

Soins de bouche

Les soins de bouche sont souvent négligés chez les personnes âgées, également chez les résidents en EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). Il y a pourtant de nombreuses mesures préventives possibles pour conserver une dentition et une bouche saines. Elles sont discutées ci-dessous. Ces interventions nécessitent toutefois un travail important, entre autres une grande implication du personnel soignant, en ajout aux nombreuses tâches qu'il doit déjà effectuer tous les jours. Ceci peut représenter un obstacle dans la mise en œuvre des mesures proposées. Nous plaçons malgré tout pour une bonne hygiène bucco-dentaire car elle peut être bénéfique non seulement pour la qualité de vie de cette population fragile mais également pour son état de santé général. Les soins de bouche ne sont pas qu'un détail et ne devraient pas être considérés comme tel.

Nous avons choisi de ne pas en aborder explicitement l'aspect traitement dans cette lettre. Les chapitres « Maladies infectieuses » et « Otorhinolaryngologie » du Formulaire MRS proposent des traitements pour certaines affections présentées ci-après. Il revient cependant souvent au dentiste ou au stomatologue de traiter les problèmes bucco-dentaires.

Ce texte s'inspire en grande partie du guide de pratique néerlandais sur les soins de bouche chez les personnes dépendantes dans des établissements de soins (rédigé par le « Beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters » ; anciennement NVVA, actuellement Verenso).

1 DÉFINITION ET OBJECTIFS DES SOINS DE BOUCHE

Les soins de bouche comprennent la *prévention*, le *diagnostic*, le *traitement* et le *suivi* des maladies et des problèmes dans la sphère orofaciale (au sens le plus large des termes utilisés). La sphère orofaciale est une unité fonctionnelle ayant comme fonctions principales l'ingestion d'aliments, la fonction vocale et la fonction d'expression sociale (pleurer, rire, embrasser, etc.). Un état bucco-dentaire sain implique que toutes ces fonctions puissent continuer à s'exercer de manière optimale.

Les soins de bouche devraient également faire partie d'un plan de soins : il s'agit d'un processus cyclique dans lequel les résultats de la stratégie appliquée sont évalués et la stratégie si nécessaire adaptée.

2 CAUSES FRÉQUENTES DE MALADIES BUCCO-DENTAIRES CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES

2.1 Autonomie réduite

Souvent, les personnes âgées ne peuvent plus maintenir leur hygiène bucco-dentaire à cause d'une perte de force dans les mains et dans les bras ou en raison de la survenue de tremblements ou de troubles de la coordination. Il se peut également que les personnes âgées n'expriment pas (ou ne sont plus capables d'exprimer) leur besoin d'aide. Il est aussi possible que le problème signalé ne soit pas reconnu comme tel par les autres personnes.

2.2 Prothèse dentaire (inadaptée)

De fort nombreuses personnes âgées portent une prothèse dentaire (complète) (aux Pays-Bas, environ les trois quarts des personnes de plus de 65 ans, en Flandre, environ la moitié)². La résorption progressive de l'os de la mâchoire modifie la surface portante de la prothèse dentaire. Si la prothèse n'est pas ajustée à temps, l'irritation peut causer une hyperplasie des gencives.

2.3 Maladies et usage de médicaments

Les personnes souffrant d'un *diabète sucré* présentent plus fréquemment des parodontites (sévères)³.

Il y a une prévalence accrue de problèmes bucco-dentaires chez les personnes atteintes de la *maladie de Parkinson*⁴. Les personnes atteintes de la maladie de Parkinson (primaire) peuvent présenter une sialorrhée ou une xérostomie. Il y a souvent une perte de poids entraînant un mauvais ajustement de la prothèse. L'effet anticholinergique des antiparkinsoniens favorise en outre la sécheresse de la bouche.

Un lien entre des *fonctions cognitives altérées* et la survenue de problèmes bucco-dentaires (e.a. les caries) a été montré⁵.

Les affections causant une sécheresse de la bouche et une hyposialie peuvent évidemment affecter la santé bucco-dentaire.

Certains médicaments peuvent entraîner une sécheresse de la bouche, une altération du goût (dysgueusie) et/ou un gonflement des gencives (voir également ci-dessous).

2.4 Tabagisme

Le tabagisme a un impact important sur la santé bucco-dentaire. Il peut provoquer : une coloration des dents et de la prothèse, une langue « vil-leuse », une diminution du goût (et de l'odorat), une hyperpigmentation des gencives (« mélanose du fumeur ») et du palais, des caries, une candidose orale, un échec de l'implantation de dents, une parodontite (avec comme conséquence éventuelle une chute de la dent), une leucoplasie et un cancer des lèvres, de la cavité buccale ou de la gorge^{6,7}.

3 CONSÉQUENCES D'UNE MAUVAISE SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Les problèmes bucco-dentaires peuvent nuire à la qualité de vie : une étude hollandaise effectuée auprès de personnes âgées vivant à domicile a montré que l'ingestion de certains aliments peut être désagréable, voire impossible et doit donc être évitée. Cette étude montre aussi que la mastication et le fait de mordre sont les fonctions les plus touchées et que 80% des personnes âgées évaluées étaient gênées par des restes de nourriture⁸.

Les affections bucco-dentaires peuvent ainsi entraîner une *diminution de l'ingestion d'aliments* et une *perte de poids*. Une malnutrition peut en résulter. Par ailleurs, la prévalence de pneumonie semble plus basse chez les personnes âgées vulnérables avec une bonne hygiène bucco-dentaire.

Une mauvaise santé bucco-dentaire peut provoquer des *douleurs*. Les caries, pulpites, gingivites, aphtoses, parodontites et candidoses peuvent être douloureuses. Des prothèses mal adaptées ou des éléments dentaires acérés peuvent endommager la muqueuse buccale et provoquer des douleurs. Chez les patients présentant des troubles de la communication, il faut prendre en compte les signaux non verbaux tels que la mise des doigts en bouche, les comportements d'auto-mutilation, les comportements agressifs lors des soins bucco-dentaires, les changements de comportement en mangeant ou en buvant, le refus de remettre la prothèse dentaire.

L'halitose, la dysgueusie, la glossodynie et la stomatodynie sont abordées plus loin dans le texte.

4 AFFECTIONS BUCCALES FRÉQUENTES

4.1 Caries - parodontite

Ces affections sont toutes deux liées à la présence de bactéries qui s'accumulent sur les dents au niveau d'une plaque dentaire. La métabolisation des sucres, provenant de la nourriture, par certaines bactéries conduit à la formation d'acides qui attaquent d'abord l'émail, puis les tissus avoisnants, et provoque la formation de petites cavités (caries). La salive a un « effet tampon » sur ce processus.

La parodontite est une inflammation du parodonte (tissu de soutien des dents), susceptible d'endommager l'os de la mâchoire ; les dents peuvent finir par se déchausser et tomber⁹.

4.2 Aphtose

Les aphtes sont de petites ulcérations, peu profondes, avec des bords réguliers, un fond gris-jaunâtre et entourées d'un halo érythémateux. Ils se limitent à la cavité buccale et n'apparaissent pas dans le contexte d'une affection systémique (syndrome de Reiter, syndrome de Behçet,...). Des carences en fer, zinc, vitamine B2 ou en acide folique ont été incriminées, mais l'administration de suppléments contenant les substances précitées n'a pas montré d'efficacité clinique significative sur les aphtes¹⁰.

Une ulcération aphtoïde qui persiste plus de 3 semaines doit être considérée comme potentiellement maligne, particulièrement en cas d'antécédents de tabagisme ou d'abus d'alcool.

4.3 Gingivite - Stomatite

La gingivite est une inflammation des gencives généralement induite par l'accumulation de plaque dentaire qui peut évoluer vers un décollement de la gencive associé à la destruction du

ligament péri-dentaire et de l'os alvéolaire adjacent. La gingivostomatite peut survenir entre autres suite à une infection par un virus de l'herpès simplex. La gingivite ulcéreuse nécrosante aiguë (« bouche des tranchées ») est une forme particulière (et rare) de gingivite associée à une flore anaérobie (*Fusobacterium nucleatum* et *Borrelia Vincenti*). Cette gingivite est très douloureuse et est accompagnée d'ulcérations et de saignements gingivaux. Certains médicaments peuvent provoquer une stomatite : les cytostatiques, les antibiotiques, les antidépresseurs (fluoxétine, sertraline, trazodone,...), les antiépileptiques (carbamazépine, phénytoïne,...), les antihypertenseurs (captopril, diurétiques, diltiazem,...), les antimycotiques, les AINS (aspirine, diclofénac, ibuprofène, naproxène), les inhibiteurs de la pompe à protons, l'allopurinol¹¹, ...

4.4 Candidose orale

L'infection fongique de la bouche peut être asymptomatique, mais elle est généralement douloureuse et peut être accompagnée d'une perte ou d'une altération du goût, symptômes qui peuvent compromettre l'ingestion normale d'aliments. Le tableau clinique peut fortement varier. La chéilite (« perlèche »), également sujette à une contamination bactérienne additive potentielle, peut aussi être considérée comme une candidose orale. La chéilite apparaît souvent suite à une modification de la physionomie du visage, comme p. ex. suite à la perte de dents ou à une prothèse dentaire mal adaptée.

Certains médicaments peuvent causer une candidose orale : antibiotiques à large spectre, immunodépresseurs, corticostéroïdes (surtout les corticostéroïdes inhalés)¹².

4.5 Xérostomie/hyposialie ou hyposalivation

La sécheresse de la bouche peut être causée par la déshydratation, des affections systémiques (p. ex. la maladie de Sjögren) ou peut survenir suite à une radiothérapie au niveau de la tête et du cou.

Plusieurs médicaments peuvent être à l'origine d'une xérostomie¹². Il ne s'agit pas toujours d'une hyposalivation réelle (comme p. ex. lors de l'utilisation de parasymphicolytiques), mais souvent de la sensation subjective d'avoir la bouche sèche. En pratique, il n'est pas facile de faire la distinction entre les deux, surtout parce que l'hyposalivation réelle n'est pas toujours accompagnée d'une sensation de bouche sèche. Voici une liste non exhaustive de médicaments qui peuvent causer la sécheresse de la bouche :

- inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (notamment le captopril)
- alpha-1-bloquants (alfuzosine, tamsulosine, ...)
- alizapride
- antidépresseurs (amitriptyline, imipramine, trazodone, ...)
- antihistaminiques (cétirizine, clémastine,...)
- antiparkinsoniens (amantadine, lévodopa,...)
- antipsychotiques (phénothiazines, zuclopenthixol,...)
- anxiolytiques (alprazolam,...)
- carbamazépine
- diurétiques (notamment les diurétiques de l'anse)
- itraconazole
- analgésiques narcotiques
- AINS
- parasymphicolytiques (atropine, glycopyrronium, oxybutynine,...)
- inhibiteurs de la pompe à protons
- sympathicomimétiques (xylométazoline,...)

La xérostomie peut causer des troubles de la déglutition. Les médicaments restent alors trop longtemps dans la

bouche, ce qui peut provoquer une ulcération au niveau de la muqueuse de la joue. Des cas d'ulcérations ont été observés suite à l'utilisation de sulfate de fer¹³ et de bisphosphonates¹⁴. C'est un effet indésirable à prendre en considération lors de la prescription d'un des médicaments de la liste précitée (p. ex. les antipsychotiques¹⁵).

4.6 Hyperplasie gingivale

L'hyperplasie gingivale peut être causée par une gingivite chronique suite à une mauvaise hygiène bucco-dentaire, mais certains médicaments peuvent aussi en être à l'origine (p. ex. phénytoïne, antagonistes calciques)¹².

4.7 Hypersalivation ou sialorrhée

La sialorrhée est due à une production accrue de salive (p.ex. en cas de douleur ou inflammation de la région buccale, de prothèse dentaire mal ajustée, et éventuellement en cas de gastrite ou d'ulcère peptique) ou à une diminution de l'élimination de la salive (p.ex. parfois dans la maladie de Parkinson, en cas de crise d'épilepsie, dans les affections neuromusculaires des muscles de la mastication et de la déglutition, ...). La sialorrhée peut non seulement conduire à une stigmatisation mais elle peut aussi provoquer des problèmes graves tels que fausse déglutition et pneumonie par aspiration.

Certains médicaments peuvent provoquer une sialorrhée¹⁶ :

- les médicaments ayant un effet sédatif diminuent le réflexe de déglutition : p.ex. les benzodiazépines et substances apparentées, le lithium, certains antiépileptiques comme la tiagabine, certains anesthésiques comme la kétamine, certains antipsychotiques
- les médicaments ayant des propriétés cholinergiques augmentent la production de salive : les inhibiteurs de la cholinestérase (pyridostigmine

et néostigmine), également ceux qui sont utilisés dans le traitement de la maladie d'Alzheimer (donépézil, galantamine, rivastigmine) et la pilocarpine (également par voie ophtalmique)

- certains antipsychotiques augmentent la production de salive et provoquent en outre des troubles de la déglutition (voir plus haut), effets principalement observés avec la clozapine, mais certains cas ont aussi été rapportés avec la rispéridone et l'olanzapine

Une diminution de la posologie du médicament ou l'arrêt du médicament entraîne la disparition de la sialorrhée¹⁷. Certaines intoxications peuvent également provoquer une sialorrhée (mercure, iode, ...).

4.8 Halitose (foetor ex ore ou mauvaise haleine)

Une mauvaise haleine est (généralement) causée par la présence de bactéries anaérobies à Gram-négatif dans la bouche. Ces bactéries se fixent sur la plaque dentaire, la langue et les amygdales. Une mauvaise hygiène bucco-dentaire, une xérostomie, des caries et gingivites évolutives, une stomatite, une parodontite et une stomatite ulcéreuse sont des situations identifiées comme en lien avec une mauvaise haleine.

Certains médicaments peuvent également causer une mauvaise haleine, soit indirectement en causant une sécheresse de la bouche, soit directement¹² : nitrates, substances contenant de l'iode (amiodarone,...), préparations contenant de la vitamine B, antidépresseurs, antimycotiques,...

4.9 Dysgueusies

Les troubles du goût peuvent avoir différentes causes : lésions locales des muqueuses buccale et nasale, lésions des récepteurs gustatifs, affections systémiques (affections neurologiques, maladies rénales, maladies hépatiques et troubles endocriniens), xérostomie,

certaines médicaments. Les médicaments incriminés sont nombreux, mais la cause n'est pas toujours claire¹² :

- antiarythmiques (flécaïnide, propafénone)
- antibiotiques (céphalosporines, quinolones,...)
- antihypertenseurs (IEC, diltiazem, hydrochlorothiazide, spironolactone,...)
- antimycotiques (itraconazole, terbinafine)
- AINS (ibuprofène, naproxène, piroxicam)
- hypnotiques (flurazépam, triazolam, zopiclone)
- antidiabétiques oraux (glipizide, metformine)
- inhibiteurs de la pompe à protons
- divers médicaments : allopurinol, béclo-métasone, carbamazépine, chlorhexidine, dipyridamole, lévodopa, morphine, paroxétine,...

4.10 Glossodynie et stomatodynie

L'origine des glossodynies et des stomatodynies (sensations de brûlure au niveau de la langue et de la bouche) n'est pas claire. Elles sont souvent associées à une xérostomie et à une dysgueusie. Il n'y a pas d'anomalie visible.

5 MESURES PRÉVENTIVES POUR LES SOINS DENTAIRES

Les soins de bouche ont été jugés insuffisants dans les établissements de soins pour les personnes âgées en Hollande et en Flandre. Un guide de pratique multidisciplinaire sur les soins de bouche pour les personnes dépendantes en Maison de Repos et de soins « Richtlijn Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen » a été publié en 2007. Ce guide de pratique définit des soins de bouche de qualité et indique aussi comment les prodiguer¹. Comme souvent, il est très important d'harmoniser les interventions de tous les dispensa-

teurs de soins. Naturellement, certaines connaissances et aptitudes sont requises comme conditions essentielles pour dispenser des soins de qualité².

Une initiative pour prodiguer des soins dentaires ambulatoires de manière structurée à des résidents en EHPAD mérite certainement notre attention. Le projet gantois GERODENT (www.gerodent.be) souhaite initier et soutenir un protocole de soins de bouche dans les établissements de soins et souhaite également encourager la pratique des soins (tant préventifs que curatifs) de la bouche. Pour réaliser ce protocole, certains accords pratiques ont été conclus avec les établissements intéressés (dans le cas présent, en Flandres occidentale et orientale). Dans un premier temps, le but est d'appliquer en routine un protocole de soins de bouche qui donne des recommandations très précises pour le brossage des dents naturelles, des prothèses dentaires, des gencives, des muqueuses et de la langue : les directives sont claires pour le brossage, le matériel à utiliser et le temps à consacrer. Une fois ces mesures appliquées, il devient possible de juger des besoins de traitement et le « mobile gerodent » peut venir sur place pour des soins curatifs de la bouche. Ce projet semble combler une lacune, entre autres parce que, suivant un échantillon interrogé en Flandre, de nombreux dentistes ne sont pas enclin à proposer des soins de bouche aux personnes dans les maisons de repos et de soins¹⁸.

Les mesures préventives suivantes sont proposées dans le guide de pratique^{1,2} :

- boire après chaque repas : afin de rincer les restes de nourriture
- brosser les dents : aussi bien les dents restantes que les implants doivent être brossés, si possible deux fois par jour (ou au moins 1 fois à fond), et de préférence avec une brosse à dents électrique (car elle élimine mieux les plaques dentaires) et avec un dentifrice fluoré

- idéalement, éliminer la plaque dentaire également entre les dents 1 fois par jour (cure-dents, fil dentaire)
- les prothèses dentaires doivent être nettoyées avec une brosse spéciale pour prothèse et du savon liquide
- les muqueuses orales et la langue (de l'arrière vers l'avant) doivent dans ce cas aussi être nettoyées avec une brosse douce (ou un grattoir spécial pour la langue)
- si un nettoyage adéquat n'est plus possible, il peut être conseillé de rincer avec de la chlorhexidine ; si ce n'est également pas possible, des compresses imprégnées de chlorhexidine peuvent être utilisées en tamponnement

Un petit film utile et instructif sur la façon de prodiguer dans la pratique de bons soins aux résidents des EHPAD peut être visualisé sur le site : <http://www.youtube.com/watch?v=yEeYMdNecPw>.

Les soins de bouche en soins palliatifs constituent un domaine particulier. L'importance d'une approche préventive pour éviter des problèmes graves qui pourraient survenir à court terme, semble, dans ce cadre, d'une importance encore plus grande que dans d'autres circonstances. Cette approche particulière des soins de la bouche s'appuie sur l'opinion d'experts et des guides de pratique. Des exemples d'une telle approche sont donnés dans les algorithmes du *Pan-Glasgow Palliative Care Algorithm Group*⁹ ou du *Fife Area Drug & Therapeutics Committee*.

Ces algorithmes sont sans aucun doute utiles et applicables en dehors du cadre des soins palliatifs, en particulier dans une population plus âgée et fragile. Vous pouvez les consulter sur le site Web du Formul R info.

La liste de références peut être consultée sur le site web : www.formularium.be

NOUVELLES BRÈVES

DIVERTICULITE NON COMPLIQUÉE : NI CHIRURGIE NI ANTIBIOTIQUE ?

Analyse de :

- Lidor AO, Segal JB, Wu AW, et al. Older patients with diverticulitis have low recurrence rates and rarely need surgery. *Surgery* 2011;150:146-53.

L'évolution naturelle d'une diverticulite chez les personnes âgées est mal connue. Cette étude rétrospective récente, descriptive, fait le point sur ce sujet. Elle reprend les données de 16.048 patients âgés ≥ 67 ans (âge moyen de 77,8 ans) sans diagnostic de diverticulite dans les 18 mois précédant l'épisode index, et suivis pendant une moyenne de 19,2 mois (écarts de 0 à 42,5) après un (premier) diagnostic de diverticulite dans leur dossier médical (code ICD-9 562.11 ou 562.13, mais critères de diagnostic non mentionnés). Parmi ces patients, 44,8% ne sont pas immédiatement hospitalisés et 55,2% le sont ; 7,8% des patients de la cohorte entière sont opérés lors de ce premier épisode. Pour les patients immédiatement hospitalisés, 14% sont opérés et 82,5% ne présentent pas de rechute. Pour les patients non opérés lors de ce premier épisode, 97% ne seront pas opérés. Les patients non hospitalisés lors de ce premier épisode et ceux âgés d'au moins 80 ans ont significativement moins de rechutes et de risque de devoir être opérés un jour pour une diverticulite.

Ce type d'étude ne permet pas de préciser les critères de diagnostic de diverticulite, ni de diverticulite compliquée, ni les bonnes indications d'hospitalisation et/ou d'intervention chirurgicale, mais elle montre

que l'évolution d'une diverticulite est souvent bénigne dans une population âgée et incite à une approche conservatrice.

Nous manquons cependant d'études pour cette attitude conservatrice, notamment quant à l'intérêt d'une antibiothérapie. En l'absence de RCT publiée, c'est une autre étude rétrospective qui est souvent citée, celle de Hjern et coll. Elle montre un bénéfice d'une antibiothérapie sur le délai de guérison et le risque de récurrence chez 311 patients versus non prescription, mais les patients recevant un antibiotique dans cette étude non randomisée étaient en moyenne plus malades (CRP plus élevée, fièvre, anomalies au CTscan) et ont été hospitalisés plus longtemps. Nous n'avons donc pas de preuve de l'intérêt d'une antibiothérapie en cas de diverticulite.

Commentaire de la rédaction :

Au vu de cette absence de preuve, le récent NHG-Standaard² concernant la diverticulite mentionne que la prescription d'un antibiotique n'est pas indiquée pour une diverticulite non compliquée. Une intervention chirurgicale n'est indiquée qu'en cas de diverticulite compliquée. Selon le NHG-Standaard (qui ne donne aucune référence pour ce point), une diverticulite est supposée compliquée en cas de présence d'au moins un des éléments suivants : signes d'irritation péritonéale (défense musculaire surtout), d'ileus, présence de pertes de sang rectales, résistance locale palpée, hypotension. Une hospitalisation s'impose dans ce cas.

Références

- 1 Hjern F, Josephson T, Altman D, et al. Conservative treatment of acute colonic diverticulitis : are antibiotics always mandatory ? *Scand J Gastroenterol* 2007;42:41-7.
- 2 Berger MY, De Wit NJ, Vogelenzang R, et al. NHG-Standaard Diverticulitis. *Huisarts Wet* 2011;54(9):490-8. http://nhg.artsenet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/Samenvattingskaartje-NHGStandaard/M99_svk.htm.

HYGIÈNE DES MAINS : TOUJOURS, MÊME EN CAS DE PORTS DE GANTS !

Analyse de :

- Fuller C, Savage J, Besser S, et al. "The dirty hand in the latex glove". A study of hand hygiene compliance when gloves are worn. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2011;32:1194-9.

Certains actes médicaux ou infirmiers nécessitent le port de gants pour éviter la transmission de pathogènes entre patients mais aussi pour protéger les mains du soignant d'une contamination. Ces gants doivent être enlevés après les soins pour ce patient précis. Le port de gants ne dispense en aucun cas d'un strict respect d'hygiène des mains avec donc lavage des mains avant la mise en place des gants et lors du retrait de ceux-ci, une contamination des mains étant toujours possible. Ces directives sont bien précisées, entre autres dans le guide de l'OMS¹.

Des chercheurs ont récemment évalué si ces directives étaient bien respectées dans des unités de soins pour personnes âgées ou de soins intensifs dans 15 hôpitaux anglais ou gallois. Ils ont observé un port inutile de gants (16,7%) lors de contacts à bas risque mais une absence de port de gants (21,1%) lors de contact à haut risque. L'observance des règles d'hygiène des mains lors de la mise en place et du

retrait des gants n'a été que de 41,4%, surtout déficience avant la mise en place des gants (29,7%). Sans port de gants, l'observance est à peine meilleure (50%), même pour des contacts à haut risque (58,5%).

Commentaire de la rédaction :

Cette observation est l'occasion de rappeler le caractère indispensable de l'hygiène des mains.

Nous l'avons rappelé dans le Formulaire MRS (chapitre Maladies infectieuses), notamment pour la prévention de l'extension d'infection à norovirus, à MRSA ou à Clostridium difficile².

Dans le cadre de la pratique médicale et paramédicale, le lavage des mains à l'eau et au savon seul n'a plus sa place. La désinfection par friction à la Solution hydro-alcoolique (SHA, liquide ou gel) est recommandée.

Nous avons reformulé les recommandations émises en Belgique³ :

- *la désinfection des mains avec une solution hydro-alcoolique par chaque soignant, avant et après chaque contact avec le patient résidant*
- *si les mains sont visiblement souillées, il faut d'abord les laver avec de l'eau et du savon avant de les désinfecter avec la solution hydro-alcoolique*

Il faut être plus précis encore en cas de suspicion de présence d'un Clostridium difficile. Les spores de ce germe ne sont pas détruites par l'alcool mais sont éliminées mécaniquement lors d'un lavage des mains.

En cas de soins ou de contacts avec des selles de patients pouvant présenter une infection à Clostridium difficile, un lavage énergique des mains est toujours indispensable (que les mains soient souillées ou non) avant la désinfection à l'alcool.

Références

- 1 World Health Organisation. WHO guidelines on hand hygiene in health care (advanced draft): a summary. World Health Organization, 2005. http://www.who.int/patientsafety/events/05/HH_en.pdf.
- 2 Rédaction Formulaire MRS, Chapitre Infections. Mesures pour éradiquer le Clostridium difficile. Formulaire MRS édition 2012, p. 187. www.formularium.be
- 3 Belgian Infection Control Society (BICS) et Institut de la Santé Publique (ISP): Recommandations belges pour le contrôle et la prévention des infections à Clostridium difficile dans les hôpitaux aigus et dans les maisons de repos et de soins, 2006. www.belgianinfectioncontrolsociety.be.

MRSA EN MRS : CONTAMINATION PAR L'ENVIRONNEMENT

Analyse de :

- Murphy CR, Eells SJ, Quan V et al. Methicillin-resistant Staphylococcus aureus burden in nursing homes associated with environmental contamination of common areas. *J Am Geriatr Soc* 2012;60:1012-8.

Nous insistons dans le Formulaire MRS, chapitre Maladies infectieuses, sur les mesures nécessaires pour éviter la propagation et la sélection de résistance des HCA-MRSA (healthcare-associated MRSA). Nous résumons dans ce chapitre les recommandations belges en la matière¹, recommandations concernant entre autres la nécessité d'un entretien ménager régulier et approfondi des locaux.

Le taux de prévalence du portage de MRSA dans les MRS est estimé à 5 à 50 % aux USA (18,9% en Belgique). Ce taux est jusqu'à 4 fois plus important que celui observé en hôpital mais surtout fort variable d'une institution à une autre, ce qui suggère que des

règlements et pratiques institutionnels individuels peuvent influencer ce taux. L'entretien ménager des locaux est-il un des facteurs pouvant expliquer cette variabilité ? Un meilleur nettoyage des locaux en service de soins intensifs y réduit les problèmes liés au MRSA.

Murphy et coll. ont étudié ce problème dans 10 MRS californiennes avec séjours à court et à long terme. Ils ont tenu compte de la prévalence instantanée de MRSA et de la prévalence des admissions. Les prélèvements ont été effectués sur des objets usuels (tables, chaises, objets dans les couloirs (téléphone, main-courante), équipement de réhabilitation) préalablement listés. La qualité du nettoyage est évaluée par des marqueurs détectables aux UV et la politique institutionnelle dans ce domaine est documentée.

Les analyses uni- et multivariées apportent les résultats suivants. Un MRSA est plus fréquemment identifié à la culture dans le groupe de MRS avec delta de prévalence de MRSA plus élevé (différence absolue entre les admissions avec MRSA et prévalence ponctuelle d'au moins 10%) : OR de 2,8 [IC à 95% de 1,4 à 5,9]. Il en va de même en cas de temps de nettoyage plus court par local, en cas de fréquence plus faible de nettoyage des locaux communautaires. Par rapport aux tables, certains objets sont significativement davantage contaminés : objets dans les couloirs, chaises, équipement de réhabilitation.

Commentaire de la rédaction :
Les données de cette étude d'observation prospective suggèrent qu'une fréquence et une durée plus importante de nettoyage des locaux peuvent réduire la contamination de l'environnement par le MRSA et les problèmes qui y sont liés dans les MRS.

Références

- 1 GDEPIH-GOSPIZ. Mesures préventives de la transmission du MRSA dans les Maisons de Repos et de Soins. Juillet 2005. www.belgianinfectioncontrol-society.be

LES PERSONNES ÂGÉES : LAISSÉES-POUR-COMPTÉ DANS LES ÉTUDES ?

Analyse de :

- Konrat C, Boutron I, Trinquart L et al. Underrepresentation of elderly people in randomised controlled trials. The example of trials of 4 widely prescribed drugs. *PLoS ONE* 2012;7(3):e33559.

L'exclusion des personnes âgées dans les populations d'étude est fréquente¹, sur base d'un critère d'âge afin d'éviter l'inclusion de patients présentant des comorbidités et/ou une fragilité. En 2002, une revue de la littérature des RCTs évaluant l'efficacité des médicaments pour traiter l'insuffisance cardiaque² comparait les populations reprises dans les études et les populations rencontrées dans la pratique, populations présentant une insuffisance cardiaque. Les auteurs constatent une différence marquée entre les deux populations : dans les RCTs population plus jeune, généralement plus masculine, avec fraction d'éjection systolique inférieure à la norme. Une similitude plus grande entre les populations est cependant notée pour les publications datant des dernières années 1980 et celles des premières années 1990. Pour cette pathologie fréquente surtout chez les personnes âgées, les études n'avaient pas ciblé la population la plus concernée, celle des plus âgés.

Une recherche dans la littérature récente confirme, à propos de 4 médicaments couramment utilisés chez des personnes âgées, la discordance entre populations d'étude et population

dans laquelle ces médicaments sont prescrits et utilisés. Les auteurs ont fait un relevé de toutes les RCTs (155 au total) publiées entre 1966 et avril 2008 concernant 4 médicaments (pioglitazone, rosuvastatine, risédronate et valsartan) et ont comparé les populations de ces études aux personnes qui avaient reçu ces 4 médicaments au niveau de la population française (banque de données couvrant 86% de la population totale), soit 12.958.716 patients ayant reçu au moins un de ces 4 médicaments pendant au moins 6 mois.

La moyenne d'âge des patients ayant reçu un des 4 médicaments est toujours supérieure à 62 ans. La discordance est flagrante : 3 RCTs sur les 155 incluent uniquement des personnes âgées ; seuls 10 à 18% (selon le médicament concerné parmi les 4 couramment utilisés) des RCTs incluent une proportion de personnes âgées d'au moins 65 ans égale ou supérieure à la proportion observée dans la pratique.

Commentaire de la rédaction :
Quand un médicament est destiné à traiter une pathologie plus fréquente chez des personnes âgées, il est nécessaire qu'il soit évalué dans cette population cible. L'étude de la littérature, de 1980 à nos jours, montre à plusieurs reprises qu'il n'en est rien.

Références

- 1 Witham MD, McMurdo ME. How to get older people included in clinical studies. *Drugs Aging* 2007;24(3):187-96.
- 2 Heiat A, Gross CP, Krumholz HM. Representation of the elderly, women, and minorities in heart failure clinical trials. *Arch Intern Med* 2002;162:1682-8.

SÉCURITÉ D'EMPLOI DES ANTI-COAGULANTS ORAUX : MESURER L'INR TOUTES LES 4 SEMAINES OU TOUTES LES 12 SEMAINES ? UTILISER UN SCORE DE RISQUE ?

Analyse de :

- Schulman S, Parpia S, Stewart C et al. Warfarin dose assessment every 4 weeks versus 12 weeks in patients with stable international normalized ratios. *Ann Intern Med* 2011; 155:653-9.
- Fang M, Go A, Chang Y et al. A new risk scheme to predict warfarin-associated hemorrhage. The ATRIA (Anticoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation) study. *J Am Coll Cardiol* 2011;58:395-401.

Les guides de pratique recommandent de contrôler l'INR au moins toutes les 4 semaines chez les patients recevant de la warfarine en traitement d'entretien^{1,2}. Pour certains de ces patients, une modification de dose est rarement indiquée. L'intervalle entre 2 contrôles de l'INR peut-il être augmenté chez ces patients?

Cette étude de non infériorité, randomisée, en double aveugle et réalisée dans un seul centre, a évalué si un contrôle de l'INR toutes les 12 semaines était aussi sûr qu'un contrôle toutes les 4 semaines chez des patients sous warfarine sans modification de dose au cours des 6 mois précédents. Le critère d'évaluation primaire de cette étude était le pourcentage de temps où l'INR se situait dans la zone thérapeutique. Les critères d'évaluation secondaires étaient la fréquence de valeurs « extrêmes » de l'INR (valeurs inférieures à 1,5 ou supérieures à 4,5), les modifications de la dose d'entretien, les saignements majeurs, les événements thromboemboliques objectivés et la mortalité. L'INR de chaque patient a été déterminé toutes les 4 semaines, mais dans le groupe de patients attribués par randomisation

à un contrôle toutes les 12 semaines, seul 1 résultat sur 3 a été communiqué au médecin traitant (sur base d'une randomisation individuelle). Les deux autres valeurs ont été transmises en tant que valeurs erronées qui se situaient dans ou à la limite de la zone thérapeutique. Pour l'ensemble des patients, des valeurs d'INR ont donc été communiquées toutes les 4 semaines au médecin traitant, qui pouvait alors modifier la dose.

Dans le groupe de patients dont les valeurs correctes ont été communiquées toutes les 4 semaines, 74,1 % (ET: 18,8 %) des valeurs de l'INR se situaient dans la marge thérapeutique; ce pourcentage était de 71,6 % (ET: 20,0 %) dans le groupe des 12 semaines d'intervalle. Moins de modifications de dose ont été effectuées dans le groupe des douze semaines d'intervalle par rapport au groupe des quatre semaines d'intervalle (37,1 % versus 55,6 %). Il n'y a pas de différence pour les critères secondaires. La détermination de la valeur de l'INR toutes les douze semaines chez des patients préalablement stabilisés s'est avérée être non inférieure à une détermination toutes les quatre semaines et toute aussi sûre.

Cette étude comporte certaines limites. Les études unicentriques semblent souvent montrer un effet plus important que les études multicentriques³. Par ailleurs, un bilan sanguin a également été effectué toutes les 4 semaines chez les patients du groupe des douze semaines d'intervalle et ces patients ont eu, à chacune de ces échéances, un contact avec leur médecin traitant pour discuter du résultat de l'INR.

Commentaire de la rédaction :

En prenant en considération les limites de cette étude, il ne semble pas nécessaire de déterminer mensuellement l'INR chez les patients n'ayant pas eu de modification de dose pendant une longue période. L'efficacité et la sécurité semblent

similaires. Des contacts médecins-patients intermédiaires peuvent être utiles pour s'informer de l'état du patient (sans effectuer de prise de sang) et de la prise éventuelle d'un médicament entre ces contacts.

Dans le cadre de la sécurité d'emploi de la warfarine, l'utilisation d'un score de risque de saignement sous warfarine peut être bénéfique. En se basant sur une étude d'observation rétrospective chez des patients ayant utilisé de la warfarine pour le traitement s'une fibrillation auriculaire, Fang et coll. ont identifié 5 facteurs de risque indépendants. Ces facteurs de risque ont obtenu une cote différente dans le tableau de score : anémie (3 points), insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/min ou dialyse rénale) (3 points), âge > 75 ans (2 points), saignement précédent (1 point) et hypertension (1 point). Le score maximum est donc de 10 points. Dans cette étude, le risque de saignement majeur variait de 0,4 % par an chez les personnes ayant obtenu un score de 0 points à 17,3 % chez celles ayant obtenu 10 points. Les personnes avec un score de 0 à 3 points avaient un risque de saignement majeur de 0,8 % et sont considérées comme « à faible risque » ; les personnes avec un score de 4 points présentent un risque de saignement de 2,6 % et sont considérées comme « à risque intermédiaire » ; enfin, les personnes avec un score de 5 à 10, ont un risque élevé de saignement de 5,8 %.

Commentaire de la rédaction :

Le grand avantage de ce score de risque, c'est sa simplicité. Son utilisation ne doit cependant pas avoir comme conséquence qu'un traitement à la warfarine doit être refusé à certains patients, mais que, dans certains groupes à risque, un contrôle plus strict et une observation sont indiqués.

Références

- 1 Michels J, Demulder A, Dirven K et al. Orale anticoagulatietherapie door de huisarts. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering. *Domus Medica. Huisarts Nu* 2010;39:SI-S36. <http://www.domusmedica.be/documentatie/richtlijnen/overzicht/anticoagulatietherapie.html>.
- 2 Ansell J, Hirsh J, Hylek E et al. Pharmacology and management of the vitamin K antagonists: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines [8th edition]. *Chest* 2008;133:160S-198S.
- 3 Dechartres A, Boutron I, Trinquart L, et al. Single-center trials show larger treatment effects than multi-center trials: evidence from a meta-epidemiologic study. *Ann Intern Med* 2011;155:39-51.

LES ANTICHOLINERGIQUES DANS LA BPCO : PROBABILITÉ DE RISQUE ACCRU DE RÉTENTION URINAIRE AIGUE

Analyse de :

- Stephenson A, Seitz D, Bell CM et al. Inhaled anticholinergic drug therapy and the risk of acute urinary retention in chronic obstructive pulmonary disease. A population-based study. *Arch Intern Med* 2011;171:914-20.

Dans la version de 2010, la recommandation GOLD¹ mentionne qu'il n'y a pas de preuve directe que l'utilisation des anticholinergiques à inhaler (en pratique, l'ipratropium et le tiotropium) dans le traitement de la BPCO pourrait entraîner des problèmes de prostate, même si des cas ont été rapportés. Une étude² réalisée en 2006 à la demande du fabricant du tiotropium a évalué la sécurité du tiotropium dans le traitement de la BPCO ; cette étude mentionne entre autres une fréquence accrue de rétention urinaire chez les utilisateurs de tiotropium versus placebo avec un

RR de 10,93, mais avec un intervalle de confiance très large [IC à 95 % : 1,26-94,88], ce qui met en doute la pertinence clinique de cette observation. La population de patients dans les études est généralement sélectionnée et les personnes présentant une comorbidité qui pourrait donner lieu à des effets indésirables sont soigneusement exclues ; en dehors du cadre des études, le risque de rétention urinaire est probablement plus élevé.

Cette étude cas-témoins sur un échantillon, indépendante, réalisée au Canada a recherché dans une très vaste base de données de patients BPCO (plus de 65 ans) un lien possible entre l'utilisation d'anticholinergiques pour le traitement de la BPCO et la survenue d'une rétention urinaire aiguë (RUA) ayant nécessité une admission à l'hôpital ou une visite aux urgences. Les résultats montrent qu'aussi bien les utilisateurs récents d'anticholinergiques que ceux les utilisant à long terme présentent un risque significativement accru de rétention urinaire aiguë. Pour les « nouveaux utilisateurs » l'OR est de 1,42 [IC à 95 % de 1,20 à 1,68], pour les « utilisateurs actuels » il est de 1,36 [IC à 95 % de 1,26 à 1,46]. Le risque est plus élevé s'il y a également des antécédents de signes d'hypertrophie bénigne de la prostate (HBP, sans prostatectomie) : l'OR pour les « nouveaux utilisateurs » s'élève dans ce cas à 1,81 [IC à 95 % de 1,46 à 2,24] et à 1,48 [IC à 95 % de 1,35 à 1,63] pour les « utilisateurs actuels ». La rétention urinaire aiguë reste un événement plutôt rare sous anticholinergiques pour BPCO : sur base des données de cette étude, le nombre nécessaire pour nuire (NNN) pour les « nouveaux utilisateurs » atteints d'HBP est de 514 sur 30 jours et de 263 sur 180 jours.

Commentaire de la rédaction :
La force de cette étude réside dans sa taille (565.073 personnes atteintes de BPCO et 9.432 cas de

rétention urinaire aiguë) et dans le fait que, contrairement à la plupart des RCTs, elle mentionne des données concernant des personnes qui sont souvent exclues de ces RCTs pour des raisons de comorbidité (population du « monde réel » (real world)). Même si la fréquence de rétention urinaire aiguë est faible, elle n'est pas négligeable. La rétention urinaire aiguë est une affection associée à une morbi-mortalité non négligeable³.

La sécurité cardiovasculaire des anticholinergiques dans le traitement de la BPCO reste en outre incertaine^{4,5}. Enfin, les anticholinergiques ne sont uniquement, comme les autres médicaments utilisés pour le traitement de la BPCO, qu'un traitement symptomatique qui diminue tout au plus la fréquence des exacerbations¹, sans avoir d'influence sur l'évolution et l'issue de l'affection. L'initiation d'un traitement par anticholinergiques à inhaler dans une population âgée et plus particulièrement chez des hommes présentant des symptômes avérés de prostatisme, doit se faire avec la circonspection requise et nécessite certainement d'explorer les plaintes qui pourraient indiquer la présence d'une HBP.

Références

- 1 Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2010. www.goldcopd.com
- 2 Kesten S, Jara M, Wentworth C et al. Pooled clinical trial analysis of tiotropium safety. *Chest* 2006;130:1695-703.
- 3 Armitage JN, Sibanda N, Cathcart PJ et al. Mortality in men admitted to hospital with acute urinary retention: database analysis. *BMJ* 2007;335:1199-202.
- 4 Singh S, Loke YK, Furberg CD. Inhaled anticholinergics and risk

of major cardiovascular events in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2008;300:1439-50.

- 5 Worth H, Chung KF, Felser JM et al. Cardio- and cerebrovascular safety of indacaterol vs formoterol, salmeterol, tiotropium and placebo in COPD. *Resp Med* 2011;105:571-9.

SUIVI DE LA DÉMENCE

Analyse de :

- Meeuwen EJ, Melis RJ, Van Der Aa GC et al. Effectiveness of dementia follow-up care by memory clinics or general practitioners: randomised controlled trial. *BMJ* 2012;344:e3086.

En Belgique aussi, nous voyons apparaître des cliniques spécialisées de la mémoire. Outre le diagnostic de personnes atteintes de troubles de la mémoire, ces cliniques assurent aussi souvent le suivi du patient atteint de démence. Les patients suivis dans des cliniques de la mémoire ont-ils une meilleure qualité de vie que les patients qui sont suivis par le médecin en première ligne de soins?

Cette étude multicentrique randomisée, menée aux Pays-Bas, a évalué l'éventuelle différence en termes de qualité de vie entre des patients atteints de démence suivis soit dans une clinique de la mémoire soit par leur médecin généraliste. La charge pour les aidants proches a également été évaluée. 175 patients atteints de démence (diagnostiqués dans la clinique de la mémoire) résidant à domicile, ont été suivis. Le score moyen au MMSE est de 22,7 (ET 3.9).

L'accompagnement dans la clinique de la mémoire est basé sur le guide de pratique du CBO¹, alors que les médecins généralistes ont leur propre guide de pratique (NHG-standaard sur la démence²), qui déconseille la

prescription des inhibiteurs de la cholinestérase. En pratique, des médecins généralistes prescrivent toutefois aussi des inhibiteurs de la cholinestérase. Un assistant de recherche a évalué après 6 et 12 mois la qualité de vie des patients à leur domicile, au moyen de l'échelle QOL-AD (« Quality of life in Alzheimer's disease ») et la charge pour l'aidant au moyen du « Sense of Competence Questionnaire ». Par rapport aux patients ayant eu un suivi dans la pratique de médecine générale, la qualité de vie des patients suivis dans la clinique de la mémoire se situe 0,5 point au dessus (un score supérieur indique une meilleure qualité de vie). La charge pour les aidants est toutefois 2,4 points inférieure chez les aidants proches des patients qui ont été suivis dans la clinique de la mémoire (un score plus faible indique une charge plus importante). Aucun de ces scores n'atteint de différence significative.

Commentaire de la rédaction :

Cette étude montre que l'accompagnement d'un patient présentant une démence légère à modérée dans une clinique de la mémoire n'apporte pas plus d'avantages qu'un accompagnement par le médecin généraliste.

Références

- 1 Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie. Richtlijn: Diagnostiek en medicamenteuze behandeling van dementie. Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, 2005. <http://www.diliguide.nl/document/969>.
- 2 Moll van Charante E, Perry M, Verhoeven-Dassen M et al. NHG-Standaard Dementie (derde herziening). *Huisarts Wet* 2012;55:306-17.

PROFIL DIFFÉRENT DES MÉDECINS QUI ONT UNE PRÉFÉRENCE POUR LES DIURÉTIQUES DANS LE TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION VERSUS MÉDECINS QUI PRÉFÈRENT D'AUTRES MÉDICAMENTS.

Analyse de :

- Rochefort CM, Morlec J, Tamblyn RM. What differentiates primary care physicians who predominantly prescribe diuretics for treating mild to moderate hypertension from those who do not? A comparative qualitative study. *BMC Fam Pract* 2012;13:9.

Des synthèses méthodiques de la littérature et des méta-analyses de RCTs de grande envergure montrent que les diurétiques à faible dose peuvent être considérés comme le traitement de premier choix, efficace et sûr contre l'hypertension non-complicquée légère à modérée, également par rapport à des médicaments plus récents, tels que les IEC et les sartans^{1,2}. Des traitements avec d'autres médicaments que les diurétiques sont pourtant souvent instaurés chez les personnes ayant reçu un récent diagnostic d'hypertension non-complicquée, légère à modérée. En quoi se distinguent les médecins qui prescrivent un diurétique en premier lieu dans le traitement de l'hypertension légère à modérée par rapport à des médecins qui utilisent d'autres médicaments (plus chers) ?

Cette étude canadienne tente de trouver une réponse à cette question. Un questionnaire semi-structuré a ainsi été soumis à 29 médecins (de première ligne), répartis en deux groupes sur base de leur comportement prescripteur d'antihypertenseurs : un groupe qui préfère prescrire un diurétique et un second groupe qui prescrit plutôt d'autres classes d'antihypertenseurs. Les chercheurs ont essayé de déterminer le processus décisionnel dans le comportement prescripteur et d'en décrire l'argumentation. Trois thèmes

ont été abordés : la perception sur l'efficacité des diurétiques, les préférences en ce qui concerne la prise en charge de l'hypertension en général et l'attitude à l'égard des guides de pratique concernant le traitement de l'hypertension. L'étude montre que les médecins semblent avoir une opinion différente sur l'efficacité, la sécurité et la tolérance des diurétiques.

Les médecins qui prescrivent en premier choix un diurétique ont une expérience clinique un peu plus courte, voient un peu moins de patients au total et traitent également moins de patients présentant une hypertension légère à modérée par rapport aux médecins qui préfèrent prescrire un autre médicament. Il y a une nette différence entre les deux groupes de prescripteurs au niveau de la perception de l'efficacité, de la sécurité et d'une bonne tolérance aux diurétiques. Les prescripteurs d'un diurétique ont également plus tendance à traiter l'hypertension par paliers, alors que l'autre groupe vise un résultat « plus rapide » et suppose que ce n'est pas possible avec un diurétique uniquement. Ces données correspondent également à la conclusion que les prescripteurs d'autres médicaments qu'un diurétique sont d'avis que les guides de pratique en vigueur mettent trop l'accent sur le (faible) coût des diurétiques, et trop peu sur les effets indésirables et les problèmes d'observance thérapeutique qui y sont associés.

Commentaire de la rédaction :

Les auteurs de cette étude attribuent cette mauvaise perception en grande partie à l'influence des stratégies de commercialisation et des représentants de l'industrie pharmaceutique, à laquelle certains médecins sont plus sensibles que d'autres. Il reste important de miser davantage sur des sources d'informations objectives et indépendantes dans le domaine de l'efficacité et de la sécurité des médicaments.

Références

- 1 Psaty B, Lumley T, Furberg C et al. Health outcomes associated with various antihypertensive therapies used as first-line agents: a network meta-analysis. *JAMA* 2003;289:2534-44.
- 2 Wright J, Musini V. First-line drugs for hypertension. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art. No.: CD001841. DOI: 10.1002/14651858.CD001841.pub2.

INTERACTION WARFARINE ET ANTIBIOTIQUES

Analyse de :

- Baillargeon J, Holmes HM, Lin YL et al. Concurrent use of warfarin and antibiotics and the risk of bleeding in older adults. *Am J Med* 2012;125:183-9.

Il existe de nombreuses interactions médicamenteuses avec les antagonistes de la vitamine K, avec risque hémorragique lié. Les anti-infectieux font partie des médicaments incriminés. Selon le Répertoire Commenté des Médicaments du CBIP, une augmentation certaine de l'effet des antagonistes de la vitamine K est décrite pour différentes céphalosporines, le co-trimoxazole, les dérivés azoliques (antimycosiques) et les imidazolés (antiparasitaires). Pour des « antibactériens divers » (sans précision) une interaction est possible.

Une étude cas-contrôle basée sur un échantillon de 38.762 patients étatsuniens âgés d'au moins 65 ans et sous warfarine en traitement continu permet de préciser ce risque avec les anti-infectieux. Les cas sont définis comme les patients, parmi cet échantillon, hospitalisés pour une hémorragie. Les contrôles (3 pour 1) sont des sujets de ce groupe avec âge, race, sexe et indication de warfarine semblables. Une exposition à un anti-infectieux dans

les 15 jours avant l'hémorragie augmente ce risque. L'augmentation de risque est la plus forte avec les dérivés azoliques (OR ajusté de 4,57 ; IC à 95% de 1,90 à 11,03). Pour les antibactériens il est du même ordre (OR ajustés entre 1,7 et 2,7) pour : macrolides, quinolones, cotrimoxazole, pénicillines, céphalosporines.

Commentaire de la rédaction :

Il semble donc important, pour le praticien, de ne pas limiter la prudence nécessaire aux seuls céphalosporines et co-trimoxazole parmi les antibactériens mais d'étendre cette prudence à tous les antibactériens, et bien sûr (confirmation) aux antimycosiques.

ACIDE HYALURONIQUE POUR LA GONARTHROSE : PAS DE BÉNÉFICE PERTINENT, DES RISQUES SÉRIEUX

Analyse de :

- Rutjes AW, Jüni P, da Costa BR et al. Viscosupplementation for Osteoarthritis of the Knee: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med* 2012;157:180-91.

Dans le chapitre « Pathologies ostéo-articulaires » du Formulaire MRS, nous insistons sur les controverses concernant l'efficacité de l'administration intra-articulaire d'acide hyaluronique en cas d'arthrose. Une synthèse méthodique¹ conclut qu'une préparation d'acide hyaluronique est plus efficace sur la douleur et l'impotence fonctionnelle qu'un placebo, tout en soulignant les différences importantes de composition des différentes présentations disponibles et le fait que les études avec comparaisons directes manquent. Une méta-analyse de bonne qualité² montre que l'acide hyaluronique n'a pas d'efficacité clinique prouvée et provoque finalement plus d'effets indésirables que de bénéfiques.

Une nouvelle synthèse méthodique avec méta-analyse confirme la précédente. En cas de gonarthrose, la sommation des résultats de 89 RCTs (12.667 adultes) montre un résultat favorable en termes de réduction modérée de la douleur (ampleur d'effet de -0,37 avec IC à 95% de -0,46 à -0,28). Ces études sont cependant hétérogènes avec une ampleur d'effet lié à la taille de l'échantillon, à l'insu de l'évaluation, à la publication des résultats. Des études non publiées montrent l'absence d'effet (tendance à un effet négatif). Les études avec insu correct pour l'évaluation montrent,

en sommation, un effet clinique non pertinent.

Par contre, un risque non significativement accru de recrudescence des plaintes mais significatif d'effets indésirables sérieux (cardiovasculaires, musculo-squelettiques ou cancers) est observé : RR 1,41 [IC à 95% de 1,02 à 1,97].

Commentaire de la rédaction :

Les infiltrations d'acide hyaluronique en cas de gonarthrose n'ont pas d'efficacité pertinente prouvée et comportent des risques d'effets indésirables sérieux.

Références

- 1 Bellamy N, Campbell J, Robinson V, Gee T, Bourne R, Wells G. Viscosupplementation for the treatment of osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 2. Art. No.: CD005321. DOI: 10.1002/14651858.CD005321.pub2.
- 2 Arrich J, Piribauer F, Mad P et al. Intra-articular hyaluronic acid for the treatment of osteoarthritis of the knee: systematic review and meta-analysis. *CMAJ* 2005;172:1039-43.

Rédacteur en chef : J.P. Sturtewagen

Responsable d'édition : J. Vandenhoven

Rédacteur en chef adjoint : P. Chevalier

Rédaction : T. Christiaens, H. Decat, J. Lannoy, I. Leunckens, W. Staessen, M.A. Van Bogaert, J. Van Elsen, C. Veys

Collaborateurs : D. Boudry, S. Vanderdonck

Adresse de contact concernant le contenu du Formul R info : redact@formularium.be; fax 09 265 76 49

Adresse de contact pour les abonnements, changement d'adresses : Kleindokkaai 3-5, 9000 Gent; tel 09 265 76 40; fax 09 265 76 49; e-mail: secret@formularium.be

Editeur responsable : K. Verhofstadt, Bonsgrachtstraat 1, 9070 Destelbergen

Site web : www.formularium.be

Le Formul R info est réalisé avec le soutien financier de l'INAMI qui respecte l'indépendance de la rédaction.



1. Beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters (NVVA, Nu: Verenso, specialisten in ouderengeneeskunde). Richtlijn: Mondzorg voor zorgafhankelijke cliënten in verpleeghuizen. NVVA, 2007. http://www.venvn.nl/Portals/20/publicaties/RichtlijnMondzorgNVVA_web.pdf.
2. De Visschere LMJ, van der Putten GJ, de Baat C et al. De Richtlijn Mondzorg voor ouderen in zorginstellingen. Effectiviteit en implementatie in Nederland en Vlaanderen. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2009;116:23-7. http://www.ntvt.nl/userfiles/image/artikel/pdf/ntvt09_01_23-27.pdf.
3. Matthews DC. The relationship between diabetes and periodontal disease. *J Can Dent Assoc* 2002;68:161-4.
4. Nakayama Y, Washiu M, Mori M. Oral health conditions in patients with Parkinson's disease. *J Epid* 2004;14:143-50.
5. Stewart R, Hirani V. Dental health and cognitive impairment in an English national survey population. *J Am Geriatr Soc* 2007;55:1410-4.
6. Reibel J. Tobacco and oral diseases. *Med Princ Pract* 2003;12(suppl 1):22-32.
7. Rédaction Prescrire. Bouche et tabac. Cancers et pertes de dents. *Rev Prescr* 2007;27:836-9.
8. Kalsbeek H, de Baat C, Kivit MM, de Kleijn-de Vrankrijker MW. Mondgezondheid van thuiswonende ouderen 1: Gebitstoestand, verleende professionele tandheelkundige zorg en mondhygiënisch gedrag. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2000; 107:499-504. http://www.ntvt.nl/userfiles/image/artikel/pdf/NV_1200_R05.pdf.
9. Gezondheidsraad (Nederland). De mondzorg van morgen. Gezondheidsraad 2012; publicatienr. 2012/04. http://www.gr.nl/sites/default/files/201204Mondzorg_0.pdf.
10. Rédaction Prescrire. Aftose buccale commune. *Rev Prescr* 2010;30:365-70.
11. Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique. Allopurinol et gingivo-stomatite. *Folia Pharmacotherapeutica* 2010;37:108. <http://www.cbip.be/PDF/Folia/2010/P37F12H.pdf>
12. Swart EL, van der Waal I, Wilhelm AJ. Orale bijwerkingen van geneesmiddelen. *GeBu* 2001;35: 133-7. <http://gebu.artsennet.nl/Archief/Tijdschriftartikel/Orale-bijwerkingen-van-geneesmiddelen.htm>.
13. Rédaction Prescrire. Difficultés à avaler les médicaments: gare au sulfate de fer. *Rev Prescr* 2011;37:833.
14. Rédaction Prescrire. Ulcérations buccales dues aux diphosphonates. *Rev Prescr* 2007;27:358.
15. Rédaction Prescrire. Neuroleptiques: troubles de la déglutition. *Rev Prescr* 2010;30:746-8.
16. Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique. Sialorrhée d'origine médicamenteuse. *Folia Pharmacotherapeutica* 2009;36:45. <http://www.cbip.be/PDF/Folia/2009/P36F05F.pdf>.
17. Rédaction Prescrire. Sialorrhée et encombrement salivaire dus aux médicaments. *Rev Prescr* 2009; 29: 23-5.
18. De Visschere LM, Vanobbergen N. Oral health care for frail elderly people: actual state and opinions of dentists towards a well-organised community approach. *Gerodontology* 2006;23:170-6.
19. National Health Service Lothian, Pan-Glasgow Palliative Care Algorithm Group. Mouth care in palliative care. NHS Lothian Palliative Care Guidelines, March 2011. <http://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/documents/Mouthcarefinal.pdf>.
20. National Health Service Fife, Fife Area Drugs and Therapeutics Committee. Oral care for palliative care patients. NHS Fife Palliative Care Guidelines, November 2009. <http://www.fifeadtc.scot.nhs.uk/>.