

Revue des Revues

par le Comité de rédaction

Antibiothérapie pour côlon irritable

Une notion souvent admise est qu'une certaine proportion de patients souffrant de côlon irritable présente une hypercolonisation bactérienne de l'intestin grêle, telle qu'attestée par une hausse rapide de l'hydrogène dans l'air expiré lors de la réalisation d'un test respiratoire au lactulose. Cependant, l'usage de pro-biotiques dans cette indication n'a, à ce jour, pas démontré d'effets consistants.

Au cours de 2 études successives, un total de 1260 patients a été enrôlé dans une étude double-aveugle testant l'efficacité d'un traitement par rifaximin, un antibactérien non résorbé, fort bien toléré et efficace contre les gram + et – et contre les anaérobies, dans le côlon irritable symptomatique, mais sans constipation. Après une cure de 2 semaines, 40% des patients traités se disaient significativement soulagés, contre 30% parmi le groupe placebo. Le soulagement concernait également les sensations de ballonnement, un symptôme souvent rebelle à tout traitement. Le gain comparatif persistait encore à 10 semaines post-cure, mais, cependant, dans une moindre mesure.

Une telle étude laisse perplexe. En effet, l'efficacité observée n'est que modérée. D'autre part, la motivation de l'étude reste un sujet de controverse. En effet, le test respiratoire au lactulose est entaché d'une proportion assez importante de faux positifs, et donc, la population des patients qui souffrent de côlon irritable et présentant une hyper-colonisation bactérienne de l'intestin pourrait être plus réduite qu'on ne le pense généralement. À l'inverse, il eut été intéressant d'enregistrer l'usage (chronique) ou non par les patients d'un IPP, dont on pense, mais sans certitude à ce jour, qu'il favorise la pullulation microbienne dans l'intestin grêle. Enfin, la diminution de l'efficacité observée au cours du temps imposerait, en cas de succès thérapeutique, d'avoir recours à des

cures répétées. Or, ceci n'est pas sans poser d'importantes questions de santé publique, en particulier en ce qui concerne le risque d'apparition de résistances bactériennes. Néanmoins, un tel type de traitement peut parfois être proposé, mais alors de façon ponctuelle et clairement motivée, et uniquement dans les cas ne s'accompagnant pas de constipation (JV).

Pimentel et al. Rifaximin therapy for patients with irritable bowel syndrome without constipation. *N Engl J Med* 2011; **364**: 22-32

Anti-aldostéroniques: le grand retour?

Alors que les inhibiteurs de l'aldostérone existent maintenant depuis des décennies, leurs effets thérapeutiques, voire préventifs, sur le cœur malade commencent seulement à être compris. Hormis leur action neuro-humorale favorable à la compliance vasculaire (coronaire entre autre) et leur action épargnante du potassium et du magnésium, on leur connaît maintenant divers effets pleiotropiques, dont, en particulier, l'action anti-fibrosante et anti-remodelante, tant au niveau vasculaire que cardiaque ou rénal.

L'étude RALES avait déjà démontré le gain en termes de morbi-mortalité des inhibiteurs de l'aldostérone dans l'insuffisance cardiaque de classe NYHA III et IV. Plus récemment, l'étude EPHEsus en a démontré le même gain chez les patients ayant développé une dysfonction ventriculaire gauche en post-infarctus. Voilà maintenant que l'étude EMPHASIS-HF en montre le gain également dès le stade II de l'insuffisance cardiaque.

Actuellement, les études sont en cours afin de tester l'intérêt des inhibiteurs de l'aldostérone dans l'infarctus aigu du myocarde ainsi que dans la dysfonction cardiaque diastolique. Se peut-il qu'un jour nous la prescrivions à titre préventif? C'est la question que pose sérieusement l'éditorialiste du New England qui commente cette étude, tout en rappelant au

passage que la bonne prescription de ce type de molécule impose le contrôle régulier de l'ionogramme et de la fonction rénale (JV).

Zannad F et al. Eplerenone in patients with systolic heart failure and mild symptoms. *N Engl J Med* 2011; **364**: 11-21.

Prévention en médecine générale: mieux avec un DMI

Quelles mesures préventives sont effectivement réalisées par les généralistes? Pour répondre à cette question, cette étude française a analysé les dossiers d'un échantillon représentatif de 179 médecins généralistes. Vingt mesures préventives ont été recherchées dans les dossiers. Les caractéristiques des médecins ont également été comparées avec les «scores» de prévention réalisés. Certains actes préventifs sont réalisés par un très grand nombre de médecins et pour la majorité de leurs patients: la mesure de TA, le dosage du cholestérol, la mesure du poids. Malheureusement, la majorité des actes préventifs ne sont réalisés que chez 25 à 75% des patients. Citons le statut tabagique, les vaccinations diphtérie-tétanos, RRO et grippale, le calcul du BMI, le dépistage du cancer du sein ou du cancer colorectal. D'autres actes préventifs ne sont réalisés que dans moins d'un quart des cas. Il s'agit de l'évaluation de la consommation d'alcool du patient, de l'évaluation du risque de chute chez la personne âgée et du résultat d'un frottis de col p. ex. Aucune variable ne semble expliquer les différences pour les actes préventifs réalisés chez moins d'un quart des patients. Par contre, pour le groupe intermédiaire (chez 25 à 75% des patients), il semble bien que ce soit l'utilisation d'un logiciel médical par le médecin qui influence le plus les résultats à la hausse. Les auteurs plaident pour la mise en place de moyens afin d'améliorer

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.

rer les performances en matière de prévention tels que un paiement à la performance ou une nomenclature spécifique à la prévention. (TVdS)

Blanquet M, Gerbaud L, Noirfalise C, Llorca P et al. Measuring preventive procedures by French GPs: an observational survey. *Br J Gen Pract* 2011; **61**: 32-7.

Prévention primaire cardio-vasculaire

Cet éditorial du BMJ évoque la problématique de la prévention primaire cardio-vasculaire. La majorité des événements cardio-vasculaires surviennent chez des patients avec un taux de cholestérol modéré. Il ne semble donc pas intéressant de doser le cholestérol de tous les patients. La voie offrant le meilleur score coût/efficacité serait donc de doser le cholestérol chez un public limité mais sélectionné. Il s'agirait, avant tout autre, des patients hypertendus, des fumeurs ou des patients aux antécédents familiaux lourds.

Bien évidemment, des changements du mode de vie sont à conseiller à la majorité de ces patients. Cependant, s'interroge l'éditorialiste, peut-on espérer un changement effectif du mode de vie d'autant de patients quand on sait que l'adhésion à ce type de conseils est si faible?

Pour conclure son propos, l'auteur dit qu'il faut identifier les personnes à haut risque, les traiter de manière optimale et veiller à atteindre les chiffres cibles. (TVdS)

Reckless. Primary prevention of cardiovascular disease. *BMJ* 2011; **342**: d201.

Dépistage de la FA: nouvel instrument

Cet article décrit un nouvel instrument de dépistage de la fibrillation auriculaire (FA) pour la première ligne. La FA est le trouble du rythme le plus fréquent et est associée à une importante morbi-mortalité. L'appareil évalué se présente sous la forme d'un oxymètre de pouls qui se place au bout d'un doigt. L'appareil utilise la technique de photopléthysmographie pour analyser le rythme cardiaque en 30 secondes. La technique est très sensible (89 % à 100 %) et très spécifique (96 % à 91 %) par rapport à un ECG. Des valeurs différentes sont obtenues en fonction du réglage de l'appareil. Il existe toutefois des faux positifs et des faux négatifs, ce qui place cette technique uniquement au niveau du dépistage et pas au niveau du diagnostic. (TVdS) (NDLR: l'intégration de cet outil aux oxymètres de pouls serait un plus indéniable)

Lewis M, Parker D, Weston C, Bowes M. Screening for atrial fibrillation: sensitivity and specificity of a new methodology. *Br J Gen Pract* 2011; **61**: 38-9.

Bilan initial des ostéoporoses

Les patients qui présentent une ostéoporose au test de référence par densitométrie devraient bénéficier de la recherche d'une cause initiale. En effet, 30 % des femmes et 55 % des hommes avec tassement vertébral présentent une ostéoporose d'origine secondaire.

Le bilan initial pour la recherche d'une cause secondaire consiste en une formule sanguine complète, une VS, les fonctions rénale et hépatique, la TSH, les dosages de calcémie, phosphorémie et des phosphatases alcalines ainsi que les sérologies de dépistage de la maladie cœliaque. Chez les patients ayant présenté un tassement vertébral, il faut exclure un myélome en réalisant une immunoélectrophorèse des protéines. (TVdS)

Premaor M, Compston J. Testing for secondary causes of osteoporosis. *BMJ* 2011; **342**: 330-1.

Ostéoporose secondaire: que chercher?

Les patients présentant une ostéoporose au test de référence par densitométrie devraient bénéficier de la recherche d'une cause initiale. En effet, 30 % des femmes et 55 % des hommes avec tassement vertébral présentent une ostéoporose d'origine secondaire. Le bilan initial pour la recherche d'une cause secondaire consiste en une formule sanguine complète, une VS, les fonctions rénale et hépatique, la TSH, les dosages de calcémie, phosphorémie et des phosphatases alcalines ainsi que les sérologies de dépistage de la maladie cœliaque. Chez les patients ayant présenté un tassement vertébral, il faut exclure un myélome en réalisant une immunoélectrophorèse des protéines. (TVdS)

Premaor M, Compston J. Testing for secondary causes of osteoporosis. *BMJ* 2011; **342**: 330-1.