

Chaque mois, la Collaboration Cochrane produit environ 80 revues systématiques de grande qualité. Si toutes ces revues peuvent apparaître intéressantes pour un médecin généraliste, une partie seulement de ces publications concerne son champ d'activité et peut avoir un impact sur ses pratiques.

Le département de médecine générale de la faculté de médecine Paris Descartes, dans le cadre d'un partenariat avec **Cochrane France**, sélectionne chaque mois les résumés qui semblent les plus pertinents pour les médecins généralistes. Cette lettre est diffusée par courriel. Pour chaque résumé sont présentés uniquement le contexte, les objectifs, et la conclusion. Un lien permet d'aller chercher sur internet le résumé complet.

Cette lettre présente des résumés de revues publiées **en juin 2018** par la Cochrane Library.

Si un de vos collègues souhaite s'abonner à cette lettre d'information, il peut inscrire sur le site internet de [Cochrane France](http://www.cochrane.fr)

Contacts :

- **Cochrane France** : Docteur Pierre Durieux (pierre.durieux@aphp.fr)
- **Département de médecine générale de la faculté Paris Descartes** : Professeur Serge Gilberg (gilberg@parisdescartes.fr)

Les antibiotiques sont-ils un traitement complémentaire sûr et efficace pour les exacerbations de l'asthme ?

Contexte :

L'asthme est une maladie respiratoire chronique qui affecte plus de 300 millions d'adultes et d'enfants dans le monde. Il se caractérise par une respiration sifflante, une toux, une oppression thoracique et un essoufflement. Typiquement, les symptômes sont intermittents et peuvent s'aggraver sur une courte période, entraînant une exacerbation. Les exacerbations de l'asthme peuvent être graves, entraînant l'hospitalisation ou même la mort dans de rares cas. Les exacerbations peuvent être traitées en augmentant les médicaments habituels de la personne et en fournissant des médicaments supplémentaires, tels que des stéroïdes oraux. Bien que les antibiotiques soient parfois inclus dans le traitement, les infections bactériennes sont seulement considérées comme étant responsables d'une minorité des exacerbations. Les directives actuelles stipulent que les antibiotiques devraient être réservés aux cas dans lesquels des signes clairs, des symptômes, ou des résultats de tests de laboratoire font penser à une infection bactérienne.

Objectifs :

Déterminer l'efficacité et la sécurité des antibiotiques dans le traitement des exacerbations de l'asthme.

Conclusions des auteurs :

Nous avons trouvé peu de preuves que les antibiotiques administrés lors d'une exacerbation de l'asthme pourraient améliorer les symptômes et le débit expiratoire de pointe lors du suivi par rapport aux soins courants ou à un placebo. Cependant, les conclusions étaient incohérentes dans les six études hétérogènes incluses, deux études avaient été menées il y a plus de 30 ans et la plupart des participants inclus dans cette revue avaient été recrutés dans des services d'urgence, ce qui limite la généralisation des conclusions à cette population. C'est pourquoi nous avons peu confiance dans ces résultats. Nous n'avons pas trouvé suffisamment de preuves pour plusieurs critères d'évaluation importants pour le patient (par exemple les admissions à l'hôpital) pour émettre des conclusions. Nous n'avons pas pu exclure une différence entre les groupes du point de vue des événements indésirables, mais les événements indésirables graves étaient rares.

Référence de la revue :

Normansell R, Sayer B, Waterson S, Dennett EJ, Del Forno M, Dunleavy A. Antibiotics for exacerbations of asthma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 6. Art. No.: CD002741. DOI: 10.1002/14651858.CD002741.pub2

Les bêta-bloquants et les inhibiteurs du système rénine-angiotensine-aldostérone dans le traitement de l'insuffisance cardiaque chronique à fraction d'éjection préservée

Contexte :

Les bêta-bloquants et les inhibiteurs du système rénine-angiotensine-aldostérone améliorent la survie et diminuent la morbidité chez les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque présentant une réduction de la fraction d'éjection ventriculaire gauche. Il existe des incertitudes concernant les effets bénéfiques de ces traitements pour les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée et une revue exhaustive des preuves est nécessaire.

Objectifs :

Étudier les effets des bêta-bloquants, des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine, des inhibiteurs de la néprilysine/antagonistes de l'angiotensine et des antagonistes des récepteurs minéralocorticoïdes chez les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée.

Conclusions des auteurs :

Il y a des preuves que le traitement par ARM réduit l'hospitalisation pour insuffisance cardiaque chez les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée, toutefois, les effets sur les critères d'évaluation liés à la mortalité et la qualité de vie restent incertains. Les données disponibles pour les bêta-bloquants, les IECA, les ARA et les INAA sont limitées et il n'est pas évident que ces traitements aient un rôle dans le traitement de l'ICFEP en l'absence d'une indication alternative pour leur utilisation. Cette revue exhaustive met en évidence des lacunes persistantes dans les preuves, qui devraient être comblées grâce à plusieurs essais cliniques de grande envergure en cours.

Référence de la revue :

Martin N, Manoharan K, Thomas J, Davies C, Lumbers R. Beta-blockers and inhibitors of the renin-angiotensin aldosterone system for chronic heart failure with preserved ejection fraction. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 6. Art. No.: CD012721. DOI: 10.1002/14651858.CD012721.pub2

Les injections de toxine botulique pour prévenir la migraine chez l'adulte

Contexte :

La migraine touche environ 15 % des adultes et est classée comme la septième maladie la plus handicapante parmi l'ensemble des maladies. Malgré les traitements disponibles, de nombreuses personnes souffrent de crises prolongées et fréquentes qui ont un impact majeur sur leur qualité de vie. La migraine chronique est définie comme des maux de tête se produisant 15 jours ou plus par mois, avec des migraines se produisant au moins huit de ces jours. Les personnes atteintes de migraine épisodique ont des maux de tête moins de 15 jours par mois. La toxine botulique de type A a été autorisée dans certains pays pour le traitement de la migraine chronique, en raison des résultats de seulement deux essais.

Objectifs :

Évaluer les effets des toxines botuliques par rapport à un placebo ou un traitement actif pour prévenir ou réduire la fréquence des migraines chroniques ou épisodiques chez l'adulte.

Conclusions des auteurs :

Dans les cas de migraines chroniques, la toxine botulique de type A pourrait réduire de 2 jours le nombre de jours de migraine par mois par rapport à un traitement placebo. Des effets indésirables sans gravité ont probablement été ressentis par 60 participants sur 100 dans le groupe traité par rapport à 47 sur 100 dans le groupe placebo. Pour les personnes souffrant de migraine épisodique, nous ne savons pas clairement si ce traitement est efficace ou non, car la qualité du peu de preuves disponibles est très faible. Un meilleur compte-rendu des mesures des critères d'évaluation dans les essais publiés offrirait une base de preuves plus complète, permettant de tirer des conclusions.

Référence de la revue :

Herd CP, Tomlinson CL, Rick C, Scotton WJ, Edwards J, Ives N, Clarke CE, Sinclair A. Botulinum toxins for the prevention of migraine in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 6. Art. No.: CD011616. DOI: 10.1002/14651858.CD011616.pub2

Le donépézil pour les personnes atteintes de démence due à la maladie d'Alzheimer

Contexte :

La maladie d'Alzheimer est la cause la plus fréquente de démence chez les personnes âgées. Une approche de traitement symptomatique de la maladie d'Alzheimer est d'améliorer la neurotransmission cholinergique dans le cerveau en bloquant l'action de l'enzyme responsable de la décomposition du neurotransmetteur appelé acétylcholine. Ce blocage peut être effectué par un groupe de médicaments appelés inhibiteurs de la cholinestérase. Le donépézil est un inhibiteur de la cholinestérase.

Ceci est une version mise à jour d'une revue Cochrane publiée pour la première fois en 1998.

Objectifs :

Évaluer l'efficacité clinique et la sécurité du donépézil chez les personnes atteintes de démence légère, modérée ou grave due à la maladie d'Alzheimer ; comparer l'efficacité et la sécurité de différentes doses de donépézil ; et évaluer les effets du donépézil sur l'utilisation et le coût des ressources de santé.

Conclusions des auteurs :

Il y a des preuves de qualité modérée que les personnes atteintes de démence légère, modérée ou grave due à la maladie d'Alzheimer, traitées au donépézil pour des périodes de 12 ou 24 semaines bénéficient de légères améliorations de la fonction cognitive, des activités de la vie quotidienne et de l'état clinique global évalué par un clinicien. Il y a des preuves que l'utilisation du donépézil n'est pas plus chère ou moins chère qu'un placebo lorsque le coût total des dépenses de santé est évalué. Les effets bénéfiques obtenus avec 23 mg/jour n'étaient pas plus grands qu'avec 10 mg/jour, et les effets bénéfiques obtenus avec la dose de 10 mg/jour étaient très légèrement supérieurs à ceux obtenus avec la dose de 5 mg/jour, mais les taux d'abandon et d'événements indésirables avant la fin du traitement étaient plus élevés avec la dose la plus forte.

Référence de la revue :

Birks JS, Harvey RJ. Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 6. Art. No.: CD001190. DOI: 10.1002/14651858.CD001190.pub3

Le vaccin antigrippal pour les personnes atteintes de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Contexte :

Les vaccinations antigrippales sont actuellement recommandées dans la prise en charge des personnes atteintes de BPCO, mais ces recommandations reposent en grande partie sur des preuves issues d'études d'observation, avec très peu d'essais contrôlés randomisés (ECR) publiés. L'infection grippale entraîne un surplus de morbidité et de mortalité chez les personnes atteintes de BPCO, mais il existe aussi une possibilité que la vaccination antigrippale entraîne des effets indésirables ou ne soit pas rentable.

Objectifs :

Déterminer si la vaccination antigrippale chez les personnes atteintes de BPCO réduit les maladies respiratoires, réduit la mortalité, est associée à un surplus d'événements indésirables, et est rentable.

Conclusions des auteurs :

Il semble, d'après le nombre limité d'ECR que nous avons pu inclure, qui dataient tous de plus de dix ans, qu'un vaccin inactivé réduise le nombre d'exacerbations chez les personnes atteintes de BPCO. L'ampleur de l'effet était comparable à celle rapportée dans des études observationnelles à grande échelle, et était due à une réduction du nombre d'exacerbations survenant trois semaines ou plus après la vaccination et causée par la grippe. Il y avait une légère augmentation des effets indésirables locaux passagers avec la vaccination, mais aucune preuve d'une augmentation du nombre d'exacerbations précoces. L'ajout d'un virus vivant atténué au vaccin inactivé n'a pas montré d'effets bénéfiques supplémentaires.

Référence de la revue :

Kopsaftis Z, Wood-Baker R, Poole P. Influenza vaccine for chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 6. Art. No.: CD002733. DOI: 10.1002/14651858.CD002733.pub3

Traitements de la maladie de haute altitude (des montagnes)

Contexte :

La maladie aiguë de haute altitude est définie comme un groupe de syndromes cérébraux et pulmonaires qui peut se produire au cours d'un voyage à haute altitude. Elle est plus fréquente au-dessus de 2500 mètres, mais peut être observée à plus basse altitude, en particulier chez les personnes sensibles. La maladie aiguë de haute altitude comprend un large éventail de syndromes défini sous les appellations de « mal aigu des montagnes » (MAM), « œdème cérébral de haute altitude » et « œdème pulmonaire de haute altitude ». Il existe plusieurs interventions pour traiter cette affection, à la fois des interventions pharmacologiques et non pharmacologiques ; toutefois, leurs effets bénéfiques et nocifs sont très incertains.

Objectifs :

Évaluer l'efficacité clinique et la sécurité des interventions (non pharmacologiques et pharmacologiques), en monothérapie ou en combinaison, pour le traitement de la maladie aiguë de haute altitude.

Conclusions des auteurs :

Les preuves disponibles pour déterminer les effets des interventions non pharmacologiques et pharmacologiques dans le traitement de la maladie aiguë de haute altitude sont limitées. Des preuves de faible qualité suggèrent que la dexaméthasone et l'acétazolamide pourraient réduire le score du MAM par rapport à un placebo. Toutefois, les bénéfices et les effets nocifs cliniques liés à ces interventions restent flous. Dans l'ensemble, les preuves sont d'une importance pratique limitée dans le domaine clinique. Une recherche de qualité dans ce domaine est nécessaire, étant donné que la plupart des essais ont été mal menés et mal documentés.

Référence de la revue :

Simancas-Racines D, Arevalo-Rodriguez I, Osorio D, Franco JVA, Xu Y, Hidalgo R. Interventions for treating acute high altitude illness. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 6. Art. No.: CD009567. DOI: 10.1002/14651858.CD009567.pub2

La lamotrigine par rapport à la carbamazépine en monothérapie (traitement avec un seul médicament) pour l'épilepsie

Contexte :

Ceci est une version mise à jour de la revue Cochrane originale publiée dans le numéro 11, 2006 de la base des revues systématiques Cochrane.

L'épilepsie est un trouble neurologique fréquent dans lequel des décharges électriques anormales dans le cerveau causent des crises non provoquées récurrentes. Il est communément admis qu'avec un traitement médicamenteux efficace, jusqu'à 70 % des personnes atteintes d'épilepsie active pourraient devenir exemptes de crises et entrer en rémission à long terme peu de temps après le début du traitement avec un médicament antiépileptique en monothérapie.

Pour les personnes épileptiques nouvellement diagnostiquées, le choix correct du médicament antiépileptique de première intention a une grande importance. Il est important que le choix des médicaments antiépileptiques pour une personne soit fait à l'aide des preuves de la plus haute qualité concernant les effets bénéfiques et néfastes potentiels des différents traitements.

La carbamazépine ou la lamotrigine sont recommandées comme traitement de première intention pour les nouvelles crises d'épilepsie focales et comme traitement de première ou deuxième intention pour les crises généralisées tonico-cloniques. La réalisation d'une synthèse des preuves provenant d'essais existants permettra d'accroître la précision des résultats pour les critères d'évaluation relatifs à l'efficacité et à la tolérance et est susceptible d'aider à informer le choix entre les deux médicaments.

Objectifs :

Passer en revue le délai avant l'échec du traitement, la rémission et la première crise avec la lamotrigine par rapport à la carbamazépine lorsqu'elles sont utilisées en monothérapie chez des personnes atteintes de crises d'épilepsie focales (crises focales simples ou complexes et avec généralisation secondaire) ou de crises généralisées tonico-cloniques (avec ou sans autres types de crises généralisées).

Conclusions des auteurs :

Des preuves de qualité modérée indiquent qu'un échec du traitement pour une raison liée au traitement ou en raison d'événements indésirables se produit significativement plus tôt sous carbamazépine que sous lamotrigine, mais les résultats pour le délai avant la première crise suggéraient que la carbamazépine pourrait être supérieure du point de vue du contrôle des crises. Le choix entre ces traitements de première intention doit être fait avec une attention particulière. Nous recommandons que de futurs essais soient conçus pour permettre la meilleure qualité possible en ce qui concerne la mise en aveugle, le choix de la population, la catégorisation du type de crises, la durée du suivi, le choix des critères d'évaluation, et l'analyse et la présentation des résultats.

Référence de la revue :

Nevitt SJ, Tudur Smith C, Weston J, Marson AG. Lamotrigine versus carbamazepine monotherapy for epilepsy: an individual participant data review. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 6. Art. No.: CD001031. DOI: 10.1002/14651858.CD001031.pub4

La solution saline nasale pour la rhinite allergique

Contexte :

La rhinite allergique est un problème fréquent qui touche à la fois les adultes et les enfants. Les patients ressentent des symptômes d'obstruction nasale, d'écoulement nasal, d'éternuements et de démangeaisons nasales susceptibles d'affecter leur qualité de vie.

L'irrigation nasale avec une solution saline (eau salée), également connu sous le nom de douche, rinçage ou lavage nasal, est une procédure qui nettoie les fosses nasales avec des solutions salines isotoniques ou hypertoniques. Elle peut être réalisée avec une faible pression positive provenant d'un vaporisateur, d'une pompe ou d'un flacon souple, avec un nébuliseur ou par gravité lorsqu'une personne verse une solution saline dans l'une des narines et la laisse s'écouler par l'autre narine. Les solutions salines sont en vente libre et peuvent être utilisées seules ou en complément d'autres traitements.

Objectifs :

Évaluer les effets de l'irrigation nasale avec une solution saline chez les personnes atteintes de rhinite allergique.

Conclusions des auteurs :

L'irrigation avec une solution saline pourrait réduire la gravité de la maladie rapportée par le patient par rapport à l'absence d'irrigation avec une solution saline jusqu'à trois mois chez les adultes et les enfants atteints de rhinite allergique, sans effets indésirables rapportés. Aucune donnée n'était disponible pour des critères d'évaluation au-delà de trois mois. La qualité globale des preuves était faible ou très faible. Les études incluses étaient généralement petites et utilisaient un éventail de mesures différentes des critères d'évaluation pour rapporter des scores de la gravité de la maladie, avec une validation peu claire. Cette revue n'a pas inclus de comparaisons directes de types de solution saline (par exemple différents volumes, différentes tonicités).

Puisque l'irrigation avec une solution saline pourrait offrir une alternative bon marché, sûre et satisfaisante aux stéroïdes par voie nasale et aux antihistaminiques, davantage de recherches de qualité élevée présentant une puissance statistique suffisante sont justifiées dans ce domaine.

Référence de la revue :

Head K, Snidvongs K, Glew S, Scadding G, Schilder AGM, Philpott C, Hopkins C. Saline irrigation for allergic rhinitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 6. Art. No.: CD012597. DOI: 10.1002/14651858.CD012597.pub2

Cochrane France est le centre national de la collaboration Cochrane, organisation internationale, indépendante (ne recevant en particulier aucun financement de l'industrie pharmaceutique), à but non lucratif, dont l'objectif est de synthétiser les connaissances dans le domaine de la santé. Une de ces activités principales est la production de revues systématiques évaluant l'efficacité des interventions diagnostiques, thérapeutiques, préventives et organisationnelles dans le domaine de la santé. Ces revues sont accessibles dans la banque de données Cochrane.

Cochrane France est organisé sous la forme d'un Groupement d'intérêt scientifique (GIS) qui associe la Haute Autorité en Santé, l'INSERM et l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris. Il est financé par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Cochrane France a mis en place un programme destiné à la traduction de l'ensemble des résumés des revues Cochrane. Ces traductions ont été rendues possibles grâce, outre à la contribution financière du [ministère français des affaires sociales et de la santé](#), et à celle des organismes canadiens suivants ([Instituts de recherche en santé du Canada](#), [ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec](#), [Fonds de recherche du Québec-Santé](#) et [Institut national d'excellence en santé et en services sociaux](#)).