

Revue des Revues

par les D^{rs} Thomas Orban, médecin généraliste, 1180 Bruxelles • Thierry Van der Schueren, Médecin généraliste, 5640 Mettet

Prévention de l'allergie solaire

Les allergies solaires correspondent en majorité aux lucites estivales bénignes et aux lucites polymorphes qui sont reprises sous le terme de *Poly-morphic Light éruption* (PLE) dans la littérature anglo-saxonne. La prévalence de cette pathologie est estimée à 18% dans la population européenne. Ce sont surtout les femmes jeunes (20 à 30 ans) et de types clairs (phototype I et II) qui sont atteintes. De manière caractéristique, l'éruption siège sur les zones photo-exposées et présente des lésions érythémato-papuleuses parfois vésiculeuses isolées ou en placards mais très souvent prurigineuses. Elle apparaît rapidement (quelques heures) après l'exposition au soleil et disparaît spontanément. La **prévention** repose sur une photoprotection contre les UVA et les UVB. Porter des vêtements protecteurs est une mesure efficace. Une autre mesure est l'utilisation de protection solaire contre les UVA et UVB (haut coefficient: 50+). Ces crèmes solaires doivent être appliquées toutes les deux heures. L'exposition solaire doit être évitée entre 12 et 16 heures. Une photothérapie préventive peut être proposée à ces patients. Les antipaludéens de synthèses comme la chloroquine (300 mg/j) ou l'hydroxychloroquine (400 mg/j) peuvent prévenir les poussées pour autant que les premières manifestations ne soient pas apparues. Il faut traiter durant 4 semaines pour les formes modérées, tout l'été pour les formes sévères. La photothérapie constitue le traitement préventif le plus efficace. Cette PUVAthérapie nécessite 12 séances (3 x par semaine) avant la première exposition solaire. Une répétition de ce traitement peut être envisagé chaque année et permet le plus souvent une disparition de la PLE en 3 à 4 ans.

Un traitement par corticoïdes topiques ou parfois par une courte corticothérapie per os peut être envisagé lors des poussées. (TO)

Leccia M-Th. Allergies solaires: quelle prévention? *Rev Prat Med Gen* 2011; 25 (863): 460-1

Soins palliatifs: anticiper

Cette rubrique «qualité des soins» de la Revue du Praticien Médecine Générale insiste sur la prise en charge rapide et efficace d'un inconfort chez le patient palliatif. La prescription anticipée est un moyen d'y parvenir tout en permettant ainsi la poursuite des soins à domicile. Elle est alors vécue comme un élément très rassurant pour l'entourage familial.

Il s'agira donc de prescrire des médicaments destinés à rester au domicile et à être utilisés dans des situations déterminées et précisées aux différents soignants ainsi qu'à la famille. Quelles sont ces situations? Il s'agit des phases d'aggravation de la maladie, des périodes d'instabilités clinique ou symptomatique, de l'entrée en phase terminale, d'antécédents d'hospitalisation en urgence pour inconfort ou enfin lorsque la voie orale devient aléatoire. On pense évidemment au «protocole de détresse». La sédation peut en effet s'anticiper mais le recours à une équipe de seconde ligne en soins palliatifs est alors indispensable. Quelques exemples de prescriptions anticipées sont utiles. En cas de **douleur**: on peut utiliser la morphine à libération immédiate (10 mg dès l'accès douloureux, à renouveler 4 à 6 x par jour) ou la morphine injectable (5 mg en sous-cutané à renouveler 4 à 6 x par jour). La **dyspnée** peut être soulagée par de l'alprazolam 0,5 mg en sublingual, il faut y ajouter 5 mg de morphine à libération immédiate et penser ensuite à augmenter de 25% la dose journalière de morphine. L'halopéridol (1 mg ss-cutané matin et soir) sera utile pour venir à bout des **vomissements**. Le clonazepam en injectable sera utilisé dans les **convulsions** (1 mg en sous-cutané). On prévoira de la scopolamine (0,25 mg en ss-cutané toutes les 8 heures) en cas de **râles ou encombrements bronchiques**. (TO)

Hirsch G. Prescriptions anticipées en soins palliatifs. *Rev Prat Med Gen* 2011; 25 (857): 208-9

Nouvelle molécule: le dénosumab

La Revue Prescrire (LRP) présente mensuellement son point de vue sur les nouveaux médicaments mis sur le marché par les firmes pharmaceutiques. En l'occurrence, le **dénosumab** est une molécule indiquée dans le traitement de l'ostéoporose post-ménopausique chez la femme à risque élevé de fractures. Une autre indication est le traitement de la perte osseuse associée à un traitement hormono-ablatif chez les hommes atteints d'un cancer de la prostate. La Revue Prescrire sanctionne ces deux indications d'un score «Pas d'accord» qui signifie: médicament qui ne présente aucun avantage évident mais qui a des inconvénients possibles ou certains. En effet, LRP conclut que, selon une comparaison indirecte, le **dénosumab** en prévention des fractures chez la femme ménopausée ostéoporotique est probablement inférieur en efficacité à l'**acide alendronique**. En revanche, il y a une augmentation du risque de cancers et d'infections. Toute une série d'interrogations persistent sur d'autres effets indésirables potentiels. Le mode d'action est cependant élégant: le dénosumab est l'anticorps monoclonal qui inhibe une cytokine appelée Rankl. Celle-ci stimule la formation, l'activité et la survie des ostéoclastes entraînant dès lors une augmentation de la résorption osseuse dans l'os cortical et trabéculaire. Rankl stimule aussi la différenciation et la maturation des lymphocytes B et T. L'article entier vaut la peine d'être lu pour se faire une idée sur cette molécule. (TO)

Rédaction Prescrire. Dénosumab: peu d'efficacité en termes de fractures et beaucoup trop de risques. *Rev Prescrire* 2011; 31 (329): 168-172

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.

Prévention de l'endocardite : universelle et pas EBM !

Cette étude britannique a eu pour but de vérifier l'impact d'une nouvelle recommandation nationale (mars 2008) visant à stopper toute antibiothérapie préventive auprès de tous les patients à risque d'endocardite bactérienne et ce, dans toutes les circonstances à risque. Cette décision a été prise car bien que l'antibiothérapie prophylactique soit universellement adoptée auprès des patients à risque, aucune donnée d'études randomisées contrôlées n'existe pour soutenir cette pratique. Les données de prescription avant et après introduction de la recommandation ont été comparées ainsi que les statistiques pour le diagnostic d'endocardite. La recommandation a été globalement bien suivie puisque le nombre de prescriptions d'antibiotiques à dose unique (qui est possible en Grande-Bretagne) a diminué de 78,6%. Dans le même temps, l'étude a pu exclure toute

augmentation du nombre de cas d'endocardites. Les auteurs concluent que cette recommandation nationale est sûre et peut être généralisée aux populations des autres pays d'Europe de l'Ouest. (TvdS)

Thornhill M, Dayer M, Forde J, Corey G et al. Impact of the NICE guideline recommending cessation of antibiotic prophylaxis for prevention of infective endocarditis: before and after study. *BMJ* 2011; **342**: d2392.

AAS à dose préventive moins efficace avec IPP

Cette étude danoise rétrospective a été réalisée auprès de 19.925 patients sous acide acétylsalicylique (AAS) à dose préventive (100 mg/j) suite à un infarctus myocardique. 4159 patients utilisaient aussi un IPP durant la période d'étude et pouvaient être appariés avec 4159 patients semblables mais ne recevant pas d'IPP. Durant la période de suivi, 16,9% des patients ont présenté un nouvel événement cardio-vasculaire grave (infarctus, AVC ou décès d'origine cardio-vasculaire). Les calculs statistiques ont

montré un risque relatif de récurrence 1,61 fois supérieur pour le groupe utilisant des IPP. Une analyse des sous-groupes a montré l'absence d'augmentation du risque pour les utilisateurs d'anti-H₂ (Ranitidine, Cimetidine). (TvdS)

Charlot M, Grove E, Hansen P, Olesen J et al. Proton pump inhibitor use and risk of adverse cardiovascular events in aspirin treated patients with first time myocardial infarction: nationwide propensity score matched study. *BMJ* 2011; **342**: d2690.