

Le coin des rédacteurs — Votre opinion

Voici quelques questions et commentaires au sujet de modules récents. Le Coin des rédacteurs est un forum qui vous permet non seulement de nous faire part de votre point de vue mais qui essaie aussi de répondre le mieux possible à vos questions. L'édition du printemps 2006 portait sur la contraception/ménorragie/endométriозe et la maladie coeliaque.

Prévention de l'AVC/ICT (août 2005) et Hypertension (novembre 2005)

Q: *Est-ce que les bêta-bloqueurs sont moins efficaces que les autres antihypertenseurs pour prévenir les AVC et les infarctus du myocarde chez les patients présentant une hypertension primaire?*

R: Cette question a été soulevée suite à une récente méta-analyse ¹ qui a révélé que le risque relatif d'AVC était 16% plus élevé avec les bêta-bloqueurs qu'avec les autres antihypertenseurs, alors qu'il n'y avait pas de différence notable liée à l'infarctus du myocarde. Le module *Hypertension* de 2005 mentionne que les bêta-bloqueurs font partie des antihypertenseurs recommandés en monothérapie de première ligne (*sauf* chez les patients de plus de 60 ans) et en combinaison thérapeutique en deuxième ligne. Les auteurs ont donc conclu que: «par rapport aux autres antihypertenseurs, l'efficacité des bêta-bloqueurs n'est pas optimale puisqu'ils présentent un risque accru d'AVC. C'est pourquoi, nous croyons qu'on ne devrait plus considérer les bêta-bloqueurs comme traitement de première ligne de l'hypertension primaire pas plus qu'ils ne devraient demeurer les médicaments de référence dans les futures études comparatives randomisées portant sur l'hypertension» ¹.

Toutefois, la méthodologie de cette étude est remise en question et ses trouvailles devraient être interprétées avec précaution. La plupart des études incluses dans cette méta-analyse utilisaient l'aténolol; de plus, les données portant sur les autres bêta-bloqueurs étaient non concluantes ². En outre, la plupart des AVC surviennent chez des patients de plus de 60 ans et les bêta-bloqueurs ne sont plus la *monothérapie* de première ligne à privilégier chez ces patients.

Les éléments clés: «Avant de jeter le bébé avec l'eau du bain, souvenez-vous que certains patients hypertendus auront besoin de bêta-bloqueurs pour traiter leurs autres comorbidités: maladie coronarienne, insuffisance cardiaque congestive et autres» ².

—LC/JW

- 1 Lindholm LH, Carlberg B, Samuelsson O. Should beta blockers remain first choice in the treatment of primary hypertension. *Lancet* 2005;366:1545-53. PM:16257341
- 2 In: InfoPOEMs: The Clinical Awareness System. www.InfoPOEMs.com. January 2006. Accès vérifié le 23 février, 2006

(suite à la page suivante)

Modules à venir

Obésité chez l'adulte
Anémie chez les personnes âgées
Prescrire aux personnes âgées
Etourdissement
Convulsions

Dans ce numéro

- *Le coin des rédacteurs*
- *Les résultats du sondage PGBP*
- *Initiative de recrutement de nouveaux membres*
- *Suggestions de sujet de module*

Dyspepsie (août 2003)

Q: La meilleure approche de prise en charge de la dyspepsie a-t-elle changé récemment?

R: Les nouvelles lignes directrices de l'American College of Gastroenterology¹ simplifient l'approche prônée dans le module de 2003. Ces nouvelles lignes directrices font les recommandations suivantes:

1. Les patients qui présentent un des éléments suivants devraient immédiatement subir une endoscopie du tractus gastro-intestinal supérieur:

- apparition de dyspepsie après l'âge de 55 ans *ou*
- symptômes d'alarme à n'importe quel âge (saignement, anémie, satiété précoce, perte de poids inexplicée, dysphagie ou dynophagie, vomissements persistants, histoire familiale de cancer gastro-intestinal, antécédent documenté d'ulcère gastro-duodénal, masse abdominale ou lymphadénopathie).

2. Pour tous les autres patients, il y a deux choix pratiquement équivalents:^{1,2}

- tester et traiter le *H. pylori*. Si l'éradication est complète mais que les symptômes persistent, faire un essai thérapeutique avec un inhibiteur de la pompe à protons (IPP). Cette stratégie est préférable dans les communautés où la prévalence du *H. pylori* est élevée (>10%).

- traitement empirique avec un inhibiteur de la pompe à protons pendant 4 à 8 semaines. Si le patient n'obtient pas une bonne réponse thérapeutique ou rechute rapidement après l'arrêt de l'inhibiteur de la pompe à protons, on devrait envisager la stratégie de tester et traiter le *H. pylori* avant de procéder à une endoscopie du tractus gastro-intestinal. Cette approche est privilégiée dans les communautés où la prévalence du *H. pylori* est faible.

Si ces deux stratégies de traitement échouent, la prise en charge à long terme d'une dyspepsie fonctionnelle constitue tout un défi! Il existe très peu de données sur l'utilisation de faibles doses d'antidépresseurs tricycliques ou sur les interventions psychologiques. — LC/JW

1 Talley NJ, Vakil N, for the Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Guidelines for the management of dyspepsia. *Am J Gastroenterol* 2005;10:2324-337.

2 In: InfoPOEMs: The Clinical Awareness System. www.InfoPOEMs.com. January 2006. Accès vérifié le 23 février 2006

Diabète — Améliorer le contrôle glycémique chez les patients qui ont récemment reçu un diagnostic de diabète de type 2 (août 2005)

Q: Les lignes directrices canadiennes recommandent de ne PAS commencer le traitement à moins que les résultats de HbA_{1c} se situent à 9% ou que le contrôle glycémique n'est pas atteint avec une diète et un niveau d'activité physique appropriés. Toutefois, elles semblent contraires aux lignes directrices de l'Association canadienne du diabète en ce qui a trait à l'intolérance au glucose comme il est mentionné dans le module Diabète — Dépistage et prévention du diabète de type 2 de 2004 qui recommande de donner de la metformine aux patients qui présentent de l'intolérance au glucose pour prévenir une progression vers le diabète. Pourquoi ne pas commencer les médicaments plus tôt chez les patients récemment diagnostiqués diabétiques de type 2 surtout si les résultats sont si bons avec le groupe de patients présentant de l'intolérance au glucose qui sont traités avec la metformine?

R: Ces deux recommandations peuvent sembler incohérentes. Pourtant, les recommandations pour ces deux situations mettent l'accent sur le même élément clé — les bénéfices importants chez les patients qui modifient, avec succès, leur alimentation et leur niveau d'activité physique. Il est aussi important de se rappeler que le traitement de l'intolérance au glucose n'est PAS un traitement précoce du diabète de type 2.

Chez les patients qui ont récemment reçu un diagnostic de diabète de type 2, les recommandations mentionnent qu'on devrait commencer dans les cas «d'hyperglycémie légère à modérée (HbA_{1c} <9%) par un counselling qui met l'accent sur l'activité physique et la diète». Si les cibles glycémiques (HbA_{1c} ≤6%) ne sont «pas atteintes après 2 à 3 mois, commencer les hypoglycémifiants»¹. Les médicaments peuvent être commencés à n'importe quel moment mais lorsque l'HbA_{1c} atteint 9%, ils devraient être commencés rapidement puisqu'avec ces résultats, il y a peu de chances que la glycémie diminue de façon significative sans médicaments. Toutefois, si on commence tôt les médicaments chez des patients qui ont une HbA_{1c} <9%, nous traiterons certains patients qui auraient pu fonctionner sans médicament pendant une longue période et qui n'apprendront jamais les bénéfices possibles de l'activité physique et de la diète.

Si vous utilisez les trois premiers mois à enseigner aux patients comment surveiller leur glycémie à la maison, quoi manger et quels sont les effets de l'activité physique, les patients arrivent souvent à changer avec succès leurs habitudes de vie. S'ils ne l'apprennent pas tôt dans leur maladie, ils ne l'apprendront probablement jamais et devront donc prendre de plus en plus de médicaments à l'avenir. D'un point de vue clinique, plusieurs patients diabétiques de type 2 perdent du poids et n'exigent pas de médicament pendant une longue période de temps. Donc, si pendant ces trois mois, il suivent une diète et perdent 5 à 7% de leur poids, ils peuvent ne pas avoir besoin de médicaments. Toutefois, s'ils n'ont pas pu faire de l'activité physique ni suivre une diète, éviter la tentation de leur accorder, même s'ils le demandent, «un autre petit délai pour essayer». Toute nouvelle tentative se solde pratiquement toujours par un **échec**. Donc, si les patients ne font pas de progrès évidents, commencer immédiatement les médicaments.

Chez les patients qui sont intolérants au glucose, même si les médicaments diminuent le risque de progression vers un diabète de type 2, la diminution du risque relatif attribuée aux changements des habitudes de vie est en réalité beaucoup plus impressionnante que les médicaments (RRR 58% vs 31%)^{2,3}.

Une fois que l'on connaît ces faits, il est évident que suivre une diète et faire de l'activité physique n'est PAS facile! Les interventions portant sur l'activité physique utilisées dans les recherches sur la prévention ne sont PAS réalistes dans la vie de tous les jours. Les patients qui avaient une intolérance au glucose devaient consulter une nutritionniste 7 fois durant la première année et 4 fois par année les quatre années suivantes; de plus, ils devaient s'inscrire à un club de santé et(ou) faire de l'activité physique au moins 4 fois par semaine pendant 4 ans. S'ils réussissaient dans le contexte d'un essai clinique avec toute la pression pour s'y conformer, environ 60% arrivaient à le faire entre 4 et 6 ans. Des données plus réalistes provenant de l'étude UKPDS révélaient qu'environ 10% des patients diabétiques de type 2 ont obtenu des succès avec une diète et l'activité physique (sans médicament) pendant une longue période de temps⁴. Même si ces résultats semblent minimes, ils valent amplement la peine d'essayer car ils fonctionnent.

Les éléments clés: Essayer tout d'abord l'activité physique et la diète tout en indiquant clairement au patient leur importance mais traiter avec des médicaments dès que vous constatez que cette approche ne fonctionne pas.—KD/VW/GA/LC

- 1 Canadian Diabetes Association Clinical Practice Guidelines Expert Committee. Canadian Diabetes Association 2003 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and management of Diabetes in Canada. Pharmacologic Management of Type 2 Diabetes. *Can J Diabetes* 2003;27(suppl2):S37-42. <http://www.diabetes.ca/cpg2003/chapters.aspx>.
- 2 Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin. *N Engl J Med* 2002; 346(6):393-403.
- 3 Chiasson JL, Gomis R, Hanefeld M, Jossee RG, Karasik A, Laakso M. The STOP-NIDDM Trial: An international study on the efficacy of an alpha-glucosidase inhibitor to prevent type 2 diabetes in a population with impaired glucose tolerance: Rationale, design, and preliminary screening data. Study to Prevent Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 1998;21(10):1720-1725. PM:9773737.
- 4 Turner RC, Cull CA, Frighi V, Holman RR. Glycemic control with diet, sulfonylurea, metformin, or insulin in patients with type 2 diabetes mellitus: progressive requirement for multiple therapies (UKPDS 49). UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. *JAMA* 1999 Jun 2;281(21):2005-12. PM: 10359389

Sondage auprès des participants au Programme PGBP — Les résultats

Au cours de l'été 2005, La Fondation pour l'éducation médicale continue a procédé à un sondage pour recueillir votre rétroaction et vos suggestions sur plusieurs aspects du Programme d'apprentissage PGBP — l'expérience d'apprentissage en petit groupe, les modules, le site Web de la FEMC, les bulletins de nouvelles trimestriels et les frais annuels de cotisation. Le taux de réponse parmi les 1000 membres sondés et choisis de façon aléatoire a été de 45%.

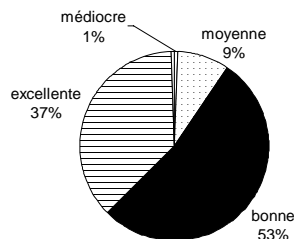


Figure 1 - Expérience d'apprentissage globale

L'expérience d'apprentissage en petit groupe

La majorité des répondants (90%) aimaient leur expérience globale d'apprentissage avec le programme PGBP (voir la figure 1). De plus, les répondants établissaient le niveau de qualité de leurs interactions en groupe de bon (42%) à excellent (52%).

Les modules

La majorité des participants (81%) étaient satisfaits de la qualité des modules. Parmi ceux-ci, 82% ont indiqué que la variété des sujets des modules reflétait les défis de leur pratique médicale. Toutefois, moins de la moitié des répondants (42%) ont indiqué qu'ils utilisaient les outils d'aide à la pratique fournis dans les annexes des modules. La plupart des répondants (83%) préfèrent continuer à recevoir une copie imprimée des modules.

Soixante-neuf pour cent ont mentionné qu'ils préféraient ne pas recevoir uniquement une copie électronique des modules. Par contre, un tiers des répondants aimeraient recevoir, à la fois, les versions imprimées et électroniques.

Le site Web de la FEMC

Près de 84% des répondants n'ont jamais consulté le site Web de La Fondation (www.fmpe.org). Les raisons les plus souvent invoquées sont: «ne connaissait pas», «manque de temps», «pas une priorité/pas un besoin», et «n'utilise pas souvent le Web/Internet».

Les bulletins de nouvelles trimestriels

Moins de la moitié des répondants lisent les bulletins de nouvelles trimestriels. Les sections *Le coin des rédacteurs* et *FAQ* étaient les sections les plus souvent lues et semblaient être les plus utiles. Peu de participants ont suggéré des améliorations aux bulletins et la moitié des répondants suggéraient de cesser la publication des bulletins de nouvelles.

La cotisation annuelle

La plupart des répondants étaient satisfaits des frais actuels. Cette cotisation est demeurée inchangée depuis plus de 10 ans! Lorsqu'on leur demandait s'ils accepteraient une augmentation de 25\$, 79% des répondants l'approuvaient puisque la valeur de ce programme demeure «excellente». Naturellement, les membres préféreraient ne pas subir d'augmentation.

Les commentaires généraux

Quatre-vingt-un pour cent des répondants ont fait des commentaires spécifiques sur les aspects positifs du programme notamment: la structure du processus d'apprentissage, la flexibilité et le côté pratique de pouvoir choisir le moment et le lieu des réunions, les bonnes histoires de cas et problèmes, et le fait que ce programme est plaisant, intéressant et relaxant.

Quarante et un pour cent des répondants ont aussi fait des commentaires sur les aspects qu'ils souhaiteraient changer dans le Programme d'apprentissage PGBP. Parmi ceux-ci, 25% ont indiqué qu'ils aimeraient que ce programme reste tel qu'il est sans aucun changement. Un autre tiers des répondants (28%) ont mentionné que les modules doivent demeurer pratiques, et un petit pourcentage (13%) a suggéré une réorganisation des modules.

Les répercussions

La Fondation a revu la rétroaction des participants et discute actuellement des suggestions et des commentaires. Nous informerons les membres de tout changement proposé. Nous remercions tous les membres qui ont participé au sondage — votre contribution pour continuellement améliorer le Programme d'apprentissage PGBP a une valeur inestimable.

Partagez votre expérience et recommandez le Programme PGBP/AIBP à un(e) collègue!

En mai dernier, vous devriez avoir reçu une lettre du Docteur Tom Elmslie, directeur général de La Fondation pour l'éducation médicale continue, vous demandant votre aide pour promouvoir la croissance des différents programmes d'apprentissage basé sur la pratique tant à l'échelle nationale qu'internationale.

Nous vous avons aussi expédié un signet à remettre à un collègue intéressé. Si vous avez besoin de signets supplémentaires, n'hésitez pas à communiquer avec nous au: 1-800-661-3249, il nous fera plaisir de vous en faire parvenir d'autres.

Nous apprécions grandement votre collaboration pour nous aider à atteindre cet objectif.

—Le personnel administratif et médical de La Fondation pour l'éducation médicale continue

Suggestions 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: _____

Quelles sont les questions particulières que vous souhaiteriez que le module aborde?

Suggestion de module: _____

Quelles sont les questions particulières que vous souhaiteriez que le module aborde?

Télécopieur: (905) 540-4988