

Cette rubrique de Minerva vous propose un bref résumé de nouvelles études concernant des sujets précédemment traités dans Minerva. Le comité de rédaction estime que l'information nouvelle ne nécessite pas une analyse développée de la publication tout en justifiant une mise au courant de nos lecteurs, en recadrant ces nouvelles données dans la précédente évaluation publiée par nos soins.

● Sertraline : non efficace pour les bouffées de chaleur

M. De Meyere

Les bouffées de chaleur représentent la plainte la plus fréquente des femmes ménopausées. Nous savons qu'un traitement hormonal substitutif apporte plus de risques que de bénéfices à long terme, ce qui incite à trouver des alternatives à ce traitement. En 2004, Minerva mentionnait¹ les résultats d'une étude² montrant l'efficacité et la bonne tolérance d'une dose quotidienne de 12,5 mg de paroxétine, tout en précisant que le suivi se limitait à six semaines, sans preuves de l'intérêt de poursuivre un tel traitement. Minerva plaide aussi pour la réalisation d'études à plus long terme ainsi que pour des comparaisons entre des alternatives médicamenteuses et non médicamenteuses.

Une RCT récente compare, dans cette indication, sertraline (100 mg par jour) et placebo³. Elle ne montre pas de différence d'efficacité entre les deux traitements mais, par contre, des effets indésirables nettement plus fréquents avec la sertraline, principalement la sécheresse de bouche. Cette recherche se limite également à 6 semaines. Les auteurs mentionnent dans

Les preuves d'un intérêt de la prescription d'un ISRS pour traiter des bouffées de chaleur liées à la ménopause sont insuffisantes.

leur discussion que, parmi les 4 RCTs réalisées chez des femmes ayant présenté un cancer du sein, 3 montrent l'efficacité d'un antidépresseur inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS, soit venlafaxine, soit fluoxétine, soit paroxétine). Parmi les 4 études effectuées chez des femmes n'ayant pas présenté de cancer du sein, 3 ne montrent pas d'efficacité, dont l'étude en cause³. La seule étude avec un résultat positif est celle qui a été discutée dans Minerva².

Références

1. De Meyere M. Les antidépresseurs également efficaces pour les bouffées de chaleur ménopausiques ? MinervaF 2004;3(3):43-5.
2. Stearns V, Beebe KL, Iyengar M, Dube E. Paroxetine controlled release in the treatment of menopausal hot flashes: a randomized controlled trial. JAMA 2003;289:2827-34.
3. Grady D, Cohen B, Tice J, et al. Ineffectiveness of sertraline for treatment of menopausal hot flashes: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2007;109:823-30.

● Ibuprofène local ou oral : la préférence du patient

P. Chevalier

Nous avons récemment publié dans Minerva¹ une analyse d'une recherche associant une RCT et une étude de préférence² et évaluant l'intérêt relatif d'un AINS local et d'un AINS oral pour une gonalgie chez une personne de plus de 50 ans. Cette étude, aux nombreuses limites méthodologiques, ne montrait pas de différence d'efficacité entre les deux traitements. La même équipe d'auteurs a, dans le cadre de la même recherche, réalisé une étude qualitative évaluant les facteurs qui influencent la prise de décision des patients quant à leur choix pour un traitement topique ou oral³. Ce choix est guidé par leurs perceptions d'effets indésirables possibles (avec la croyance qu'un traitement local ne peut pas avoir d'autre effet indésirable que local), la présence d'une autre pathologie (avec peur éventuelle d'interactions entre les différents médicaments), la durée de la douleur

La prise en compte des croyances, préoccupations et attentes des patients à propos de leur traitement est essentielle pour la décision du traitement, entre autres pour la perception d'efficacité de ce traitement par le patient. La tolérance des patients et/ou leur acceptation/banalisation d'effets indésirables pour un traitement qu'ils jugent leur être bénéfique doivent nous inciter à plus de vigilance à ce propos.

(avec un choix pour un traitement oral si elle est constante ou avec une option thérapeutique locale si elle est transitoire), l'importance de la douleur (traitement local si douleur légère, oral en cas de douleur modérée à sévère), sa localisation unique ou multiple (dans ce cas un AINS oral a un effet perçu comme « général »), l'information (de toute origine) reçue, les aspects pratiques de prise ou d'application. Les auteurs observent aussi une acceptation (tolérance), par les patients, des effets indésirables sauf s'ils sont continus ou non gérables, même en cas d'efficacité limitée. Ils notent également que certains patients normalisent les effets indésirables perçus, les attribuant à l'âge, alors que ces symptômes peuvent indiquer une intolérance à l'AINS, n'informant pas nécessairement leur médecin traitant de leur survenue ou acceptant de prendre un autre médicament pour combattre cet effet indésirable, en estimant que l'AINS les soulage.

Références

1. Chevalier P. Ibuprofène local ou oral pour une gonarthrose douloureuse ? MinervaF 2008;7(5):78-9.
2. Underwood M, Ashby D, Cross P, et al; TOIB study team. Advice to use topical or oral ibuprofen for chronic knee pain in older people : randomised controlled trial and patient preference study. BMJ 2008;336:138-42.
3. Carnes D, Anwer Y, Underwood M, et al; TOIB study team. Influences on older people's decision making regarding choice of topical or oral NSAIDs for knee pain: qualitative study. BMJ 2008;336:142-5.