

PRINTEMPS 2007

Appel de candidatures au conseil d'administration de la FÉMC régions de l'Alberta/Colombie-Britannique et du Québec

Nous apprécierions obtenir votre aide pour combler les postes vacants au conseil d'administration de la Fondation pour l'éducation médicale continue.

Le conseil compte actuellement cinq médecins de famille qui représentent cinq régions particulières du Canada: les provinces de l'Atlantique, le Québec, l'Ontario, le Manitoba/Saskatchewan et l'Alberta/Colombie-Britannique. **Deux de ces postes seront vacants en juin 2007: ceux du Québec et de l'Alberta/Colombie-Britannique.** La durée d'un mandat au conseil est de trois ans renouvelable pour un autre mandat consécutif de trois ans.

La prochaine réunion du conseil d'administration aura lieu le 23 juin prochain à Hamilton, Ontario. Si vous désirez proposer quelqu'un au conseil ou encore soumettre votre candidature, veuillez communiquer avec Dina D'Ermo au: 1-800-661-3249 ou au: 905-525-9140, poste 22381. Dina se fera un plaisir de vous faire parvenir l'information au sujet des responsabilités des membres du conseil ainsi qu'un formulaire de mise en candidature à remplir et à retourner par télécopieur.

Le coin des rédacteurs — Votre opinion

Voici quelques questions et commentaires au sujet des récents modules. 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.

Insuffisance rénale chronique (août 2006)

Q: *Quel est le pourcentage de patients souffrant d'insuffisance rénale chronique liée à d'autres causes que l'hypertension et le diabète?*

R: Alors que les deux principales causes de l'insuffisance rénale chronique sont le diabète (40 à 60% des cas) et l'hypertension (15 à 30% des cas), les autres causes sont moins fréquentes mais représentent tout de même 30% des cas d'insuffisance rénale chronique^{1,2,3}. Il s'agit de la glomérulonéphrite primaire (7 à 10%); de la glomérulonéphrite secondaire à une maladie auto-immune et (ou) une vasculite (~2%); des maladie tubulo-interstielles liées à des calculs, de l'obstruction, une infection chronique ou un médicament néphrotoxique (2 à 4%); d'une maladie rénale polykystique ou congénitale (2 à 3%); et d'autres causes variées^{1,3}.

À partir de ces données, un meilleur contrôle du diabète et de l'hypertension pourraient à eux

(suite à la page suivante)

Modules à venir

Maladie inflammatoire de l'intestin
Troubles du sommeil chez l'enfant
Constipation
Incontinence urinaire

Dans ce numéro

- *Appel de candidatures*
- *Le coin des rédacteurs*
- *Suggestions de sujet de module*

www.fmpe.org

www.fmpe.org

www.fmpe.org

seuls ralentir, de façon significative, la progression de l'insuffisance rénale chronique...et, potentiellement, en prévenir l'apparition. D'un autre côté, il est tout aussi important de ne pas perdre de vue les autres causes possibles dont plusieurs sont réversibles. Une identification précoce avec les modifications appropriées (p.ex., la correction de l'obstruction ou l'arrêt ou un emploi avec précaution des médicaments qui peuvent abaisser le taux de filtration glomérulaire) pourraient permettre le retour à une fonction rénale normale ². — LC/MM

1. Snyder SPB. Detection and Evaluation of Chronic Kidney Disease. *American Family Physician* 2005; 72(9):1723-1732.
2. Post TW, Rose BD. Overview of the management of chronic kidney disease in adults. *UpToDate* 2005; 13.2 (April).
3. The United States Renal Data System (USRDS), 2006 Annual Data Report (ADR). http://www.usrds.org/2006/pdf/02_incid_prev_06.pdf

Q: *Puisque les rapports de laboratoire indiquent automatiquement l'estimation du taux de filtration glomérulaire, n'y a-t-il pas un risque que trop de patients passent inutilement des examens plus poussés ou soient référés inutilement en spécialité?*

R: Il existe, en effet, un risque potentiel qu'on mette trop d'importance à un seul résultat lorsque l'estimation du taux de filtration glomérulaire est automatiquement calculé chez tous les patients qui passent une créatinine sérique. Il est important de se rappeler que l'identification d'une insuffisance rénale chronique exige une série de mesures sur une période d'au moins trois mois. La répétition de ce test constitue donc une stratégie très efficace pour en améliorer la fiabilité et éviter de surestimer un résultat unique.

Les recommandations actuelles sont: ^{1,2}

- Pour une estimation du taux de filtration glomérulaire avec la formule MDRD entre 60 et 89 mL/min/1,73m², répéter le test dans 6 à 12 mois pour éliminer la possibilité de maladie rénale, en particulier, chez les patients à risque élevé (diabétiques ou hypertendus). *Remarque:* Une légère diminution du taux de filtration glomérulaire est fréquente chez près de 30% des adultes en bonne santé et qui n'ont **pas** d'insuffisance rénale chronique sous-jacente.

- Pour des résultats avec la même formule entre 30 et 59 mL/min/1,73m², répéter le test en moins de 3 mois pour déterminer si le problème est persistant. Si c'est le cas, ces résultats sont compatibles avec une insuffisance rénale chronique modérée.

La prochaine étape consistera ensuite à déterminer l'ampleur de toute détérioration. (Par exemple, si le premier résultat donnait 40 et le second donnait 30, la détérioration a été de 10/40

= 25%.) Si la détérioration est supérieure à 20% en moins d'un an, envisager de consulter un néphrologue.

En suivant les étapes mentionnées ci-dessus, on peut éviter un diagnostic erroné chez des patients présentant un taux de filtration glomérulaire abaissé. Cette façon de faire est particulièrement importante en soins primaires puisqu'une récente étude rétrospective ³ a révélé que seulement 10 à 15% des cas d'insuffisance rénale chronique en tout début de maladie se sont aggravés; la plupart des patients se sont *améliorés* avec le temps et 21 à 27% des cas sont demeurés stables. Par contre, une autre étude canadienne⁴ a montré que parmi les patients de plus de 65 ans, l'estimation du taux de filtration glomérulaire se détériorait avec le temps.

Les éléments clés: Chez plusieurs de nos patients, des résultats anormaux à l'estimation du taux de filtration glomérulaire ne signalent pas une insuffisance rénale chronique et la fonction rénale s'améliorera avec le temps. Utilisez des mesures sérieuses pour orienter votre diagnostic et votre prise en charge.

—MM/JGW/LC

1. Ontario Society of Clinical Chemists <<http://www.clinicalchemistry.on.ca/eGFR.htm>>
2. BC Health Services <<http://www.healthservices.gov.bc.ca/msp/protoguides/gps/ckd.pdf>>
3. Marcotte L, Godwin M. Natural history of elevated creatinine levels. *Can Fam Physician* 2006;52:1264-1265, e.1-5. <full text available for Oct 2006 issue at www.cfpc.ca/cfp>
4. Akbari A, Swedko PJ, Clark HD, Hogg W, Lemelin J, Magner P, Moore L, Ooi D. Detection of chronic kidney disease with laboratory reporting of estimated glomerular filtration rate and an educational program. *Arch Intern Med* 2004 Sep 13;164(16):1788-92. PMID: 15364673

Santé des femmes post-ménopausées (mai 2006)

Suite à la publication des résultats de la Women's Health Initiative, beaucoup de femmes cherchent des façons de soulager leurs symptômes de ménopause sans hormonothérapie. Les traitements alternatifs ou complémentaires sont donc devenus des choix de plus en plus populaires. Par contre, pour faire un choix éclairé, les femmes ont besoin d'information précise, fiable et fondée sur des données probantes. Dans notre module *Santé des femmes post-ménopausées*, nous avons fait le survol d'une gamme de traitements alternatifs; nous sommes arrivés à la conclusion que les meilleurs choix étudiés sont les isoflavones dérivées du soya et l'actée à grappe noire. Toutefois, l'étude de l'efficacité de ces traitements a donné des résultats inconstants.

Une récente revue systématique ¹ a donné des résultats semblables quoique le message était légèrement plus favorable. «Même si des études jugées de faible qualité ont montré les bénéfices des suppléments de soya (dans l'alimentation, en suppléments ou provenant du trèfle

(suite page suivante)

rouge), les effets sur les symptômes dans les études qualifiées d'acceptables à bonnes étaient variables alors que certaines études montraient une amélioration des bouffées de chaleur. L'étude la plus importante portant sur l'actée à grappe noire a montré des bénéfices sur une variété de symptômes de la ménopause». Toutefois, ces bénéfices sont contrebalancés par son lien avec des anomalies de la fonction hépatique.

Cette revue n'a pas trouvé de preuves suffisantes pour soutenir l'emploi des autres approches — acupuncture, traitement électromagnétique, exercices de relaxation musculaire progressive ou plantes médicinales de la médecine chinoise traditionnelle.

1. Nedrow A, Miller J, Walker M, Nygren P, Huffman LH, Nelson HD. Complementary and alternative therapies for the management of menopause-related symptoms. *Arch Intern Med* 2006;166:1453-65.

Dépistage et prévention du diabète (mars 2004)

Le module PGBP portant sur le dépistage et la prévention du diabète présente des preuves de niveau I appuyant les changements au mode de vie et les médicaments qui peuvent retarder et même prévenir la progression d'un «prédiabète» (intolérance au glucose [IG] ou résultats anormaux à la glycémie à jeun) vers un diabète de type II. Au cours des deux dernières années, les résultats de plusieurs études supplémentaires ont été publiés.

Toutefois, choisir le traitement optimal chez ces patients identifiés comme «prédiabétiques» demeure toujours un défi alors que le jury délibère toujours...

De façon globale, les études continuent à démontrer que les changements au mode de vie constituent l'approche thérapeutique la plus efficace.

- Des changements modérés au mode de vie (perte pondérale d'environ 7% et 150 minutes de marche rapide par semaine) diminuent de 58% le risque de développer un diabète ¹
- Plus important encore, le récent rapport d'une étude à long terme a montré que les réductions constatées à 4 ans demeuraient constantes après 7 ans de suivi — c.-à-d. qu'après 4 ans, seulement 11% des patients avec de l'embonpoint présentant une intolérance au glucose qu'on a traité avec une diète personnalisée et un programme d'exercices ont développé un diabète par rapport à 21% dans le groupe-témoin (soins habituels) [NNT*: 8, IC à 95% 6 à 16] ².

Mise en garde: Les participants des études sur les changements au mode de vie recevaient un soutien intensif pour des programmes d'intervention qui, en général, ne sont pas disponibles pour la plupart des patients suivis en pratique de médecine familiale.

Du côté des médicaments, il y a eu plusieurs nouvelles trouvailles.

L'étude d'envergure STOP-NIDDM a révélé qu'après trois ans, 32% des patients traités par acarbose (Prandase®) ont développé du diabète comparé à 42% chez les patients recevant le placebo ³. Par contre, une récente étude contredit ces résultats. Dans une plus petite étude comparative randomisée mais à plus long terme (durée de 5 ans), un pourcentage semblable de patients prédiabétiques ont progressé vers le diabète qu'ils aient reçu ou non de l'acarbose ⁴.

La rosiglitazone, tout comme la metformine, diminue la progression vers un diabète de type II mais de façon moins importante que les changements au mode de vie.

- 31% de réduction avec la metformine ¹.
- Dans une nouvelle étude, seulement 10,6% des patients prenant du rosiglitazone ont développé un diabète sur une période de trois ans comparativement à 25% dans le groupe-témoin [NNT*: 7; IC à 95% 6 à 8]. Cette étude n'a pas comparé la rosiglitazone aux autres médicaments ni aux changements au mode de vie.

Mise en garde: Le taux d'abandon des participants aux études portant sur les médicaments était élevé autour de 30% (surtout à cause des effets secondaires gastro-intestinaux) comparativement à 8% pour les études portant sur les changements au mode de vie.

Les éléments clés: Jusqu'à ce que d'autres recherches clarifient la question, le dépistage du prédiabète chez les patients présentant de l'hypertension et/ou une dyslipidémie demeure une première étape sensée et fondée sur des données probantes. Le choix du traitement efficace dépendra de facteurs comme les préférences du patient, sa fidélité au traitement, les effets secondaires et le prix du médicament proposé au patient.

—LC/JGW

* NNT = (Number Needed to Treat) Nombre de patients à traiter

1. Diabetes Prevention Program Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *NEJM* 2002;346(6):393-403.
2. Lindstrom J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, et al, for the Finnish Diabetes Prevention Study Group. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet* 2006;368:1673-1679.
3. Chiasson JL, Gomis R, Hanefeld M, Josse 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. PMID: 9773737
4. Kirkman MS, Shankar RR, Shankar S. Treating postprandial hyperglycemia does not appear to delay progression of early type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2006;29:2095-2101.

Suggestions de sujet de module

Le choix de la plupart des sujets de module est décidé en fonction des sujets les plus souvent proposés par vous et vos collègues.

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: _____

Première suggestion de module: _____

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

Deuxième suggestion de module: _____

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

Télécopieur: (905) 540-4988