

JOURNAL DE MEDECINE GENERALE

16 BLAISE PASCAL

J MG 16BP 2008;7:21-27 [NUMERO QUARANTE SIX]

De la médecine générale, seulement de la médecine générale.

Consultez mon blog : <http://docteurdu16.blogspot.com/>

Editorial Docteur Gregory House. Pour les collègues et les autres qui ne connaissent pas le fameux docteur House, je suis désolé pour cet éditorial et leur conseille de regarder TF1 quand la nouvelle saison sera programmée. Mais ils doivent être avertis qu'ils ne devraient pas tarder à devenir accros. House est un médecin hospitalier américain, exerçant la médecine de diagnostic (sic) dans un centre universitaire qui s'appellerait Princeton. Il ne ressemble ni à Pierre Fresnay ni à Georges Clooney et ses caractéristiques sont les suivantes : 1) il réfute toute forme d'empathie à l'égard des malades ; 2) il croit de façon irrationnelle à la sémiologie ; 3) il a tout lu dans la littérature, serait-ce en portugais ou en Hindi ; 4) il est un adepte des visites de terrain (mais qu'il fait faire à ses collaborateurs) mais quand les patients ne sont pas là ; 5) il aime à la fois tout dire aux patients et leur mentir ; 6) il déteste la bobologie et les spécialistes. Pour le reste, il est toxicomane (en raison de douleurs chroniques), célibataire, mais on sait qu'il ne l'a pas toujours été, à l'écoute des ragots, désagréable, impoli, provocateur, aime avoir des souffre-douleurs, et n'hésite pas à évoquer les sujets tabous de la société américaine : les noirs, les femmes, l'argent, le sexe, Dieu. Il m'est impossible de ne pas mentionner l'analogie House / Holmes qui a été voulue par les scénaristes avec Wilson / Watson, vicodine / héroïne, guitare et piano / violon, ontologie des malades / personnages liée à leur seul aspect pathologique / physique... Pour le reste, **qu'est-ce qu'un MG peut apprendre de ce héros de fiction ?**

1) House est souvent au tableau où, en compagnie de ses trois assistants, il détaille les symptômes et évoque les hypothèses, chacun parle, en prend pour son grade, mais les médecins communiquent, pas comme au café du commerce : es qualités ; peut-on parler de maïeutique ?

2) La sémiologie est ce qu'il y a de mieux même si dans la série la sémiologie non clinique, celle de l'interprétation des examens complémentaires (demandés à profusion), prend une place considérable ;

3) un médecin doit TOUT savoir et TOUT faire, il ne doit faire confiance à personne (dans la série, et contre toute logique, ce sont les assistants qui séquencent l'ADN, qui font les IRM, et cetera) ;

4) la médecine ne s'arrête pas et ne commence pas par le malade : le malade est un animal environnemental ;

5) Chaque fois que le médecin prend une décision par sympathie ou par haine, il risque encore plus de faire une erreur ;

6) Se tromper est au fondement de toute bonne médecine ;

7) Le pouvoir médical n'est pas un vain mot : il est capable de faire tout avaler au patient, même si, au nom du paternalisme, c'est pour la bonne cause ;

8) La médecine salit les mains de celui qui l'exerce mais est inhérente à la pratique dubitative du thérapeute.

Que les futurs Docteurs House se méfient d'eux-mêmes : le génie n'est pas partagé par tous.



Diabète de type II : l'automesure glycémique ne sert toujours à rien !

L' automesure de la glycémie avec un lecteur de glycémie semblait un problème résolu depuis longtemps : de nombreuses études avaient montré que cela ne servait à rien¹. Mais se posait la question de savoir si le lecteur de glycémie pouvait avoir quand même un intérêt en début de traitement. C'est chose faite. L'essai mené par O'Kane² et collaborateurs n'a pas montré de différence significative sur le niveau de l'HbA1C (ni sur le nombre d'épisodes d'hypoglycémie) chez les patients dont le diabète venait d'être diagnostiqué selon qu'ils étaient ou non soumis à l'autocontrôle glycémique lors d'un suivi de douze mois. En revanche une tendance dépressive a été significativement retrouvée dans le groupe autocontrôle.

JCG : Les données de ce travail vont, encore une fois, à l'encontre du sens commun qui dit que l'autocontrôle vaut mieux que pas de contrôle du tout. Cette étude a un côté provocateur (dans ses résultats) mais ne signifie-t-elle pas, au bout du compte, que le facteur confondant pour les deux groupes, c'est l'inaptitude des médecins à expliquer le diabète de type II à leurs patients et l'inaptitude des patients à saisir l'intérêt de l'étude UKPDS ? Ou, plus simplement, il faut se faire à l'idée que le pouvoir de la publicité

¹ Gallichan M. Self monitoring of glucose by people with diabetes; evidence based practice. *BMJ* 1997;314:964-7. [\[Free Full Text\]](#)

De Alva M, Jervell J. Self-monitoring of glucose by people with diabetes. Self-monitoring improves quality of life and prognosis of people with diabetes. *BMJ* 1997;315:184-5.

Coster S, Gulliford MC, Seed PT, Powrie JK, Swaminathan R. Monitoring blood glucose control in diabetes mellitus: a systematic review. *Health Technol Assess* 2000;4:i-93. [\[Medline\]](#)

Coster S, Gulliford MC, Seed PT, Powrie JK, Swaminathan R. Self-monitoring in type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis. *Diabetic Med* 2000;17:755-61.

Welschen LMC, Bloemendal E, Nijpels G, Dekker JM, Heine RJ, Stalman WAB, et al. Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes who are not using insulin: a systematic review. *Diabetes Care* 2005;28:1510-7. [\[Free Full Text\]](#)

² O'Kane MJ, Bunting B, Copeland M, Coates VE; on behalf of the ESMON Study Group. Efficacy of self monitoring of blood glucose in patients with newly diagnosed type 2 diabetes (ESMON study): randomised controlled trial. *BMJ* 2008; doi: 10.1136/bmj.39534.571644.BE. [\[Abstract/Free Full Text\]](#)

pour les sucreries (à manger et à boire) est plus important que les conseils des médecins et autres professionnels de santé. Le lobby médical en prend un coup. A moins, hypothèse satanique que tout le monde se partage le marché : les industriels avec d'un côté le sucre et de l'autre les médicaments pour lutter contre le sucre (respectivement Coca Cola et Pfizer) et le lobby médical avec les consultations, les bons conseils et les malades chroniques.

Bisphosphonates et fibrillation auriculaire

Une étude cas-témoin étatsunienne (Seattle) montre que le traitement par alendronate double le risque de FA. On savait déjà que le traitement préventif de l'ostéoporose était une entreprise marketing et non une démarche médicale mais là, ça commence à bien faire.

http://www.theheart.org/viewArticle.do?primaryKey=870689&nl_id=tho02jun08&edition=fr

Les effets de la propagande vaccinale

Une maman m'amène son enfant de onze ans le jour où son médecin généraliste, débordé, ne peut le recevoir. Le gamin fait une banale rhinopharyngite (qui aurait pu attendre la disponibilité du médecin, passons) et je feuillette d'un œil distrait son carnet de santé. J'apprends deux choses : la première, qu'il est épileptique traité par depakine (la maman était, selon elle, sur le point de me le dire), la seconde qu'il a reçu sept injections de vaccins anti hépatite B !

Bon, faut quand même pas charrier !

Je sais que certains médecins croient aux injections de rattrapage, mais là, il faudrait quand même qu'ils sachent... que le mieux est l'ennemi du bien. Que l'on n'aille pas me faire dire ce que je n'ai pas dit, à savoir que ces sept injections pourraient avoir un rapport quelconque avec l'épilepsie... Je n'ai rien dit. Aucune donnée de la littérature ne semble l'indiquer. Mais, bon, il faudrait quand même que les médecins se calment et considèrent

avec attention les gestes qu'ils pratiquent chez leurs patients.

Une histoire de chasse EBM

VOici l'histoire d'un médecin, Brett Montgomery, qui écoute une question à la con d'un de ses patients et qui, au lieu de la balayer d'un revers de main comme la majorité de ses confrères l'aurait fait, tente d'y répondre et se rend compte qu'il aurait mieux valu, finalement, s'abstenir et se comporter comme d'habitude en expert médical et se retrancher derrière l'argument d'autorité.

L'histoire (résumée) est la suivante : un patient de 49 ans porteur d'une affection rhumatismale chronique, dont l'état symptomatique s'est récemment amélioré avec etanercept et injections intra articulaires de corticoïdes, pose la question suivante à son médecin (un hospitalier australien en médecine générale) : « Hé, doc, j'ai lu un article disant que les antalgiques pouvaient entraîner de l'hypertension, qu'en pensez-vous ? » Le médecin, après avoir parlé des AINS, se rend compte qu'il s'agit bien du paracétamol et qu'il n'a jamais entendu parler de ce genre de choses. Avec l'aide du patient il retrouve l'article grand public sur internet et l'article scientifique³ qui a entraîné la parution de l'article grand public. Il dit au patient qu'il lui en reparlera lors de la consultation suivante. C'est une étude de cohorte prospective qui a réuni 16031 patients étudiés pendant quatre ans (des hommes, professionnels de santé, d'âge moyen 65 ans). Elle montre que le risque de voir apparaître une nouvelle hypertension est de 34 % plus élevée chez les utilisateurs fréquents de paracétamol que chez les autres. Brett n'est pas convaincu pour de nombreuses raisons : il semblerait que le risque soit plus important quand le paracétamol est pris 4 à 5 jours par semaine que lorsqu'il est pris 6 à 7 jours par semaine ! ; et si l'on mélange les deux groupes en ajustant en fonction de la pression artérielle initiale, la signification disparaît. Par ailleurs le consultant se pose la

³Forman JP, Rimm EB, Curhan GC. Frequency of analgesic use and risk of hypertension among men. *Arch Intern Med* 2007;167:394-9. [\[Abstract/Free Full Text\]](#)

question (déjà abordée par la littérature) : est-ce la douleur qui entraîne l'HTA ou le paracétamol ? ou est-ce la douleur qui entraîne l'inactivité ? Brett fait une nouvelle recherche documentaire (« Asking focused clinical questions » tool on the University of Oxford's Centre for Evidence-Based Medicine's website) et retrouve plusieurs articles : l'un, une étude de cohorte rassemblant 8000 médecins mâles, du type de l'étude Forman (négative) et d'autres, de moindre qualité méthodologique, qui lui semblent biaisées et sans intérêt...

Retour vers le patient : Brett fait part de ses « conclusions » au patient qui, persuadé du « risque » du paracétamol, a réduit de lui-même sa consommation... Il lui explique que son risque de développer une HTA sur quatre ans était de 7,5% et, qu'avec les résultats de l'étude Forman, ce risque passait à 10 %... En résumé, à la question de savoir si le paracétamol pouvait entraîner une HTA, la réponse est « Maybe » (peut-être).

JCG : On voit que prendre en compte les questions de ses patients sans les balayer d'un revers de main (l'argument d'autorité) n'est pas une mince affaire, que cela prend du temps, que cela demande de l'énergie, du courage, des connaissances et qu'il s'agit ni plus ni moins que d'appliquer l'EBM (c'est donc pas de la tarte !)

JCG 2 : A aucun moment je n'ai lu quelque chose concernant les formes du paracétamol (sèches ou effervescentes). Un oubli ?

Du côté de chez Prescrire (n ° 296)

DAns le courrier des lecteurs (p 473) un médecin interniste fait une critique de l'EBM ou plutôt, selon lui, de ce qu'elle est devenue.

Selon lui (il ne cache pas ses conflits d'intérêts puisqu'il écrit une lettre pour faire la promotion de son bouquin) l'EBM n'est plus ce qu'elle était et de se plaindre.

Je résume donc ce qu'il prétend : **l'EBM est devenue une entreprise de normativité externe et, plus encore, un outil du contrôle étatique.** Diable ! Avec cette interprétation, qui n'est pas tout à fait fautive, il caresse dans le sens du poil les professionnels de santé qui

sont des éternels rebelles et qui, au nom de l'Art médical, ne pensent qu'à travers l'expertise interne ou l'expérience clinique du praticien, et se croient tout permis : a) parce qu'ils sont les meilleurs (tous les médecins sont de « grands » cliniciens quand on les écoute); b) parce que leur intuition est plus forte que les essais cliniques, fussent-ils bien conduits; c) parce que les structures institutionnelles sont toujours de grandes méchantes louves (CPAM, HAS, et cetera...).

Et je lui réponds : je ne reviendrai pas ici sur les fondements de l'EBM (que je commente sur mon blog <http://docteurdu16.blogspot.com/>) mais il me paraît fondamental de rappeler les trois piliers de l'EBM et ce qu'ils signifient : 1) l'expertise interne ou l'expérience clinique ou, mais le terme est suspect, la compétence du praticien; 2) l'expertise externe : les meilleures preuves cliniques applicables issues de la recherche; 3) les valeurs et les préférences du patient.

Je dirai, pour faire court, que l'expertise externe est finalement le point le moins controversé mais que le nombre de publications nécessite que des instances académiques reconnues ou des revues de qualité fassent des résumés (respectivement par exemple la revue Cochrane ou l'HAS ou LRP, toutes choses non égales par ailleurs).

Mais les deux points les plus litigieux sont bien évidemment le 1) et le 2).

L'expertise interne signifie évaluation des praticiens dont l'Évaluation des pratiques professionnelles fait partie.

Mais surtout : qui parle des patients (le bon docteur interniste a d'ailleurs oublié qu'ils existaient en ne les citant qu'une seule fois) ? Qui sait comment il faut leur parler ? Qui a l'humilité de croire que les patients ne sont pas d'autres nous-mêmes ? C'est un des points fondamentaux de l'EBM et la littérature, notamment française, est d'une pauvreté désolante.

Nous sommes d'accord sur la tentation normative mais il faut avouer qu'en prenant connaissance de la diversité des pratiques il est tentant de nettoyer les Ecuries d'Augias.

Mais l'expertise interne est, comme le bon sens, la chose la plus répandue du monde. Mais comment évaluer cette expertise ?

Quant aux valeurs et préférences du patient, elles sont difficiles à connaître, à évaluer et

SURTOUT en situation. La réponse à la question : « Voulez-vous échanger dix ans d'une vie avec des effets indésirables graves (impuissance, incontinence urinaire, dystrophie mammaire) contre sept ans de vie sans ce type d'effets ? » est probablement différente avant que le patient sache qu'il a un cancer et quand il le sait. A suivre.

Cancer de la prostate. Article passionnant sur l'histoire naturelle des cancers de la prostate localisés (pp 450-3) qui confirme que le cancer de la prostate est très souvent un tigre de papier.

MAIS

Si on reprend exactement le texte, dérivé des études lues par LRP, on lit (et c'est moi qui souligne) « **Chez les patients âgés d'environ 70 ans, les cancers localisés de ce type [bien différenciés] ont peu d'influence sur la durée de vie : après plus de 20 ans d'évolution, les décès sont le plus souvent liés à une cause autre que le cancer de la prostate. Les aggravations du cancer sont peu fréquentes [un patient sur huit].**

Par contre [sic], quand il s'agit de cancers localisés de la prostate histologiquement indifférenciés (environ 5 % des cancers localisés), le risque de décès est très élevé, dès les premières années d'évolution. »

Il n'est donc pas inutile d'en parler à ses patients car certains d'entre eux pensent d'abord à ces 5 % même si, statistiquement, le risque est faible.

Actualités hormonales de la ménopause

PAtchs. Une étude française colligeant huit essais observationnels et neuf essais contrôlés est publiée dans un journal anglo-saxon (ce n'est donc pas fait pour les ennemis des plombiers polonais et, accessoirement, des médecins étrangers)⁴. Les auteurs disent ne pas avoir de conflits d'intérêts, voici leurs noms :

Marianne Canonico, *postdoctoral research fellow*^{1,2},
Geneviève Plu-Bureau, *gynaecologist*^{1,3}, Gordon D O

4

http://www.bmj.com/cgi/content/full/336/7655/1227?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=hormone+replacement+therapy&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resource_type=HWCIT

Voici la conclusion : les estrogènes par voie orale augmentent le risque veineux thromboembolique, spécialement durant la première année. Les estrogènes par voie transdermique semblent plus sûrs de ce point de vue. Plus de données sont nécessaires pour déterminer les différences de risque parmi les nombreux traitements et surtout les différents types de progestatifs.

JCG : dans le BMJ les réponses à cet article sont plutôt négatives sauf pour une spécialiste (autrichienne) du suivi des femmes ovariectomisées qui est d'accord. Enième tentative pour réhabiliter les hormones ? A suivre.

Infertilité non expliquée : faut-il médicaliser ?

Nul doute que cette étude écossaise est décoiffante. Des auteurs écossais ont comparé trois techniques pour obtenir des bébés chez des femmes dont le mécanisme d'infertilité était inconnu.⁵

Critères d'inclusion : Au moins deux ans d'infertilité, perméabilité tubaire avérée, ovulation détectée, et sperme "normal".

Cette étude a été menée sur trois bras parallèles avec randomisation pragmatique pendant six mois

- **groupe témoin** : conseils sur la nécessité d'avoir des rapports sexuels, pas de courbe de température, pas de médicaments, pas de kits pour doser la progestérone, pas de visites ou d'examens programmés

- **groupe clomifène** : les femmes recevaient 50 mg de clomifène entre J2 et J6 de leur cycle. Durant le premier cycle elles subissaient un scanner transvaginal et un contrôle de la progestérone. Les cycles suivants étaient suivis par un contrôle de la progestérone. On demandait aux couples d'avoir des rapports sexuels entre D12 et D18 du cycle. Si au moins trois follicules ovariens étaient détectés dans le premier cycle, le cycle était interrompu et le

5

http://www.bmj.com/cgi/content/full/337/aug07_2/a716

couple était avisé de ne plus avoir de rapports. Le cycle suivant, les femmes qui avaient été trop stimulés recevaient 25 mg de clomifène et les mêmes mesures que lors du premier cycle étaient effectuées...

- **groupe insémination intra-utérine non stimulée** : on demandait aux femmes de monitorer les concentrations matinales de LH à partir du douzième jour du cycle et l'insémination était effectuée...

Résultats : 580 femmes ont été randomisées dans les trois groupes témoin (193), clomifène oral (194) ou insémination intra-utérine non stimulée (193). Les trois groupes étaient comparables. Le nombre de naissances a été respectivement de 17 %, 14 % et 23 % (NS). Significativement plus de femmes randomisées dans les groupes 2 et 3 (respectivement 94 et 96 %) ont trouvé l'étude acceptable que celles du groupe témoin (80 %).

Conclusion : Pour les couples présentant une infertilité non expliquée, les traitements comme l'usage empirique du clomifène et l'insémination intra-utérine non stimulée n'apportent pas un taux de naissances supérieur à la méthode d'attente.

JCG : une critique de taille : six mois, c'est pas beaucoup (mais les couples étaient déjà infertiles depuis deux ans). Mais il y a désormais tellement d'émissions à la télévision qui font de la médicalisation du coït fécondant une donnée majeure de nos habitudes...

Dossiers médicaux électroniques aux US

UNe enquête menée chez presque 3000 médecins étatsuniens ⁶ montre que très peu de médecins sont équipés, que leur équipement les satisfait mais que peu les utilisent. Les praticiens étatsuniens ont été lents à adopter les dossiers médicaux électroniques (DME) mais ceux qui le font rapportent généralement des effets positifs (New England journal of Medicine). Presque 3000 praticiens ont répondu à une enquête

6

<http://content.nejm.org/cgi/content/full/NEJMsa0802005>

concernant leur utilisation des DME pour des patients vus en externe
Quelques faits :

- 13 % des praticiens disposent de DME de base et 4 % de DME plus perfectionnés
- les DME sont plus souvent utilisés par les praticiens les plus jeunes et dans les centres médicaux, hôpitaux et dans les grands cabinets de groupe de médecine de premier soin.
- La plupart de ceux qui utilisent les DME rapportent des effets positifs, sur des sujets comme la décision thérapeutique, la communication avec les patients et les autres intervenants, les renouvellements d'ordonnances et le fait d'éviter les erreurs médicales.
- Le système de prescription électronique total, c'est-à-dire la non remise d'une ordonnance au patient, mais l'envoi direct chez le pharmacien ne concerne que 7 % des médecins installés aux Etats-Unis en mars 2008.

JCG : Cette enquête n'apporte pas grand-chose que l'on ne savait mais je pensais que les médecins américains étaient plus équipés. Une enquête française serait la bienvenue pour connaître l'équipement et le type d'utilisation des DME à l'hôpital et en ville. Je soulignerais plusieurs points en médecine générale : les DME sont souvent une usurpation de langage et servent surtout à faire de la comptabilité plus que de la médecine ; les dossiers électroniques sont parfois moins complets que les anciens dossiers papiers (et les dossiers papiers doivent coexister) ; de nombreux cabinets de groupe ne sont pas en réseau ; la pratique des courriers tapuscrits n'est pas assez développée.

Cancer de la prostate localisé : pas d'anti androgènes !

Plus ça va et plus le nombre de preuves concernant l'acharnement thérapeutique imposé par avis professionnel s'accumule.

Je me rappelle, dans mon jeune temps, le nombre de patients traités pas distilbène avec la plus grande des bonnes fois possibles, ces patients dont les deux caractéristiques

essentielles étaient leur risque de faire un infarctus et la forme de leur poitrine...

Une étude américaine ⁷ fait le point sur l'utilisation des médicaments anti androgènes dans le cancer de la prostate localisé.

Je vous propose le contexte dans lequel cette étude a été réalisée. « En dépit de manque de données, de plus en plus de patients reçoivent un traitement premier antiandrogène en alternative à la chirurgie, à la radiothérapie, ou au traitement conservateur dans le traitement des cancers localisés de la prostate.

Voici la conclusion : Un traitement anti-androgène initial [en alternative à la chirurgie, la radiothérapie ou l'abstention] n'est pas associé à une augmentation de l'espérance de vie chez la majorité des patients âgés présentant un cancer localisé de la prostate comparé à un traitement conservateur.

JCG : nous avons rapporté plus haut les données de LRP. Cette nouvelle étude sur les cancers T1 et T2 confirme ce que l'on supposait. Pourquoi s'acharner ?

MAIS EN PRATIQUE : comment faire ? Quel est le poids du médecin généraliste pour s'opposer à la prescription quasi systématique de ces anti-androgènes par l'urologue ou par l'oncologue ? Que dire au patient qui ne va pas le déstabiliser ? Comment lui en parler AVANT ? Si vous avez des idées...

Rechute d'AVC : baisser la PA n'est pas obligatoirement bénéfique

Uétude menée par Yussuf et collaborateurs (McMaster university) et parue dans le New England Journal of Medicine (<http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/N>)

⁷JAMA. 2008;300(2):173-181.

[EJMoa0804593v1](#)) montre que le traitement par telmisartan (Micardis / Pritor) initié rapidement après un accident ischémique cérébral et poursuivi pendant deux ans et demi ne diminue pas significativement le taux de rechute d'AVC, ni les événements cardiovasculaires majeurs ou le diabète.

Voici un résumé de l'essai (les résultats sont en gras **telmisartan / placebo**) :

- Essai multicentrique rassemblant 20332 patients venant d'avoir un AVC ischémique (**15 jours**) à qui est donné de façon randomisée soit telmisartan (n = 10146) à 80 mg / jour soit un placebo (n = 10186)

- Critère majeur : récurrence d'AVC (**9,2 % / 8,7 %**) ; critères secondaires : événements cardiovasculaires majeurs (mort pour cause cardiovasculaire, récurrence d'AVC, infarctus du myocarde, apparition ou aggravation d'une insuffisance cardiaque) [**13,5 % / 14,4 %**]; apparition d'un diabète (**1,7 % / 2,1 %**).

La PA a plus diminué dans le groupe telmisartan que dans le groupe placebo : - 5,4 et - 4 mm Hg à respectivement un mois et un an.

Plusieurs commentaires.

1 – Cette étude a comme premier signataire un des plus illustres expérimentateurs nord-américains (il a publié il y a bien longtemps la première étude montrant l'intérêt pour la morbidité d'utiliser des diurétiques dans le traitement de l'HTA)

2 – Le protocole de cette étude est lisible in extenso sur le site des essais cliniques du gouvernement américain (<http://clinicaltrials.gov/show/NCT00153062>)

3 – Elle a été sponsorisée par Boehringer.

4 – Elle montre encore une fois que les critères de substitution (ici le niveau de la PA) ne rendent pas compte des effets sur la pathologie.

5 – Il n'est pas possible de savoir si le non effet du telmisartan peut être étendu à d'autres molécules (effet de classe). Une autre étude, PROGRESS, avait montré une réduction significative du nombre d'AVC récurrents après perindopril et diurétiques vs placebo (PROGRESS, [JW Cardiol Dec 14 2001](#))

INR flottant

En pratique nous perdons un temps fou à équilibrer les INR qui sont d'une grande intravariabilité (chez le même patient). Nous avons beau répéter aux patients qu'un certain nombre d'aliments modifient les résultats (choux, laitue, épinard, tomates, huile de colza, foie, abats, par exemple) et nous avons beau tenter de changer d'antivitamines K... Des solutions ?

La phrase du mois : « J'ai besoin d'une aide au diagnostic pour un de mes patients, mais, surtout pas de références Prescrire ou BMJ, votre expérience personnelle... » Cueilli sur un forum médical.

GRANGE JC – 16, rue Blaise Pascal.
78200 – Mantes-La-Jolie. jcgrange@club-internet.fr. C'était le numéro Quarante
Six du J MG 16BP