

Patients traités par anti-thrombotiques pour une fibrillation auriculaire. Faut-il reprendre le traitement après une hémorragie digestive ?

[Staerk L, Lip GYH, Olesen JB, Fosbøl EL, Pallisgaard JL, Bonde AN, et al. Stroke and recurrent haemorrhage associated with antithrombotic treatment after gastrointestinal bleeding in patients with atrial fibrillation: nationwide cohort study. *BMJ*. 2015;351:h5876.].

Une cohorte danoise a inclus 4602 patients (âge moyen 78 ans) sortis de l'hôpital après un saignement gastro-intestinal alors qu'ils recevaient un traitement antithrombotique. La reprise du traitement se faisait avec un seul ou plusieurs médicaments (anticoagulants oraux et antiagrégants). Le suivi a débuté 90 jours après la sortie, il a duré 2 ans et concerné 3409 patients (1193 exclusions durant la période de 90 jours). La mortalité globale, les événements thromboemboliques, les saignements importants et les récurrences d'hémorragies digestives ont été comparés dans les différents groupes.

924 personnes n'ont pas repris de traitement, 725 ont pris uniquement un anticoagulant (714 antivitamine K, 10 dabigatran, 1 rivaroxaban), 1314 uniquement un antiagrégant (1212 aspirine, 102 un antagoniste des récepteurs de l'adénosine diphosphate), 363 un anticoagulant plus aspirine, 21 un anticoagulant plus antagoniste des récepteurs de l'adénosine diphosphate.

Parmi ces 384 patients anticoagulés 2 prenaient du dabigatran, 51 aspirine plus antagoniste des récepteurs de l'adénosine diphosphate, 11 un triple traitement : antivitamine k + aspirine + antagoniste des récepteurs de l'adénosine diphosphate.

Au bout de 2 ans, 39,9% des patients sont morts (IC à 95% : 38,4 - 41,3 ; n=1745), 12% ont eu un épisode de thromboembolie (11,0 - 13,0 ; n=526), 17,7% un épisode de saignement majeur (16,5 - 18,8 ; n=788) et 12,1% une récurrence d'hémorragie gastro-intestinale (11,1 - 13,1 ; n=546). Une diminution plus importante de la mortalité a été retrouvée chez les patients ayant repris un traitement anticoagulant seul (hazard ratio 0,39 : IC à 95% : 0,34 - 0,46), comparativement à un traitement antiagrégant (0,76 : 0,68 - 0,86) ou un traitement associant anticoagulant et antiagrégant (0,41 : 0,32 - 0,52). Une augmentation du risque de saignement majeur a été retrouvée chez les patients reprenant un anticoagulant seul (1,37 : 1,06 to 1,77).

Le risque de récurrence d'hémorragie gastro-intestinale n'est pas significativement différent entre les patients n'ayant pas repris de traitement et les autres.

La structure de cette étude de cohorte ne permet pas d'établir de lien de causalité entre reprises des traitements et les critères de jugement, seulement des corrélations qu'il serait utile de confirmer ou non par un essai expérimental randomisé, contrôlé en aveugle.

Commentaires - Limites de l'étude :

Dans le système danois les pharmacies enregistrent bien toutes les délivrances sur prescription, mais l'aspirine, les AINS, les IPP sont également disponibles sans prescription, et il n'a pas été possible de vérifier si les patients étaient régulièrement observant des traitements prescrits, ce qui aurait pu conduire à une surestimation des événements dans les groupes ayant réellement renouvelé leurs traitements.

Par manque de puissance il n'a pas été possible de distinguer les hémorragies gastro-intestinales hautes et basses. Enfin certains patients inclus peu avant la fin de l'étude peuvent ne pas avoir eu le temps de développer un événement.

Les résultats peuvent avoir été influencés par des facteurs de confusion : qualité des contrôles de l'INR, fonction rénale, créatininémie, hémoglobininémie qui ont été minimisés en s'ajustant sur la maladie rénale chronique.

Cette étude a été supportée par Boehringer-Ingelheim.

Mots clés : fibrillation auriculaire ; hémorragie gastro-intestinale ; anticoagulants [atrial fibrillation ; gastrointestinal hemorrhage ; anticoagulant agents].

Thérapie physique du syndrome du canal carpien, une alternative à la chirurgie ?

[Fernández-de-las Peñas C, Ortega-Santiago R, de la Llave-Rincón AI, Martínez-Perez A, Fahandezh-Saddi Díaz H, Martínez-Martín J, et al. Manual Physical Therapy Versus Surgery for Carpal Tunnel Syndrome : A Randomized Parallel-Group Trial. *The Journal of Pain*. 2015;16(11):1087–94.

Cet essai randomisé pragmatique a comparé traitement chirurgical et thérapie physique du syndrome du canal carpien.

Il a concerné 120 femmes de moins de 65 ans souffrant d'un syndrome du canal carpien depuis au moins un an avec des signes sensitifs ou moteurs à l'électromyogramme.

La thérapie physique (n=60) comportait trois séances de thérapie manuelle pendant 30 minutes une fois par semaine. Elle incluait des manœuvres de désensibilisation du système nerveux central avec des massages des tissus mous où peut exister une compression du nerf médian (scalène, petit pectoral, aponévrose bicipitale, rond pronateur, ligament transverse du carpe et aponévrose palmaire)

Le groupe chirurgie (n=60) bénéficiait d'un décompression, libération du canal carpien. Les critères de jugement à un an étaient l'intensité de la douleur (critère principal), l'état fonctionnel, la sévérité des symptômes appréciée par questionnaire et l'évaluation de l'amélioration perçue (critères secondaires).

55/60 femmes du groupe thérapie physique et 56/60 du groupe chirurgie ont terminé l'essai. L'analyse a été faite en intention de traiter.

La douleur était évaluée de 0 (pas de douleur) à 10 (douleur maximale) (Numerical Pain Rating Scale).

L'analyse a montré un avantage pour la thérapie physique à 1 mois et à 3 mois pour la douleur moyenne, les pics douloureux et l'état fonctionnel (tableau 1).

A 6 mois et à un an, il n'y avait pas de différence entre les 2 groupes pour ces 3 critères (tableau 2).

La sévérité des symptômes appréciée sur un questionnaire et l'auto-évaluation de l'amélioration était la même dans les deux groupes.

Tableau 1

Différences des scores	À 1 mois	À 3 mois
Score de douleur moyenne	-2,0 [IC à 95% : -2,8 à -1,2]	-1,3 [IC à 95% : -2,1 à -0,6]
Score de pics douloureux	-2,9 [-4,0 à -2,0]	-2,0 [-3,0 à -0,9]
Score fonctionnel	-0,8 [-1,0 à -0,6]	-0,3 [-0,5 à -0,1]

Tableau 2

À l'inclusion	Groupe thérapie physique	Groupe chirurgie
Score de douleur moyenne	4,8 ± 1,5 (4,2 à 5,3)	4,9 ± 2,2 (4,5 à 5,4)
Score de pics douloureux	6,6 ± 1,7 (6,1 à 7,1)	7,0 ± 2,0 (6,5 à 7,4)
Score fonctionnel	2,3 ± 0,5 (2,1 à 2,5)	2,4 ± 0,6 (2,2 à 2)
À 12 mois	Groupe thérapie physique	Groupe chirurgie
Score de douleur moyenne	1,2 ± 1,8 (0,7 à 1,7)	1,3 ± 1,9 (0,8 à 1,7)
Score de pics douloureux	2,0 ± 1,6 (1,2 à 2,7)	2,7 ± 1,9 (2,0 à 3,4)
Score fonctionnel	1,5 ± 0,5 (1,3 à 1,6)	1,5 ± 0,6 (1,4 à 1,7)

Mots clés : syndrome du canal carpien ; physiothérapie ; chirurgie [carpal tunnel ; physical therapy ; surgery]

Y a-t-il concordance entre douleur de hanche et signes radiographiques de coxarthrose ?¹

[1. Nieuwenhuijse M, Nelissen R. Hip pain and radiographic signs of osteoarthritis. *BMJ*. 2015;351:h6262.

2. Kim C, Nevitt MC, Niu J, Clancy MM, Lane NE, Link TM, et al. Association of hip pain with radiographic evidence of hip osteoarthritis : diagnostic test study. *BMJ*. 2015;351:h5983].

Dans cette étude, les signes de coxarthrose étaient évalués sur les radiographies du bassin de deux cohortes (the Framingham Osteoarthritis Study and the Osteoarthritis Initiative study). Les participants jugeaient sur une image de leur hanche s'il existait la plupart du temps une douleur et la localisation de cette douleur : antérieure, au niveau de l'aîne, latérale, fessière ou en bas du dos. Dans la cohorte de Framingham, les personnes qui souffraient de leur hanche étaient de plus examinées pour la douleur en rotation interne de la hanche.

Les auteurs ont analysé la concordance entre les signes radiographiques de coxarthrose et la douleur de la hanche, et pour ceux qui avaient une douleur de hanche évoquant une coxarthrose, ils ont calculé la sensibilité, la spécificité, la valeur prédictive positive et la valeur prédictive négative des radiographies.

Dans l'étude de Framingham (n=946), seulement 15,6 % des patients avec des douleurs fréquentes de la hanche avaient de signes radiographiques évidents de coxarthrose et 20,7% des hanches arthrosiques étaient fréquemment douloureuses.

Pour une douleur localisée à l'aîne, les valeurs diagnostiques des radiographies sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1

Sensibilité	36,7%
Spécificité	90,5%
VPP	6,0%
VPN	98,9%

Les résultats sont équivalents pour les autres localisations de la douleur et pour la douleur en rotation interne de la hanche.

Tableau 2

Sensibilité	16,5%
Spécificité	94 %
VPP	7,1%
VPN	97,6%

Dans l'étude de l'Osteoarthritis Initiative (n=4366), seulement 9,1 % des patients avec des douleurs fréquentes de la hanche avaient de signes radiographiques évidents de

coxarthrose et 23,8 % des hanches arthrosiques étaient fréquemment douloureuses.

Pour une douleur localisée à l'aîne, les valeurs diagnostiques des radiographies sont présentées dans le tableau 2.

La réponse à la question en titre est sûrement négative malgré le manque d'un « gold standard » pour le diagnostic de la coxarthrose, l'absence de suivi, le manque de données sur la sévérité de la douleur et du handicap et sur les traitements suivis.

Mais comme le rappelle en titre l'éditorial accompagnant cet article il s'agit de traiter des patients et non des radiographies : « **Treat patients, not radiographs** »².

Mots clés : coxarthrose ; radiologie ; [osteoarthritis,hip; radiology]

Le surpoids et l'obésité maternels sont des facteurs de risque de mortalité à la naissance et de mortalité infantile. La prise de poids entre les grossesses semble l'être également

[Cnattingius S, Villamor E. Weight change between successive pregnancies and risks of stillbirth and infant mortality: a nationwide cohort study. *The Lancet*. 2015 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00990-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00990-3)].

Cette étude de cohorte suédoise a concerné les femmes qui ont eu leurs deux premières naissances entre 1992 et 2012. Elle a recherché le lien entre le changement d'indice de masse corporelle (IMC) entre le début de la première grossesse et le début de la seconde et le risque d'enfant mort-né (mort fœtale à 28 semaines ou plus), de mortalité néonatale (les 28 premiers jours de vie), postnatale (après les 28 premiers jours) et infantile (première année de vie). Le risque relatif (RR) a été calculé en fonction de chaque catégorie de changement d'IMC.

Les données sont disponibles pour 456711 des 587710 femmes concernées. Le risque est comparé à celui des femmes ayant un IMC stable (variation entre $-1\text{kg}/\text{m}^2$ et $<1\text{kg}/\text{m}^2$) entre les deux grossesses. Il a été ajusté en fonction de l'âge des mères, de leur niveau d'éducation et de leur statut de fumeuse ou non-fumeuse.

Pour les femmes qui ont eu une prise de poids entre les 2 grossesses d'au moins 4 unités d'IMC (1 unité correspond à $2,8\text{ kgs}$ pour une femme de $1,67\text{m}$) le risque relatif de mortalité à la naissance et de mortalité infantile est respectivement de 1,55 (IC 1,23 – 1,96) et 1,29 (1,00 – 1,67).

Le risque de mortalité à la naissance augmente de manière linéaire avec la prise de poids. Le risque de mortalité infantile au décours de la seconde grossesse augmente seulement chez les femmes qui avaient un IMC $<25\text{ kg}/\text{m}^2$ au début de leur première grossesse avec un risque relatif de 1,27 (IC à 95% : 1,01-1,59) s'il y a une prise de poids comprise entre 2 et moins de 4 unités d'IMC et de 1,60 (IC à 95% : 1,16-2,22) si il y a une prise de poids de 4 unités d'IMC ou plus.

Chez les femmes en surpoids (IMC $\geq 25\text{ kg}/\text{m}^2$), une perte de poids de plus de 2 unités d'IMC était associée à une réduction de la mortalité néonatale de leur descendance (RR= 0,49 ; 0,27-0,88).

Il semble utile de prévenir la prise de poids chez les femmes de poids normal ou en surpoids avant la grossesse et de promouvoir un amaigrissement de 2 unités d'IMC chez celles en surpoids.

Commentaires

Il faut noter que l'étude concerne un pays où les chiffres sont parmi les plus bas du monde avec au cours de l'étude un taux de mortalité de 2,4/1000 naissances et un taux de mortalité infantile de 2,1/1000 naissances.

Les faiblesses de l'étude sont les données manquantes pour 28 % des grossesses et la possibilité de variables confondantes (niveau de vie, consommation d'alcool).

Mots clés : surpoids ; grossesse ; mortalité infantile [overweight ; pregnancy ; infant mortality]

Toute l'équipe de Bibliomed vous souhaite de joyeuses fêtes et vous donne rendez-vous le 07 Janvier 2016 pour son 801e numéro



Bibliomed est une revue d'analyse critique de la SFDRMG et du Centre de Documentation de l'UNAFORMEC. Cette publication est disponible uniquement sur abonnement. La diffusion se fait par courrier électronique.

Bibliomed : une revue dédiée médecine générale. Pour en savoir plus :

<http://www.unaformec.org/Bibliomed-une-information-dediee.html>

