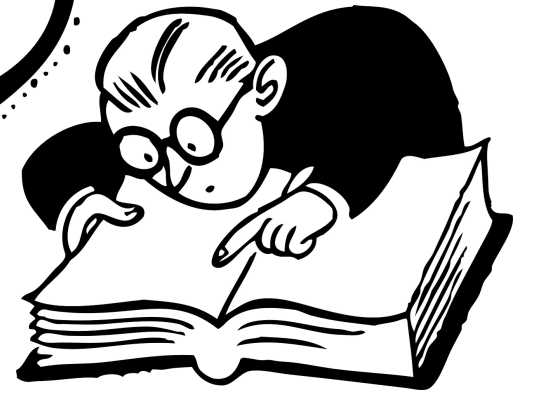


Choix de
nos éditeurs

2020

TOP EN MOTS



Top
ARTICLE

Hypertension artérielle et chronothérapie (11 mars 2020)

Dans une population de caucasiens hypertendus en moyenne âgée de 60 ans, le fait de transférer l'ensemble de la médication anti-hypertensive du lever au coucher semble avoir des impacts positifs. Même si la réduction de tension artérielle est faible, les événements cardiovasculaires ou décès cardiovasculaires étaient réduits de 5,3% sur 6,3 ans, avec un NNT de 19 (IC95% 16-22).

Il y avait même une réduction de la mortalité de toute cause de 2,3%, avec un NNT de 36 (IC95% 29-45). Les auteurs expliquent ces résultats par la réduction du nombre de patients « non-dipper », ces patients chez qui la tension artérielle ne s'abaisse pas significativement la nuit. La prévalence de patients avec phénomène « non-dipper » était de 50,3% dans le groupe de prise de médication au matin, contre 37,5% dans le groupe de prise au coucher.

Il faudra bien sûr d'autres études sur le sujet mais puisque l'intervention est simple, gratuite et sécuritaire, elle pourrait être appliquée déjà chez certains patients.

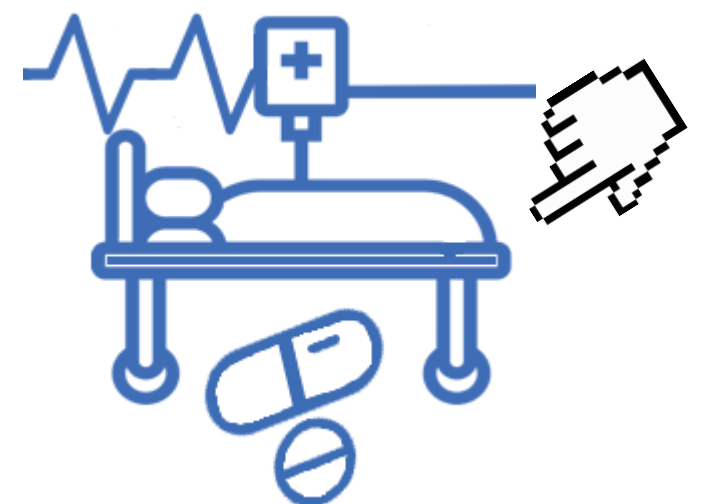


Les antipsychotiques dans le traitement du délirium en fin de vie (02 juillet 2020)

Un essai clinique randomisé publié dans le JAMA en décembre 2016 a démontré que l'utilisation des antipsychotiques pour le traitement du délirium léger à modéré chez les patients en soins palliatifs était inférieur au placebo. Divers scores cliniques de délirium ont révélé une détérioration des symptômes chez les patients traités avec la rispéridone ou l'halopéridol versus le placebo. Pire, l'utilisation des antipsychotiques apportait des effets indésirables tels que des symptômes extrapyramidaux chez 20-27 % des patients. Le risque de décès était augmenté de 29 % avec l'utilisation de la rispéridone et de 73 % avec l'utilisation de l'halopéridol. Les guides cliniques de soins palliatifs comme celui de la Colombie-Britannique suggèrent d'ailleurs de favoriser les mesures non pharmacologiques, dans l'atténuation des symptômes de délirium léger à modéré :

- La réorientation du patient dans le temps et l'espace
- Le port de lunette et d'appareil auditif
- Favoriser la mobilité
- Favoriser l'hydratation per os et restreindre l'utilisation des médicaments non nécessaire
- Favoriser la présence d'un proche rassurant
- Personnaliser la chambre d'avoir des activités stimulantes le jour, tout en évitant une sur-stimulation par des visiteurs
- Tenter si possible thérapie de relaxation ou de la musicothérapie
- Éviter les sondes vésicales

Ces mesures sont également concordantes avec les lignes directrices de la Société européenne de l'oncologie médicale portant sur le délirium chez les patients atteints de néoplasie. Sachant qu'environ 40 % des patients admis dans une unité de soins palliatifs souffriront d'un délirium et que ce nombre augmente à 90 % dans les tous derniers jours de vie, les données semblent indiquer qu'il faudrait limiter l'utilisation des antipsychotiques (rispéridone et halopéridol) dans le traitement du délirium léger à modéré en fin de vie vu leur inefficacité et leur risque d'augmenter les effets secondaires. Nous vous référons à la capsule pour les détails.



Choix de
nos éditeurs



Par des médecins de famille,
Pour des médecins de famille.

2020

TOP EN MOTS

Top
MÉDECINE



L'OST- un outil simple et rapide pour le dépistage de l'ostéoporose (08 janvier 2020)

Les modalités de dépistage de l'ostéoporose et du risque fracturaire demeurent source d'incertitude et de confusion pour tout clinicien s'intéressant à l'EBM. Les guides de pratique s'entendent pour suggérer une ODM pour les femmes en haut de 65 ans. Entre 50-65 ans, ils nous suggèrent d'évaluer plusieurs facteurs de risque, parfois difficiles à mémoriser dans un contexte d'accès adapté. C'est pourquoi nous vous présentons un Top Truc sur l'OST, un bel outil pour économiser temps et ressources. Pour les patientes de 50 à 65 ans intéressées par le dépistage de l'ostéoporose, l'OST consiste à appliquer la formule suivante : « poids en kg » - « âge ». Une valeur en bas de 10 nécessiterait alors un dépistage via une ODM. Si le score est supérieur à 10, pas besoin de dépistage et le tout est à réévaluer dans quelques années.



Prenons, par exemple, une femme de 60 ans que vous voyez à votre bureau. Elle se demande si elle devrait passer une ODM puisque sa mère faisait de l'ostéoporose. Elle pèse 48 kg. Pour calculer votre OST, vous faites donc : « 48 kg » - « 60 ans » = -12. Comme la valeur est de -12, donc inférieure à 10, un dépistage par ODM serait indiqué chez elle. Prenons maintenant sa voisine du même âge, mais qui pèse 78 kg. « 78kg » - « 60 ans » = 18. Comme la valeur est supérieure à 10, pas d'ODM nécessaire chez cette patiente!

De la dexaméthasone pour la pharyngite ? (29 janvier 2020)

Il existe des preuves de qualité modérée à élevée à l'effet que la dexaméthasone prescrite dans les tableaux de pharyngite aiguë réduit la durée des symptômes. On parle d'un NNT de 5 pour soulager la douleur à 48h. L'intervention consiste à prescrire une dose de 10 mg chez l'adulte et de 0,6 mg par kg chez l'enfant de plus de 5 ans. Elle peut être applicable à tous les tableaux de pharyngite aiguë à l'exclusion des mononucléoses infectieuses et des patients immunocompromis. La pharyngite peut être virale ou bactérienne et la prescription de dexaméthasone ne change rien aux autres décisions.

Malgré une qualité moyenne à élevée des preuves, le BMJ en fait une recommandation faible en raison des valeurs et préférences des patients qui peuvent grandement varier. Ils recommandent de partager la décision avec les patients. On doit parler entre autre du bénéfice escompté et des risques d'avoir un peu d'insomnie et d'agitation.



Choix de
nos éditeurs

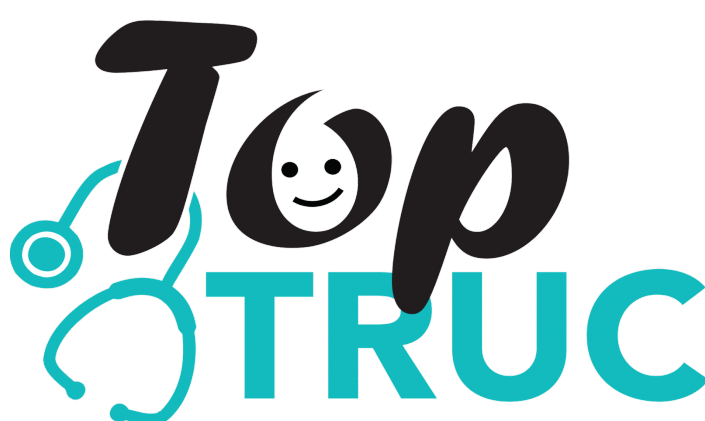


Par des médecins de famille,
Pour des médecins de famille.

2020

TOP EN MOTS

Top
MÉDECINE



Changement majeur pour le traitement d'entretien de l'asthme léger (19 février 2020)

De nouvelles recommandations ont été publiées en avril 2019 par la GINA, et il y a un changement somme toute important : finie la pompe bleue au besoin comme traitement d'entretien de première intention pour l'asthme léger... On ne recommande plus un BACA, ie un « Bronchodilatateur A Courte Durée Action » comme le salbutamol, en première ligne, seul... Si le patient a besoin de son BACA, pour quelques raisons que ce soit, il doit prendre après chaque bouffée immédiatement une dose de cortico inhalée, un CSI... mais mieux encore, on suggère pour l'asthme léger en haut de 12 ans une combinaison « au besoin » de cortico-formotérol.

Ainsi, à moins d'être mal contrôlé avec ce régime, la première ligne suggérée est désormais une seule pompe combinée, que le patient traînera avec lui, à utiliser quand il en ressent le besoin. Le but du changement de paradigme est de diminuer le recours à la pompe de BACA seule, en l'absence de cortico inhalé, une réalité que l'on voit souvent en première ligne et qui est associée à un risque plus élevé d'hospitalisation et d'admission urgente. D'ailleurs, 9% des décès liés à l'asthme sont survenus chez des patients qui n'étaient traités que par des agonistes à courte action. Même si les exacerbations sont plutôt rares chez les asthmatiques légers, 16 % des patients avec exacerbations quasi fatales avaient un asthme qui apparaissait léger dans les 3 derniers mois, selon les critères usuels. On veut donc limiter le plus possible l'utilisation du BACA, et lui associer sinon un cortico inhalé coup sur coup, comme c'est le traitement prouvé préventif.

Cette approche de traitement PRN au cortico-formotérol est appuyée par des études publiées dans les dernières années (SYGMA, START, PRACTICAL). Elle permet de réduire les exacerbations, tout en ayant une dose moins élevée de cortico globale qu'un traitement d'entretien régulier. Nous vous référons à la capsule pour les détails.

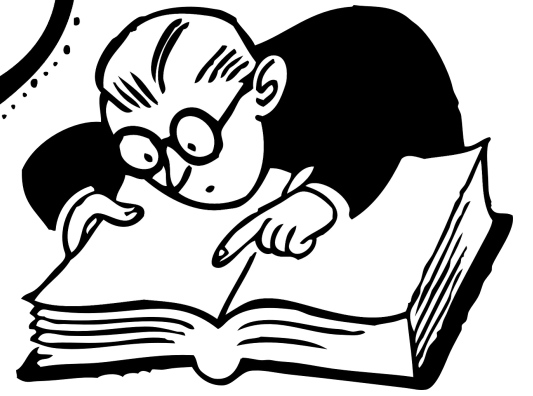


Choix de
nos éditeurs



2020

TOP EN MOTS



Le syndrome de la queue-de-cheval revu et actualisé (31 mars 2020)

La queue-de-cheval est un syndrome rare. On estime que la prévalence de la queue-de-cheval tourne autour de 1 sur 33 000 à 1 sur 100 000 personnes. L'âge moyen au diagnostic est autour de 40 ans. Aucun symptôme ni signe à l'examen physique ne se traduit par un rapport de vraisemblance positif ou négatif très discriminant, ce qui rend notre travail de clinicien encore plus complexe. Par exemple, pour le TR, on parle d'une sensibilité autour de 30 % avec un rapport de vraisemblance négatif de 0.9, donc peu. La spécificité est de 83 %. Un outil paraclinique utile pourrait être le bladder scan post-miction. En effet, pour les consultations pour lombalgie, quand le résiduel post-miction est en haut de 500 ml, on obtient un rapport de cote de 4 (odds ratio) pour un diagnostic du syndrome de la queue-de-cheval. Par ailleurs, on obtient un rapport de cote de 48 avec un résiduel mictionnel élevé et 2 des symptômes suivants :

- Sciatalgie bilatérale
- Sensation de rétention urinaire ressentie
- Incontinence fécale

La méta-analyse présentée dans la capsule mentionnait que 89 % des patients avec syndrome de la queue-de-cheval avéré reportaient une détérioration aiguë des symptômes dans les derniers 24 heures. Par ailleurs, on sait que 70% des patients avec un diagnostic prouvé de syndrome de la queue-de-cheval ont une histoire de lombalgie chronique, d'où l'importance de vérifier la détérioration aiguë sur chronique. Selon une étude observationnelle de Dionne et al. publiée en mai 2019, un scan lombaire démontrant un effacement de moins de 50 % du sac théal pouvait exclure un syndrome de la queue de cheval dans 96 des 97 cas, avec une sensibilité de 98 %. Il s'agit d'une étude observationnelle, donc avec le risque habituel de biais de sélection. On aimerait bien voir cette étude répétée dans d'autres centres, mais c'est tout de même encourageant, sachant que le scan avec ce ratio de 50 % aurait permis d'éliminer le syndrome de la queue-de-cheval dans 64 % des patients de la cohorte. Comme l'IRM en urgence n'est pas toujours disponible, et que la prévalence de la maladie est somme toute très faible, il serait intéressant qu'un algorithme incluant le scan soit étudié.

Dans les autres perles soulevées dans la capsule, on retient de s'attarder davantage aux questions sur l'urine et au périnée, et non juste à l'incontinence... Les auteurs de l'étude mentionnent le changement dans la sensation du périnée, comme par exemple le passage des selles, ou la sensation du papier de toilette lorsque le patient s'essuie. Ils suggèrent aussi de parler de fonction sexuelle pour l'homme. On vous réfère à la capsule pour les détails, pour revenir à la base, mais aussi voir les plus récentes données pour cette urgence à ne pas manquer.



Par des médecins de famille,
Pour des médecins de famille.

Top
MÉDECINE

Choix de
nos éditeurs



2020

TOP EN MOTS



Canadian Syncope Risk Score – quel patient avec syncope est rapidement éligible à un congé ? (01 septembre 2020)

Le Canadian Syncope Risk Score a été développé et validé au Canada, et l'Enfant-Jésus à Québec a d'ailleurs participé à l'étude. Le score CSRS retient 9 critères, dont l'axe du QRS, le QT corrigé, la durée du QRS, la pression artérielle, la troponine, la présence d'ATCD MCAS-FA-valvulopathie, la prédisposition aux symptômes vasovagaux ainsi que l'impression générale du clinicien (vasovagale ou cardiaque ou aucune). Le score est facilement disponible sur l'application MEDCalc, en cherchant « Canadian Syncope Risk Score ». Le score permet de rendre éligible à un congé rapide près de 3 patients sur 4, avec un score de 0 et moins (faible et très faible risque), pour un taux d'événements majeurs manqués à 30 jours de moins de 1.9 % (0.8% dans l'étude de validation).

Dans les critères d'exclusion de l'outil, on note les patients intoxiqués, les patients ayant eu convulsions, les polytraumatisés, les TCC et les pertes de conscience de plus de 5 minutes. Par ailleurs, ont aussi été exclus les patients chez qui une cause médicale sérieuse a été immédiatement identifiée lors de la visite à l'urgence comme raison de la syncope. Il peut être intéressant de rappeler qu'un patient sur 2 qui consulte pour syncope à l'urgence se verra attribuer une cause médicale sous-jacente pour la syncope. L'outil devient donc intéressant pour l'autre moitié, afin de nous aider à mieux identifier les patients avec possible arythmie cardiaque.

