 ans ont ainsi été inclus. Etant donné que les futures mères qui fument sont aussi celles qui sont les plus à risque pour un statut socio-économique plus faible, pour des événements de vie difficiles ou stressants ainsi que pour le support social le plus faible, les chercheurs ont identifié toutes ces autres variables susceptibles de modifier le comportement des enfants. Ceci afin de pouvoir déterminer avec le plus de vraisemblance possible la part réelle d'influence du tabagisme maternel sur le comportement ultérieur de l'enfant exposé in utero.

Les résultats sont significatifs mais varient selon le sexe de l'enfant et l'importance du tabagisme maternel. Ainsi, pour les garçons, le risque de survenue de troubles du comportement ou de troubles de l'attention ou d'hyperactivité augmente avec le tabagisme maternel et son importance (plus ou moins de 10 cigarettes/jour). Pour les filles, le tabagisme prénatal maternel augmente significativement le risque de troubles du comportement. Cela ne semble pas le cas pour les troubles de l'attention et l'hyperactivité, bien que l'on ait constaté une diminution du risque d'hyperactivité chez les enfants de mères fumeuses stoppant durant leur grossesse. Les auteurs concluent prudemment en constatant une forte association entre troubles du comportement des enfants jusqu'à 3 ans au moins et tabagisme maternel durant la grossesse. Un argument

supplémentaire, s'il en fallait un, pour motiver les futures mères au sevrage tabagique. (TVdS)

Hutchinson J, Pickett K, Green J, Wakschlag L. Smoking in pregnancy and disruptive behaviour in 3-year-old boys and girls: an analysis of the UK millennium cohort. *J Epidemiol Community Health* 2009; 0: 1-7.

Nouveaux facteurs de risque de pneumonie

Les auteurs de cette recherche en médecine générale ambulatoire ont tenté d'identifier de nouveaux facteurs de risque pour la survenue d'une pneumonie communautaire. À partir des données informatisées de 453 pratiques, 17.172 pneumonies ont été identifiées sur une période de 10 ans. Chaque cas a été comparé à 5 cas-contrôles. Chaque nouveau facteur de risque potentiel a été évalué de manière statistiquement rigoureuse. Ce long travail a permis de mettre en évidence 7 nouveaux facteurs de risque de survenue d'une pneumonie auprès de nos patients de médecine générale. Ceux-ci sont par ordre d'importance : antécédent personnel d'AVC ou d'AIT, arthrite rhumatoïde, maladie de Parkinson, cancers, sclérose en plaques, démence et ostéoporose. Les auteurs considèrent que les patients atteints par l'une ou l'autre des affections précitées sont à haut risque de pneumonie. Ils devraient bénéficier de la vaccination anti-pneumococcique et d'une attention particulière en cas d'infection des voies respiratoires inférieures. (TVdS)

Vinogradova Y, Hippisley-Cox J, Coupland C. Identification of new risk factors for pneumonia: population-based case-control study. *Br J Gen Pract* 2009; 59: 742-49.

Dabigatran et FA

Une anticoagulation au long cours est indiquée en cas de fibrillation auriculaire (FA) persistante, dès la présence d'un facteur de risque additionnel d'AVC (il suffit d'un âge de > 75 ans ou d'une HTA), puisqu'elle permet de prévenir 64 % de ces AVC. Le dabigatran

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.

est un inhibiteur direct de la thrombine qui se prend par voie orale, et qui ne nécessite pas de monitoring thérapeutique. L'étude RELY a suivi 18113 patients présentant une FA persitante durant 2 ans et a comparé l'efficacité en terme de prévention d'AVC et le risque hémorragique des 3 schémas thérapeutiques suivants : dabigatran 150 mg, 2 x/j, dabigatran 110 mg, 2 x/j, et warfarine avec monitoring de l'INR. Comparativement à la warfarine, le dabigatran s'est montré plus efficace à 2 x 150 mg, mais pour un risque hémorragique similaire, et aussi efficace à 2 x 110 mg, mais alors avec un risque hémorragique plus faible. Le taux d'INR cible (2.0 à 3.0) était respecté durant 64% du temps, ce qui est comparable à ce que l'on observe généralement dans d'autres études sur les anticoagulants oraux. Pour obtenir une efficacité similaire à celle du dabigatran 2 x 150 mg, il aurait fallu que l'INR cible soit atteint durant 79% du temps, ce qui paraît illusoire en pratique.

Les inconnues du dabigatran concernent essentiellement sa sécurité d'emploi à long terme, en particulier au niveau hépatique. Ses inconvénients sont qu'il cause davantage d'effets secondaires non hémorragiques (2 x plus de troubles digestifs), avec pour conséquence délétère, un risque doublé de non compliance. Également, le risque d'infarctus du myocarde a été 1,5 x plus élevé chez les patients sous dabigatran. Enfin, il faut tenir compte des interactions (risque de surdosage) entre amiodarone ou verapamil et dabigatran. Les conclusions de l'éditorialiste commentant l'étude sont que les patients sous warfarine et bénéficiant d'un excellent contrôle de l'INR n'ont en principe aucun

bénéfice à attendre d'un changement vers le dabigatran. D'autant que, contrairement à la warfarine, celui-ci est contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale, même modérée (Cl créar < 30 ml/min), et au-delà de 75 ans, ce qui en limite donc fortement l'indication dans la FA. (NDLR: Alors que le prix public d'une anticoagulation orale à l'acénocoumarol est de 6,2 cents/jour à la dose de 2 mg/jour, celui du dabigatran, est de 4,4 EUR/jour à la dose de 220 mg/jour. Le dabigatran est actuellement commercialisé en Belgique sous le nom de Pradaxa® et remboursé en catégorie Bf en post-chirurgie orthopédique lourde.) (JV).

Connolly SJ et al. Dabigatran versus warfarine in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2009; 361: 1139-51.
Gage BF. Can we rely on RE-LY? *N Engl J Med* 2009; 361: 1200-01.

Quelle cible de pression artérielle est valide chez les hypertendus ?

Selon une révision systématique publiée par la Cochrane Collaboration, réduire la pression artérielle à des valeurs inférieures à 140/90 n'induit pas un taux moindre de morbidité ni de mortalité chez les patients hypertendus. Sept essais randomisés ont été revu par les auteurs pour un total de plus de 22000 patients hypertendus et traités par antihypertenseurs. L'objectif clinique de tous les essais était de réduire la pression diastolique des patients et non la systolique. Confrontant les cibles standard de pression artérielle ≤ 140 -160/90-100 mmHg par rap-

port aux patients avec une pression artérielle plus basse $\leq 135/85$ mm Hg, les auteurs n'ont pas noté de différence significative en termes de mortalité, de nombre d'infarctus, d'AVC, de décompensation cardiaque congestive, d'événements cardio-vasculaires ou de néphropathies au dernier stade. "Les objectifs cibles de réduction de la pression artérielle systolique et diastolique recommandés par les guidelines ne se fondent sur aucune évidence clinique" déclarent les auteurs de cette revue systématique. Un objectif des futurs essais cliniques sera d'établir avec exactitude une cible adéquate pour la pression des patients hypertendus permettant d'améliorer leur état clinique et de réduire les complications à long terme. (EM)

Arguedas JA et al. Treatment blood pressure targets for hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009; 3: CD004349.

Statistiques sur tabac et grossesse

En Grande-Bretagne, 22,1% des femmes enceintes fument durant toute la durée de leur grossesse. 12,4% fument lors du diagnostic de grossesse mais abandonnent ensuite le tabac tandis que 65,5% des femmes enceintes sont non fumeuses.

Parmi les futures mères qui arrêtent de fumer en cours de grossesse, 92% le font au cours du premier trimestre, 7% au cours du second trimestre et seulement 1% au cours du dernier trimestre de la grossesse. (TVdS)

Hutchinson J, Pickett K, Green J, Wakschlag L. Smoking in pregnancy and disruptive behaviour in 3-year-old boys and girls: an analysis of the UK millennium cohort. *J Epidemiol Community Health* 2009; 0: 1-7.