

Au fil de la presse

Rodolphe Charles

Département de médecine générale, Faculté de médecine Jacques Lisfranc.
Université Jean Monnet, Campus Santé Innovations, Saint-Priest-en-Jarez
rodolphe.charles@univ-st-etienne.fr

Manger « bio » est-il associé à une réduction du risque de cancer ?

• Mots clés : diététique; risque tumeurs malignes [diet; cancer epidemiology]

Les aliments biologiques devraient contenir moins de résidus de pesticides que les aliments conventionnels. Peu d'études ont examiné l'association entre consommation d'aliments bio et risque de cancer.

Des équipes de l'INSERM et de l'INRA ont conçu une étude de cohorte prospective de volontaires adultes français à partir de données sur la fréquence de consommation de produits biologiques dans leurs apports alimentaires. Pour 16 produits, les participants ont déclaré leur fréquence de consommation « d'aliments bio étiquetés » (jamais, occasionnellement, ou la plupart du temps) permettant la construction d'un score de 0 à 32.

L'étude se déroulait entre 2009 et 2016 et devait permettre d'estimer le risque de cancer en association avec le score des aliments biologiques (modélisé en quartiles) à l'aide de la régression Cox ajustée en fonction des facteurs de risque potentiel de cancer. Parmi 68 946 participants (78,0 % de femmes; âge moyen au départ 44 ans), 1 340 cas de cancer ont été identifiés au cours du suivi, les plus nombreux étant les suivants : 459 cancers du sein, 180 cancers de la prostate, 135 cancers de la peau, 99 cancers colorectaux, 47 lymphomes non hodgkiniens.

La consommation d'aliments bio était inversement associée au risque global de cancer (HR quartile 4 vs. quartile 1 : 0,75 ; 0,63-0,88 ; p = 0,001 ; RRA = 0,6 %). Les auteurs concluent prudemment que les résultats de l'étude doivent être confirmés, la promotion de la consommation d'aliments biologiques dans la population en général étant susceptible d'être une solution prometteuse de stratégie de prévention contre le cancer.

La force du modèle est de tenter de séparer des facteurs confondants suivants : âge et sexe, situation professionnelle, niveau d'instruction, état matrimonial, revenus, niveau d'instruction, activité physique, consommation d'alcool, état tabagique, indice de masse corporelle, apport en fibres, consommation de viande transformée et de viande rouge, et pour les femmes : parité, post-ménopause, utilisation d'un traitement hormonal pour la ménopause (THM) et utilisation d'une contraception orale (COP)... Ce traitement mathématique des données s'avère d'autant plus important que le tableau détaillant le « mode de vie » des sujets révèle ce qui était déjà connu : les sujets qui mangent « bio » sont ceux qui en ont les moyens, avec un plus haut niveau d'études, moins d'expositions aux produits industriels, au tabac et à

l'alcool ; les femmes utilisent plus de THM, mais moins de COP... En gros, si « manger bio » évite le cancer, on rajoute un facteur de risque aux inégalités en santé !

1. Baudry J, Assmann KE, Touvier M, et al. Association of frequency of organic food consumption with cancer risk : findings from the NutriNet-Santé prospective cohort study. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2018. doi : 10.1001/jamainternmed.2018.4357.



Que retenir pour notre pratique ?

- Il est probable que « manger bio » soit plus utile à la planète qu'au consommateur directement. Cette étude a le mérite d'ouvrir la voie vers l'hypothèse, qu'en plus de protéger la nature (biodiversité), en mangeant des produits contenant probablement moins de pesticides le sujet tire un profit personnel sur sa santé. Il reste à préciser quels produits sont véritablement à risque dans une alimentation classique : viandes, œufs, farines, légumes, fruits ? Quels sont les risques pour les plus vulnérables (nourrissons, enfants) ? Quels sont les risques liés à la transformation (cuisine industrielle, conservation) ?

Coliques du nourrisson

• Mots clés : colique; diététique; nouveau-né [infantile colic; diet]

Les coliques infantiles, plus fréquentes au cours des six premières semaines de vie (prévalence entre 17 % et 25 %), disparaissent habituellement à l'âge de trois mois. L'étiopathogénèse n'est pas claire, mais probablement multifactorielle. Un certain nombre de composantes psychologiques, com-

portementales et biologiques (hypersensibilité alimentaire, allergie ou les deux ; microflore intestinale et dysmotilité) sont considérées comme contribuant à sa manifestation. Le rôle de l'alimentation reste controversé. Une étude Cochrane [1] réalisée en juillet 2018 échoue à évaluer les effets des

modifications alimentaires sur la réduction des coliques chez les nourrissons de moins de quatre mois.

Quinze ECR portant sur 1121 nourrissons âgés de 2 à 16 semaines ont été analysés. Toutes les études étaient de petite envergure et présentaient un

risque élevé de biais. Elles couvraient un large éventail d'interventions diététiques.

Une étude (90 nourrissons) a révélé que 35/47 nourrissons (74 %) ont répondu à un régime maternel à faible teneur en allergènes, comparativement à 16/43 (37 %) du groupe témoin.

Une autre (120 nourrissons) compare une préparation à faible teneur en allergènes ou préparation lactée à base de soja avec l'usage de chlorhydrate de dicyclomine (non disponible en France) : elle a révélé que 10/15 (66,6 %) bébés allaités au sein répondaient à la dicyclomine, comparativement à 24/45 (53,3 %) des bébés nourris au lait maternel. Il y avait peu de différence entre les bébés allaités dont la mère avait changé de régime alimentaire et ceux qui avaient reçu du lait de soja.

Deux études (64 nourrissons) comparant les préparations hydrolysées avec les préparations standard n'ont révélé aucune différence dans la durée des pleurs.

Une étude (43 nourrissons) a fait état d'une réduction plus importante du temps de pleurs après l'intervention avec une préparation hydrolysée qu'avec une préparation standard.

Une étude (22 nourrissons) compare deux préparations hydrolysées aussi efficaces pour résoudre les symptômes des nourrissons qui ont commencé avec une préparation standard (2 h de réduction de pleurs).

Une étude, incluant 21 nourrissons, a comparé un groupe d'enfants alimentés par préparation hydrolysée ou sous régime maternel sans produits laitiers et sans soja avec un groupe « conseil parental » : le « temps des larmes » a diminué à 2 h/j dans le groupe traité par l'alimentation vs. 1 h/j dans le groupe de formation ou de consultation des parents, et ce dès neuf jours d'intervention.

Une étude (267 nourrissons) a proposé de comparer une préparation à base

de lactosérum partiellement hydrolysé et à faible teneur en lactose contenant des oligosaccharides par rapport aux préparations standard contenant de la siméthicone et a révélé que les deux groupes présentaient une diminution des épisodes de coliques après sept jours (respectivement de 5,99 à 2,47 vs. formule standard de 5,41 à 3,72 épisodes). Après deux semaines, la différence entre les deux groupes était significative (1,76 vs. 3,32).

La supplémentation en lactase par rapport au placebo a été analysée par trois études (138 nourrissons), mais aucune n'a pu permettre de conclure.

Les extraits de fenouil, matricaire et mélisse ont été comparés au placebo (93 nourrissons) : la durée quotidienne moyenne des pleurs des nourrissons ayant reçu l'extrait était inférieure au groupe témoin (77 vs. 170 min/j), après une semaine de l'étude.

Les préparations à base de protéines de soja ont été comparées aux préparations à base de lait de vache (19 nourrissons). Il a été mis en évidence un temps moyen de pleurs de 12,7 h/semaine dans le groupe des préparations à base de soja contre 17,3 h/semaine dans le groupe standard.

Les auteurs concluent qu'il existe peu de données probantes et que la construction d'une méta-analyse reste impossible avec des études portant sur de si faibles effectifs et autant d'hypothèses et de protocoles différents. Ils ajoutent que les avantages rapportés pour les formules hydrolysées présentaient des incohérences.

Quand l'industrie n'avait rien à vendre pour les coliques du nourrisson, leur clinique s'étudiait en psychologie développementale. Les propositions relevaient de l'art d'endormir les enfants. Il n'y a pas de méta-analyse sur la question de la sucette, du bercement et de la berceuse à choisir (Brahms ou Fauré), de l'aide ponctuelle par une baby-sitter. À l'époque, les mamans buaient de la tisane de fenouil ou mettaient une goutte

d'eau de chaux ou une graine de cumin dans le biberon.

De nos jours, l'industrie propose un panel de produits au sujet desquels il faut bien convenir de la faiblesse de données probantes. Il n'apparaît pas véritablement dangereux que les parents les expérimentent, en dehors de la question du coût. Ces pleurs au moment de l'endormissement méritent une attention en médecine générale, car ils peuvent être pourvoyeurs d'angoisse parentale et de syndrome du bébé secoué. Une guidance parentale qui n'oublie pas de répéter aux parents que le phénomène est « à la limite du physiologique » (en témoigne sa prévalence) s'avère aussi importante que la recherche d'une solution diététique. Brazelton l'observait : « *le nourrisson présente la spécificité d'avoir une phase d'agitation en fin de journée avant le sommeil nocturne et s'endort en sommeil dit agité* » [2].

1. Gordon M, Biagioli E, Sorrenti M, et al. Dietary modifications for infantile colic. *Cochrane Database Syst Rev* 2018 ; 10 : CD011029. doi : 10.1002/14651858.CD011029.pub2.

2. Challamel MJ. Neurophysiologie du sommeil de l'enfant : de la période fœtale aux premières années de la vie. *Spirale* 2005 ; 2 (34) : 19-28.



Que retenir pour notre pratique ?

- Dans une société qui voit s'amplifier les mouvements d'exclusions alimentaires (végétariens, véganes, sans gluten, sans lait de vache), cette étude Cochrane nous invite à la prudence. Laissons passer les coliques du nourrisson sans intervention alimentaire. Fichons la paix et laissons faire leur choix aux couples convaincus qu'une méthode alimentaire réussirait mieux qu'une autre. Un article dans ce numéro, d'Anny Mouangvong et al. sur l'élaboration d'une fiche conseil pour les parents liste quelques propositions inoffensives utilisables en MG.

Canal carpien : entre attelles et infiltrations ?

• Mots clés : syndrome du canal carpien ; infiltration ; attelles [carpal tunnel syndrome ; corticosteroid injection ; splints]

L'efficacité comparative des traitements conservateurs couramment utilisés pour le traitement du syndrome du canal carpien n'a jamais été évaluée

auparavant en soins primaires. Une étude [1] compare l'efficacité clinique et le rapport coût/efficacité d'attelles de nuit vs. une injection de corticos-

téroïdes en vue de réduire les symptômes et d'améliorer l'état de la main chez les patients atteints du syndrome du canal carpien léger ou modéré.

Il s'agit d'un essai randomisé britannique, ouvert et pragmatique chez l'adulte dans 25 centres primaires et communautaires. Les patients atteints d'un nouvel épisode de syndrome idiopathique léger ou modéré d'une durée d'au moins six semaines étaient admissibles. Ils furent randomisés pour recevoir soit une seule injection de 20 mg d'acétate de méthylprednisolone soit une attelle de repos nocturne à porter pendant 6 semaines. Le résultat principal était le score global du Boston Carpal Tunnel Questionnaire (BCTQ) à 6 semaines.

Entre avril 2014 et décembre 2016, 234 participants ont été assignés au hasard : 118 à l'attelle de nuit et 116

au groupe des corticostéroïdes injectables, dont 212 (91 %) ont complété le BCTQ à six semaines. Le BCTQ était significativement meilleur à six semaines dans le groupe d'injection de corticostéroïdes (moyenne 2,02 [écart moyen 0-81]) que dans le groupe attelles de nuit (2,29 [0-75] ; différence moyenne ajustée -0,32 ; IC 95 % : -0,48 à -0,16 ; $p = 0,0001$). Aucun effet indésirable n'a été signalé. Les auteurs concluent qu'une injection unique de corticostéroïde montre une efficacité clinique supérieure à six semaines (douleur et sommeil) par rapport au port d'attelles de repos nocturne, ce qui en fait le traitement de choix pour une réponse rapide aux symptômes légers ou modérés du syndrome du

canal carpien se manifestant en soins primaires.

Il s'agit de la première étude à effectuer une évaluation économique complète et à montrer que les deux interventions sont relativement peu coûteuses (300 £), l'injection de corticostéroïdes à peine plus chère s'avérant plus rentable que l'utilisation d'attelles de nuit sur six mois (l'étude tient compte de la baisse de productivité et des arrêts de travail).

1. Chesterton LS, Blagojevic-Bucknall M, Burton C, et al. The clinical and cost-effectiveness of corticosteroid injection versus night splints for carpal tunnel syndrome (INSTINCTS trial): an open-label, parallel group, randomised controlled trial. *Lancet* 2018 ; 392 (10156) : 1423-33.



Que retenir pour notre pratique ?

- Le canal carpien, dans sa forme modérée, est pourvoyeur de troubles du sommeil dans 50 % des cas. Il s'agit d'une pathologie fréquente en soins primaires (prévalence 36/10 000, incidence 19/10 000 chez l'homme et 35/10 000 chez la femme) ayant une composante professionnelle (TRG57c), mais aussi des étiologies endocriniennes (thyroïde), ou plus rares (amylose, acromégalie). La grossesse est un facteur de risque fréquent en médecine générale.
- Savoir soigner en premier recours cette affection constitue une évidence. La bénignité des formes cliniques légères impose de passer par des solutions bénéficiant d'un bon rapport bénéfice-risque et coût-efficacité. Les formes graves relèvent de l'électromyogramme, de la reconnaissance en maladie professionnelle et de la chirurgie.
- L'infiltration, facile à enseigner et à apprendre, réalisable en une dizaine de minutes au cabinet de médecine générale devrait faire partie de l'arsenal du médecin de soins premiers. Cette étude le confirme, même si le corticoïde étudié n'est pas parmi ceux utilisés en France.

Pratique clinique et religion

• Mots clés : médecine générale; religion [general practice; religion]

La pratique clinique impose-t-elle un minimum de connaissance sur les religions ? « Traditions et cultures religieuses en médecine générale, repères pratiques » de Paul Frappé et David Dahan [1] pourrait aider le médecin généraliste à accompagner les patients en tenant compte dans le cadre du modèle biopsychosocial de certaines contraintes imposées par leur culte, leurs pratiques religieuses.

Rappelons que la laïcité est un devoir du médecin, y compris au cabinet médical en soins primaires [2]. Le patient, lui, consulte avec sa foi et ne peut s'y soustraire. Cet abrégé offre une série de repères sur les trois religions du Livre avec un résumé de leurs grands principes fondateurs. Il propose un survol de différents points de vue sur des zones de tension clinique : nudité, toucher, contraception, sexualité,

morts, rituels et principes moraux... Il aborde brièvement les espaces de friction ou de facilitation avec divers objectifs de santé publique : les régimes, la vaccination, la périnatalité... L'ouvrage traite des grandes thématiques contemporaines : la radicalisation, le sectarisme, l'euthanasie, l'interruption volontaire de grossesse et la procréation médicalement assistée.

– **Points forts** : l'ouvrage est clair, illustré et a été conçu pour une lecture agréable sans le prérequis d'une quelconque érudition. Il constitue un exemple de rédaction laïque, c'est-à-dire exposant des faits religieux avec respect, sans stigmatisation. Il cherche à délimiter quelques zones de tension, mais décrit aussi des procédures d'action face à des pratiques dangereuses, prohibées, sectaires ou radicales. Il pourrait figurer au programme des

« Humanités » ou des séminaires de sensibilisation à l'éthique des premières années de médecine.

– **Points faibles** : construit comme un abrégé, l'ouvrage laissera parfois pour certains chapitres le lecteur sur sa faim. Ce dernier trouvera quand même une solide bibliographie riche de 163 références et d'une vingtaine de sites Internet. Je rajoute celle de l'ISERL que je trouve utile [3]. Le lecteur curieux pourra partir de là pour creuser des questions plus complexes qui s'invitent en consultation. Rien n'est dit de l'animisme qui constitue sans doute la religion la plus répandue sur la planète. Dans les religions du Livre, une foule d'esprits bien « vivants » côtoie le Dieu Tout-Puissant : anges [3], démons, diable, djinns, œil [4]... Ils habitent encore la pensée et constituent parfois un système

explicatif pour nos patients. Le terrain est plus complexe. Les trois religions du livre décrites dans l'ouvrage avec beaucoup de précisions, ne sont plus tellement rencontrées. Des rites perdurent, d'autres disparaissent, les pratiques s'hybrident, s'assouplissent, se diversifient. La foi prend des configurations variables dans un continuum de postures d'une apparence pseudo-laïque à l'exaltation mystique, de l'athéisme militant à la radicalisation, du dogmatisme absolu à la pratique tranquille qui complique la vie du praticien. La quête du sens de la maladie passe, au moins pour les maladies chroniques, étranges, mal curables par des étiologies religieuses (voir un exemple en référence sur la question de l'autisme [3], voir aussi « La part de l'œil » [4]). Du côté de la guérison, la prière, le jeûne, les pèlerinages (Lourdes, La Mecque) constituent des recours qui s'agencent ou se confrontent à nos prises en charge médicales [5,6].

Le médecin pourrait hausser les épaules et se dire qu'il peut s'en passer pour sa pratique clinique. Au patient, à qui je demande s'il lui arrive de se parler dans sa tête et qui m'affirme « qu'il parle à Jésus et que Jésus lui

répond », que dois-je entendre ? Exaltation mystique ou hallucination ? Comment savoir sans creuser, sans m'exposer à la rencontre ? Et pour cette jeune fille de 11 ans qui débuta dans mon cabinet sa myasthénie oculaire et qui voyait l'interne de l'hôpital poser un glaçon sur la paupière (vous avouez que ce n'est pas de l'encens, mais presque...) en plus du dosage des anticorps anti-récepteurs à l'acétylcholine ? Devant sa maman affolée, sidérée par le diagnostic, silencieuse et incapable de parler, j'ose après un long silence : « *n'allez pas croire que c'est l'Aïn [le mauvais œil] !* » Soulagée, elle reprend la parole : « *Oh, non docteur, je sais ! ...[hésitation]... J'ai déjà demandé à mon cousin cardiologue en Algérie, il m'a rassuré sur ça !* ».

1. Frappé P, Dahan D. Traditions et cultures religieuses en médecine générale, repères pratiques. *Global Média Santé* 2018. ISBN 978-2-919916-28-2.
2. Stiker HJ. La laïcité des équipes et religion des usagers. *Contraste* 2007 ; 41 (2) : 53-66.
3. ISERL.fr : site de l'ISERL – Institut Supérieur d'Étude des Religions et de la Laïcité. Universités de Lyon 2, de Lyon 3 et de Lausanne.
4. Rousselon V. Positionnement des soignants face au pluralisme médical ou comment composer avec les « anges » dans la prise en charge d'un enfant autiste. *Histoire, monde et cultures religieuses* 2017 ; 41 : 73-87.

5. Touhami S. « Dieu maudissent celui qui t'a lancé ce regard ». Une ethnographie des soins du mauvais œil dans les familles maghrébines de France. *L'Autre* 2009 ; 3 (10). doi : 10.3917/lautr.030.0318.

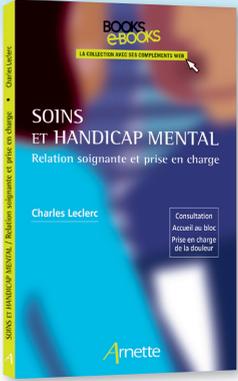
6. Benoist J. Rencontres de médecines : s'opposer ou s'ajuster. *L'Autre. cliniques, cultures et sociétés* 2004 ; 2 (5) : 277-86.



Que retenir pour notre pratique ?

- La pratique clinique nous offre régulièrement l'occasion de toucher ou d'être touché par les pratiques religieuses de nos patients. Comment poser nos questions, quels médicaments proposer, comment accompagner la réflexion de nos patients sans partager leur conviction, leur culte ? Ce livre nous donne quelques pistes de réflexion. Il s'agit de notions élémentaires (au noble sens du terme), de repères. À partir de ces repères, le généraliste doit partir à la rencontre de l'Autre.

~ **Liens d'intérêts** : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.



Dr Charles Leclerc
Médecin anesthésiste, Service de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire, Fondation de la Miséricorde, Caen.

Collection Books-e-Books
• Octobre 2018
• 12 x 20 cm • 128 pages
• ISBN : 978-2-7184-1509-3
• 19 € 20€

OFFRE RÉSERVÉE À NOS ABONNÉS 5% DE REMISE +0,01€ DE LIVRAISON*

* France métropolitaine + Corse

SOINS ET HANDICAP MENTAL

Relation soignante et prise en charge

Ce guide très didactique, construit initialement à partir de la pratique anesthésique de son auteur, propose des « conduites à tenir » transposables à tous les domaines du soin, pour optimiser la prise en charge du patient handicapé mental, la relation soignant-soigné et la qualité des soins.

Également disponible en Ebook



Arnette | **John Libbey EUROTEXT**

En savoir + sur www.jle.com

