

## GROUPE DE PAIRS DE L'AMICALE CANEUM

**Compte-rendu de la séance du 14/12/2006**

**Secrétaire : Dr PIRIOU Claude**

**Modérateur : Dr MAURY Emmanuel**

**Étaient présents : Frédéric BONFILS, Philippe LABORNE, Emmanuel MAURY, Louis-philippe MESUREUR, Claude PIRIOU, Thierry SEAILLES, Kihon TRAN.**

### Temps 1: présentations des cas

- Cas présentés ne posant pas problème
  - Gonalgies, sinusalgies, périodicité des examens ophtalmiques dans l'HTA
- Problèmes soulevés par le groupe et résolus par lui
  - Durée du traitement d'un intertrigo des orteils, recours au Vidal
  - Maladie d'Huntington et conseil génétique (voir correspondants)
- Problèmes débattus :
  - Syndrome douloureux abdominal avec fébricule : quels examens complémentaires, intérêt de la BU ou de l'ECBU systématique.
  - AINS et kiné proprioceptive dans l'entorse de cheville
- Problèmes non résolus choisis pour recherches pour la prochaine séance :
  - Prise en charge d'un AIT
  - Prise en charge de l'intolérance aux hydrates de carbone

### Temps 2

- **Synthèse des améliorations proposées du parcours et de la coordination des soins**

#### Correspondants :

Maladie génétique, par exemple Huntington : Dr DURR Alexandra 01 42 16 37 98  
Hôpital de la Pitié

Maladie de Parkinson : Pr. VIDAILHET Marie 01 49 28 24 32  
Hôpital saint Antoine

Plagiocéphalie, neurochirurgie pédiatrique : Pr. Renier Dominique 01 44 49 42 54  
Necker - Enfants malades

### Temps 3

- **Compte-rendu des recherches sur les questions de la séance précédente**

#### 1/ Indications des dérivés nitrés

- Vidal : traitement préventif de la crise d'angor.
- AFSSAPS juin 2005, Mise au point sur le bon usage p 8 : « La prescription des dérivés nitrés au long cours doit être reconsidérée lorsque les crises angineuses disparaissent ou se raréfient avec la réduction d'activité, en raison d'une absence d'effet sur la morbidité et la mortalité cardiovasculaires ».
- La revue Prescrire février 2001 N° 214, 136-7 : Dérivés nitrés à action prolongée : une efficacité symptomatique incertaine.

#### 2/ Devant quels signes cliniques ou para cliniques doit-on prescrire à un patient auto-sondé une antibiothérapie ?

Association française d'urologie, 100<sup>e</sup> congrès français d'urologie PARIS 29 nov. Au 2 déc. 2006. Pierre Denys, Marianne de Sèze  
 « Chez les patients blessés médullaires, l'infection urinaire basse symptomatique suppose : un ECBU positif,  
 des symptômes (urines troubles, modification du statut urinaire)  
 une hyperactivité autonome, augmentation de la spasticité  
 des signes généraux . fièvre, douleur, sensation de malaise,  
 l'absence d'anomalies à l'examen clinique (escarres, fissures anales, ...) »

- **Le temps libre** a permis de reparler de la plagiocéphalie synostosique du nourrisson (position reculée de l'oreille du côté aplati en occipital par rapport à l'oreille du côté normal), rare mais diagnostic différentiel de la plagiocéphalie positionnelle (position antérieure de l'oreille du côté aplati par rapport au côté opposé).  
 D. Renier et coll. . Pédiatrie Pratique; Fév. 2004

## L'occlusion par ruban adhésif facilite la guérison des verrues communes chez les jeunes patients

Focht DR 3rd, Spicer C, Fairbrok MP. *The efficacy of duct tape vs cryotherapy in the treatment of verruca vulgaris (the common wart)*. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:971-4.

**QUESTION** Chez les jeunes patients présentant des verrues communes, le traitement occlusif par un ruban adhésif en toile est-il plus efficace que la cryothérapie pour faire disparaître les lésions ?

*Occlusion par un ruban adhésif en toile vs cryothérapie dans les verrues communes chez les jeunes patients à ≤ 16 semaines\*\**

Disparition complète de la verrue étudiée	85%	60%	41% (0 à 112)	5 (3 à 751)
---	-----	-----	---------------	-------------

\*\*Abréviations définies dans le Glossaire : ARB, NST et IC calculés à partir des données de l'article.

### INTRODUCTION

Les verrues sont un motif fréquent de consultation. Bien qu'elles soient douloureuses à la pression, le motif du traitement est le plus souvent esthétique. Des traitements topiques en vente libre sont disponibles, ainsi que la cryothérapie réalisée par les praticiens qui la considèrent généralement comme plus efficace. L'essai de Focht *et al.* et la revue méthodique de Gibbs *et al.* soulèvent des questions méthodologiques qui sont discutées ailleurs [1-2]. Les deux études remettent en question l'efficacité de la cryothérapie des verrues par l'azote liquide. Les praticiens devraient-ils donc l'abandonner ?

Dans l'essai, le ruban adhésif en toile s'est montré plus efficace que la cryothérapie, mais l'efficacité absolue de la cryothérapie était difficile à déterminer en raison de l'absence de groupe placebo. Dans la revue méthodique, le taux moyen de guérison sous placebo a été de 30% pour les 17 essais comparatifs au placebo. On en sait étonnamment peu sur l'histoire naturelle à long terme des verrues virales. Selon l'étude de Massing et Epstein réalisée chez 1 000 enfants institutionnalisés, plus des deux tiers des verrues (uniques ou multiples) ont disparu sans aucun traitement au bout de 2 ans [3]. Des taux de guérison similaires à 2 ans ont été rapportés dans une autre publication [4], ce qui souligne que l'abstention thérapeutique pourrait être une option valable chez de nombreux patients ou, tout du moins, que les essais cliniques à venir devraient inclure un groupe « abstention » pour évaluer le bénéfice supplémentaire du traitement.

13 ans auparavant, Glover avait fait remarquer dans une revue sur les verrues que « la connaissance de la maladie et de ses traitements se révèle souvent inversement proportionnelle à sa fréquence » [5]. La revue méthodique bien conduite par Gibbs *et al.* sur les traitements locaux confirme que la situation a peu évolué depuis cette critique de Glover. Les ECR sur les verrues forment un vaste fouillis caractérisé par une profusion d'essais de petite taille et de mauvaise qualité, ne tenant pas compte de plusieurs facteurs importants. Il s'agit notamment de l'âge du patient, du siège des verrues sur les pieds ou sur les mains, du type de verrues, de l'ancienneté des lésions et des traitements antérieurs, du cadre (soins primaires ou secondaires) dans lequel les participants ont été recrutés, ainsi que des précisions relatives à l'intervention, par exemple la chronologie, la durée et la fréquence de la cryothérapie. Des études à long terme sont nécessaires pour pouvoir évaluer les récurrences [1]. Altman a discuté des options à envisager pour le plan expérimental des ECR à venir, comme la réalisation de comparaisons chez un même patient et l'importance de prendre le patient et non la verrue comme unité d'analyse [2].

(suite page 21)

### Plan expérimental

Essai comparatif randomisé (assignation secrète\*), en insu (cliniciens)\*, avec un suivi ≤ 16 semaines.

### Cadre

Madigan Army Medical Center, Tacoma, Washington, États-Unis.

### Patients

61 patients (âge : 3-22 ans) présentant des verrues communes. Critères d'exclusion : états d'immunodépression ; dermatoses chroniques (par exemple, eczéma ou psoriasis) ; allergie au ruban adhésif ; verrues faciales, périunguëales, périanales ou génitales ; et cryothérapie antérieure sur la même verrue. Le taux de suivi a été de 84% (âge moyen : 9 ans ; filles : 51%).

### Intervention

Les patients ont été assignés à l'occlusion par un ruban adhésif en toile pour 2 mois au maximum ou jusqu'à disparition de la verrue (n = 30) ou à la cryothérapie appliquée toutes les 2 à 3 semaines jusqu'à 6 fois au maximum ou disparition de la verrue (n = 31). Le sparadrap a été fourni aux patients du groupe occlusion. Le premier morceau de ruban, coupé à une taille aussi proche possible de celle de la verrue, a été appliqué au cabinet par le personnel infirmier et laissé en place pendant 6 jours. Passé ce délai, la verrue a été poncée, laissée à l'air pendant la nuit, puis de nouveau recouverte par le ruban adhésif le lendemain matin. Les patients du groupe cryothérapie ont reçu des applications standard de 10 secondes d'azote liquide sur la verrue.

### Principal critère de jugement

Disparition complète de la verrue étudiée.

### Principaux résultats

Davantage de verrues ont complètement disparu à la fin de la période de traitement dans le groupe ruban adhésif comparativement au groupe cryothérapie (Tableau).

### Conclusion

Chez les jeunes patients présentant des verrues communes, l'occlusion par un ruban adhésif en toile est plus efficace que la cryothérapie pour faire disparaître les lésions.

\*Cf. Glossaire.

Source de financement : aucun financement extérieur.

Correspondance : Dr D. A. Christakis, University of Washington, Seattle, Washington, États-Unis.  
E-mail : dacbris@u.washington.edu

Résumé et commentaire publiés dans *Evidence-Based Medicine* 2003;8(2):58.

## Revue : les topiques courants à base d'acide salicylique ou d'acide lactique facilitent la guérison clinique des verrues non rebelles

Gibbs S, Harvey I, Sterling J, et al. *Local treatments for cutaneous warts: systematic review. BMJ* 2002;325:461-4.

**QUESTION :** Chez les sujets en bonne santé présentant des verrues à l'examen clinique, les traitements locaux courants ou la cryothérapie sont-ils plus efficaces qu'un placebo ou l'abstention pour augmenter le taux de guérison clinique ?

### Sources des données

Les études ont été identifiées par une recherche dans des bases de données électroniques incluant Medline (de 1966 à mai 2000), EMBASE/Excerpta Medica (de 1980 à août 2000) et CINAHL (de 1982 à mars 1999) : une recherche manuelle dans 8 journaux appropriés ; et l'examen des références d'articles pertinents. Des experts du domaine et des laboratoires pharmaceutiques ont été contactés à la recherche de données non publiées.

### Sélection des études

Les études ont été sélectionnées, quelle que soit leur langue de publication, s'il s'agissait d'essais comparatifs randomisés (ECR) sur les traitements locaux (tous les traitements topiques, intralésionnels et chirurgicaux, incluant la cryothérapie, mais pas les traitements généraux ni psychologiques) chez des patients présentant des verrues non génitales à l'examen clinique.

### Extraction des données

Les données extraites ont concerné le cadre de l'étude, la taille de l'échantillon, les composantes clés de l'intervention, la qualité des études et les résultats. Le principal critère de jugement a été la guérison clinique (définie par une disparition complète de la peau verruqueuse/surélevée) à la fin de la période de traitement.

### Principaux résultats

50 ECR ont répondu aux critères de sélection. Des méta-analyses ont été réalisées en utilisant un modèle à effets aléatoires. (1) Agents topiques simples à base d'acide salicylique et/ou d'acide lactique appliqués pendant 6 à 12 semaines (13 ECR) : la méta-analyse de 6 ECR a montré un taux de guérison plus élevé dans le groupe traitement que dans le groupe placebo (Tableau). (2) Cryothérapie (16 ECR) : la méta-analyse de 2 ECR ayant comparé la cryothérapie au placebo n'a pas montré de différence entre les groupes en termes de taux de guérison (Tableau). (3) Bléomycine intralésionnelle (4 ECR) : le seul ECR ayant utilisé les participants comme unité d'analyse n'a pas montré de différence entre les groupes bléomycine et placebo en termes de taux de guérison (Tableau). (4) 5-fluorouracile en topique (3 ECR) : le taux de guérison a été supérieur dans le groupe 5-fluorouracile comparativement au groupe placebo dans 1 seul ECR (Tableau). (5) Interférons intralésionnels (6 ECR) : la méta-analyse de 3 ECR ayant comparé l'interféron  $\alpha$  au placebo n'a pas montré de différence entre les groupes en termes de taux de guérison (Tableau). (6) Dinitrochlorobenzène (DNCB) (2 ECR) : la méta-analyse a montré un taux de guérison plus élevé dans le groupe DNCB comparativement au groupe placebo (Tableau). (7) Thérapie photodynamique (TPD) (4 ECR) : 1 ECR de haute qualité a rapporté un taux de guérison supérieur dans le groupe acide aminolévulinique-TPD comparativement au groupe placebo-TPD (56% vs 42% des verrues ;  $p < 0,05$ ).

### Conclusions

Chez les sujets en bonne santé présentant des verrues non rebelles, les applications de topiques courants à base d'acide salicylique et/ou d'acide lactique sont plus efficaces que le placebo pour obtenir la guérison clinique. Les preuves d'efficacité de la cryothérapie ne sont pas concluantes.

Source de financement : Norfolk Health Authority UK.

Correspondance : Dr S. Gibbs, Ipswich Hospital NHS Trust, Ipswich, Royaume-Uni.  
E-mail : sgibbs@fish.co.uk

Résumé et commentaire publiés dans *Evidence-Based Medicine* 2003;8(2):59.

Taux de guérison obtenus avec différents traitements locaux pour les verrues cutanées non génitales chez des patients en bonne santé à 1-18 mois\*

AST ou ALT vs placebo	6 (376)	73% vs 48%	62% (24 à 113)	5 (3 à 10)
Bléomycine IL vs placebo	1 (31)	94% vs 73%	28% (-8 à 78)	NS
5FU vs placebo	1 (128)	45% vs 13%	263% (80 à 631)	4 (3 à 6)
DNCB vs placebo	2 (80)	80% vs 43%	83% (24 à 169)	3 (2 à 6)
Cryothérapie vs placebo ou abstention	2 (69)	29% vs 34%	12% (-195 à 74)	NS
Interférons IL vs placebo	3 (150)	31% vs 34%	13% (-33 à 44)	NS

\*IL = intralésionnel ; RRB = réduction relative du bénéfice ; ECR = essai comparatif randomisé ; 5FU = 5-fluorouracile topique ; DNCB = dinitrochlorobenzène topique ; ALT = acide lactique topique ; AST = acide salicylique topique. Autres abréviations définies dans le Glossaire ; ARB, RRB, NST, NSTD et IC calculés à partir des données de l'article en utilisant un modèle à effets aléatoires. NS = non significatif.

### COMMENTAIRE (suite de la page 20)

En attendant de disposer de meilleures preuves, nous pourrions opter pour la prudence et ne pas traiter une verrue dans un premier temps, étant donné le taux élevé de guérison spontanée. Dans un deuxième temps, nous devrions essayer les traitements pour lesquels les preuves actuelles sont les plus fournies, et les plus inoffensifs, comme les gels à base d'acide salicylique ou le ruban adhésif. La cryothérapie pourrait venir en troisième ligne, en cas d'échec de ces deux approches.

Hywel C. Williams  
Centre of Evidence-Based Dermatology, Queen's Medical Centre  
Nottingham, Angleterre, Royaume-Uni

1. Ringold S, Mendoza JA, Tarini BA, et al. Is duct tape occlusion therapy as effective as cryotherapy for the treatment of the common wart? *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:975-7.
2. Altman DG. Commentary: Systematic reviewers face challenges from various study designs. *BMJ* 2002;325:461.
3. Massing AM, Epstein WL. Natural history of warts. *Arch Dermatol* 1963;87:306-10.
4. Williams HC, Pottier A, Strachan D. The descriptive epidemiology of warts in British school-children. *Br J Dermatol* 1993;128:504-11.
5. Glover MG. Plantar warts. *Foot Ankle* 1990;11:172-8.

## Prescrire EN QUESTIONS

### Héparine préventive pour une jambe plâtrée ?

**L**e mésusage fréquent des héparines de bas poids moléculaire (HBPM) a été démontré par plusieurs études rapportées dans la revue *Prescrire* (n° 218, p. 459-460). Que penser du cas d'un patient de 18 ans, traité par tinzaparine (Immohep®) 2 500 UI par jour durant 21 jours lors d'une immobilisation plâtrée de la cheville pour une entorse ?

Alain Martinote  
Généraliste (11)

Bien que l'immobilisation plâtrée d'une jambe soit fréquente, on ne dispose pas d'essai clinique comparatif de bon niveau de preuves évaluant la balance bénéfices-risques de l'héparine dans cette situation, en termes de prévention des embolies pulmonaires graves et de risque d'hémorragie grave (1).

**Très peu d'embolies pulmonaires au cours des essais.** Quelques essais ont été conduits dans cette situation ; mais ils se sont limités à des critères intermédiaires de jugement (thromboses veineuses latentes dépistées par examen complémentaire) au lieu de prendre en compte le critère le plus pertinent, à savoir les embolies pulmonaires cliniques (2à5). Les patients ayant des antécédents d'accident thromboembolique veineux avaient été exclus de ces essais.

Dans un essai comparatif conduit chez 391 blessés traités par plâtre de la jambe sans intervention chirurgicale, une HBPM a réduit l'incidence des thromboses veineuses profondes dépistées par examen complémentaire, par comparaison à l'absence de prévention médicamenteuse ; selon le compte rendu de l'essai (qui reste imprécis), il semble n'y avoir eu ni embolie pulmonaire, ni hémorragie grave dans aucun des deux groupes (2).

Un autre essai, publié en 2002, a com-

paré en double aveugle une autre HBPM versus placebo chez 440 patients ayant une fracture de la jambe ou une rupture du talon d'Achille, traitée par immobilisation avec ou sans intervention chirurgicale (3). Les patients étaient âgés de 47 ans en moyenne. 2 % avaient un antécédent d'accident thromboembolique. L'immobilisation plâtrée a duré environ 6 semaines en moyenne. Le traitement par HBPM (1 750 U par jour de réviparine (Clivarine®)) a réduit l'incidence des thromboses veineuses profondes dépistées par phlébographie (9 %, versus 19 % sous placebo), le plus souvent distales et asymptomatiques. Mais, comme dans les autres essais d'héparinothérapie préventive, les accidents graves ont été beaucoup plus rares : aucun décès dans aucun des groupes ; une suspicion d'embolie pulmonaire, une hémorragie rétro-péritonéale et une hémorragie sans gravité dans le groupe HBPM ; deux embolies pulmonaires prouvées, deux suspicions d'embolie pulmonaire et une hémorragie sans gravité dans le groupe placebo (absence de différence statistiquement significative entre les groupes) (3).

Les autres essais conduits après immobilisation plâtrée de la jambe chez des patients non hospitalisés et sans antécédent d'accident thromboembo-

lique veineux ont eu des effectifs plus faibles : il n'y a pas eu d'embolie pulmonaire symptomatique dans les groupes n'ayant pas eu d'héparinothérapie préventive (4,5).

**Un risque plus élevé après 45 ans et en cas d'antécédent thromboembolique.** En cas d'immobilisation plâtrée d'une jambe, le risque d'embolie pulmonaire est donc faible en l'absence d'antécédent thromboembolique veineux. Ce risque paraît cependant plus élevé en cas d'âge supérieur à 45 ans, d'antécédent de thrombose veineuse profonde, d'immobilisation prolongée ou d'autre lésion traumatique associée (1,5).

**En pratique : pas de consigne validée, faute d'évaluation.** En cas d'immobilisation plâtrée d'une jambe sans autre facteur de risque d'accident thromboembolique veineux, la prescription d'une héparinothérapie préventive ne semble pas indispensable, du fait d'une balance bénéfices-risques incertaine : en particulier chez un sujet jeune, sans antécédent de thrombose veineuse profonde, pour une immobilisation peu prolongée et en l'absence d'autre lésion traumatique associée.

La revue *Prescrire*

1- Prescrire Rédaction "Prévention primaire des embolies pulmonaires : choisir selon la situation" *Rev Prescr* 2002 ; 22 (230) : 516-529.

2- Koek HJ et coll. "Thromboprophylaxis with low-molecular-weight heparin in outpatients with plaster-cast immobilisation of the leg" *Lancet* 1995 ; 346 : 459-461.

3- Lassen MR et coll. "Use of the low-molecular-weight heparin reviparin to prevent deep-vein thrombosis after leg injury requiring immobilization" *N Engl J Med* 2002 ; 347 (10) : 726-730.

4- Giannadakis K et coll. "Ist eine generelle medikamentöse Thromboembolieprophylaxe bei ambulanter Therapie von Verletzungen der unteren Extremität im immobilisierenden Unterschenkelstützverband notwendig?" *Unfallchirurg* 2000 ; 103 (6) : 475-478.

5- Geerts WH et coll. "Prevention of venous thromboembolism" *Chest* 2001 ; 119 (1 suppl.) : 132-175.

Textes complets sur le Site internet *Prescrire* [www.prescrire.org](http://www.prescrire.org)  
et sur demande à la revue *Prescrire*.

#### Quels enjeux dans le traitement du déficit en IgA ?

Ce déficit est le plus souvent asymptomatique, un traitement substitutif a peu d'intérêt (1 page).

#### Quels critères d'enregistrement pour les spécialités homéopathiques ?

En France, deux procédures sont possibles : AMM véritable, ou "AMM allégée" pour les médicaments strictement homéopathiques (1 page, 8 références).