

# Quelles sont Vos questions?

## Où trouver la réponse?

Dr Yves LE NOC [SFDRMG] - Dr Isabelle CIBOIS HONNORAT [MGForm]

Liens d'intérêts : Néant

# Objectifs

- Trouver une réponse aux questions issues de la pratique:
  - Rapide (2 mn en cours de consultation).
  - Courte
  - Argumentée
  - Validée
- Améliorer la qualité et sécurité des soins.

# Deux outils complémentaires



**Encyclopédie ouverte, participative.**

- Outil collaboratif et participatif de partage de [connaissances](#).
- Wiki [Wikipedia].

11/10/2014

Corpus  
Scientifique  
Spécifique  
MG

**Résultats  
d'évaluation  
critique structurés.**

- Mini référentiels adaptés à la MG.
- Questions posées au sein de groupes [GeaP®].

I Cibois Honorat - Y Le Noc - JNMG 20014

3



# Base de données médicales

- Collaborative & participative
- MAJ permanente:
  - Questions de la pratique
  - Veille documentaire
- Interactive (Modèle Wikipedia)
- Pertinente / pratique
- Indépendante

# Base de données validées

- Données référencées et indexées (EBM).
- Références toutes accessibles ou disponibles.
- Qualité de la preuve affichée – Système GRADE (Grading Recommendations Assessment Development and Evaluation)\*:
  - 1 il est fortement recommandé
  - 2 il est suggéré
- Comité éditorial

\* Guyatt, GH, Oxman AD, Vist GE et al, for the GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ. 2008; 336:924.

# Qualité des preuves selon GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation)



Type d'étude	Niveau de preuve de 1 à 4	Augmenter de 1 ou 2 (selon l'importance ou la probabilité) si :	Diminuer de 1 ou 2 (selon l'importance ou la probabilité) si :
Essais randomisés	Elevé (1)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limites méthodologiques</li> <li>- Inconsistance des résultats*</li> <li>- Critères indirects</li> <li>- Imprécision</li> <li>- Biais de publication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Effet de grande amplitude</li> <li>- Gradient dose-réponse</li> <li>- Situation dans laquelle tous les biais plausibles diminueraient l'amplitude de la réponse obtenue.</li> </ul>
	Modéré (2)		
Etudes observationnelles	Faible (3)		
	Très faible (4)		

# En pratique

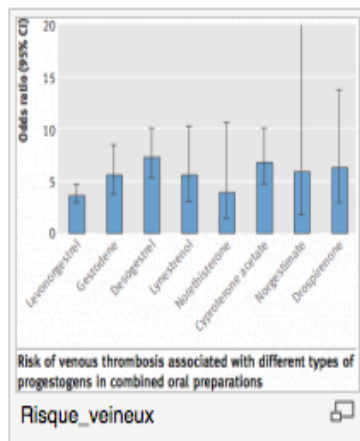
1. Recueil des « problèmes » rencontrés dans la pratique.
2. Formulation sous la forme de questions.
3. Recherche des données de la littérature:
  1. Recommandations
  2. Revues référencées franco & anglophones (PubMed – CISMEF...)
  3. Si besoin littérature grise
4. Synthèse des données



# Réponse courte – Ex: OP 3<sup>e</sup> G

## Augmentent-elles le risque thromboembolique ?

Oui : il est environ triplé, là aussi restant faible en valeur absolue



- Le "risque de base", estimé à 5 pour 100 000 femmes suivies 1 an, passe à 15 à 25 en cas de prise de 'pilule', plus s'il existe des facteurs prédisposants (ex : présence, chez 5% des femmes européennes, du facteur V de Leiden). Les antécédents personnels ou familiaux de thrombose des veines profondes contre-indiquent la pilule. 1 à 2% des accidents sont mortels.
- Le risque varie selon le progestatif utilisé : comparativement au lévonorgestrel, il est de 0,98 pour la noréthistérone, 1,19 pour le norgestimate, 1,64 pour la drospirénone, 1,82 pour le désogestrel, 1,86 pour le gestodène et 1,88 pour la cyprotérone.
- Il est plus important durant la 1<sup>ère</sup> année d'utilisation et particulièrement les 3 premiers mois.
- Le risque diminue significativement avec des doses d'estrogène inférieures à 30µg, mais il est difficile de conclure puisqu'il s'agit d'événements rares.

### Références

- Lidegaard O, Løkkegaard E, Svendsen AL, Carsten A. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ*. 2009;339:557–60.
- Van Hylckama VA, Helmerhorst FM, Vandenbroucke JP, Doggen JM, Rosendaal FR. Effects of oestrogen dose and progestogen type on venous thrombotic risk associated with oral contraceptives: results of the MEGA case-control study. *BMJ*. 2009;339:b2921.
- Dunn N. Oral contraceptives and venous thromboembolism. *BMJ*. 2009;339:b3164.

**Mots clés** : Pilules œstroprogestatives – Thrombose veineuse profonde.

**Qualité de la preuve** : niveau 1

## Les formes non orales présentent-elles le même risque veineux ?

Ce wiki est un projet collaboratif, auquel chacun peut apporter sa pierre, soit par les questions issues de sa pratique pour lesquelles les réponses sont incertaines ou absentes, soit par les réponses qu'il souhaite lui-même apporter.

Questions et commentaires

Vous devez pour cela vous entrer votre question ou votre commentaire [en utilisant notre formulaire en ligne ici...](#)

## Les pilules actuelles (< 50 $\mu$ g d'estrogènes) augmentent-elles le risque d'AVC ?

**Oui : le risque relatif d'AVC ischémiques et hémorragiques est environ doublé, quel que soit le progestatif utilisé ; il reste très faible en valeur absolue.**

- Pour les AVC *ischémiques*, l'âge est le facteur de risque le plus évident (de 6 par million de femmes et par an à l'âge de 20-24 ans à 16 à 40-44 ans selon l'OMS en 2000), puis le tabac et surtout l'hypertension et les antécédents familiaux. La migraine, le diabète, les dyslipidémies, l'obésité, la durée de prise de pilule ont un rôle aggravant difficile à chiffrer, variable selon les études. Le nombre de covariables et facteurs confondants est tel que toute analyse épidémiologique est aléatoire.

- Avant l'âge de 35 ans, rien ne permet d'affirmer que la pilule augmente le risque d'AVC hémorragique, sauf présence des co-facteurs signalés précédemment (la multiparité et un allaitement prolongé antérieur apparaissant comme facteurs protecteurs).

### Références:

- Chadwick KD, Burkman RT, Tornesi BM, Mahadevan B. Fifty Years of "the Pill": Risk Reduction and Discovery of Benefits. Beyond Contraception, Reflections, and Forecast. *Toxicological Sciences*. 2012;125(1): 2–9.
- Chan WS, Ray J, Wai EK, Ginsburg S, Hannah ME, Corey PN et al. Risk of Stroke in Women Exposed to Low-Dose Oral Contraceptives. A Critical Evaluation of the Evidence. *Arch Intern Med*. 2004;164:741-7.
- Baillargeon JP, McClish DK, Essah PA, Nestler JE. Association between the Current Use of Low-Dose Oral Contraceptives and Cardiovascular Arterial Disease: A Meta-Analysis. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005;90:3863–70.
- Yang L, Kuper H, Sandin S, Margolis KL, Chen Z, Adami HO et al. Reproductive History, Oral Contraceptive Use, and the Risk of Ischemic and Hemorrhagic Stroke in a Cohort Study of Middle-Aged Swedish Women. *Stroke*. 2009;40:1050-8.
- FDA. Combined Hormonal Contraceptives (CHCs) and the Risk of Cardiovascular Disease Endpoints. CHC-CVD final report. 2011.
- Van Rooijen M. Effects of combined oral contraceptives on hemostasis and biochemical risk indicators for thromboembolism and atherothrombosis. Stockholm: Karolinska Institute; 2007.

**Mots clés :** Pilules œstroprogestatives – accident vasculaire cérébral

**Qualité de la preuve :** niveau 1

# Méthode

# Recueil des questions

- Individuellement:
  - Contact direct
  - Directement en ligne (« visiteurs »)
  - Programmes de DPC:
    - Individus (e-learning)
    - Groupes.
    - .....
- Collectivement: Groupes (GEP).

# Réponses

① **Comité de rédaction** = 10 personnes toutes membres de la SFDRMG, formées à la veille documentaire et analyse critique de la littérature médicale.

1. Valide les questions et les réponses.
2. Réalise la recherche et rédige les réponses pour les questions non résolues

② **Groupes (GEP):**

1. Peut proposer des réponses aux questions posées par le groupe.
2. Propose compléments de réponses (Référéncés)

### ③ L'individu

1. Peut poser les questions pour les quelles il n'a pas trouvé sa réponse.
2. Peut proposer des compléments de réponses (Références).

④ **Validation.** Aucune question ni aucune réponse ou commentaire ne sera public qu'après avoir été validé par le comité éditorial.

Réf: Ligne éditoriale du WikiDPC

[http://www.unaformec.org/wiki/index.php/Ligne\\_éditoriale\\_du\\_WikiDPC](http://www.unaformec.org/wiki/index.php/Ligne_éditoriale_du_WikiDPC)

# Enrichissement en continu

- 51 thèmes différents.
- Environ 600 questions / réponses.
- Pages consultées 7000 à 24 000 fois selon les thèmes.
- <http://www.unaformec.org/wiki/index.php/Accueil>
- WikiDPC = un outil pour le DPC et une méthode de DPC.





# Fabriquer un REvES: pourquoi?

- Pour avoir des référentiels adaptés à la médecine générale
- Pour s'approprier la démarche EBM:  
**« Intégration des meilleures données de la recherche à la compétence clinique du soignant et aux valeurs du patient »**
- Pour développer les GeaP<sup>®</sup>

Sackett DL, Straus SE, Richardson WS & al. Evidence based medicine: how to practice and teach EBM. 2d ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000.

# Fabriquer un REvES<sup>®</sup>: comment?

- Les groupes d'échange de pratique : une démarche d'analyse structurée.
- D'un cas clinique à une analyse des 3 champs de l'EBM.
- La démarche structurée des BET (Best Evidence Topic)
- En Français REvES<sup>®</sup> : Résumé d'Evaluation critique Structuré.

- Ecriture spontanée du GeaP<sup>®</sup> à partir d'un des cas exposés
- Toutes les questions des GeaP<sup>®</sup> sont colligées pour exploitation éventuelle (si question fréquente)

# Méthode

- Structurer les questions en 3 parties
  - Cible
  - Interventions comparées
  - Objectif(s) des interventions
- Rechercher les données de la science
- Les analyser
- Écrire le REvES®
- Le discuter et le valider (Comité scientifique de MGForm)
- Le partager sur internet

# Exemple:

[cas sur biblio-reves.net/](http://cas.sur.biblio-reves.net/)

Patiente de 70 ans, hypertendue sous inhibiteur calcique (IPERTEN<sup>®</sup>) et diurétique thiazidique (ESIDREX<sup>®</sup>).

Elle fait un bilan annuel avec numération, un ionogramme sanguin, une glycémie et l'évaluation d'une anomalie lipidique.

Une surveillance de la kaliémie plus fréquente est proposée à la patiente.

**Quel rythme pour cette surveillance?**

# Question posée par le GeaP<sup>®</sup>

Chez [une patiente de 70 ans, hypertendue sous thiazidique],  
[à quel rythme faut-il faire une surveillance biologique],  
afin de [palier à une dyskaliémie] ?

# Réponse

## La surveillance du traitement diurétique thiazidique réside dans la réalisation d'un bilan biologique

- avant traitement : ionogramme sanguin, urée et créatinine sanguines,
- et le même bilan un mois après introduction,
- puis au moins 2 fois par an (tous les 2 mois chez les sujets à risque (sujets âgés, dénutris, cirrhotiques)).

- Dr MARIE-FRANCE SERONDE - Besançon-cardio.org (département de cardiologie du CHU de Besançon)- Les diurétiques - Mise à jour du 17/10/2001 <http://www.besancon-cardio.org/cours/63-diuretic.php#03>

- Prescription et surveillance des diurétiques (176) Pr. P. Ambrosi, Pr. B. Dussol - Novembre 2007(mise à jour 2009-2010):

<http://medidacte.timone.univ-mrs.fr/webcours/Comite-etudes/ItemsENC/sitelocal/disciplines/niveaudiscipline/niveaumodule/Item176/Item176.htm>

- J. AMAR: Surveillance biologique d'un traitement diurétique chez l'hypertendu

<http://www.realites-cardiologiques.com/wp-content/uploads/2010/10/101.pdf>

- A noter l'article sur l'hypertension artérielle sur WIKIDPC

[http://www.unaformec.org/wiki/index.php/HTA\\_-\\_Traitement](http://www.unaformec.org/wiki/index.php/HTA_-_Traitement)

# Enrichissement continu

- Une cinquantaine de REvES<sup>®</sup>
- Mais ....



<http://www.biblio-reves.net/>