

Revue des Revues

par le Comité de lecture

Pas de diagnostic sur nos seules intuitions

La majorité des médecins a tendance à baser trop rapidement ses décisions cliniques sur des intuitions cliniques plutôt que sur une analyse rationnelle de la situation. Dans ce mode d'approche intuitif, le taux d'erreurs approche les 15%. Cela est trop important et pourtant de nombreux médecins préfèrent le mode intuitif qui est rapide, confortable et faussement rassurant. En Grande-Bretagne, deux tiers des plaintes contre les médecins de famille concernent le domaine des diagnostics manqués. Or, il est très rare que les erreurs diagnostiques des médecins de famille soient dues à un manque de connaissances. L'erreur diagnostic ne vient donc pas d'une méconnaissance de la maladie mais bien du fait que le praticien se laisse distraire par l'un ou l'autre élément contextuel (une parole du patient, un élément de l'examen physique) et ne prend plus en compte l'ensemble des éléments qui devraient lui permettre de poser le bon diagnostic. Les médecins qui raisonnent selon un mode intuitif sont donc beaucoup plus exposés aux erreurs diagnostiques que les médecins qui raisonnent de manière rationnelle. Cela se vérifie particulièrement dans les présentations atypiques des maladies (TVdS).

Coombs R. Think rationally rather than intuitively when making diagnoses. *BMJ* 2010; **341**: c6705.

Suivi d'un traitement au lithium

Le lithium occupe encore une place importante dans la prise en charge des troubles bipolaires ainsi que dans certaines formes réfractaires de dépressions. Pour améliorer la sécurité des patients bénéficiant de ce type de traite-

ment, des recommandations destinées aux généralistes (chargés du suivi des patients sous lithium, même si ce traitement a été initié par un psychiatre) ont été élaborées et diffusées en Grande-Bretagne. En effet, l'intoxication au lithium peut être grave et survient particulièrement chez des patients au suivi médical aléatoire.

En résumé, les prescriptions ne peuvent être renouvelées que si la lithémie a été contrôlée et les résultats communiqués au patient. Le monitoring de la lithémie doit être effectué tous les trois mois. La fonction rénale et la fonction thyroïdienne doivent être contrôlées deux fois par an. En effet, les sels de lithium exercent une toxicité rénale et thyroïdienne (risque d'hypothyroïdie) tant aiguës que chroniques. Il faut toujours garder à l'esprit le danger de certaines interactions médicamenteuses susceptibles de modifier l'excrétion rénale du lithium. Il s'agit principalement des IEC, des AINS et des diurétiques thiazides (TVdS).

Gerrett D, Lamont T, Paton C, Barnes T et al. Prescribing and monitoring lithium therapy: summary of a safety report from the National Patient Safety Agency. *BMJ* 2010; **341**: 1157-8.

Symptômes de reflux sous IPP

Plus de 50% des patients sous IPP pour reflux gastro-œsophagien continuent à ressentir des symptômes. Des conseils hygiéno-diététiques sont préconisés par la plupart des recommandations. Toutefois les interventions destinées à changer le mode de vie des patients souffrant de reflux sous IPP n'ont jamais été évaluées. Cette équipe londonienne a évalué les effets d'une intervention au niveau de l'alimentation et de la gestion du stress auprès de patients de médecine générale. Les interventions ont consisté en 4 périodes d'information de 90 minutes chacune, réparties sur 4 semaines. Trois mois après l'intervention, toute une série de paramètres, déjà mesurés avant intervention ont été réévalués.

L'état d'anxiété des patients et leur consommation d'IPP n'ont pas été modifiés par les formations. Par contre, l'intensité des symptômes a été améliorée et les patients estiment mieux maîtriser leur affection et leurs symptômes. Ce type d'intervention semble donc permettre un meilleur contrôle des symptômes de reflux. Toutefois, il ne semble pas permettre une diminution de la consommation d'IPP. De plus, les auteurs reconnaissent un important biais de sélection puisque tous ces patients étaient volontaires pour participer à cette étude (TVdS).

Dibley L, Norton C, Jones R. Non-pharmacological intervention for gastro-oesophageal reflux disease in primary care. *Br J Gen Pract* 2010; **60**: 891-6.

Neuroleptiques : pharmacovigilance

Plusieurs observations concernant des troubles de la déglutition ont été rapportées. Elles concernent des troubles imputables à des neuroleptiques classiques, récents ou cachés. Cet effet indésirable, parfois fatal, est souvent méconnu.

Le changement, l'arrêt ou la diminution des doses de neuroleptiques a permis la disparition plus ou moins complète des troubles de la déglutition et de leurs conséquences (déshydratation, fausses routes, pertes de poids) entre 2 et 45 jours.

Les troubles de la déglutition sont survenus tant chez des patients âgés ou non, traités depuis longtemps et atteints de troubles extrapyramidaux dont des dyskinésies tardives, que chez des patients qui venaient d'entamer la prise de neuroleptiques ou dont on venait d'augmenter la dose.

La diminution de la dose ou l'arrêt du médicament suspecté a été associé à une disparition des symptômes. Le changement de neuroleptique permet, dans certains cas également, de voir les troubles s'amender.

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.

Dans, le même registre, une étude cas-témoins a été réalisée à partir d'une base de données des soins primaires aux Pays-Bas. Entre 1996 et 2006, elle a inclus 1994 patients âgés de plus de 65 ans qui avaient reçu une première prescription de neuroleptique. Les neuroleptiques dits atypiques ont été associés à une augmentation du risque de pneumonie mortelle, avec un risque relatif estimé à 5,97 (IC 95% : 1,49-23,98) (TO).

Rev Prescrire 2010; 30 (324): 746-748

Hypertension et grossesse

La tension artérielle (TA) baisse physiologiquement en cours de grossesse (15 mmHg). Elle remonte au 3^e trimestre.

La mesure est recommandée en position assise. Les autres positions majorent la TA.

Mis à part les situations d'urgence, la valeur de la TA doit être confirmée au minimum à 4 heures d'intervalle. L'hypertension est considérée comme sévère au cours de la grossesse dès le seuil de 160/110 mmHg qui est le seuil de risque accru d'accident vasculaire cérébral chez les femmes ayant une prééclampsie. Le

risque de prééclampsie augmente en continu avec la TA, cependant une TA supérieure ou égale à 170 mmHg de systolique ou 110 mmHg de diastolique est une indication d'hospitalisation en urgence. Lors de la découverte d'une pression artérielle en cours de grossesse, il faut rechercher une protéinurie dans les urines de 24h ou, à défaut, au moyen d'une bandelette urinaire (la présence étant à confirmer sur un second prélèvement 4 à 6 heures plus tard).

Les résultats de l'enregistrement de 24h de la tension artérielle semblent associés, de manière plus étroite, au risque de prééclampsie, d'accouchement prématuré et de bas poids de naissance.

Le traitement de l'hypertension artérielle (HTA) tend à stabiliser la TA à un niveau où elle ne pose pas de danger.

Certains antihypertenseurs sont à exclure, vu le risque de malformation : inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC), sartans, inhibiteur de la rénine.

Le labétolol, la nifédipine et la méthildopa sont les antihypertenseurs pour lesquels on dispose de données rassurantes quant à leur utilisation au cours de la grossesse, y compris au cours du premier trimestre.

En cas d'hypertension sévère (> 160/110 mmHg deux fois à 15 min. d'intervalle), une prise en charge hospitalière est nécessaire au départ et une surveillance biolo-

gique hebdomadaire ensuite : hépatique, rénale, électrolytique et de l'hémostase. Le traitement par les antihypertenseurs divise, en moyenne par deux, le risque d'évolution vers une hypertension sévère. Quand l'hypertension est modérée, le traitement n'est pas indispensable : il n'est pas démontré que traiter une hypertension modérée de la grossesse réduise le risque de complication clinique.

Les mesures non médicamenteuses sont efficaces. Le repos au lit réduit le risque d'hypertension sévère et le risque de naissance prématurée. La diminution des activités physiques lourdes ou leur éviction est recommandée. Le régime sans sel n'a pas de place dans le traitement de l'hypertension en cours de grossesse (TO).

Rev Prescrire 2010; 30 (323): 678-685.