

Revue des Revues

par le Comité de Rédaction

Pertinence des anciens antibiogrammes en cas d'infection urinaire

Quelle est la valeur prédictive d'un ancien antibiogramme en cas d'infection urinaire récidivante ? Cette étude britannique nous apporte une réponse concrète pour les infections à *E. Coli* de l'adulte. Si l'antibiogramme précédent mettait en évidence une résistance à l'ampicilline, au triméthoprim ou à la ciprofloxacine, leur usage dans les 3 mois qui suivent l'analyse est imprudent et déconseillé. Par contre, si l'antibiogramme démontrait une sensibilité à la nitrofurantoïne, au triméthoprim ou à la ciprofloxacine, leur utilisation était sûre durant 3 à 12 mois après cette analyse. Le faible taux de résistance à la nitrofurantoïne en fait le premier choix tant en cas de primo-infection qu'en cas de récurrence. (TVdS)

Vellinga A, Cormican M, Hanahoe B, Murphy A. Predictive value of antimicrobial susceptibility from previous urinary tract infection in the treatment of re-infection. *Br J Gen Pract* 2010; **60**: 511-3.

Ulcérations buccales: attitude pratique

Le BMJ aborde dans cette revue clinique l'attitude pratique à adopter, en médecine générale, face à des aphtes et des ulcérations buccales. Ces affections sont très fréquentes et majoritairement bénignes. Elles peuvent donc être prises en charge par la première ligne. Il est utile d'examiner attentivement toute la cavité buccale avec un bon éclairage. Un déficit en fer, vitamine B12 ou acide folique prédispose aux ulcérations buccales. Ces déficits doivent être recherchés en première ligne de soins. Il est utile de réévaluer toute ulcération prise en charge afin de s'assurer de sa guérison. Une lésion buccale qui persiste plus de 3 semaines

doit être référée à la seconde ligne spécialisée. Certaines ulcérations peuvent être associées à des maladies systémiques ou à l'usage de certains médicaments tels que l'aspirine. Une induration de la lésion, l'absence d'inflammation muqueuse autour de la lésion, l'âge du patient supérieur à 50 ans, le sexe masculin, le tabagisme et la consommation d'alcool constituent des facteurs de risque pour une lésion cancéreuse. (TVdS)

Paleri V, Stines K, Sloan P, Douglas A et al. Evaluation of oral ulceration in primary care. *BMJ* 2010; **340**: 1234-9.

Toux de plus de 14 jours chez l'adulte

Cette étude néerlandaise a effectué le bilan respiratoire complet de tous les adultes de plus de 50 ans qui se présentaient à leur généraliste pour une toux de plus de 14 jours. Les patients connus pour asthme ou BPCO étaient exclus de l'étude. 353 patients ont été recrutés et au final 29 % d'entre eux souffraient d'une BPCO méconnue, 7 % souffraient d'asthme bronchique et 7 % d'asthme et BPCO. Les auteurs invitent les généralistes à dépister la BPCO auprès des patients qui consultent pour une toux persistante en raison de sa haute prévalence parmi ce groupe de patients. (TVdS)

Broekhuizen B, Sachs A, Hoes A, Moons K et al. Undetected chronic obstructive pulmonary disease and asthma in people over 50 years with persistent cough. *Br J Gen Pract* 2010; **60**: 489-94.

Vaccin pneumococcique en MRS

En MRS, le vaccin 23-valent anti-pneumococcique est-il efficace pour prévenir les pneumonies et améliore-t-il la survie en cas d'infection ? Pour répondre à cette question, plus de 1000 résidents de maisons de repos ont été vaccinés soit avec le vaccin, soit avec une dose de sérum physiologique (groupe placebo). L'étude a été réalisée en double aveugle et les personnes âgées réparties

de manière aléatoire dans les deux groupes. Les patients ont été suivis durant une période moyenne de 2 ans et 3 mois. Durant cette période, 167 cas de pneumonie ont été diagnostiqués. Pour 51 d'entre elles, l'origine pneumococcique a pu être prouvée. C'est dans le groupe placebo que la fréquence de survenue des pneumonies est la plus importante (104 cas soit 20,6 % des patients). Dans le groupe vacciné, seuls 63 cas ont été diagnostiqués soit 12,5 % des patients. Cette différence est très significative. La mortalité par pneumonie est également significativement moindre dans le groupe vacciné qui ne comporte aucun décès contre 13 dans le groupe placebo. Par contre, la mortalité toutes causes confondues reste identique dans les deux groupes.

Cette étude n'était pas financée par l'industrie pharmaceutique mais bien par les autorités publiques nipponnes. (TVdS)

Maruyama T, Taguchi O, Niederman M, Morser J et al. Efficacy of 23-valent pneumococcal vaccine in preventing pneumonia and improving survival in nursing home residents: double blind, randomised and placebo controlled trial. *BMJ* 2010; **340**: 579.

Autonomiser les patients pour les affections bénignes

Cet éditorial du BMJ, rédigé par un professeur de médecine générale, explique que 18 % de la charge de travail des généralistes sont constitués d'affections bénignes. Cela représente un coût important mais surtout cela réduit le temps disponible pour les affections plus sérieuses et le suivi des affections chroniques. Théoriquement, promouvoir l'autogestion des patients pour certaines affections risquerait d'amener des catastrophes en reportant le diagnostic et la prise en charge d'affections sérieuses ou graves sous-estimées par les patients. Heureusement, aucune donnée actuelle ne permet de soutenir cet argument. Le plus difficile à réaliser sera certainement de changer le comportement des patients. Cela nécessitera de multiples interventions et à plusieurs niveaux: d'une part, lors des

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.

contacts médecin-patient mais aussi au niveau familial et du cercle social des patients, d'autre part au niveau de la société elle-même, lieu d'action des autorités publiques. (TVdS)

Nazareth I, Murray E. Promoting self care for minor illness. *BMJ* 2010; **340**: c2913.

Liens entre style de vie et mortalité chez les femmes

Cette étude prospective en médecine générale a suivi plus de 10 000 femmes. Il est déjà démontré qu'un lien causal existe entre style de vie et mortalité totale. Cette recherche montre que la suppression de 4 facteurs de risque liés au style de vie permettrait d'éviter 60% de la mortalité observée dans ce groupe de femmes d'âge moyen. Ces facteurs sont par ordre d'importance : le tabagisme, la sédentarité, la consommation excessive d'alcool (+ de 7 unités d'alcool/semaine) et un index de masse corporelle en dehors des normes. Le tabagisme représente, à lui seul, un tiers du risque global attribué aux facteurs de risque dans cette recherche. Comme attendu, plus une femme accumule de facteurs de risque, plus son risque personnel est élevé. Les auteurs concluent qu'il faut persévérer dans la lutte contre ces facteurs de risque évitables. Le tabagisme et la sédentarité devraient constituer les facteurs prioritaires en raison de leur importance. (TVdS)

Iversen L, Hannaford P, Lee A, Elliott A et al. Impact of lifestyle in middle-aged women on mortality: evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *Br J Gen Pract* 2010; **60**: 563-9.

Mortalité par cancer du sein en Europe

Cette étude rétrospective de l'OMS analyse la mortalité européenne des femmes par cancer du sein de 1989 à 2006. Trois groupes d'âges ont été définis : les moins de 50 ans, le groupe de 50 à 69 ans et les 70 ans et plus. La mortalité diminue dans tous les pays sauf 4 : la Grèce, l'Estonie, la Roumanie et la Lettonie. La tendance générale est de converger vers 22 à 28 décès par cancer du sein pour 100 000 femmes partout en Europe. La faible diminution de mortalité constatée en Suède est surprenante car ce pays a fortement élargi son programme de dépistage du cancer du sein (dépistage de 40 à 74 ans depuis 1990) et investi dans de coûteux traitements de ce cancer. La plus forte baisse de mortalité (-37%) est constatée dans le groupe des femmes de moins de 50 ans, tant dans les pays avec un programme de dépistage pour femmes jeunes que dans les autres. Les auteurs estiment qu'il est important de continuer à suivre ces tendances dans les différents pays européens afin de déterminer l'efficacité ou l'échec des différentes politiques mises en place contre le cancer du sein. (TVdS)

Autier P, Oniol M, Lavecchia C, Vatten L et al. Disparities in breast cancer mortality trends between 30 European countries: retrospective trend analysis of WHO mortality database. *BMJ* 2010; **341**: c3620.

Arrêt cardio-respiratoire

Plusieurs études rétrospectives, portant sur un total de 13 000 patients américains ou canadiens, se sont penchées sur les chances de survie lors d'un arrêt cardio-respiratoire en dehors d'une structure hospitalière. Ces chances sont nulles si un des éléments suivants manque dans la prise en charge : la présence d'un témoin lors de l'arrêt cardio-respiratoire, la mise en route des gestes de survie par le(s) témoin(s), la délivrance d'un choc électrique et la reprise d'une activité électrique spontanée avant le transport. D'autre part, lorsque le délai entre l'appel et l'arrivée des secours a été supérieur à 8 minutes, sur les 2 909 patients victimes d'une asystolie, seulement 3 patients ont survécu. Le premier avait des séquelles neurologiques graves, le deuxième était dans un état végétatif et le troisième était dans un état de mort cérébrale. (FC)

La Rédaction de Prescrire. Arrêt cardio-respiratoire hors hôpital : savoir cesser la réanimation. *Rev Prescrire* 2010; **30** (320): 444-446.