



LE COIN DES RÉDACTEURS

Sclérose en plaques (SEP) (août 2005)

Q: Dans l'annexe 5, on suggère un traitement des tremblements par «INH (inhibace)». INH est une isoniazide et Inhibace® est le cilazapril. Je ne connais ni l'un ni l'autre comme traitement des tremblements, veuillez préciser ce point.

R: Les tremblements surviennent dans environ 25 à 60% des patients avec SEP, l'isoniazide (INH) **est** un des choix de traitements possibles. Les preuves de son efficacité se basent surtout sur des rapports d'observation de cas même si quelques petites études comparatives randomisées ont été réalisées:¹

- Une d'entre elles a montré une réduction des tremblements chez six des huit patients et une amélioration du fonctionnement chez 4 patients².
- Une autre étude a observé une diminution des tremblements chez les six patients, mais aucune amélioration du fonctionnement n'a été notée³.

Les doses d'isoniazide dans les cas de tremblements liés à la SEP sont très élevées (jusqu'à 1200 mg/jour) et sont associées à des problèmes gastro-intestinaux (p.ex., nausées, anorexie), fatigue, faiblesse, dysphagie, augmentation des sécrétions bronchiques, et bilan hépatique anormal¹. De plus, l'isoniazide devrait être prise avec de la pyridoxine pour prévenir les dommages aux nerfs périphériques⁴.

Le cilazapril (Inhibace®) est utilisé pour traiter l'hypertension et l'insuffisance cardiaque congestive. Il n'est *pas* utilisé pour traiter les tremblements de la SEP. C'est une erreur qui s'est glissée dans le module. Merci de l'avoir portée à notre attention. — LC, CT, JF, LM

NDT L'erreur mentionnée a aussi été reproduite dans la version française, mais a de plus occasionné une erreur d'interprétation alors que INH n'a pas été correctement traduit par isoniazide. Nous nous en excusons.

1. Koch M, Mostert J, Heersema D, De Keyser J. Tremor in multiple sclerosis. *J Neurol* 2007;254:133-145.
2. Bozek CB, Kastrukoff LF, Wright JM, Perry TL, Larsen TA. A controlled trial of isoniazid therapy for action tremor in multiple sclerosis. *J Neurol* 1987; 234:36–39.
3. Hallett M, Lindsey JW, Adelstein BD, Riley PO. Controlled trial of isoniazid therapy for severe postural cerebellar tremor in multiple sclerosis. *Neurology* 1985; 35:1374–1377.
4. Drug treatments to help manage tremor. Multiple Sclerosis Society UK. 2008. http://www.mssociety.org.uk/about_ms/symptoms/tremor/tremor4.html

...Dépistage du cancer colorectal

Depuis la publication de notre module *Dépistage du cancer colorectal* [mai 2008], le US Preventive Services Task Force a formulé de nouvelles recommandations de dépistage¹. Les changements clés sont les suivants:

- Il y a maintenant *trois* recommandations A pour faire un dépistage chez les adultes du groupe d'âge entre 50 et 75 ans:
 - (1) une recherche annuelle de sang occulte avec un test à sensibilité élevée
 - (2) une colonoscopie uniquement tous les 10 ans (**NOUVEAU**)
 - (3) une sigmoïdoscopie tous les cinq ans en plus de la recherche annuelle de sang occulte (**NOUVEAU**).
- En raison de preuves modérées quant aux faibles bénéfices d'un dépistage de routine des adultes du groupe d'âge entre 76 et 85 ans, la recommandation mentionne de ne pas faire de dépistage de routine (même si des considérations individuelles peuvent justifier un dépistage pour un patient donné). Le dépistage n'est *pas* recommandé chez les patients de plus de 85 ans (recommandation D).

À la lumière des risques et des bénéfices des tests ayant une recommandation A, on encourage les médecins à discuter de tous les choix s'offrant à leurs patients et à prendre avec eux la décision appropriée. —JW, LC, KM

1. US Preventive Services Task Force. Agency for Healthcare Research and Quality. Screening for Colorectal Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Ann Intern Med* 2008; 149(9). Full report is available at www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstfcol.html

Dyslipidémie (août 2007): controverses sur le traitement de l'hypercholestérolémie ?

De nouvelles lignes directrices britanniques du NICE (National Institute of Clinical Effectiveness)¹ recommandent une approche de décision du traitement qui se fonde sur le risque individuel de maladie cardiovasculaire du patient – qui recouperont les recommandations du module *Dyslipidémie* fondées sur les lignes directrices canadiennes publiées en 2006. «Cette approche est sensée si on envisage que la plupart des personnes ne correspondent pas aux types de patients des études portant sur les hypocholestérolémiant². NICE, tout comme les lignes directrices canadiennes, recommande que le risque sur 10 ans des patients sans antécédents de maladie cardiaque soit calculé avec l'échelle de Framingham^{1,3}. Toutefois, NICE mentionne clairement d'augmenter le risque individuel du patient si un de ses proches au premier degré présente prématurément une maladie cardiaque.

Saviez-vous que...



Par contre, il y a des différences importantes en prévention primaire. NICE recommande *qu'uniquement* les patients ayant un niveau de risque d'au moins 20% soient traités – donc, ceux avec un risque intermédiaire entre 10 et 19% ne seront pas traités. On devrait traiter les patients qui correspondent à ces critères avec 40 mg par jour de simvastatine (même s'il y a des preuves convaincantes de l'efficacité d'une faible dose à 10 mg par jour d'atorvastatine⁴). De façon surprenante, ces mêmes lignes directrices ne recommandent aucun suivi donc, de ne pas de vérifier la réponse thérapeutique ni d'augmenter la dose^{1,2}. Ces recommandations s'appliquent autant aux hommes qu'aux femmes même si les études n'ont pas révélé qu'une diminution du cholestérol réduisait la mortalité chez les femmes»^{5,6}.

Les lignes directrices britanniques et canadiennes émettent les mêmes recommandations en prévention secondaire. — LC, JF, LT, JW

1. Cooper A, O'Flynn N. Risk assessment and lipid modification for primary and secondary prevention of cardiovascular disease: summary of NICE guidance. *BMJ* 2008;336:1246-1248.
2. Cooper A, O'Flynn N. Risk assessment and lipid modification for primary and secondary prevention of cardiovascular disease: summary of NICE guidance. *BMJ* 2008;336:1246-1248. In: *InfoPOEMS: The Clinical Awareness System*. www.InfoPOEMS.com. Accessed October 2008.
3. Cappuccio FP. Commentary: Controversies in NICE guidance on lipid modification for the prevention of cardiovascular disease. *BMJ* 2008;336:1248-1249.
4. Sever PS, Dahlöf B, Poulter NR, Wedel H, Beevers G, Caulfield M, et al. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial-Lipid Lowering Arm (ASCOT-LLA): a multicentre randomized controlled trial. *Lancet* 2003;361:1149-58.
5. Walsh JM, Pignone M. Drug treatment of hyperlipidemia in women. *JAMA* 2004; 291(18):2243-52.
6. Abramson J, Wright JM. Are lipid-lowering guidelines evidence-based? *Lancet* 2007; 369(9557):168-9.

RECHERCHE – MISE A JOUR communiquez avec Stefanie Roder à: 905-525-9140 poste 22223 roders@mcmaster.ca

MERCI à tous les membres des PGBP qui participent à notre étude pour développer notre outil de pratique réflexive.



Cette étude fait partie d'un projet de recherche d'une durée de deux ans subventionnée par la SACME (Society for Academic Continuing Medical Education) sous la supervision du D^{re} Heather Armson, chercheuse principale. Les participants à l'étude individuelle ont rempli des questionnaires et participé à des entrevues individuelles pour améliorer l'outil personnel de pratique réflexive récemment mis au point.

L'équipe de recherche de La Fondation pour l'éducation médicale continue en est maintenant à sa deuxième année de l'étude (septembre 2008 – août 2009), et utilisera cet outil personnel de pratique réflexive pour évaluer comment le type d'environnement d'apprentissage agit sur la pratique réflexive et quel est le genre d'intention de changement qui y est formulé. Trois différents environnements seront évalués : un petit groupe qui se réunit une seule fois (Ateliers PGBP *ad hoc*) ; des petits groupes qui se rencontrent régulièrement (PGBP) et le programme d'autoapprentissage individuel (AIBP).

Nous recherchons encore des participants à cette étude. Si vous êtes intéressé et souhaitez avoir plus de détails sur ce projet de recherche, veuillez communiquer avec Stefanie Roder, la coordonnatrice de la recherche, au 1-800-661-3249.

AVIS DE LA FONDATION

Premier envoi de modules expédié avec l'aide de la nouvelle base de données – Veuillez revoir attentivement le sommaire de votre groupe et communiquer avec Meghan Graham-Martin s'il y a des erreurs au : 905-525-9140 poste 22572 ou au :1-800-661-3249, menu 0.

ATELIERS DE FORMATION DES FACILITATEURS: Communiquez avec Heather Haywood
au : 800-661-3249 ou haywood@mcmaster.ca

Printemps 2009 – Dates prévues à confirmer

Samedi, le 18 avril – Hamilton

▪ Samedi, le 25 avril – Vancouver

▪ Samedi, le 25 avril – Est (Ottawa/Montréal/Halifax)

MODULES A VENIR Avez-vous un sujet de module à nous suggérer ?
Envoyez vos suggestions à: fmpe@mcmaster.ca

▪ Prévention du cancer: le rôle de l'alimentation ▪ MPOC ▪ Capacité à conduire ▪ Pneumonie ▪ Sinusite

Visitez notre site Web www.fmpe.org ou appelez le (800) 661-3249