

Revue des Revues

par les D^s Thomas Orban, Jacques Vanderstraeten et Thierry Van der Schueren • Médecins généralistes

Traitements des lombalgies: les médecins en font trop!

Malgré l'existence de recommandations internationales très claires sur le sujet, les médecins continuent à les ignorer et à s'en écarter très régulièrement. Probablement pour rencontrer les attentes de leurs patients mais c'est ignorer aussi que les attentes des patients ne sont pas toujours celles que l'on croit! Il est bon, dès lors, de retenir ce qui suit:

- la douleur et l'incapacité s'améliorent rapidement: 1/3 en une semaine, 2/3 à maximum 7 semaines;
- la clinique prime pour écarter le danger: les reds flags sont à rechercher. Pour rappel, il s'agit de: âge avant 20 ans ou après 60 ans, douleur non soulagée par le repos, co-morbidité (cancer, ostéoporose, toxicomanie intraveineuse), fièvre, perte de poids inexplicée, déficits neurologiques et troubles sphinctériens;
- aucun examen d'imagerie n'est utile dans les 7 premières semaines. Au contraire, le risque est important d'augmenter l'inconfort psychologique et physique par une découverte fortuite d'une anomalie radiologique sans signification. En effet, souvenons-nous que l'on trouve près de 50% d'anomalies radiologiques chez des patients asymptomatiques de moins de 50 ans et que l'amélioration de la douleur et de l'état fonctionnel ne dépend pas d'avoir fait ou pas un examen radiologique. Par contre, les patients ayant eu une IRM sont deux fois plus opérés que ceux ayant fait une radiographie simple: à méditer...;
- le plus important est d'informer le patient: à propos de l'inutilité d'un examen complémentaire, de la bénignité de son affection, de la durée probable d'évolution, de l'intérêt de bien soigner la douleur (d'abord le paracétamol!) et de maintenir si possible une activité physique. (TO)

P. Gallois, JP Vallée, Y. Le Noc. Lombalgies aiguës: données actualisées en 2011. *Médecine* 2011; 7 (1): 30-6

HTA: une histoire de seuils?

D'où vient donc le sacro-saint seuil de 140/90 mmHg? Il s'agit en fait d'un compromis pragmatique qui vise surtout les patients les plus à risque. La relation entre risque cardio-vasculaire et chiffres tensionnels est linéaire et continue au-delà de 115/75 mmHg. On devrait donc traiter 90% de la population... Or, avec les recommandations d'il y a 30 ans, la moitié des patients traités n'atteignaient pas la cible visée, et avec les recommandations actuelles, c'est seulement un tiers des patients qui l'atteignent! Une revue Cochrane montre qu'une «cible basse» n'est pas associée à une réduction de mortalité totale ni de survenue d'infarctus, ni d'AVC, ni d'insuffisance cardiaque congestive, ni d'événements vasculaires majeurs ou d'insuffisance rénale terminale. Il n'est donc pas factuel de proposer des cibles telles que 130/80 mmHg pour les patients à risques sauf peut-être pour les diabétiques. Pour les autres, une TA trop basse augmente le risque de mortalité et de survenue d'un infarctus. La pression des recommandations et de l'industrie semble dès lors un peu exagérée... Le traitement est réellement à moduler en fonction du risque individuel, d'autant qu'au-delà d'un gain de 10 à 15 mmHg de PA systolique, l'ajout d'autres médicaments ne semble pas associé à un bénéfice supplémentaire et que trop de pilules nuisent à la compliance. Par contre, passer de 10 g de sel par jour à 5 g (objectif OMS) pourrait aider: une alimentation qui contient plus de 5 g de sel par jour est associée à une augmentation de 23% du risque d'AVC et de 14% du risque d'événements cardio-vasculaires. Sans oublier que 4 points font gagner 10 ans de vie: arrêt du tabac, pratique de l'activité physique (150 min. par semaine), respect des seuils OMS pour la prise d'alcool et consommation de plus de 3 fruits et légumes par jour. (TO)

P. Gallois, JP Vallée, Y. Le Noc. Hypertension artérielle: facteur de risque ou maladie? *Médecine* 2011; 7 (3): 120-6

E-cigarette

Le terme trompeur d'*e-cigarette* désigne un système délivrant de la nicotine sous forme d'un aérosol. Aux USA, la FDA aurait bien voulu la classer parmi les agents pharmaceutiques, de par les questions que ce système pose toujours quant à la santé des utilisateurs. Mais elle a échoué dans ce sens.

Rappelons que, par voie de cigarette, la nicotine (1 à 2 mg/cigarette) est délivrée de façon tellement rapide au cerveau (quelques secondes) qu'elle expose à un risque d'addiction encore plus élevé que la cocaïne ou l'héroïne. La dose létale chez l'enfant est de 10 mg.

Parmi les questions que suscite l'*e-cigarette* figure, d'abord, celle des conséquences éventuelles de l'inhalation à long terme de l'humectant classiquement utilisé, à savoir le propylène glycol. Quant à la dose de nicotine délivrée, le reproche aux *e-cigarettes* actuelles est plutôt que celle-ci est, de façon générale, trop faible, rendant donc ce dispositif inefficace pour l'usage en tant que moyen de substitution et d'aide au sevrage tabagique. Par contre, une recharge de nicotine peut contenir jusqu'à un total de 1 gramme de nicotine. Des reproches sont également formulés quant au manque de contrôle de qualité, à la variabilité importante quant au dosage effectif de nicotine, et au manque de fiabilité de l'étiquetage du produit. De nombreuses incertitudes persistent enfin sur les mésusages potentiels de l'*e-cigarette*, de par les possibilités offertes à l'utilisateur d'utiliser des quantités de nicotine plus importantes que celles indiquées, voire même d'y substituer de la marijuana. Au total, l'*e-cigarette* est, actuellement, plus considérée comme une nouvelle source d'addiction que comme une aide aux candidats à la cessation tabagique. (JV)

Cobb NK et al. E-cigarette or drug-delivery device? Regulating novel nicotine products. *N Engl*

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.

Des SMS comme aide au sevrage tabagique

Cette étude randomisée britannique a évalué l'efficacité de SMS de soutien et d'encouragement adressés régulièrement à un groupe de fumeurs désireux d'arrêter. Le taux d'abstention tabagique à 6 mois avec contrôle de la cotinine salivaire (pour ne pas se contenter des déclarations des patients) du groupe intervention a été comparé au taux d'un autre groupe de fumeurs désirant arrêter ses habitudes tabagiques (groupe témoin). Les fumeurs du groupe témoin recevaient aussi des SMS mais sans rapport avec leur tabagisme. Après 6 mois, 10,7% des fumeurs du groupe intervention ont réellement stoppé leurs habitudes tabagiques alors que seulement 4,9% des fumeurs du groupe témoin avaient stoppé à la fin de la même période. Durant la période de 6 mois, 186 sms différents ont été envoyés. Des messages simples tels que « Arrêter pour toujours, vous pouvez y arriver ! » ou des conseils pour échapper aux envies soudaines ou encore où avoir un conseil téléphonique étaient envoyés très régulièrement aux participants. Notons que plus d'un quart des patients déclarant avoir arrêté de fumer étaient pourtant positifs au test salivaire !

Dix pour cent d'arrêts avec un système de conseils par SMS qui peut être automatisé doit être considéré comme un bon résultat dans l'aide contre la dépendance au tabac. (TvdS)

Free C, Knight R, Robertson S, Whittaker R et al. Smoking cessation support delivered via mobile phone text messaging (txt2stop): a single-blind, randomised trial. *Lancet* 2011; 378: 49-55.

Nouvelles recommandations NICE pour l'HTA

La Grande-Bretagne vient de diffuser ses nouvelles recommandations pour le diagnostic et le traitement de l'HTA. Un éditorial du BMJ, rédigé par des généralistes, s'attarde sur les principales nouveautés et les changements à mettre en place dans les cabinets de première ligne. **Les valeurs cibles de pression artérielle sont revues et simplifiées: 140/90 mm Hg pour tous les patients sauf les personnes âgées de 80 ans ou plus pour lesquelles la cible est 150/90 mm Hg.** Cette simplification est bienvenue et reste un challenge auprès de nombreux patients, affirment les auteurs. Mais c'est du côté du diagnostic de l'HTA que la modification est de taille.

Un holter tensionnel de 24 heures doit être réalisé pour tous les patients dont la pression artérielle dépasse 140/90 mm Hg en consultation. Une mesure ambulatoire à domicile sera acceptable seulement pour les patients qui ne supportent pas un holter. Cette mesure doit permettre un meilleur diagnostic de l'HTA en évitant l'effet blouse blanche et autres erreurs trop fréquentes. Même si ce type d'appareils, leur entretien, leur placement, la lecture et l'analyse des résultats sont chronophages et coûteux, l'analyse coût/bénéfice leur est favorable.

Seuls les patients avec une tension artérielle $\geq 180/110$ mm Hg en consultation peuvent bénéficier d'un traitement immédiat; les autres doivent attendre l'éventuelle confirmation par holter de 24 heures. À vos machines... (TvdS)

Ritchie L, Campbell N, Murchie P. New NICE guidelines for hypertension: ambulatory monitoring is to become key. *BMJ* 2011; 343: d5644.