

# Revue des Revues

par le Comité de Rédaction

## Les infirmières améliorent la qualité du travail du MG

Cette vaste étude britannique compare la qualité des performances des différentes pratiques de médecine générale en fonction de l'importance de leur staff d'infirmières. Pour cela, seules les données médicales de routine ont été utilisées. Les indicateurs de qualité sont ceux utilisés par l'administration pour le système de paiement à la performance qui existe en Grande-Bretagne (Quality and Outcomes Framework QOF). 7456 pratiques ont été évaluées sur les années 2005 et 2006. Statistiquement, plus une pratique dispose d'infirmières (moins de patients par équivalent temps plein d'infirmière) plus ses performances sont bonnes dans 4 domaines cliniques des 8 évalués par le QOF. Il s'agit de la prise en charge de la BPCO, de la cardiopathie ischémique chronique, du diabète et de l'hypertension. Les paramètres cliniques des patients sont également meilleurs (HbA1c, cholestérol p. ex.) dans les pratiques bénéficiant d'un staff infirmier plus grand, ce qui suggère aussi un bénéfice réel pour la santé des patients. (TVdS)

Griffiths P, Murrells T, Maben J and al. Nurse staffing and quality of care in UK general practice: cross-sectional study using routinely collected data. *Br J Gen Pract* 2010; **60**: 34-9

## Pas de surmortalité sous pilule

Est-ce que le risque de mortalité des utilisatrices de la pilule contraceptive est supérieur au risque des non-utilisatrices? Cette vaste étude qui a mobilisé 1400 généralistes et suivi 46112 patientes durant plus de 39 ans, apporte une réponse claire que les auteurs nuancent toutefois. Les utilisatrices de la pilule contraceptive présentent un risque de mortalité moins important que les non-utilisatrices, toutes causes confondues. Cette

conclusion est donc bien rassurante. Cependant, chaque patiente présente des antécédents, des co-morbidités, une histoire familiale et un statut tabagique différents. Il n'est pas pertinent de généraliser le résultat de cette étude à toutes nos patientes sans tenir compte de leur propre histoire. De plus, les pilules actuelles sont bien différentes de celles utilisées durant les premières années de cette étude prospective. La balance risques/bénéfices varie donc pour chaque patiente et doit être réévaluée à chaque prescription. (TVdS).

Hannaford P, Iversen L, Macfarlane T and al. Mortality among contraceptive pill users: cohort evidence from Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *BMJ* 2010; **340**: 695.

## Alendronate et FA

Une étude d'observation a été réalisée chez 40 253 femmes ostéoporotiques traitées par alendronate ou risédronate. Elle montre un risque accru de survenue d'une fibrillation (FA) ou d'un flutter auriculaire sous alendronate (rapport d'incidence de 1.58, IC 95% de 1.07 à 2.33) dans les 4 à 8 premières semaines de traitement. Ce risque n'est pas retrouvé sous risédronate. En cas de risque de FA augmenté (ischémie coronaire, hyperthyroïdie ou troubles électrolytiques), le principe de précaution s'impose quant à la prescription d'alendronate. (FC)

Michiels B. Ostéoporose chez la femme: bisphosphonates oraux et risque de FA. *Minerva* 2010; **9** (7): 88.

## Fleet et IRA

La solution buvable de phosphate de sodium, utilisée avant une chirurgie ou un examen radiologique, peut conduire à une insuffisance rénale aiguë voire chronique en provoquant des dépôts de cristaux de phosphate de calcium au niveau des tubules distaux et des canaux collecteurs. Certains facteurs favorisent cette néphropathie: une hydratation insuffisante, une insuffisance d'organe (cardiaque, hépatique et rénal), une hypertension artérielle mal contrôlée et une

hyperparathyroïdie. Les médicaments qui influencent la perfusion rénale sont également à risque: les IEC, les sartans, les AINS et les diurétiques. La prévention consiste en une hydratation correcte et, selon les cas, en un arrêt temporaire des médicaments incriminés. (FC)

Wagneur S. Phosphate de sodium (Fleet Phospho-Soda\*) et insuffisance rénale aiguë. *Bulletin d'Informations du Service de Pharmacologie Clinique du CHU de Toulouse* 2010; **17** (2): 13.  
La Rédaction du CBIP. Insuffisance rénale par laxatifs oraux à base de phosphates. *Folia Pharmacotherapeutica* août 2006.

## IPP: ne pas banaliser

Les IPP, médicaments fréquemment prescrits dans le monde, font parler d'eux dans la revue «Archive of Internal Medicine» de par leurs effets sur les fractures ainsi que sur les infections à *Clostridium difficile*. D'une part, une étude prospective a été menée chez 161.800 femmes ménopausées prenant des IPP. Cette médication semble augmenter le risque de fractures vertébrales (rapport de cote (RC) = 1,47, IC95% 1.18-1.82) ainsi que celui de fractures des avant-bras ou des poignets (RC = 1,26, IC95% 1.05-1.51). Malgré l'absence d'augmentation du risque de fracture de la hanche, le risque de fracture totale est augmenté de 25% (RC = 1.25, IC95% 1.15-1.36). D'autre part, une étude de cohorte rétrospective montre que la prise d'IPP pendant le traitement (métronidazole ou vancomycine) d'une infection à *Clostridium difficile* augmente le risque de récurrence de cette infection (rapport de hasards (RH) = 1.42, IC95% 1.11-1.82), surtout chez les personnes de plus de 80 ans (RH = 1.71, IC95% 1.11-1.64). Ces études, améliorables au niveau méthodologique, doivent être confirmées par d'autres investigations mais suggèrent de bien peser l'indication de prescription des IPP chez les femmes ménopausées ou en cas d'infection à *Clostridium difficile*. (FC)

Durrieu G. Ne pas banaliser les inhibiteurs de la pompe à protons. *Bulletin d'Informations du Service de Pharmacologie Clinique du CHU de Toulouse* 2010; **17** (2): 13.

**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.

## Intoxication médicamenteuse

**I**l faut tout d'abord estimer le degré d'urgence par l'anamnèse et/ou l'hétéro-anamnèse (substance?) et l'évaluation des paramètres suivants: état de conscience, fréquence respiratoire et cardiaque, pression artérielle et température corporelle. La reconnaissance d'un syndrome toxique évocateur permet d'appréhender au mieux son étiologie (syndrome anticholinergique, syndrome sérotoninergique, intoxication aux opioïdes). En cas de détresse vitale, la première étape consiste à appeler les secours médicalisés. En cas d'arrêt cardio-respiratoire, on appliquera au patient l'ABC (Airway, Breathing, Circulation) du Basic Life Support. En cas de dépression respiratoire provoquée par des opioïdes, l'injection de naloxone en IV (0.4 à 2 mg, toutes les 2 à 3 minutes avec un maximum de 10 mg) est utile pour tenter de restaurer une fréquence respiratoire supérieure à 12 cycles/minutes. La durée de vie de la naloxone étant habituellement bien inférieure à celle des opioïdes, une surveillance continue du patient est indispensable. En cas de coma, il faut songer à une hypoglycémie. Le patient sera mis en position latérale de sécurité (PLS) et ses voies aériennes seront libérées avant de lui injecter du glucose en intraveineux (IV). En cas de convulsions, le patient est placé en PLS, voies aériennes libérées, en éliminant les objets à risque de traumatismes dans son entourage immédiat. En cas d'agitation sévère (sevrage de psychotropes), un psychotrope (diazépam, lorazépam, halopéridol) est proposé par voie orale. Si le patient

refuse et qu'une contention est possible, la voie intramusculaire est envisageable. Une bradycardie importante peut être causée par divers médicaments (digoxine, bêtabloquants, inhibiteurs calciques et opioïdes). Elle sera traitée à l'aide d'atropine en intramusculaire ou en IV lente à raison de 0.5 à 3 mg, parfois avant l'arrivée des secours qui peuvent, si besoin, injecter de l'adrénaline. En cas d'hypotension artérielle, le patient doit être couché avec les jambes surélevées. La pose d'un cathéter intraveineux permet de perfuser le patient tout en offrant une voie d'entrée pour l'injection de médicaments. Le patient en hypothermie, lors d'une exposition prolongée au froid ou en cas de surdosage en barbituriques ou en phénothiazine, est à réchauffer prudemment à l'aide d'une couverture. En cas d'hyperthermie, les vêtements du patient seront enlevés, la peau sera mouillée et rafraîchie par un courant d'air. Une hyperventilation peut être le signe d'une acidose métabolique (intoxication par aspirine ou autre AINS, l'alcool ou la présence d'un diabète). Après prise de la glycémie et de la cétonurie, le patient sera perfusé dans l'attente du SAMU. En cas de doutes sur la prise en charge, l'avis d'un confrère urgentiste ou du centre antipoison (070 245 245) est fort utile. L'administration de charbon activé dans les 2 heures (voire 4 heures) après l'ingestion du toxique présente une bonne balance risque/bénéfice. Le sirop d'ipéca n'a plus de place en ambulatoire alors que les indications d'un lavage gastrique à l'hôpital sont rares. Le lait et les purgatifs sont à éviter par manque d'efficacité prouvée avec un risque possible de troubles électrolytiques pour ces derniers. Lorsque l'on craint une éventuelle toxi-

cité retardée des substances ingérées, il faut hospitaliser les patients. Certains patients peuvent être laissés à domicile sous surveillance de l'entourage. Dans tous les cas, la question de la signification de l'acte doit être posée ainsi qu'une évaluation du risque de récurrence, éventuellement lors d'une consultation psychiatrique. Certaines hospitalisations permettent au patient de passer outre la période aigüe à risque de suicide. (FC)

Rédaction de la revue Prescrire. Intoxication aigüe par ingestion médicamenteuse: premiers soins. *Rev Prescrire* 2010; 30 (319): 356-364.

## Entorse de cheville: contention ?

**D'**après une étude britannique randomisée, aucune méthode de contention (bandage, orthèse limitant les mouvements dans le plan frontal de type Aircast®, orthèse amovible limitant les mouvements dans tous les plans de type Bledsoe boot® et immobilisation totale par une botte en résine) n'a démontré un avantage décisif en terme de récupération fonctionnelle. Le bandage et la contention, par orthèse, avec limitation des mouvements dans le plan frontal semblent améliorer modestement la récupération fonctionnelle à 3 mois. Après 9 mois, aucune contention ne fait mieux qu'un bandage. La décision finale revient donc au patient en fonction du coût, du remboursement...

N.D.L.R.: Cette étude est de durée limitée dans le temps. Elle ne mentionne pas l'influence de ce type de contention sur le risque de récurrences à long terme. (FC)

Rédaction de la revue Prescrire. Entorses sévères de cheville: le choix de la contention revient aux patients. *Rev Prescrire* 2010; 30 (319): 370.

## Aphthose buccale

L'aphthose buccale commune se présente sous forme d'épisodes récurrents d'ulcérations douloureuses de la muqueuse buccale. Ces aphtes, d'un diamètre inférieur à 1 cm, sont bénins et guérissent spontanément en 1 à 2 semaines. Leur étiologie est actuellement inconnue, mais des facteurs immunitaires pourraient intervenir. Citons leur éventuelle présence en cas d'infections virales (EBV, Herpes, etc.) ou de prise d'AINS. Vu l'aspect bénin de l'affection et l'évolution spontanément favorable, il n'est pas nécessaire de traiter. Lorsque la douleur est mal supportée, le traitement consiste en l'application locale de lidocaïne ou d'un corticoïde, dont l'efficacité est au mieux modeste. Une aphthose buccale persistante (plus de 3 semaines) oriente vers un diagnostic des maladies inflammatoires chroniques intestinales, la maladie cœliaque, la maladie de Behçet, l'infection par le HIV, des cancers... (FC)

Rédaction de la revue Prescrire. Aphthose buccale commune. *Rev Prescrire* 2010; 30 (319): 365-370.

## Isotrétinoïne : carnet de suivi

En France, suite aux effets tératogènes de l'isotrétinoïne, il existe un cadre strict de prescription et de délivrance de ce type de médicament : limitation à un mois de la durée de prescription chez les femmes en âge de procréer, nécessité d'une méthode contraceptive et négativité d'un test de grossesse mensuel. À cette fin, un carnet-patiente permet le suivi et le transfert des informations entre soignants et dispense des informations utiles à la patiente. Cet outil est téléchargeable sur le site internet de l'Affsaps (FC).

La Rédaction de Prescrire. Isotrétinoïne orale : un carnet de suivi pour chaque patiente traitée. *Rev Prescrire* 2010; 30 (317): 182.

## Orlistat : pharmacovigilance

L'orlistat est un médicament qui diminue l'absorption intestinale des graisses. Depuis peu, il est en vente libre. Plusieurs notifications à l'Agence européenne des médicaments ont été signalées concernant la diminution de substances autres que les graisses : la levothyroxine et certains antiépileptiques. À cela s'ajoute une éventuelle hyperoxalurie source de dégradation de la fonction rénale. Tout

ceci pour avoir au mieux une efficacité limitée et temporaire sur la perte de poids (FC).

La Rédaction de Prescrire. Orlistat sans ordonnance : interactions, pancréatites, néphropathies, etc. *Rev Prescrire* 2010; 30 (317): 187.

## Dépistage du cancer du col

Les cancers du col de l'utérus sont principalement dus à une infection chronique par certains papillomavirus humains (HPV). Les génotypes les plus cancérigènes sont, par ordre de fréquence, l'HPV-16, l'HPV-18 et l'HPV-31. L'évolution vers un cancer invasif de type épidermoïde ou glandulaire est lente (plusieurs années voire dizaines d'années) et rare (<0.3% des cas). L'infection est le plus souvent transitoire, durant 8 à 18 mois, notamment chez les jeunes femmes. La régression spontanée des lésions avoisine les 50% pour les lésions intraépithéliales de bas et de haut grade et de 30% pour les dysplasies sévères.

### QUELLE EST L'UTILITÉ DE CE TEST DE DÉPISTAGE ?

Fautes d'études comparant le dépistage versus l'absence de dépistage, quelques études cas-témoins ont mis en évidence la diminution du risque de cancer lors de la participation à un programme organisé de dépistage. Ceci a été confirmé dans plusieurs pays : diminution de l'incidence de ces cancers lors de la mise en place d'un dépistage organisé.

### SELON QUELLE TECHNIQUE ?

En pratique, ce dépistage s'effectue par un frottis cervical dont il existe deux techniques : technique classique et technique en phase liquide. Lors de lésions cervicales suspectes de cancer (ulcère, bourgeonnement), la biopsie est à préférer au frottis de col. La technique classique comprend deux prélèvements étalés et fixés sur lame : une spatule pour l'exocol et une cytobrosse pour l'endocol. Ce test de dépistage a une faible sensibilité (estimée entre 55% et 80%) pour dépister les lésions de haut grade, ce qui conduit à de nombreux faux négatifs d'où l'importance de répéter ce test. La technique en phase liquide, plus récente, plus coûteuse, plus facile à réaliser est plus sensible pour diagnostiquer les lésions de bas grade, surtout chez les femmes de moins de 30 ans. Ceci n'apparaît pas comme un avantage car ces lésions d'évolution habituellement favorable peuvent conduire à des conisations inutiles aux conséquences gênantes pour les futures grossesses : augmentation de la fréquence des accouchements pré-

maturés et du faible poids de naissance de l'enfant. Des études comparatives n'ont pas démontré de différence significatives entre les deux techniques concernant la détection de lésions de haut grade.

### À QUELLE FRÉQUENCE ?

Selon les études, un test de dépistage est à réaliser tous les 3 ans à partir de l'âge de 21 ou 25 ans, en tous les cas après un délai de minimum 3 ans après le début des rapports sexuels.

### QUELLE ATTITUDE ADOPTÉE EN CAS DE FROTTIS ANORMAL ?

En cas de lésion intraépithéliale de haut grade ou d'anomalies des cellules glandulaires, il vaut mieux réaliser une colposcopie avec biopsie. En cas de lésion intraépithéliale de bas grade, deux options sont possibles : colposcopie d'emblée ou répétition du frottis à 4 et 6 mois sans nécessité de recherche d'HPV. En cas d'anomalies de signification indéterminée (ASC-US), il est préconisé de réaliser un typage HPV, plus sensible pour détecter les dysplasies modérées à sévères. Gardons néanmoins à l'esprit qu'à ce jour, la recherche des HPV à fort potentiels oncogènes n'a pas démontré d'intérêts en terme de prévention des cancers du col de l'utérus par rapport à la technique classique et son utilisation doit encore être précisée en terme d'effets sur les cancers invasifs ou sur la mortalité. En cas de la présence d'ASC-US pendant la grossesse, il est recommandé de refaire le test 6 mois après l'accouchement (FC).

La Rédaction de Prescrire. Dépister les cancers du col de l'utérus. *Rev Prescrire* 2010; 30 (317): 193-202.

## RECTIFICATIF IMPORTANT

Dans le numéro précédent de la RMG, à la page 296, le paragraphe consacré au Serenoa Repens comportait une imprécision. En effet, en Belgique, le Serenoa Repens est présent sur le marché à différents dosages, dont certains sont disponibles comme compléments alimentaires. La diversité des dosages présents ne permet donc pas de tirer des conclusions négatives à propos du Prosta-urgenin®. Le résumé de l'article est donc incomplet, il aurait fallu soit ne citer aucune marque, soit citer toutes celles qui sont actuellement disponibles sur le marché.

La rédaction