

Revue des Revues

par les D^{rs} Jacques Vanderstraeten et Thierry Van der Schueren • Médecins généralistes

Victimes de la grippe

L'analyse épidémiologique des victimes confirmées de la grippe saisonnière de l'hiver 2010-2011 en Grande-Bretagne nous délivre plusieurs messages utiles.

Ces victimes étaient âgées de 15 à 64 ans pour 70 % d'entre elles, c'est-à-dire en dehors du groupe cible pour la vaccination. Par contre, 75 % des victimes de ce groupe d'âge présentaient une affection chronique justifiant une vaccination antigrippale et ne l'avaient pas reçue. Le BMJ insiste sur l'identification des patients jeunes et à risque de complications afin qu'ils bénéficient de la vaccination antigrippale avant chaque hiver. (TVdS)

Most people who died from flu had not been vaccinated *BMJ* 2011; 342: d3393.

AVK: limiter à 3 mois ou alors maintenir à vie

Cette analyse des données individuelles des patients ayant participé à 7 grandes études cherchait à connaître la durée minimale du traitement anticoagulant afin de réduire au maximum le risque de récurrence, quelle que soit l'indication retenue.

La durée de suivi était de 24 mois après la fin du traitement par AVK. Que la durée initiale de traitement soit de 3, 6, 12 ou 27 mois, la fréquence de récurrence des événements thromboemboliques veineux reste la même. Les récurrences surviennent majoritairement endéans les 6 mois de l'arrêt et auprès de personnes à risque. Si l'intention du clinicien est de stopper l'anticoagulation après un certain temps, aucune donnée rien ne vient supporter l'option d'un traitement de plus de 3 mois. Par contre, si le patient présente des facteurs de risque de récurrence, l'option d'une anticoagulation à vie doit être envisagée. (TVdS)

Boutitie F, Pinede, Schulman S, Agnelli G et al. Influence of preceding length of anticoagulant treatment and initial presentation of venous thromboembolism on risk of recurrence after stopping treatment: analysis of individual participant's data from seven trials. *BMJ* 2011; 342: d3036.

Quand penser à une grossesse extra-utérine ?

Les grossesses extra-utérines (GEU) constituent une cause importante de morbi-mortalité maternelle. Leur prévalence est estimée à 1 à 2 % des grossesses.

Il faut envisager une GEU chez toute femme enceinte (test à faire) se présentant pour douleur abdominale ou pertes de sang vaginales. L'échographie transvaginale est actuellement le meilleur test diagnostique pour la GEU. Certaines femmes ont plus de risque de GEU en raison soit d'un antécédent personnel de GEU ou de chirurgie tubaire, soit d'une pathologie tubaire, soit encore d'une ligature des trompes ou de la présence d'un stérilet. (TVdS)

Jurkovic D, Wilkinson H. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. *BMJ* 2011; 342: d3397.

Femmes enceintes ayant contracté la grippe H1N1

Qu'est-il finalement advenu des grossesses des femmes enceintes ayant contracté le virus H1N1? Cette étude nationale britannique apporte une réponse. Malheureusement, l'évolution de ces grossesses a été largement défavorable comme le laissait prévoir l'impression générale de l'hiver 2009. En comparant les grossesses des femmes infectées avec celles des femmes indemnes mais similaires (âge, statut tabagique, BMI, statut socio-économique...) les chercheurs mettent en évidence un taux de mortalité périnatale de 39/1000 naissances alors qu'il est de 7/1000 naissances dans le groupe contrôle. Ce taux élevé est principalement expliqué par le taux élevé de mortalité in utero (27/1000). De plus, les enfants nés de mères infectées durant leur grossesse par le virus H1N1 sont plus souvent nés prématurément. Les mères infectées ont été plus souvent admises aux soins intensifs en post-partum

et ont présenté plus souvent une pneumonie secondaire. Cette étude a été financée par un programme national indépendant de toute firme pharmaceutique. (TVdS)

Thornhill M, Dayer M, Forde J, Corey G et al. Impact of the NCE guideline recommending cessation of antibiotic prophylaxis for prevention of infective endocarditis: before and after study. *BMJ* 2011; 342: d3214.

Statut SDF = mortalité démultipliée

Cette étude prospective a étudié durant 10 ans la mortalité de tous les SDF danois âgés de plus de 16 ans et l'a comparée aux données de santé mentale disponibles à leur propos dans les centres d'hébergement d'urgence. Un fait connu est confirmé: de nombreux SDF sont atteints de troubles psychiatriques tels que psychose et schizophrénie (62,4 % des hommes et 58,2 % des femmes), bien largement au-dessus de ce qui prévaut dans la population générale.

Durant cette étude, 16,7 % des hommes sont décédés et 9,8 % des femmes. Cet important excès de mortalité est présent pour toutes les causes mais principalement pour les causes externes (suicides et accidents). L'espérance de vie d'un SDF danois âgé de 16 à 24 ans est donc raccourcie de 21 années pour un homme et de 17 années pour une femme par rapport à la population générale. En conclusion, le seul statut de SDF expose à risque de mortalité 5 à 7 fois au-dessus des normes. Ce risque est encore aggravé en cas de toxicomanie. (TVdS)

Nielsen S, Hjorthøj C, Erlangsen A, Orntoft M. Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *Lancet* 2011; 377: 2205-14.

Facteurs de risque dans la mortalité à la naissance et in utero

Cette méta-analyse australienne aborde la délicate question de la mortalité in utero et à la naissance dans les pays riches.

Certains pensent qu'il n'y a plus rien à améliorer sous nos latitudes, or les statis-

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.

tiques démontrent encore de grandes différences entre pays. Cela plaide pour des possibilités d'amélioration à différents niveaux dans de nombreux pays. Le principal niveau d'action possible afin de réduire ce taux de mortalité consiste à cibler une réduction des principaux facteurs de risque existant encore dans nos pays. Les principaux facteurs de risque modifiables identifiés par cette méta-analyse sont :

- l'excès de poids maternel (BMI > 25);
- l'âge maternel avancé (> 35 ans);
- le tabagisme maternel;
- le statut primipare;
- le diabète pré-existant chez la mère;
- l'HTA pré-existante chez la mère;
- la précarité de la mère.

Afin d'améliorer la situation, les auteurs suggèrent d'informer toutes les femmes à propos du risque des grossesses tardives dans l'espoir d'inverser la tendance actuelle. Ils suggèrent un suivi plus intensif des premières grossesses par rapport aux suivantes afin de détecter plus rapidement toute complication. Le soutien au sevrage tabagique doit être intensifié auprès des jeunes femmes afin de réduire le nombre de femmes enceinte fumeuses. Durant la grossesse, l'aide au sevrage tabagique est efficace. Cette aide devrait donc faire partie intégrante du suivi habituel des grossesses. L'excès de poids, l'HTA et le diabète doivent faire l'objet d'une attention particulière chez les femmes qui souhaitent une grossesse ainsi que durant toute la période de gestation. Enfin, des programmes spécifiques doivent cibler les populations précarisées afin d'améliorer leurs facteurs de risque et d'assurer un meilleur accès aux soins prénataux. (TvdS)

Flenady V, Koopmans L, Middleton P, Froen F et al. Major risk factors for stillbirth in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2011; 377: 1331-40.

Psychose et sevrage tabagique

Maladie mentale et tabagisme sont souvent associés. Or les méfaits de la cigarette sont davantage marqués parmi la population des malades psychiatriques, ceux-ci voyant leur espérance de vie raccourcie de 25 ans lorsqu'ils sont fumeurs. Le risque qu'ils décèdent des complications du tabagisme surpasse d'ailleurs largement celui de décéder de leur affection mentale. Hormis les conséquences à long terme bien connues sur les systèmes cardio-vasculaire et respiratoire, le tabac paraît avoir des conséquences sur le devenir psychiatrique des malades mentaux. Ainsi, les habitudes tabagiques constituent-elles chez ceux-ci un des prédicteurs les plus puissants du risque suicidaire. De même, le schizophrénique fumeur présente-t-il des symptômes en moyenne plus marqués et un plus haut risque d'hospitalisation que le non fumeur. Enfin, les composants du tabac interagissent avec de nombreux antidépresseurs et antipsychotiques, des doses plus importantes étant dès lors requises pour ces médicaments.

Pourtant, médecins généralistes et psychiatres sont bien souvent réticents à conseiller le sevrage tabagique à leurs patients psychiatriques, sous prétexte qu'un tel sevrage est susceptible de rompre l'équilibre mental de ces patients et que ceux-ci ne seront le plus souvent pas réceptifs à l'idée de ce sevrage. Plusieurs études sont actuellement disponibles sur la question et permettent de tordre le cou aux **idées fausses régulièrement véhiculées** à ce propos dans le corps médical. Voici, en résumé, ce qu'elles concluent :

- la nicotine n'a pas d'impact positif sur la santé mentale (son usage pharmaceutique n'a pas pu montrer d'impact positif dans des maladies telles que la dépression, la schizophrénie, ou les troubles de déficit de l'attention);
 - les malades mentaux ne sont pas moins motivés que les autres à la cessation tabagique, quel que soit leur diagnostic psychiatrique, la sévérité de leurs symptômes, ou encore l'usage concomitant d'autres substances;
 - la maladie mentale, quelle qu'elle soit, n'empêche pas un sevrage réussi;
 - le sevrage n'aggrave pas le score symptomatique (démonstré dans le cas de la dépression et du stress post-traumatique).
- D'après les données actuelles de la littérature, le sevrage tabagique doit se mener de la même façon chez le sujet avec affection mentale que chez tout autre sujet. Seules certaines mises en garde sont de mises concernant le choix de certains produits prescrits dans cette indication. Ainsi, le **patient dépressif** bénéficie-t-il fort bien de l'accompagnement individuel (25% de sujets sevrés à 18 mois). Également, les gommes à base de nicotine paraissent fort bien lui convenir (36% de sujets sevrés à 3 ans). Parmi les prescriptions médicamenteuses, le bupropion peut fort bien lui convenir, de même que la nortriptyline. Quant à la varénicline, son usage est toujours à l'étude chez le dépressif. Ceci vaut également pour le **patient schizophrène**, qui semble bénéficier de consultation de groupes avec substitution nicotinique (20% de sujets sevrés à 1 an), celle-ci étant assurée par patch ou gommes. Enfin, et si nécessaire, le bupropion est également efficace et indiqué pour cette catégorie de patients (JV).

Prochaska JJ. Smoking and mental illness – Breaking the link. *N Engl J Med* 2011; 365: 196-8.