

Et ailleurs...?

Antoine de Torrenté

Lumbago aigu: paracétamol (P)?

La question

Les «maux de dos» et les lombalgies aiguës sont une cause majeure d'incapacité dans le monde entier. Les recommandations internationales sont unanimes pour indiquer que le traitement de premier choix est le P. Curieusement, il n'existe aucune étude solide qui permette d'étayer cet avis. Il n'existe pas d'étude valable du P contre placebo, aucune étude qui examine le P à dose fixe vs le P selon les besoins du patient. L'étude PACE (Paracetamol for low back pain Study) vise à répondre à la question suivante: le P pris régulièrement ou au besoin est-il efficace pour raccourcir la durée des douleurs comparé au placebo?

La méthode

L'étude PACE est randomisée en double aveugle contre placebo. Les patients ont été recrutés dans la clientèle de 181 généralistes et 50 pharmaciens en Australie. Les douleurs devaient se situer entre la 12^e côte et le pli fessier, avoir un caractère aigu depuis <6 semaines et avoir été précédées d'un mois au moins sans

douleurs. Les pathologies spinales suspectées, une allergie au P constituait des critères d'exclusion. Les patients recevaient 2 cp de P ou de placebo toutes les 6 à 8 heures (gr. dosage fixe), pouvaient ajouter 2 cp en plus de la dose fixe (gr. selon besoins). La dose maximale de P était limitée à 4000 mg. Le suivi était téléphonique aux semaines 1, 2, 4, 12. L'issue primaire était le nombre de jours écoulés jusqu'à la disparition des douleurs (0-1 sur une échelle de 10). Des issues secondaires s'intéressaient à l'intensité des douleurs, l'incapacité, le sommeil et la qualité de vie.

Les résultats

550 patients ont reçu la dose fixe de P, 546 la dose ajustable selon les besoins et 547 le placebo. L'âge moyen était 45 ans et les sexes également répartis. La douleur avant traitement était à 6,3 points. Le temps médian de résolution était de 17 jours dans les trois groupes (NS). Les patients du gr. dosage fixe ont consommé une médiane de 2,6 g de P/j et ceux du gr. selon besoins 3,5 g. A la semaine 12, 85% des patients se considéraient comme guéris. Il n'y avait pas de différence entre les groupes pour les issues secondaires.

Les problèmes

On n'est pas absolument sûr que certains patients aient pris d'autres médicaments pendant l'étude. La résolution des douleurs s'est faite plus rapidement que dans d'autres études sur les lombalgies aiguës, ceci probablement dû à la qualité du suivi.

Commentaires

Malgré les recommandations quasi universelles du traitement des lombalgies aiguës par le P, cette étude bat en brèche cette évidence. Le placebo fait aussi bien que le P (sans toxicité hépatique). Il est vrai que les doses sont un peu inférieures aux doses maximales usuelles. Mais un effet positif aurait dû être remarqué tout de même. On peut se poser la question si les AINS, recommandés en deuxième intention, sont supérieurs au placebo s'ils étaient testés rigoureusement. Des pratiques thérapeutiques prescrites presque par réflexe doivent donc être soumises à une évaluation stricte avec peut-être des vraies surprises à la clé comme auparavant la prescription du repos pour les lombalgies alors que c'est au contraire l'activité physique qui est bénéfique!

Williams CM, et al. *Lancet*. 2014;384:1586.

Prévention des récurrences de la lithiase rénale: recommandation de l'American Collège of Physicians (ACP)

13% des hommes et 7% des femmes font une lithiase rénale au cours de leur vie (80% sont des sels de Ca). La récurrence sans traitement prophylactique est de 35 à 50% dans les 5 ans. Les recommandations de l'ACP pour la prévention des récurrences sont les suivantes:

- Maintien d'un débit urinaire d'environ 2 l/j (éducation des «petits buveurs»).
- Les patients avec une maladie active malgré une hydratation suffisante devraient recevoir soit un diurétique thiazidique (baisse de l'excrétion de Ca), un sel de citrate (par ex. 60 à 80 mmol de citrate de K/j, solubilise les sels de Ca) ou de l'allopurinol (diminue le risque de formation du noyau d'urate du calcul).
- Les colas acidifiés à l'acide phosphorique doivent être évités.

La plupart de ces mesures ont montré une baisse des récurrences à des degrés divers pour les trois traitements pharmacologiques.

Qaseem A, et al. *Ann Intern Med*. 2014;161(9):659-67. doi: 10.7326/M13-2908.

Statines et douleurs cancéreuses chez les patients âgés

Savoir si les statines provoquent des douleurs non spécifiques chez les patients âgés est difficile. 385 patients de >70 ans avec un cancer ont été suivis dans cette étude australienne. 36% prenaient des statines, la moitié en prévention primaire. Chez les patients de >80 ans, les douleurs notées à 5 points (échelle 0-10) étaient significativement associées à la prise de statines avec un odds ratio de 4. Le mécanisme est inconnu. Mais la question qui fâche: pourquoi prescrire des statines à des patients de >80 ans en prévention primaire...
Turner JP, et al. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(10):1900-5. doi: 10.1111/jgs.13051.

Anticoagulants antifacteur Xa: enfin un antidote?

Un des problèmes avec les nouveaux anticoagulants est l'absence d'un antidote. PER977 est un cation qui se lie aux nouveaux anticoagulants. Le temps de coagulation de 80 volontaires sains ayant reçu une dose de PER977 après une dose d'edoxaban a été mesuré. Après edoxaban, le temps de coagulation s'est allongé à 37 secondes. Après PER977, l'allongement tombe à 10 secondes en 10 minutes. L'effet dure 24 heures. Sans PER977, il faut attendre 12 à 15 heures pour observer une normalisation du temps de coagulation. Apparemment, il n'y a pas eu d'effet secondaire important. C'est important en cas d'intervention chirurgicale urgente ou d'hémorragie. C'est peut-être un atout décisif en faveur de la prescription des nouveaux anticoagulants...
Physician's first watch. 2014; November 7.