

Revue des Revues

par le Comité de Rédaction

Plus d'aspirine en prévention primaire

Une faible dose quotidienne d'acide acétylsalicylique (AAS) a fait ses preuves en prévention secondaire des événements cardio-vasculaires. En prévention primaire, les études publiées démontrent que les effets secondaires de ce type de prévention dépassent largement les bénéfices potentiels. Cette affirmation reste vraie, même en présence de nombreux facteurs de risque tels que HTA ou diabète. D'ailleurs, l'aspirine ne dispose pas de l'indication officielle «prévention primaire des événements cardio-vasculaires» ni en Grande-Bretagne, ni aux États-Unis. La prise quotidienne d'une faible dose d'AAS est accompagnée d'un risque non négligeable de saignements. Pour ces raisons, les auteurs recommandent, d'une part, de ne plus débiter de nouveaux traitements à base d'AAS dans un but de prévention primaire mais aussi, d'autre part, de discuter avec les patients qui utilisent l'AAS dans cette indication afin de les convaincre d'abandonner cette pratique qui a fait les preuves de sa dangerosité. Les auteurs ont conscience de la difficulté à revenir sur une thérapeutique instaurée antérieurement, parfois motivée par des recommandations ou des guidelines officiels. (TVdS)

Barnett H, Burriel P, Iheanacho I. Don't use aspirin for primary prevention of cardiovascular disease. *BMJ* 2010; **340**: 920-2.

Filtration glomérulaire et risque d'AVC

Cette méta-analyse internationale a vérifié le lien entre faible filtration glomérulaire et survenue d'accidents vasculaires cérébraux. Une filtration glomérulaire calculée à moins de 60 ml/min est associée à une augmentation de 43% du risque de survenue

d'un AVC par rapport aux individus avec une filtration glomérulaire normale (> 90 ml/min). Cette augmentation du risque d'AVC n'est pas retrouvée pour les patients avec une filtration glomérulaire comprise entre 60 et 90 ml/min. L'augmentation du risque observée en cas d'insuffisance rénale est indépendante de la pression artérielle. (TVdS)

Lee M, Saver J, Chang KH, Liao HW et al. Low glomerular filtration rate and risk of stroke: meta-analysis. *BMJ* 2010; **341**: c4249.

Fatigue : quelle attitude pratique ?

Le BMJ aborde la mise au point de la plainte de fatigue en médecine générale. La fatigue est évoquée dans presque une consultation sur dix. Les investigations en première ligne ont pour but d'exclure certains diagnostics et de rassurer les patients. Il est, en effet, rare que ces investigations aboutissent à un diagnostic de maladie. Actuellement, il manque de données EBM pour affirmer la meilleure attitude face à la plainte de fatigue. Toutefois, la procédure suivante est proposée aux praticiens. L'anamnèse détaillée doit balayer l'histoire de la plainte et passer en revue les différents systèmes d'organes. Il faut particulièrement rechercher des saignements digestifs ou gynécologiques, des symptômes digestifs et urinaires (polyurie p. ex.), des troubles du sommeil, des troubles neuropsychiques, des douleurs articulaires, des sudations anormales et d'éventuelles infections récentes. La consommation d'alcool ou de stupéfiants ne doit pas être oubliée. Un examen clinique rigoureux doit être complété par une tigelette urinaire et la recherche d'une hypotension orthostatique (Maladie d'Addison). Les diagnostics facilement oubliés sont les apnées du sommeil, la grossesse, la maladie cœliaque et l'intoxication au CO.

Certaines situations doivent alerter le clinicien (Red Flags) et le pousser à réali-

ser d'emblée une mise au point. Dans les autres cas, seule la persistance des plaintes au-delà d'un mois justifiera un bilan complémentaire. Il est souvent utile de «prescrire du temps»!

Les Red Flags sont : perte de poids, présence d'adénopathies de plus de 2 cm de diamètre, axillaires, supraclaviculaires ou de consistance dure, signes neurologiques focaux, signes d'arthrite inflammatoire ou de vasculite, symptômes cardio-respiratoires ou symptômes suspects de cancer tels que rectorragie, dysphagie, hémoptisies, hémorragies post-ménopause. (TVdS)

Hamilton W, Watson J, Round A. Investigating fatigue in primary care. *BMJ* 2010; **341**: 502-4.

MG excellents en salle d'urgence

Aux Pays-Bas, 70% des patients qui se présentent aux services d'urgence le font de leur propre initiative. Cette étude néerlandaise réalisée à Amsterdam évalue l'utilité et l'efficacité d'un médecin généraliste au sein d'une salle d'urgence. L'étude a porté uniquement sur des prestations durant les jours de semaine (ni le week-end, ni la nuit) et sur une période de 6 mois en automne et hiver. L'infirmière chargée du tri lui confie les cas qui ne requièrent pas des soins vitaux et qui n'ont pas été adressés par un généraliste. L'étude a comparé ce type d'approche avec l'approche classique d'une prise en charge directe par un urgentiste. Les paramètres comparés étaient la satisfaction des patients, le nombre et le type d'examen complémentaires effectués, la durée des procédures et de prise en charge. Au final les MG effectuaient 13% d'examen complémentaires en moins que les urgentistes avec le même taux d'erreurs (1%), pour une durée totale moyenne inférieure de 26% et une prise en charge quasi deux fois plus rapide. Les auteurs concluent que ce type de collaboration exerce un

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.

impact positif sur tous les paramètres étudiés sans déclin de la qualité diagnostique. (TVdS)

Boeke J, van Randwijk-Jacobse M, de Lange-Klerk E, Grol S et al. Effectiveness of GPs in accident and emergency departments. *Br J Gen Pract* 2010; **60**: 729-34.

Performances des petites pratiques de MG

Les petites pratiques sont souvent perçues comme moins performantes que les plus grosses. Cette étude britannique a analysé les niveaux de performances des petites pratiques de médecine générale (moins de 2000 patients) par rapport aux plus grosses grâce aux résultats du système anglais de paiement à la performance. Ce système accorde des bonus financiers aux pratiques qui atteignent un niveau de performance prédéfini et mesuré sur base d'indicateurs mesurables tels que la proportion de personnes à risque ayant reçu le vaccin contre la grippe. Au cours de la première année de ce système, les petites pratiques avaient effectivement le plus bas taux de performance moyen. Durant les années qui suivirent, toutes les pratiques, petites et grandes, ont amélioré leur niveau de per-

formance. Toutefois, les petites pratiques se sont bien mieux et plus rapidement adaptées que les grandes. Ainsi, trois ans après l'instauration du système, les petites pratiques constituent la moitié des meilleures pratiques du Royaume au niveau des performances demandées. Seul bémol à ce constat, les plus mauvais résultats sont aussi enregistrés pour la moitié par des petites pratiques. (TVdS)

Doran T, Campbell S, Fullwood C, Kontopantelis et al. Performance of small general practices under the UK's Quality and Outcomes Framework. *Br J Gen Pract* 2010; **60**: 643-8.

Antimoustiques : recommandations actuelles

En premier lieu, il faut conseiller de porter des vêtements couvrants et des chaussures fermées, aux mieux imprégnés d'insecticides. Les pyréthrénoïdes (perméthrine ou autre) sont les insecticides de premier choix pour imprégner les vêtements et les moustiquaires. Ils sont peu volatils, peu de risque de toxicité à faible dose. Ils sont peu absorbés par la peau et rapidement métabolisés en dérivés non toxiques. Ils présentent peu d'effets indésirables par contact cutané.

Les dispositifs à ultrasons ne sont pas efficaces pour se protéger des insectes. La climatisation engourdit les insectes sans les tuer.

Le DEET (diéthyltoluamide) apporte une protection de 3 à 7 heures.

Il est recommandé de l'utiliser à la concentration de 50 % chez adulte et de 30 % chez l'enfant.

Attention, il détériore les vêtements en fibres synthétiques, le cuir, le plastique (lunettes, montres). Il réduit la durée de protection des crèmes solaires.

En cas d'ingestion, le DEET peut entraîner rapidement hypotension et dépression respiratoire, pouvant entraîner le décès.

Son utilisation est à interrompre rapidement chez un patient qui présente un trouble du comportement lors d'une utilisation régulière.

Chez la femme enceinte, même s'il vaudrait mieux ne pas appliquer d'insecticides, le mieux évalué est le DEET à 20 %. Il ne présente pas de risques s'il est utilisé au cours du second et dernier trimestre de la grossesse.

L'Icaridine dosée de 20 à 25 % est comparable au DEET tant au niveau de l'efficacité que des effets secondaires. Il a l'avantage de ne pas présenter d'odeurs désagréables, de ne pas être huileux et de ne pas détériorer les objets en plastique : cela facilite ! (TO)

Rev Prescrire 2010; **30** (323) : 694-697