

Revue des Revues

par le Comité de rédaction

Otite moyenne aigüe chez l'enfant < 2 ans

Cette étude bi-centrique (finlandaise et américaine) double aveugle et randomisée a testé l'efficacité de l'amoxicilline-clavulanate durant 10 jours, versus placebo, chez 600 enfants âgés de 6 mois à 2 ans et présentant une otite moyenne aigüe. Le diagnostic était posé en présence d'au moins un des critères suivants: écoulement purulent, tympan modérément ou fort bombant, tympan légèrement bombant avec otalgie et/ou érythème tympanique. Le suivi évolutif pour chacun des 2 groupes se caractérisait comme suit: la résolution des symptômes (différence perceptible dès le 3e jour) concernait 85% environ des enfants sous antibiothérapie, et 75% environ des enfants sous placebo. Quant à la persistance de signes cliniques à l'examen otoscopique, celle-ci ne concernait que 15% environ des enfants traités par antibiotiques, mais 45% de ceux traités par placebo. Parmi les enfants du groupe placebo, un seul a développé une mastoïdite.

Par contre, près de la moitié des enfants traités par antibiotiques développèrent de la diarrhée, contre un quart dans le groupe placebo. Et, près de 10% du premier groupe présentèrent une éruption cutanée contre 3% dans le second groupe.

Cette étude pourrait paraître anodine, mais elle est la première étude sérieuse publiée sur ce sujet depuis l'adoption par l'Académie Américaine de pédiatrie en 2004 de directives inspirées d'études néerlandaises et anglaises et qui préconisaient l'expectative armée avec traitement uniquement symptomatique jusqu'au 3e jour d'évolution de l'otite. L'autre mérite de cette étude: illustrer la baisse actuelle de la virulence microbienne, en comparaison avec celle que l'on connaissait il y a quelques décennies. Cette évolution a de multiples causes, dont en particulier, l'occupation par des germes peu agressifs tels

que *Moraxella catarrhalis* et *Haemophilus Influenzae* de la niche qu'occupait précédemment le très agressif streptocoque du groupe A (JV).

Hoberman A et al. Treatment of acute otitis media in children under 2 years of age. *N Engl J Med* 2011; **364**: 105-15.
Tähtinen PA et al. A placebo-controlled trial of antimicrobial treatment for acute otitis media. *N Engl J Med* 2011; **364**: 116-26.

Action protectrice du HDL-cholestérol

On considère généralement que l'effet protecteur du HDL-cholestérol par rapport à l'athéromatose est dû à son action sur les macrophages de la plaque. Cette action consiste en une stimulation du relargage du LDL-cholestérol que ceux-ci contiennent vers la lumière vasculaire, et, partant, une réduction secondaire de l'action pro-inflammatoire de ces macrophages sur la paroi artérielle. Pourtant, les traitements à base de fibrates n'ont pas pu montrer de réel bénéfice clinique à ce jour, alors même qu'ils augmentent les taux de HDL-cholestérol.

Cette étude a testé l'hypothèse de cette action du HDL sur les macrophages de 1000 patients, porteurs ou non d'athéromatose coronarienne et/ou carotidienne. La capacité de relargage du cholestérol par les macrophages a été effectivement corrélée au statut athéromateux ou non des patients, les macrophages des patients indemnes présentant la meilleure capacité. Cette corrélation confirme donc l'hypothèse du rôle central de la fonction des macrophages dans la genèse de l'athéromatose. Par contre, les taux de HDL et d'apolipoprotéine A (ApoA, principal composant protéique du HDL) ne se sont montrés responsables que de moins de la moitié de l'ampleur de cette capacité. Leur simple dosage sanguin ne serait donc pas un témoin fiable. On en revient donc à la notion de désordres inflammatoires promoteurs d'athéromatose, et dont une des modalités d'action

serait précisément de rendre le HDL-cholestérol non fonctionnel, notamment par oxydation de l'ApoA (JV).

Khera AV et al. Cholestérol efflux capacity, high-density lipoprotein function, and atherosclerosis. *N Engl J Med* 2011; **364**: 127-35.

Anticoagulant pour phlébite superficielle

À l'occasion d'une étude de phase III testant le fondaparinux, un anticoagulant oral (inhibiteur du facteur Xa), dans le traitement de la phlébite superficielle du membre inférieur, deux éditorialistes du New England font d'intéressantes remarques. Dans cette étude, 1,3% des patients du groupe non traité développait une complication veineuse (phlébite profonde et/ou embolie pulmonaire), et cette proportion tombait à 0,2% dans le groupe traité, correspondant à un NNT de 88. Ils font tout d'abord observer que le taux de 1,3% de risque de complication veineuse constaté durant le follow-up dans le groupe non traité est très similaire au taux de faux-négatifs obtenus, avec les meilleures méthodes de détection d'une phlébite profonde ou d'une embolie pulmonaire. D'autre part, ils rappellent qu'un traitement par HBPM ou par AINS réduit déjà de 70% le risque d'extension ou de récurrence d'une thrombophlébite superficielle, tout en reconnaissant, cependant, que l'efficacité préventive de ces traitements n'est pas connue par rapport aux complications veineuses. Enfin, ils concèdent qu'un anticoagulant est indiqué en cas de thrombose superficielle si celle-ci est, soit très symptomatique, soit située au niveau du trajet proximal de la saphène interne, soit si elle est récurrente (JV).

Goldman L, Ginsberg J. Superficial phlebitis and phase 3.5 trials. *N Engl J Med* 2010; **363**: 1278-80.

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.

RCP: au plus simple, au mieux ?

A lors que l'efficacité du protocole classique alternant bouche-à-bouche et compression du thorax paraissait définitivement acquise, de récentes études animales sont venues bouleverser, quelque peu, les certitudes. Ainsi a-t-il été observé que la compression du thorax favorise la perfusion coronaire et que la ventilation forcée diminue le retour veineux central. Partant de ces constats, on a voulu tester l'efficacité d'un protocole simplifié de RCP, par compression maintenue du thorax. La motivation s'en est trouvée renforcée par des considérations d'ordre physiopathologiques (il faut plusieurs minutes pour que le sang se désature après un arrêt cardiaque; un sang hyperoxygéné est plutôt délétère à la récupération après arrêt cardiaque) et par des considérations d'ordre organisationnel (la perspective du bouche-à-bouche décourage les candidats potentiels et c'est une technique que peu de gens font correctement).

Deux études indépendantes ont interrogé l'efficacité de la réanimation en dehors du milieu hospitalier, dont on connaît maintenant l'efficacité, en comparant le protocole classique et le protocole simplifié par compression maintenue du thorax. Les opérateurs étaient des personnes tout-venant qui avaient été formées à chacune des méthodes. Une première conclusion, plutôt encourageante, est qu'il n'y a pas eu de différence globale de survie des patients, quelle que soit la méthode utilisée. Une seconde conclu-

sion, qui va dans le sens des études expérimentales, est que le taux de survie était plutôt meilleur parmi les patients victimes d'arrêt cardiaque et ceux dont le rythme lors de l'incident était soit une tachycardie ventriculaire, soit une fibrillation ventriculaire.

La tendance pourrait donc être à l'avenir à l'usage de la compression simple du thorax. Néanmoins, le bouche-à-bouche reste incontournable dans les cas où l'arrêt cardiaque est consécutif à une défaillance respiratoire (cas de la majorité des arrêts chez l'enfant) et dans les cas où cet arrêt fait suite à une période de désaturation prolongée (bradycardie ou hypotension préalable) (JV).

Rea TD et al. CPR with chest compression alone or with rescue breathing. *N Engl J Med* 2010; **363**: 423-33.
Svensson L et al. Compression-only CPR or standard CPR in out-of-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med* 2010; **363**: 433-42.

Co-morbidités en médecine de 1^{re} ligne

Cette étude rétrospective de médecine générale analyse les dossiers informatisés de presque 100 000 patients appartenant à 182 pratiques de groupe anglaises. 58% des patients présentent au moins deux pathologies chroniques. Ce qui est remarquable, c'est que ces 58% de patients représentent 78% de la charge de consultations des médecins généralistes. Les patients qui cumulent les co-morbidités consultent plus souvent leur généraliste,

sont plus âgés et sont plus souvent précarisés que ceux qui ne cumulent pas les co-morbidités. Les auteurs concluent que leur travail démontre l'importance pour les patients de disposer d'un généraliste accessible et capable de coordonner des soins complexes (Tvds).

Alisbury C, Johnson L, Purdy S, Valderas J et al. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *Br J Gen Pract* 2011; **61**: 18-24.

Conseiller la marche pour éviter le diabète

Cette étude de cohorte a surveillé le BMI, l'alimentation, l'activité de marche via un podomètre et l'insulinorésistance via le test HOMA de 600 adultes durant 5 années. Pour 65% des participants, le nombre de pas réalisés a diminué chaque année de suivi. Pour les participants dont le nombre de pas a augmenté au cours des 5 années de suivi, les effets favorables mesurés sont statistiquement significatifs. Pour 1000 pas journaliers supplémentaires au-dessus de la moyenne, le BMI est réduit de 0,08 point et l'insulinorésistance améliorée (+ 1,38 unités HOMA). La conclusion de l'étude, après ajustement de toutes les variables, est que nous devons conseiller à nos patients 10 000 pas chaque jour afin de perdre du poids et de réduire leur risque de diabète de type 2 (TVds).

Dwyer T, Ponsonby A-L, Ukoumunne O, Pezic A et al. Association of change in daily step count over five years with insulin sensitivity and adiposity: population based cohort study. *BMJ* 2011; **341**: c7249.