

*Portrait d'un membre du conseil de la FEMC — D<sup>re</sup> Allyn Walsh*



La D<sup>re</sup> Allyn Walsh a été récemment élue au conseil d'administration de la FEMC. La D<sup>re</sup> Walsh, un médecin de famille qui pratique en Ontario depuis 1979 participe au Programme d'apprentissage basé sur la pratique depuis plusieurs années. Selon Allyn: «C'est la meilleure façon de rencontrer mes besoins en formation médicale continue; je suis convaincue qu'il s'agit d'une innovation majeure en EMC». Actuellement, la D<sup>re</sup> Walsh est professeur agrégé au département de médecine familiale de l'Université McMaster; entre 1994 et 1999, elle a été directrice du Programme de résidence en médecine familiale de cette même université. Depuis 2000, elle cumule les fonctions de vice-doyenne du Programme de développement professoral de la Faculté des sciences de la santé de l'Université McMaster et de coordonnatrice à l'éducation médicale continue du département de médecine familiale. Elle s'est beaucoup impliquée dans la rédaction des modules de La Fondation portant sur l'éducation médicale continue.

*Le coin des rédacteurs — Votre opinion*

Voici des questions et commentaires au sujet des récents modules. Le *Coin des rédacteurs* est un forum qui permet non seulement de nous faire part de votre point de vue mais qui essaie aussi de répondre le mieux possible à vos questions.

**Fibrillation auriculaire (novembre 2004)**

**Q:** *Y a-t-il des bénéfices à employer la warfarine à des niveaux «subcliniques» (c.-à-d., à un INR entre 1,5 et 2,0 plutôt que 2,0 et plus) en particulier, chez les patients qui sont à risque accru de saignement?*

**R:** Malheureusement, probablement pas. Plusieurs études<sup>1-5</sup> ont montré des effets décevants à une faible dose fixe de warfarine même en combinaison avec l'AAS. Le risque d'AVC augmente de façon abrupte si l'INR est maintenu sous 2,0 alors qu'un INR de 2,0 et plus diminue non seulement la fréquence des accidents ischémiques mais aussi leur sévérité et le risque de décès. Le risque d'hémorragie augmente réellement si l'INR est supérieur à 3,0; toutefois, une faible dose de warfarine ne diminue pas le risque d'hémorragie sous le seuil de celui observé chez les patients avec un INR entre 2,0 et 3,0.

(suite à la page suivante)

***Les ateliers de facilitateurs cet automne***

Les ateliers de formation des facilitateurs de l'automne 2005 approchent:

**Hamilton:** 1<sup>er</sup> et 2 octobre 2005  
**Calgary:** 22 et 23 octobre 2005  
**Montréal:** 22 et 23 octobre 2005

Veuillez communiquer avec Sheilah Laffan (fmpe@mcmaster.ca; 905-525-9140, poste 22750; ou 1-800-661-3249) dès que possible pour réserver une place!

***Dans ce numéro***

- 📖 *Portrait du D<sup>re</sup> Allyn Walsh*
- 📖 *Le coin des rédacteurs*
- 📖 *Le titre de Fellow du CMFC*
- 📖 *En bref*
- 📖 *Modules à venir*
- 📖 *Suggestion de sujet de module*

À cause du risque d'hémorragie, on cherche toujours un autre choix plus sécuritaire. Toutefois, une faible dose de warfarine ne «rencontre pas ces exigences». Une récente étude comparative randomisée<sup>6</sup> a révélé qu'une dose fixe d'un inhibiteur direct de la thrombine (ximelagatran) en prise orale est aussi efficace que la warfarine à prévenir l'AVC chez les patients qui présentent de la fibrillation auriculaire non valvulaire. Par contre, il n'y a **aucune** différence au niveau du nombre d'hémorragies graves! En tenant compte de son prix, de son risque potentiel d'augmentation d'IM aigu et du risque rare (mais potentiellement grave) de toxicité hépatique, on limite, pour le moment, son utilisation aux patients qui ne peuvent employer la warfarine. (Puisqu'il ne diminue pas les saignements sérieux, on ne devrait pas non plus l'utiliser pour tenter de diminuer le risque d'hémorragie intracrânienne.) On a rapporté que 6% des patients prenant du ximelagatran ont obtenu des résultats élevés aux tests de leur fonction hépatique. En conclusion, prendre ce nouveau médicament signifie encore qu'il est nécessaire de faire des tests sanguins de façon régulière et fréquente.

—JW/MG/WL

#### Sources:

- (1) SPAF III Investigators. Adjusted-dose warfarin versus low-intensity, fixed-dose warfarin plus aspirin for high-risk patients with atrial fibrillation: Stroke Prevention in Atrial Fibrillation III randomised clinical trial. *Lancet* 1996;348:633-638
- (2) Hylek EM et al. An analysis of the lowest effective intensity of prophylactic anticoagulation for patients with nonrheumatic atrial fibrillation. *NEJM* 1996;335:540-6 PM: 8678931
- (3) Hylek EM et al. Effect of intensity of oral anticoagulation on stroke severity and mortality in atrial fibrillation. *NEJM* 2003;1019-26 PM: 12968085
- (4) Atrial Fibrillation Investigators. Risk factors for stroke and efficacy of antithrombotic therapy in atrial fibrillation. Analysis of pooled data from five randomized controlled trials. *Arch Intern Med* 1994;154(13):1449-57.
- (5) Reynolds MW et al. Warfarin anticoagulation and outcomes in patients with atrial fibrillation: a systematic review and metaanalysis. *Chest* 2004;126(6):1938-1945 PM: 15596696
- (6) Albers GW, Diener HC, Frison L, et al for the SPORTIF V Investigators. Ximelagatran vs warfarin for stroke prevention in patients with nonvalvular atrial fibrillation. A randomized trial. *JAMA* 2005; 293:690-98. PM: 15701910

**Q:** *Quelles sont les preuves qui soutiennent l'emploi d'outils de décision clinique pour évaluer le risque absolu d'AVC pour un patient donné? Ces différents outils sont-ils fiables?*

**R:** Les outils de prédiction du risque qui se fondent sur des règles de décision clinique validées peuvent **aider** à identifier les patients avec de la FA qui pourraient bénéficier (ou non) d'une anticoagulothérapie [preuves de niveau 1a]. En général, on s'accorde pour dire qu'avec un risque d'AVC élevé (>4%), les bénéfices de l'anticoagulothérapie par warfarine surpassent les risques chez la plupart des patients. Toutefois, chez les patients avec FA qui présentent un faible risque d'AVC (<2%), les dommages possibles de l'anticoagulothérapie (surtout les saignements) dépassent, habituellement, les bénéfices. Pour les patients qui présentent un risque entre ces deux extrêmes, on doit évaluer attentivement les bénéfices potentiels de la prévention des AVC versus le risque

d'hémorragie.

À partir des données regroupées de 2580 patients provenant des groupes traités par l'aspirine (75 à 325 mg par jour) de six essais cliniques comparatifs et randomisés, les chercheurs ont récemment testé la capacité de cinq règles de décision clinique à identifier, de façon précise, les patients à faible risque qui n'ont donc pas besoin d'anticoagulothérapie et ceux à risque élevé qui en ont besoin. La bonne nouvelle, c'est que ces cinq règles permettent d'identifier les patients à faible risque (0,5 à 1,4 d'AVC pour 100 patients-année sous traitement). Par contre, le pourcentage de patients répartis dans chaque catégorie de risque varie beaucoup parmi les différents outils étudiés — allant de 8,7 à 48,8% dans la catégorie à faible risque et de 11,1 à 76,6% dans la catégorie à risque élevé!

La distribution *volontaire* d'un plus grand pourcentage de patients dans les groupes à faible risque et à risque élevé (plutôt que dans le groupe à risque modéré) a son utilité clinique puisqu'on peut donc donner un avis clinique plus définitif. Les pointages de Framingham, du Stroke Prevention in Atrial Fibrillation (SPAF) et du CHADS<sub>2</sub> sont ceux qui le font le mieux chez les patients à faible risque — répartitions respectives de 49%, 33% et 23%. Le pointage CHADS<sub>2</sub> est celui qui a le mieux permis d'identifier les patients avec un risque élevé réel d'AVC (5,3 AVC par 100 patients-années), mais seulement 11,1% des patients ont été placés dans cette catégorie. La deuxième règle la plus précise est celle de Framingham avec 4,2 AVC pour 100 patients-années avec un peu plus de patients répartis dans cette catégorie (16,4%). Le pointage SPAF avait beaucoup de patients répartis dans cette catégorie (44,4%), mais sa précision de l'évaluation du risque a chuté sous les 4% (avec 3,6 AVC pour 100 patients-années).

**Les éléments clés:** Le pointage de CHADS<sub>2</sub> a la précision la plus élevée pour évaluer le risque mais place plus de patients dans le groupe à risque modéré (65%), ce qui le rend moins utile pour prendre une décision clinique que le pointage de Framingham (35%) ou celui de SPAF (23%).

—JW/MG/WL

#### Sources:

- (1) Gage BF, van Walraven C, Pearce L et al. Selecting patients with atrial fibrillation for anticoagulation: Stroke risk stratification in patients taking aspirin. *Circulation* 2004;110:2287-92. PM: 15477396
- (2) *The Journal of Family Practice*. InfoPoems. April 2005;54(4). Clinical decision rules accurately predict stroke risk in AF.

**Q:** *Dans le module Fibrillation auriculaire, annexe 1 — Le tableau d'estimation rapide, est-ce que le risque annuel d'AVC augmente de ce pourcentage à chaque année? S'agit-il d'une augmentation cumulative?*

**R:** Puisque le risque d'AVC dans les cas de fibrillation auriculaire est pratiquement constant dans le temps (c.-à-d. que les chances d'avoir un AVC au cours d'une journée, d'une semaine, d'un mois, d'une année demeurent similaires si vous avez de la FA), l'évaluation du risque annuel devrait être à peu près cumulative au cours des années successives. Par contre, plus votre projection s'étend sur plusieurs années, moins l'évaluation du risque devient précise. Cet état de chose devient particulièrement évident lorsque vous notez que les intervalles de confiance des évaluations du risque

annuel deviennent de plus en plus étendus au fur et à mesure que le risque devient plus élevé (c.-à-d., les pointages les plus élevés du CHADS<sub>2</sub>). Par exemple, un patient avec un risque annuel estimé d'AVC de 20%, il ne serait probablement pas adéquat d'établir qu'il aura 100% de chances d'avoir un AVC au cours des 5 prochaines années (ou encore 120% de chances d'AVC au cours des 6 prochaines années).

Toutefois, chez un patient qui présente un risque annuel d'AVC faible (p.ex., 4%), il est plus réaliste d'évaluer son risque individuel dans 5 ans autour de 20%. Chez un patient qui a un risque annuel élevé d'AVC (18%), il ne serait pas réaliste de dire qu'il a un risque d'AVC de 90% dans 5 ans même s'il serait raisonnable d'évaluer son risque entre 50 et 100% de chances (avec des intervalles de confiance pour un pointage de 6 avec CHADS<sub>2</sub> entre 10 et 27%).—PL/JW/MG

**Remarque:** L'acronyme CHADS<sub>2</sub> provient des éléments du pointage: **C**ongestive heart failure, **H**ypertension, **A**ge, **D**iabetes, et prior **S**troke or transient ischemic attack. Le calcul «Stroke Prevention in Atrial Fibrillation Risk Calculator» (SPARC) utilisant le pointage CHADS<sub>2</sub> est disponible gratuitement en ligne pour les assistants numériques à:

[www.vhpharmsci.com/sparc](http://www.vhpharmsci.com/sparc)

Nos remerciements au D<sup>re</sup> Michelle Greiver (auteure du module *Fibrillation auriculaire*) qui a revu ces questions et au D<sup>r</sup> Peter S. Loewen du Pharmaceutical Sciences Clinical Service Unit, Vancouver Hospital & Health Sciences Center qui a participé à la réponse à la dernière question.

## LE TITRE DE FELLOW DU CMFC: QU'EN EST-IL?

Le titre de Fellow du Collège des médecins de famille du Canada confirme l'engagement dans un processus de formation continue basée sur la pratique tout au long d'une carrière. **Saviez-vous que depuis novembre 2004, les médecins qui ont le titre de Fellow (désigné par FCFP) doivent cumuler 25 crédits Mainpro-C par cycle de cinq ans?** Les activités de formation qui permettent d'obtenir des crédits Mainpro-C se caractérisent par leur pertinence avec la pratique et les données probantes. Vous trouverez de plus amples détails sur le site Web du CMFC à: [www.cfpc.ca](http://www.cfpc.ca) ☛ cliquez sur FMC ☛ Mainpro ☛ Exigences nouvelles.

---

---

### En bref...

---

---

#### Formulaires disponibles sur le site Web

Plusieurs de nos formulaires administratifs, par exemple, les journaux de session et les registres de présences sont disponibles sur notre site Web et peuvent être remplis directement. Consultez notre site Web: [www.fmpe.org](http://www.fmpe.org) sous l'onglet **Services (membres)**. Vous pouvez aussi copier le formulaire sur votre ordinateur et le remplir, de façon électronique, au fur et à mesure. De cette façon, vous aurez toujours une copie disponible, prête à être expédiée au moment voulu.

#### Cette automne, venez nous visiter au kiosque de La Fondation

Nous aurons un kiosque à la Conférence annuelle des infirmières praticiennes les 11 et 12 novembre prochains, au Hilton Suites Toronto/Markham - Centre de conférence et spa.

Vous pourrez aussi nous visiter au Forum 2005 de médecine familiale du 8 au 11 novembre 2005, au Centre des congrès de Vancouver.

#### Suggestion en ligne de sujet de module

Suggérez en ligne un nouveau sujet de module. À partir du site [www.fmpe.org](http://www.fmpe.org), ☛ **Services (membres)** ☛ **Modules et Journaux de réunion** puis cliquez sur le lien «**Suggestion de sujets**». Vous pouvez aussi proposer des sujets de modules dans vos journaux de session, par télécopieur, par courriel ou encore par téléphone.

#### Notre site Web sera réorganisé

Au cours des prochains mois, nous entreprendrons un processus de réorganisation de notre site Web pour qu'il soit plus attrayant et plus convivial. Surveillez ces changements au cours de l'année! Si vous avez des suggestions pour améliorer notre site Web, veuillez communiquer avec notre coordonnateur du site Web: Dennis Tian ([tianh@mcmaster.ca](mailto:tianh@mcmaster.ca)).

#### L'importance des crédits Mainpro-C

Nous vous recommandons de consulter la publication suivante du D<sup>r</sup> Bernard Marlow qui résume l'importance des crédits Mainpro-C (disponible en anglais seulement): <http://www.cfpc.ca/cfp/2005/Apr/vol51-apr-fpwatch-1.asp>

## Suggestion de sujet de module

Le choix de la plupart des sujets de module est décidé en fonction des sujets les plus souvent proposés.  
Y a-t-il un sujet de module que vous aimeriez que nous abordions? Veuillez remplir ce formulaire et nous le faire parvenir par télécopieur.

Nom du participant: \_\_\_\_\_

Nom du facilitateur: \_\_\_\_\_

Suggestion de module: \_\_\_\_\_

Suggestion de module: \_\_\_\_\_

Quels sont les questions particulières que vous souhaiteriez que le(s) module(s) aborde(nt)?

---

---

---

---

**Télécopieur: (905) 540-4988**

### **Modules à venir**

Bronchite aiguë

Maladie coeliaque

Spectre du syndrome d'alcoolisme foetal

Ulcères variqueux aux membres inférieurs