

Au fil de la presse

Philippe Casassus¹

¹Hématologue, Pr de thérapeutique, UFR SMBH de Bobigny, philippe.casassus@wanadoo.fr

Michel Gerson²

²Centre hospitalier de Colmar, michelgerson@gmail.com

L'usage de la cigarette électronique pour arrêter de fumer

• Mots clés : usage du tabac ; utilisation de cigarette électronique [tobacco smoking; electronic cigarette use]

Des chercheurs du centre de recherche et traitement sur le tabagisme du Massachusetts General Hospital de Boston, financés par le National Institutes of Health (NIH) américain, se sont intéressés au lien entre l'usage de la cigarette électronique (e-cigarette) et l'arrêt total de la consommation des cigarettes.

Cet usage (ou vapotage) est croissant chez les adultes désireux d'arrêter de fumer, bien que son rapport bénéfice/risque reste à préciser, et que plusieurs études observationnelles, dont une méta-analyse, n'aient pas apporté de résultat convaincant sur son efficacité.

L'étude multicentrique publiée dans *Annals of Internal Medicine* [1] a porté sur 1 357 adultes suite à une hospitalisation, volontaires pour cesser de fumer. Ils ont été divisés par tirage au sort en deux groupes : l'un recevant de simples conseils de traitement (groupe témoin), l'autre un traitement standardisé destiné à favoriser l'arrêt du tabac (groupe intervention). Dans les deux groupes, il y avait des facilités pour appeler régulièrement un standard téléphonique où des encouragements et des conseils leur étaient délivrés. Le critère d'évaluation était le pourcentage de sujets

ayant cessé totalement de fumer au bout de six mois. Les auteurs ont comparé ce résultat selon la consommation ou non du vapotage au cours des trois premiers mois après la sortie d'hôpital ; leur idée était de voir si cet usage était moins fréquent chez les fumeurs utilisant un traitement ayant prouvé son efficacité et admis par la FDA (dont le vapotage ne fait pas partie). Les analyses statistiques n'ont porté que sur les 1 021 (75 % de la population initiale) qui ont pu être suivis jusqu'à six mois et le contrôle du sevrage tabagique a été vérifié par dosage de la cotinine dans la salive.

Le taux d'utilisation du vapotage avant l'hospitalisation était d'environ 20 % dans les deux groupes randomisés. Il s'est avéré très différent lors de l'analyse faite à six mois. Parmi ceux chez qui l'arrêt du tabagisme depuis au moins sept jours était prouvé, 26,6 % n'avaient jamais utilisé l'e-cigarette dans les six mois ; en revanche, ils n'étaient que 10,1 % chez les autres ($p < 0,001$). La différence n'était plus significative pour ceux qui en avaient usé dans le premier mois ou dans les trois premiers mois.

Il n'y avait aucune autre caractéristique significative entre les utilisateurs du vapotage et les non-utilisateurs.

S'il y avait une discrète tendance à moins d'utilisation du vapotage dans le groupe « intervention », elle n'était pas statistiquement significative.

Les auteurs concluent avec une certaine prudence qu'à l'évidence, le vapotage ne se montre pas convaincant dans sa faculté à obtenir la cessation du tabagisme. Reste à savoir si son utilisation est le témoin d'un échec des autres méthodes ou s'il témoigne d'une confiance injustifiée de l'utilisateur dans son efficacité. Une grande étude randomisée testant précisément l'utilisation du vapotage est suggérée. PC

1. Rigotti NA, Chang Y, Tindle HA, et al. Association of e-cigarette use with smoking cessation among smokers who plan to quit after a hospitalization. *Ann Intern Med* 2018 ; 168 (9) : 613-620.



Que retenir pour notre pratique ?

- L'e-cigarette, qui fait l'objet d'une large promotion commerciale, n'est sans doute pas la panacée que l'on pouvait croire pour arrêter de fumer et mérite à l'évidence des études complémentaires pour statuer sur son réel rapport bénéfice/risque.

Une méta-analyse du dépistage du cancer de la prostate par le toucher rectal

• Mots clés : dépistage de masse ; tumeurs de la prostate [mass screening; prostatic neoplasia]

À un moment où les publications tendent à ne pas recommander le dosage systématique du PSA pour le dépistage du cancer de la prostate [1], qu'en est-il de l'usage du classique toucher rectal dans ce but ?

Le département de Médecine Générale de l'université McMaster au Canada s'est penché sur cette question en faisant une méta-analyse à partir de

la base Cochrane, regroupant au total sept études, parmi les 8 217 screenées, incluant un total de 9 241 sujets [2]. Tous les patients analysés avaient à la fois eu un examen de la prostate par toucher rectal (TR) et une biopsie.

Les classiques tests de l'efficacité de cet examen s'avèrent bien décevants : la sensibilité est basse (51 % ; IC 95 % : 0,36-0,67) et la spécificité pas meil-

leure : 59 % (0,41-0,76), avec une valeur prédictive positive de 41 % (0,31-0,52) et une valeur prédictive négative de 64 % (0,58-0,70).

Devant un tel manque d'efficacité et considérant par ailleurs les inconvénients éventuels (troubles de l'érection ou incontinences) liés aux biopsies prostatiques intempestives, les auteurs concluent contre un dépistage

de routine du cancer de la prostate par toucher rectal !

Les auteurs font eux-mêmes deux remarques : il existe un évident manque de reproductibilité de la définition de ce qu'est un examen par toucher rectal « positif » – mais ceci conforte bien le doute que l'on peut avoir sur son intérêt ; d'autre part, seuls les examens jugés « suspects » ou avec PSA augmenté ont été suivis de biopsie : ceci peut avoir sous-estimé le nombre de « faux négatifs ».

L'étude ne permet pas de connaître le degré d'expérience des praticiens réalisant l'examen et l'on peut se poser la question de ce que donnerait

une telle étude chez des spécialistes urologues réalisant cet examen à longueur de consultations... Les auteurs évoquent d'ailleurs le fait que la moitié des étudiants canadiens n'ont jamais eu l'expérience du TR au cours de leurs études et que des études ont montré le faible niveau de concordance dans les évaluations du TR par les généralistes et les urologues. Reste qu'il fait remettre en question l'intérêt de cet examen dans la routine du dépistage du cancer par le médecin généraliste. PC

1. Bell N, Connor Gorber S, Shane A, et al. Recommendations on screening for prostate cancer with the prostate-specific antigen test. *CMAJ* 2014 ; 186 (16) : 1225-34.

2. Naji L, Randhawa H, Sohani Z, Dennis B, et al. Digital rectal examination for prostate cancer screening in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Ann Fam Med* 2018 ; 16 (2) : 149-54.



Que retenir pour notre pratique ?

- Comme pour le dosage systématique du PSA, le toucher rectal de routine semble entaché de trop de résultats « faussement positifs » pour constituer un moyen de dépistage pertinent du cancer de la prostate par le médecin généraliste ! Domage...

Un suivi à très long terme (34 ans) des gammopathies monoclonales de signification indéterminée (MGUS)

• Mots clés : gammopathie monoclonale de signification indéterminée ; taux de mortalité ; [benign monoclonal gammopathy; rate mortality]

Le terme de gammopathie monoclonale de signification indéterminée (MGUS) a remplacé celui de « gammopathie monoclonale bénigne », pour désigner des situations où un pic monoclonal est découvert dans le sérum d'un sujet n'ayant aucun autre signe évocateur de macroglobulinémie de Waldenström (s'il s'agit d'une IgM) ou de myélome (pour une non-IgM).

Il a été en effet bien montré par les premiers travaux de Robert Kyle, spécialiste de la Mayo Clinic qui a fait sa carrière sur ce concept, qu'il s'agissait bien d'un état « pré-malin », longtemps spontanément indolent, mais évoluant vers une maladie maligne à un rythme d'environ 1 % par an.

Kyle et ses collaborateurs viennent de publier une mise à jour des 1 384 patients de sa remarquable série suivis avec un délai moyen de 34 ans [1] !

Cette étude lui permet de faire ressortir l'intérêt prédictif de l'évolution vers une hémopathie lymphoïde caractérisée du taux initial du pic et aussi du taux des chaînes légères sériques libres, dosage qui tend aujourd'hui à se généraliser.

Mais l'étude lui permet surtout d'avoir une meilleure vision sur le devenir à long terme des patients atteints de MGUS. Elle montre que, par rapport à des sujets de même âge et de même sexe, ils ont une diminution partielle de leur espérance de vie : 8,1 contre 12,4 ans ($p < 0,001$). Encore doit-on souligner que le pronostic du myélome, dramatique au temps où cette étude épidémiologique a été initiée, a été spectaculairement transformé depuis une quinzaine d'années.

Un autre résultat très intéressant est que, si la mortalité dans cette population, a finalement été forte, il faut

bien garder à l'esprit que ces MGUS sont découvertes en moyenne après 65 ans et que la cause de la mortalité n'a très généralement rien à voir avec l'anomalie hématologique. Ainsi, après 40 ans de suivi 11 % sont morts de l'évolution de l'hémopathie et 87 % d'une autre cause (pathologie cardio-vasculaire ou cancer autre). PC

1. Kyle RA, Larson DR, Therneau TM, Dispenzieri A, et al. Long-term follow-up of monoclonal gammopathy of undetermined significance. *N Engl J Med* 2018 ; 378 (3) : 241-9.



Que retenir pour notre pratique ?

- Le suivi des MGUS permet de détecter une évolution vers une hémopathie lymphoïde à un rythme de 1 % par an. Mais la plupart des sujets mourront d'autre pathologie !

Dispositif Asalée : coopération généraliste-infirmière au bénéfice du patient

• Mots clés : gestion du travail en équipe en soins de santé [healthcare crew resource management]

Trois chercheurs de l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES) viennent de publier les résultats d'une étude qualitative sur le protocole de coopération Action de Santé Libérale En Équipe (Asalée) [1].

Le dispositif Asalée (Action de Santé Libérale En Équipe) s'est développé

initialement, de 2004 à 2008, dans quelques cabinets médicaux des Deux-Sèvres dans le but « d'améliorer la prise en charge des maladies chroniques en médecine de ville par la coopération entre médecins généralistes et infirmières » [1]. Puis Asalée s'est étendu à toute la région Poitou-Charentes et à partir de 2012 à l'ensemble de la France métropolitaine. Au 31 décembre 2017,

le dispositif concernait 1959 médecins et 533 infirmiers.

Ces infirmiers, dénommés « Infirmier délégué à la Santé Publique et à l'ETP », qui ont bénéficié de la formation de base en ETP (dite des 40 heures), sont impliqués dans les domaines de la prévention, de l'éducation à la santé et de l'éducation thérapeutique.

Les sources de financement d'Asalée ont varié au fil des années et des réformes [2] : URML de Poitou-Charentes puis Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), puis intégration à l'expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR)....

Une instruction ministérielle de 2015 précise, pour les infirmiers, les quatre activités bénéficiant d'une autorisation de financement dérogatoire par l'Assurance Maladie :

– « suivi du patient diabétique de type 2 incluant rédaction et signature de prescriptions types des examens, prescription et réalisation des ECG, prescription, réalisation et interprétation des examens des pieds ;

– suivi du patient à risque cardiovasculaire incluant prescription et réalisation des ECG ;

– suivi du patient tabagique à risque de BPCO, incluant prescription, réalisation et interprétation de spirométrie ;

– consultation de repérage des troubles cognitifs et réalisation de test mémoire, pour les personnes âgées ».

L'IRDES a été chargé de deux types d'évaluation

Ce programme d'évaluation de l'expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières Asalée a été intitulé « Doctor and advanced public health nurse experiment evaluation » (Daphnee) [3]. Il comprend deux volets :

– **une évaluation quantitative** qui vise notamment à estimer l'impact sur l'activité des professionnels de santé et sur la consommation de soins. L'instruction ministérielle stipule : « une évaluation du protocole est engagée par l'IRDES, qui portera notamment sur la libération du temps médical liée à l'inscription

dans le protocole de coopération, ainsi que sur l'évolution de la consommation de soins des patients liée au développement de leur suivi » [2].

En clair, il s'agirait pour les pouvoirs publics de démontrer qu'il y a un autofinancement grâce au gain de temps médical.

– **l'évaluation qualitative** de la satisfaction des infirmières et des patients a été menée entre 2015 et 2017. Les auteurs notent que « *les infirmières ont des attentes fortes et des motivations relativement homogènes, la principale étant le développement d'un travail relationnel avec les patients, que certaines lient d'emblée à une approche éducative* » ; elles font état d'une transformation et d'une valorisation du métier avec la pratique de tâches nouvelles ; selon l'une d'entre elles une infirmière « *devient un peu pivot de la prise en charge du patient* »

Selon les auteurs, « les attentes exprimées par les médecins portent globalement sur une meilleure qualité de prise en charge des patients et sur un plus grand confort de travail, et non pas sur l'économie de temps liée à la substitution d'une partie de leur activité au profit des infirmières ».

Mais cette population de médecins généralistes est désormais très hétérogène dans ses attentes et son implication : du militant porteur de projet à d'autres qui ont été entraînés par leurs confrères du même cabinet de groupe. Le fonctionnement des binômes médecin-infirmière est donc plus ou moins fluide.

Enfin, il faut noter la satisfaction de nombreux patients qui voient l'infirmière comme une « professionnelle compétente, à l'écoute, disponible et facile d'accès ».

Les auteurs concluent que « le dispositif a su composer de manière pragmatique

avec son environnement politique, professionnel, syndical et institutionnel » et qu'il est de nature à induire une « transformation à la fois de la pratique médicale et des relations soignant-patient ». MG

1. Fournier C, Bourgeois I, Naiditch M. Action de santé libérale en équipe (Asalée) : un espace de transformation des pratiques en soins primaires. *Questions d'économie de la santé* 2018 (avril) ; 232 : 1-8.

2. Instruction No DSS/SD1B/2015/151 du 29 avril 2015 relative au déploiement du protocole de coopération ASALEE dans le cadre de la procédure dérogatoire du « collège des financeurs ». Direction de la Sécurité Sociale du Ministère chargé de la Santé.

3. Évaluation de l'expérimentation de coopération entre généralistes et infirmières Asalée-Daphnee et Évaluation Asalée - Daphnee - Protocole d'évaluation. 2015. www.irdes.fr



Que retenir pour notre pratique ?

- Au fil des ans, le dispositif Asalée s'est institutionnalisé. C'était en quelque sorte le prix à payer pour bénéficier d'un financement (que l'on espère pérenne) de l'Assurance-maladie. Mais le dispositif reste marginal par le nombre de généralistes impliqués (à peine 2000).
- Si l'Assurance-Maladie attend que l'évaluation quantitative démontre qu'Asalée est « rentable », la satisfaction des patients qui estiment être mieux écoutés et des infirmiers qui ont le sentiment d'une valorisation de leur métier justifie sans doute à elle seule ce dispositif.
- Quant aux médecins généralistes, le bénéfice qu'ils en tirent, au prix d'une modification de leurs habitudes de travail, est très variable et aussi fonction de leur implication dans le dispositif.

Quelle est l'influence de l'industrie sur les recommandations de bonne pratique clinique ?

• Mots clés : participation financière [sharing cost]

En Amérique du Nord, plusieurs équipes se sont intéressées aux conflits d'intérêts des médecins impliqués dans l'élaboration des recommandations et au financement par l'industrie des organisations qui les publient.

Une équipe de chercheurs canadiens a examiné les sites internet de 95 organi-

sations qui ont produit 290 recommandations de bonne pratique clinique publiées en 2012 sur le portail « National guideline clearinghouse » [1]. Dans près du tiers des recommandations, il n'est pas précisé si l'organisation qui l'a publiée a bénéficié ou non de financements de l'industrie de santé.

Des auteurs de l'Oklahoma ont évalué les paiements reçus par les auteurs de recommandations de dermatologie [2] et d'ORL [3]. Ils se sont intéressés à 49 auteurs ayant participé à l'élaboration de recommandations de l'*American Academy of Dermatology* publiées de 2013 à 2016. Les sommes

reçues de l'industrie par ces médecins sont supérieures à 1 000 \$ pour 31 d'entre eux, à 10 000 \$ pour 25 et à 50 000 \$ pour 18. Sur les 40 auteurs rétribués par l'industrie, 22 n'en ont pas fait état correctement.

En ORL, 49 auteurs de recommandations ont dans l'ensemble été moins bien rémunérés par l'industrie ; néanmoins, deux d'entre eux ont reçu plus de 100 000 \$.

Parmi les organisations productrices de recommandations, les Sociétés Savantes sont largement financées par l'industrie ; ainsi, une étude sur 131 Sociétés Savantes italiennes montre que leur dernière réunion a été financée par l'industrie pour plus du deux tiers d'entre elles [4]. MG

1. Campsall P, Colizza K, Straus S, Stelfox HT. Financial relationships between organizations that produce clinical practice guidelines and

the biomedical industry: a cross-sectional study. *PLoS Med* 2016 ; 13 (5) : e1002029.

2. Checketts JX, Sims MT, Vassar M. Evaluating industry payments among dermatology clinical practice guidelines authors. *JAMA Dermatol* 2017 ; 153 (12) : 1229-35.

3. Horn J, Checketts JX, Jawhar O, Vassar M. Evaluation of industry relationships among authors of otolaryngology clinical practice guidelines. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2018 ; 144 (3) : 194-201.

4. Fabbri A, Gregoraci G, Tedesco D, et al. Conflict of interest between professional medical societies and industry: a cross-sectional study of Italian medical societies' websites. *BMJ Open* 2016 ; 6 : e011124. Doi : 10.1136/bmjopen-2016-011124



Que retenir pour notre pratique ?

- Les recommandations de bonne pratique clinique (RBP) constituent un enjeu important pour les industries de santé. Ces recommandations influent sur les prescriptions des médicaments et dispositifs médicaux. Il est donc logique que l'industrie utilise tous les leviers financiers légalement à sa disposition pour peser sur leur élaboration. D'où l'importance au mieux d'une gestion stricte des liens d'intérêt comme le pratique la HAS ou, à défaut, d'une transparence totale des financements et des liens d'intérêt.
- D'où l'importance aussi d'une lecture très critique des recommandations dont les auteurs ont des liens d'intérêts « lourds ».

Renouveau de la carence en vitamine B1

• Mots clés : carence en vitamine B1 [deficiency; thiamine]

Un référentiel récent détaille la prévention et le traitement du déficit en vitamine B1 [1].

Jadis, les déficits en vitamine B1 s'observaient surtout chez les patients alcooliques et dans certaines situations de dénutritions. Les complications nutritionnelles de la chirurgie de l'obésité représentent désormais en France une cause de plus en plus fréquente.

Les complications neurologiques sont centrales (encéphalopathie de Gayet-Wernicke et syndrome de Korsakof) ou périphériques (polynévrite). L'encéphalopathie de Gayet-Wernicke

survient surtout en cas de vomissements prolongés qui nécessitent impérativement un apport de vitamine B1 par voie injectable chez les sujets à risque.

Le dosage plasmatique de la vitamine B1 est souvent conseillé après chirurgie bariatrique, mais il reflète de manière imparfaite les stocks de l'organisme. MG

1. Quilliot D, Michot N, Brunaud L, Malgras A. Déficit en vitamine B1 : comment prévenir et traiter ? *Nutr Clin Metab* 2017 ; 31 (3) : 176-80.

~ **Liens d'intérêts** : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.



Que retenir pour notre pratique ?

- Les déficits en vitamine B1 exposent à des complications neurologiques graves comme le syndrome de Gayet-Wernicke. La chirurgie bariatrique est devenue avec l'alcoolisme la principale cause de ce déficit.



Votre eDPC indemnisé avec Médecine

VOTRE REVUE DE MÉDECINE GÉNÉRALE Militante • Indépendante • Résolument tournée vers l'avenir

Découvrez les différents programmes des eDPC Médecine grâce à la revue Médecine, l'Unaformec et la SFRMG (société française de documentation et recherche en médecine générale), deux organismes de DPC.



Flashez le code barre pour accéder aux thématiques proposées pour débiter votre programme de DPC Médecine disponibles couvrant vos obligations réglementaires. <http://www.unaformec.org/index.php?page=dpc-medecine>