

**INFORMATIONS ESSENTIELLES À TRANSMETTRE AU PATIENT
SUR LES BÉNÉFICES ET LES RISQUES D'INTERVENTIONS COURANTES
EN MÉDECINE FAMILIALE**

**Par
Marie-Ève Bergeron, R2
Geneviève Desbiens, R2
Marie-Ève Larivière, R2
Juan Carlos Ochoa, R2**

Supervisé Michel Labrecque, MD PhD

**Unité de médecine familiale Saint-François d'Assise
Département de médecine familiale et médecine d'urgence
Université Laval**

Mai 2010

**INFORMATIONS ESSENTIELLES À TRANSMETTRE AU PATIENT SUR LES BÉNÉFICES ET LES RISQUES
D'INTERVENTIONS COURANTES EN MÉDECINE FAMILIALE**

TABLE DES MATIÈRES

Tableau 1	Page 3
Dépistage du cancer colorectal.....	
Tableau 2	Page 4
Dépistage du cancer de la prostate.....	
Tableau 3	Page 5
Traitement de la démence de type Alzheimer.....	
Tableau 4	Page 7
Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale.....	
Tableau 5	Page 8
Contrôle glycémique chez les patients diabétiques de type II.....	
Tableau 6	Page 9
Prévention des AVC chez le patient atteint de fibrillation auriculaire.....	
Tableau 7	Page 11
Prévention des maladies cardiovasculaire chez le patient hypertendu.....	
Tableau 8	Page 12
Traitement avec antibiotiques des patients avec exacerbation d'une MPOC	
Tableau 9	Page 13
Prévention de la maladie cardiovasculaire avec aspirine.....	
Tableau 10	Page 15
Le traitement des femmes ménopausées à risque de fracture ostéoporotique.....	
Tableau 11	Page 16
Prévention de la maladie cardiovasculaire avec les statines.....	
Tableau 12	Page 17
Prévention du cancer du col par le vaccin contre le virus du papillome humain	
Tableau 13	Page 19
Traitement de la dépression légère à modérée.....	

TABLEAU 1

Le dépistage du cancer colorectal

	Personnes de 50-70 ans	
	Non dépistées	Dépistées, aux 2 ans pendant 11 à 18 ans
Quels sont les avantages du dépistage de cancer colorectal avec la recherche de sang occulte dans les selles (RSOS) aux 2 ans?		
Moins de chance de mourir du cancer colorectal après environ 15 ans (études avec suivi de 11 à 18 ans) (1 à 2 décès de moins par 1000 personnes dépistées) ^{1,2} NNT : 500 à 1000	11/1000	9/1000
Chance égale de mourir (de n'importe quelle cause) après environ 15 ans (études de 11 à 18 ans de suivi) ^{1,2}	307/1000	311/1000
Quelles sont les désavantages du dépistage du cancer colorectal avec la RSOS aux 2 ans		
Plus de risque de subir une coloscopie : 26 à 64/1000		
Plus de risque d'avoir une coloscopie pour rien (recherche de sang dans les selles faussement positive) : 24 à 52/1000		
Risques de complications avec une coloscopie <ul style="list-style-type: none"> - Perforation : <1 à 11/1000 - Hémorragie : <1 à 5/1000 - Décès : 0 à 1/10 000 		

Notes complémentaires :

- Probabilité d'avoir au moins un test positif RSOS* sur 16 ans : 5,3%
- Sensibilité d'un test de recherche de sang dans les selles : 51 à 57% (1 patient sur 2 avec cancer aura un test négatif sur un test)
- Spécificité de la recherche de sang dans les selles : 96 à 98%
- Valeur prédictive positive : 5 à 19%
- Sensibilité d'une coloscopie longue : Tous les adénomes : 76% Adénomes > 1 cm : 94%
- Coût estimé au Québec par année de vie sauvée avec un dépistage aux 2 ans de 55 à 74 ans : 4 255\$; coût estimé au Québec par année de vie de qualité sauvée avec un dépistage aux 2 ans de 50 à 74 ans : Femmes : 3 430\$ Hommes : 5 130\$²

* RSOS : Recherche de sang occulte dans les selles

Références :

1. Hewitson P, Glasziou P, Irwig L, Towler B, Watson E. Screening for colorectal cancer using the faecal occult blood test, Hemoccult. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jan 24
2. Pertinence et faisabilité d'un programme de dépistage du cancer colorectal au Québec - Rapport du comité scientifique constitué par l'Institut national de santé publique du Québec, Octobre 2008

TABLEAU 2

Le dépistage du cancer de la prostate

	Hommes de 60 ans et plus	
	Non dépistés	Dépistés annuellement pendant 10 ans
Quels sont les avantages du dépistage du cancer de la prostate avec le dosage de l'APS et le toucher rectal?		
Moins de chance de mourir du cancer de la prostate après 10 ans (1 cas de moins par 1000 personnes dépistées) ¹ NNT : 1000	4/1000	3/1000
Chance égale de mourir de n'importe quelle autre cause après 10 ans ¹	100/1000	100/1000
Quelles sont les désavantages du dépistage du cancer de la prostate avec le dosage de l'APS et le toucher rectal?		
Plus de biopsie de la prostate après 10 ans (200 cas de plus par 1000 personnes dépistées) ¹ NNH : 5	200/1000	400/1000
Plus de risque de complications secondaires à une biopsie de la prostate après 10 ans: <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation (1 cas de plus par 1000 personnes dépistées) ¹ NNH : 1000 • Infections nécessitant des antibiotiques (20 cas de plus par 1000 personnes dépistées) ¹ NNH : 50 		
Plus de diagnostics de cancer de la prostate après 10 ans (40 cas de plus par 1000 personnes dépistées) ¹ NNH : 25	40/1000	80/1000
Plus de complications secondaires aux traitements du cancer de la prostate après 10 ans: <ul style="list-style-type: none"> • Impuissance (12 cas de plus par 1000 personnes dépistées) ¹ NNH : 83 • Incontinence (4 cas de plus par 1000 personnes dépistées) ¹ NNH : 250 		

Notes complémentaires :

- Sensibilité du dosage de l'APS avec un seuil de 4 ng/ml ¹: 21%
 - Sur 100 résultats négatifs, 20 cancers ne sont pas été détectés (faux négatifs [1-VPN])
 - Sur 100 résultats positifs, 50 hommes n'ont pas de cancer (faux positifs [1-VPP])
- NNS et NNT (chirurgie) pour qu'un seul homme de 60 ans vive plus vieux que 70 ans¹: 1068 et 48
- Selon une étude récente²: avec le seuil d'APS à 4 ng/ml dans les meilleures conditions
 - Sensibilité 44% et spécificité 92%
 - Avec une prévalence estimée à 10%, VPP : 38% et VPN : 6%

Références :

1. Cauchon M, Labrecque M, Le dépistage du cancer de la prostate une loterie!, *Le médecin du Québec*, Vol. 44 Numéro 10, 2009, pages 51-55
2. Holmström B, Johansson M, Bergh A, Stenman UH, Hallmans G, Stattin P. Prostate specific antigen for early detection of prostate cancer: longitudinal study. *BMJ*. 2009 Sep 24

TABLEAU 3

Traitement de la démence de type Alzheimer

	Patients atteints de démence de type Alzheimer	
	Non traité	Traité avec un inhibiteur de l'acétylcholinestérase
Quels sont les avantages du traitement de la démence de type Alzheimer avec un inhibiteur de l'acétylcholinestérase?		
Plus de chance d'être amélioré sur une échelle d'évaluation globale [CGIC, CIBIC+] après 12 semaines (9/100, NNT= 12) ¹	17/100	26/100
Plus de chance d'être amélioré sur une échelle d'évaluation cognitive [amélioré de 4 points ou + sur ADAS-cog] après 12 semaines (10/100, NNT=10) ¹	ND	ND
Quels sont les désavantages du traitement de la démence de type Alzheimer avec un inhibiteur de l'acétylcholinestérase?		
Chance semblable d'être institutionnalisé après 3 ans (2/100, non significatif) ²	44/100	42/100
Chance semblable que la maladie progresse après 3 ans (-2/100, non significatif) ²	53/100	55/100
Plus de chance d'avoir des effets secondaires [gastro-intestinaux, état général] après 6 mois de traitement (15/100, NNH=7) ³	57/100	72/100
Plus de chance de cesser le médicament en raison d'effets secondaires après 6 mois de traitement (10/100, NNH=10) ³	8/100	18/100

CGIC : Clinical Global Impression of Change;

CIBIC+: Clinician Interview-Based Impression of change plus caregiver input;

ADAS-cog : Alzheimer's Disease Assessment Scale- cognitive portion

Notes complémentaires

- Coût : AVAQ = 120200\$CAN; n'appuie pas une viabilité économique⁴
- Démence légère = Le donepezil n'a démontré aucun effet au niveau des fonctions cognitives et globales chez les patients atteints de démence légère⁵
- Réponse au traitement : La réponse est variable; jusqu'à 30-50% des patients n'en retirent aucun bénéfice et jusqu'à 20% ont une réponse plus grande que la moyenne⁶
- MMSE: Amélioration significative de 0,8 points sur 30 au MMSE (Mini Mental State Examination) après 2 ans avec le donepezil¹
- Symptômes neuropsychiatriques : Amélioration significative de 1,72 points sur 120 à l'échelle NPI (neuropsychiatric inventory) et de 0,03 point sur 50 à l'échelle ADAS-noncog (Alzheimer's Disease Assessment Scale- non cognitive portion) avec les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase⁷
- **Altération fonctionnelle** : Amélioration significative de 0,1 points sur 6 à l'échelle ADL (activities of daily living) avec les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase⁷
- Morbidité psychologique des aidants : Diminution de 0,3 points sur 30 au GHQ (General Health Questionnaire) avec le donepezil (p=0,3). Mêmes proportions dans la sévérité des morbidités et même évolution dans le temps dans les deux groupes²

Références :

- 1- Lanctôt KL, Herrmann N, Yau KK, Khan LR, Liu BA, LouLou MM, Einarson TR. Efficacy and safety of cholinesterase inhibitors in Alzheimer's disease: a meta-analysis. CMAJ. 2003 Sep 16;169(6):557-64.
- 2- Courtney C, Farrell D, Gray R, Hills R, Lynch L, Sellwood E, Edwards S, Hardyman W, Raftery J, Crome P, Lendon C, Shaw H, Bentham P; AD2000 Collaborative Group. Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease (AD2000): randomised double-blind trial. Lancet. 2004 Jun 26;363(9427):2105-15.
- 3- Birks J. Cholinesterase inhibitors for Alzheimer's disease. Cochrane Database Syst Rev. 2006 Jan 25;(1):CD00559
- 4- Loveman E, Green C, Kirby J, Takeda A, Picot J, Payne E, Clegg A. The clinical and cost-effectiveness of donepezil, rivastigmine, galantamine and memantine for Alzheimer's disease. Health Technol Assess. 2006 Jan;10(1):iii-iv, ix-xi, 1-160.
- 5- Raina P, Santaguida P, Ismaila A, Patterson C, Cowan D, Levine M, Booker L, Oremus M. Effectiveness of cholinesterase inhibitors and memantine for treating dementia: evidence review for a clinical practice guideline. Ann Intern Med. 2008 Mar 4;148(5):379-97.
- 6- Langa KM, Foster NL, Larson EB. Mixed dementia: emerging concepts and therapeutic implications. JAMA. 2004 Dec 15;292(23):2901-8.
- 7- Trinh NH, Hoblyn J, Mohanty S, Yaffe K. Efficacy of cholinesterase inhibitors in the treatment of neuropsychiatric symptoms and functional impairment in Alzheimer disease: a meta-analysis. JAMA. 2003 Jan 8;289(2):210-6.

TABLEAU 4

Dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale

	Hommes de 65 à 79 ans	
	Non dépisté	Dépisté une fois sur 3 à 5 ans*
Quels sont les avantages du dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale avec l'échographie abdominale?		
Moins de chance de mourir de toute cause après 3 à 5 ans (6/1000, non significatif) ¹	122/1000	116/1000
Moins de chance de mourir de rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale après 3 à 5 ans (1/1000, NNT: 917) ¹	3/1000	2/1000
Moins de chance d'avoir une rupture de l'anévrisme de l'aorte abdominale après 3 à 5 ans (3/1000, NNT: 333) ¹	6/1000	3/1000
Moins de chirurgies urgentes (- 2/1000,)	3/1000	1/1000
Quels sont les désavantages du dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale avec l'échographie abdominale?		
Plus de chirurgies totales effectuées pour AAA (5 / 1000, NNH:200) ¹	4/1000	9/1000
Plus de chirurgies électives (6/1000, NNH:167)	2/1000	8/ 1000

*Si anévrisme 3-4,5 cm : dépistage q 1an, si 4,5-5 cm : q 3 mois

Notes complémentaires

Incidence de l'anévrisme de l'aorte abdominale : 4-9 % des hommes de 60 ans et + ⁵

- Coûts : Les données sur les coûts ne sont pas cohérentes
- AVAQ pour 15 ans = 76340\$CAN : n'appuie pas une viabilité économique²
- AVAQ pour toute une vie = 6194\$CAN selon un modèle (NNT= 137 à vie avec ce modèle) : appuie une viabilité économique³
- AVAQ pour 4 ans = 63635\$CAN avec survie moyenne de 0,82 jour de plus par patient pour 4 ans chez les hommes dépistés⁴
- Population féminine : Pas de preuve démontrant un bénéfice chez les femmes^{1,6}
- Le USTFPS ne recommande le dépistage que chez les hommes fumeurs⁶

Références :

- 1- Cosford PA, Leng GC. Screening for abdominal aortic aneurysm. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Apr 18;(2):CD002945.
- 2- Ehlers L, Overvad K, Sørensen J, Christensen S, Bech M, Kjølby M. Analysis of cost effectiveness of screening Danish men aged 65 for abdominal aortic aneurysm. BMJ. 2009 Jun 24;338:b2243. doi: 10.1136/bmj.b2243.
- 3- Montreuil B, Brophy J. Screening for abdominal aortic aneurysms in men: a Canadian perspective using Monte Carlo-based estimates. Can J Surg. 2008 Feb;51(1):23-34.
- 4- Multicentre Aneurysm Screening Study Group. Multicentre aneurysm screening study (MASS): cost effectiveness analysis of screening for abdominal aortic aneurysms based on four year results from randomised controlled trial. BMJ. 2002 Nov 16;325(7373):1135.
- 5- Screening for abdominal aortic aneurysm, UpToDate 2009
- 6- Fleming C, Whitlock EP, Beil TL, Lederle FA. Screening for abdominal aortic aneurysm: a best-evidence systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. Ann Intern Med. 2005 Feb 1;142(3):203-11.

TABLEAU 5

Contrôle glycémique chez les patients diabétiques de type II

	Patients diabétiques de type II suivis pendant 10 ans*	
	Contrôle intensif de la glycémie	Contrôle standard de la glycémie
Quels sont les avantages du contrôle intensif de la glycémie?		
Moins de mortalité de toutes causes (3/1000) NNT 200 ¹	183/1000	186/1000
Moins d'événements coronariens fatals ou non (33/1000) NNT 35 ¹	143/1000	172/1000
Moins d'infarctus non-fatals (23/1000) NNT 44 ¹	100/1000	123/1000
Moins d'amputations ou MVAS (7/1000) NNT143 ^{2*}	43/1000	50/1000
Moins d'IRC terminale (1/1000) NNT 1000 ^{2*}	5/1000	6/1000
Moins de neuropathie (12/1000) NNT 83 ^{2*}	465/1000	477/1000
Moins de rétinopathie (40/1000) NNT 25 ^{2*}	290/1000	330/1000
Moins d'ACV (9/1000) NNT 111 ¹	68/1000	77/1000
Quels sont les désavantages du contrôle intensif?		
Plus d'hypoglycémie sévère (119/1000) NNH 8 ^{2*}	210/1000	91/1000
Plus de gain de poids ^{2*}	↑de 2,5% du pds corporel	Chiffres non disponible

* Ces données regroupent 5 études dont la durée s'échelonne entre 3,5 et 10,8 ans. Les estimations indiquées surestiment probablement le risque à 10 ans.

Notes complémentaires

Contrôle intensif : HbA1c cible <6-6,5% et Contrôle standard : HbA1c cible 7% et plus

Les résultats peuvent varier selon l'agent hypoglycémiant utilisé.

Références :

1. Ray KK, Seshasai SR, Wijesuriya S, Sivakumaran R, Newthercott S, Preiss D, Ergou S, Sattar N, Effect of intensive control of glucose on cardiovascular outcomes and death in patients with diabetes mellitus : a meta-analysis of randomised controlled trials. *Lancet*. 23;373 (9677) : 1765-72.
2. Montori VM, Fernandez-Belsells M., Glycemic control in type 2 diabetes : times for an evidence-based about-face? *Ann Intern Med*. 150(11) :803-8. Epub. Erratum in : *Ann Intern Med*. 21;151(2) :144.

TABLEAU 6

Prévention des AVC chez le patient atteint de fibrillation auriculaire

	Patients avec fibrillation auriculaire	
	Non traités	Traités avec warfarine pour INR entre 1,5 et 4,5 pendant 14 à 26 mois
Quels sont les avantages de l'anticoagulothérapie chez les patients avec fibrillation auriculaire?		
Moins de chance de mourir après 1 an (12 cas de moins par 1000 personnes traitées) NNT = 83 ¹	45/1000	33/1000
Moins de chance globale de souffrir d'un AVC après 1 an (28 de cas de moins par 1000 personnes traitées) NNT = 36 ¹	46/1000	18/1000
Moins chance de souffrir d'un AVC selon le score CHADS2* après 1 an ²		
• Score 0 (2 cas de moins par 1000 personnes traitées) NNT = 417	5/1000	3/1000
• Score 1 (8 cas de moins par 1000 personnes traitées) NNT = 125	15/1000	7/1000
• Score 2 (12 cas de moins par 1000 personnes traitées) NNT = 81	25/1000	13/1000
• Score 3 (31 cas de moins par 1000 personnes traitées) NNT = 33	53/1000	22/1000
• Score 4 (36 cas de moins par 1000 personnes traitées) NNT = 27	60/1000	24/1000
• Score 5 ou 6 (23 cas de moins par 1000 personnes traitées) NNT = 44	69/1000	46/1000
Quelles sont les désavantages de l'anticoagulothérapie chez les patients avec fibrillation auriculaire?		
Risque semblable de saignement majeur après 1 an (différence non significative) ¹	10/1000	13/1000
Risque semblable d'hémorragie intracrânienne (cas rares) ¹	1/1000	3/1000

* **Score CHADS2 :**

Insuffisance cardiaque Congestive (actuelle ou ATCD) : 1 point;

Hypertension (traitée ou non) : 1 point;

Âge ≥ 75 ans : 1 point;

Diabète : 1 point;

Prévention Secondaire avec ATCD d'AVC ou d'ICT ou d'embolie systémique : 2 points.

Notes complémentaires :

- Majorité des patients avec AVC sous warfarine : INR sous-thérapeutique (< 2,0) ¹
- Principaux facteurs de risques pour une hémorragie intracrânienne ¹ :
 - INR >4,0
 - Antécédent d'AVC ischémique
 - Âge avancé
- Incidence d'AVC associée à une fibrillation auriculaire augmente avec l'âge (% par patient par année) ² :
 - 50 – 59 ans : 1,3
 - 60 – 69 ans : 2,2
 - 70 – 79 ans : 4,2
 - 80 – 89 ans : 5,1
- Recommandations de traitement selon le score CHADS2 :
 - Score 0 : ASA 81 à 325 mg die (grade 1B) ¹
 - Score 1 et plus : traitement avec warfarine recommandé ²
 - Score 2 et plus : débiter warfarine si possible (grade 1A), sinon utiliser ASA + clopidrogel de préférence à l'ASA seule (grade 2A)
 - Score 1 : débiter warfarine si possible (grade 1A), sinon utiliser ASA seul de préférence à l'association ASA et clopidrogel (grade 2B)
- INR thérapeutique recommandé: 2,0 à 3,0

Références :

1. Singer DE, Albers GW, Dalen JE, Fang MC, Go AS, Halperin JL, Lip GY, Manning WJ; American College of Chest Physicians. Antithrombotic therapy in atrial fibrillation: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). Chest. 2008 Jun
2. Manning WJ, Singer DE, Lip GY, Hart RG. Antithrombotic therapy to prevent embolization in nonvalvular atrial fibrillation, Up To Date, 2009 June

TABLEAU 7
Prévention des maladies cardiovasculaire chez le patient hypertendu

	Patients de 60 ans et plus (moyenne=74 ans) atteint d'hypertension artérielle primaire	
	Non traité	Traité avec un anti-hypertenseur pendant 4,5 ans
Quels sont les avantages du traitement de l'hypertension artérielle primaire non compliquée avec un anti-hypertenseur de 1^{re} ligne?		
Moins de chance d'avoir ou de mourir d'un événement cardiovasculaire* (43/1000, NNT=23) ²	153/1000	110/1000
Bas risque (42/1000, NNT=24) ²	150/1000	108/1000
Haut risque (112/1000, NNT=9) ²	400/1000	288/1000
Moins de chance d'avoir ou de mourir d'un événement cérébrovasculaire** (20/1000, NNT=50) ²	60/1000	40/1000
Moins de chance de mourir de toutes causes (12/1000, NNT=83) ²	116/1000	104/1000
Bas risque (10/1000, NNT=100) ²	100/1000	90/1000
Haut risque (130/1000, NNT=8) ²	300/1000	270/1000
Quels sont les désavantages du traitement de l'hypertension artérielle primaire non compliquée avec un anti-hypertenseur de 1^{re} ligne?		
Plus de chance de cesser le médicament en raison d'effets secondaires (45/100, NNH=22) ²	65/1000	110/1000

*Infarctus du myocarde fatal ou non fatal, mort subite, AVC fatal ou non fatal, anévrismes, insuffisance cardiaque congestive et ICT

**AVC fatal ou non fatal

***Infarctus du myocarde fatal ou non fatal et mort subite

Notes complémentaires :

- Traitement comparatif chez les plus jeunes et les plus vieux : La réduction de la tension artérielle amène les mêmes bénéfices au niveau de la diminution des événements cardiovasculaires chez les plus jeunes (< 65 ans) et les plus vieux (65+ ans). Il n'y a pas de preuves appuyant la recommandation d'une classe de médicaments particulières chez les plus jeunes ou les plus vieux.¹
- Patient de plus de 80 ans : La réduction de la mortalité cardiovasculaire est similaire à celle des 60 ans et plus, par contre elle n'est significative que pour la maladie cérébrovasculaire (1,8/100, NNT=56 pour un traitement de 2,2 ans). De plus, il n'y a pas de réduction de la mortalité totale avec un traitement anti-hypertensif.²
- Hypertension systolique isolée : Chez les 60 ans et plus, il y a réduction de la morbidité et mortalité cardiovasculaire mais il n'y a pas de preuves de diminution de la mortalité totale avec un traitement anti-hypertensif.²
- Coût : AVAQ = 1200\$ à 16 365\$CAN chez les hommes et AVAQ = -42 815\$ (Le traitement des femmes à haut risque amène des économies) à 18 635\$CAN chez les femmes. ← appuie une viabilité économique.³

Références :

- 1- Blood Pressure Lowering Treatment Trialists' Collaboration, Turnbull F, Neal B, Ninomiya T, Algert C, Arima H, Barzi F, Bulpitt C, Chalmers J, Fagard R, Gleason A, Heritier S, Li N, Perkovic V, Woodward M, MacMahon S. Effects of different regimens to lower blood pressure on major cardiovascular events in older and younger adults: meta-analysis of randomised trials. *BMJ*. 2008 May 17;336(7653):1121-3. Epub 2008 May 14
- 2- Musini VM, Tejani AM, Bassett K, Wright JM. Pharmacotherapy for hypertension in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Oct 7;(4):CD000028
- 3- Gandjour A, Stock S. A national hypertension treatment program in Germany and its estimated impact on costs, life expectancy, and cost-effectiveness. *Health Policy*. 2007 Oct;83(2-3):257-67.

TABLEAU 8

Traitement avec antibiotiques des patients avec exacerbation d'une MPOC

	Personnes avec exacerbation d'une MPOC	
	Non traités	Traités avec des antibiotiques
Quels sont les avantages de traiter l'exacerbation d'une MPOC avec des antibiotiques?		
MPOC grave/hospitalisé		
Moins de chance de mourir (9 décès de moins par 100 personnes traités. NNT: 12) ¹	10/100	1/100
Moins de chance d'avoir un échec du traitement* (26 à 39 échecs de traitement de moins par 100 personnes traités. NNT : 3 ² à 4 ¹)	49 ¹ à 58 ² /100	23 ¹ à 28 ² /100
MPOC légère à modérée / ambulatoire		
Chance semblable d'avoir un échec du traitement* (0 ¹ à 3 ² échecs de traitement de moins par 100 personnes traités. NNT : 25 à infini)	28 ¹ à 39 ² /100	28 ¹ à 36 ² /100
Quelles sont les désavantages de traiter l'exacerbation d'une MPOC avec des antibiotiques ?		
Plus de risque de diarrhée (5 cas de plus par 100 personnes traités. NNH 20) ²	3/100	8/ 100
Plus d'effets secondaires (15 cas de plus par 100 personnes traités. NNH : 7 ²)	8/100	22/100

Notes complémentaires

- Critères d'exacerbation d'une MPOC : augmentation de la toux, des expectorations et de la dyspnée
- MPOC grave : 3/3 critères
- MPOC légère à modérée : 1 à 2/ 3 critères
- * Échec du traitement: Décès, augmentation des symptômes ou pas de guérison

Références :

- 1- Puhan MA, Vollenweider D, Latshang T, Steurer J, Steurer-Stey C. Exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: when are antibiotics indicated? A systematic review. *Respir Res.* 2007 Apr 4;8:30.
- 2- Ram FS, Rodriguez-Roisin R, Granados-Navarrete A, Garcia-Aymerich J, Barnes NC. Antibiotics for exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Apr 19;(2):CD004403.

TABLEAU 9

Prévention de la maladie cardiovasculaire avec aspirine

	Non traités	Traités pendant 5 ans avec ASA*
Quels sont les avantages de donner l'ASA ?¹		
PATIENTS SANS HISTOIRE DE MCAS		
Femmes 50-59 ans Chance semblable de mourir de cause vasculaire ou d'avoir un infarctus ou un AVC (2 décès de moins par 1000 personnes traités. NNT : 500) ¹	11/1000	9/1000
Femmes 65-74 ans Moins de chance de mourir de cause vasculaire ou d'avoir un infarctus ou un AVC (6 décès de moins par 1000 personnes traités. NNT : 167) ¹	45/1000	39/1000
Hommes 50-59 ans Moins de chance de mourir de cause vasculaire ou d'avoir un infarctus ou un AVC (5 décès de moins par 1000 personnes traités. NNT : 200) ¹	39/1000	34/1000
Hommes 65-74 ans Moins de chance de mourir de cause vasculaire ou d'avoir un infarctus ou un AVC (12 décès de moins par 1000 personnes traités. NNT : 83) ¹	92/1000	80/1000
PATIENTS AVEC HISTOIRE DE MCAS		
Femmes 50-59 ans Moins de chance de mourir de cause vasculaire ou d'avoir un infarctus ou un AVC (49 décès de moins par 1000 personnes traités. NNT : 20) ¹	259/1000	210/1000
Femmes 65-74 ans Moins de chance de mourir de cause vasculaire ou d'avoir un infarctus ou un AVC (90 décès de moins par 1000 personnes traités. NNT : 11) ¹	477/1000	387/1000
Hommes 50-59 ans Moins de chance de mourir de cause vasculaire ou d'avoir un infarctus ou un AVC (70 décès de moins par 1000 personnes traités. NNT : 14) ¹	367/1000	297/1000
Hommes 65-74 ans Moins de chance de mourir de cause vasculaire ou d'avoir un infarctus ou un AVC (106 décès de moins par 1000 personnes traités. NNT : 9) ¹	558/1000	452/1000
Quelles sont les désavantages de donner l'ASA ?		
PATIENTS SANS HISTOIRE DE MCAS		
Femmes 50-59 ans Risque semblable de saignements extra-crâniens (1 saignement de plus par 1000 personnes traités. NNH : 1000) ¹	2/1000	3/1000

Femmes 65-74 ans Plus de chance d'avoir un saignement extra-crânien (4 saignements de plus par 1000 personnes traités. NNH : 250) ¹	5/1000	9/1000
Hommes 50-59 ans Risque semblable de saignements extra-crâniens (2 saignements de plus par 1000 personnes traités. NNH : 500) ¹	3/1000	5/1000
Hommes 65-74 ans Plus de chance d'avoir un saignement extra-crânien (5 saignements de plus par 1000 personnes traités. NNH : 200) ¹	7/1000	12/1000

Notes complémentaires

- dose d'Aspirine entre 80 mg et 325 mg dans les études
- une analyse des données utilisées pour le tableau a montré que le rapport coût-bénéfice est avantageux (moins de 20,000 euro par AVAQ) en prévention primaire lorsque le risque vasculaire à 10 ans est de :

Hommes :

- 34 % ou plus entre 50 et 59 ans;
- 26 % ou plus entre 60 et 69 ans;
- 20 % ou plus entre 70 et 79 ans;
- Pas d'avantage chez les hommes entre 40 et 49 ans.

Femmes :

- 34% ou plus chez les femmes entre 60 et 69 ans;
- 30% ou plus chez les femmes entre 70 et 79 ans;
- Pas d'avantage chez les femmes entre 40 et 59 ans.

Les recommandations fondées sur cette analyse diffèrent beaucoup de celles du US Preventive Services Task Force³ qui suggère de discuter de l'usage d'aspirine au patient dont le risque cardiovasculaire à 10 ans beaucoup moins élevé.

Shared decision making is strongly encouraged with persons whose risk is close to (either above or below) these estimates of 10-year risk levels. As the potential cardiovascular disease reduction benefit increases above harms, the recommendation to take aspirin should become stronger.

Men		Women	
Age	10-Year CHD Risk, %	Age	10-Year Stroke Risk, %
45-59 y	≥4	55-59 y	≥3
60-69 y	≥9	60-69 y	≥8
70-79 y	≥12	70-79 y	≥11

Références :

1. Baigent C, Blackwell L, Collins R. Aspirin in the primary and secondary prevention of vascular disease: collaborative meta-analysis of individual participant data from randomised trials. *Lancet*. 2009;373(9678):1849-60.
2. Algra A, Greving JP. Aspirin in primary prevention: sex and baseline risk matter. *Lancet*. 2009;373(9678):1821-2.
3. US Preventive Services Task Force. Aspirin for the prevention of cardiovascular disease. *Ann Intern Med*. 2009 Mar 17;150(6):396-404.

TABLEAU 10

Le traitement des femmes ménopausées à risque de fracture ostéoporotique

	Femmes à faible risque de fracture (prévention primaire)			
	Placebo	Alendronate durant 1-4 ans ¹	Risedronate durant 2 ans ²	Étidronate durant 1-3 ans ³
Quels sont les avantages?				
Moins de fractures vertébrales (5/1000) NNT 200	12/1000	7/1000	12/1000*	36/1000*
Moins de fractures de la hanche (non significatif)	4/1000	3/1000*	---	---

	Femmes à haut risque (prévention secondaire)			
	Placebo	Alendronate durant 1-3 ans ¹	Risedronate durant 3 ans ¹	Étidronate durant 1-3 ans ¹
Quels sont les avantages?				
Moins de fractures vertébrales (50/1000) NNT 20	112/1000	62/1000	69/1000	59/1000
Moins de fractures de la hanche (46/1000) NNT 22	87/1000	41/1000	64/1000	104/1000*
Quels sont les désavantages (toutes les femmes)?				
Autant d'abandon du traitement en raison d'effets secondaires (non significatif)	91/1000	86/1000*	---	---
	176/1000	---	169/1000*	---
	28/1000	---	---	17//000*

*Non-significatif

Notes complémentaires

1. L'alendronate est la seule molécule utile chez les femmes à faible risque de fractures (et seulement pour les fractures vertébrales)
2. Utilisation de la vitamine D à haute dose (800-1000 UI /jour)
 - Moins de fractures de la hanche : 27/1000 vs 32/1000 – différence ajustée 6/1000, NNT=168, RR=0,82⁴
 - Moins de fractures non-vertébrales : 55/1000 vs 47/1000 – différence ajustée 11/1000, NNT= 93, RR=0,80⁴
 - Moins de chutes : différence 70/1000, NNT=15, RR= 0,78⁵
 - Moins de mortalité globale : 85/1000 vs 82/1000 – différence ajustée 4/1000, NNT= 147, RR= 0,73⁶
3. Les mégadoses annuelles de vitamine D (500 000 UI/j) sont associées à une augmentation des chutes et des fractures.⁷

References :

1. Wells GA, Cranney A, Peterson J, Boucher M, Shea B, Robinson V, Coyle D, Tugwell P, Alendronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Jan 23;(1) : CD001155
2. Wells GA, Cranney A, Peterson J, Boucher M, Shea B, Robinson V, Coyle D, Tugwell P, Risedronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Jan 23;(1) : CD004523
3. Wells GA, Cranney A, Peterson J, Boucher M, Shea B, Robinson V, Coyle D, Tugwell P, Editronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Jan 23;(1) : CD003376.
4. Bischoff-Ferrari HA, Willett WC, Wong JB, Stuck AE, Staehelin HB, Orav EJ, Thoma A, Kiel DP, Henschkowski J. Prevention of nonvertebral fractures with oral vitamin D and dose dependency: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med.* 2009 Mar 23;169(6):551-61.
5. Bischoff-Ferrari HA, Dawson-Hughes B, Willett WC, Staehelin HB, Bazemore MG, Zee RY, Wong JB. Effect of Vitamin D on falls: a meta-analysis. *JAMA.* 2004 Apr 28;291(16):1999-2006.
6. Autier P, Gandini S. Vitamin D supplementation and total mortality: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med.* 2007 Sep 10;167(16):1730-7.
7. Sanders KM, Stuart AL, Williamson EJ, Simpson JA, Kotowicz MA, Young D, Nicholson GC. Annual high-dose oral vitamin D and falls and fractures in older women: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2010 May 12;303(18):1815-22.

TABLEAU 11

Prévention de la maladie cardiovasculaire avec les statines

	Personnes sans MCAS avec un risque cardiovasculaire modéré (138 à 198 sur 10 ans)	
	Non traités	Traités pendant 4 ans avec une statine
Quels sont les avantages de donner une statine?		
Moins de chance de mourir de toutes causes (6 décès de moins par 1000 personnes traités NNT: 167) ¹	57/1000	51/1000
Moins de chance d'avoir un décès par MCAS ou un infarctus non fatal (12 ¹ à 14 ² décès ou cas de moins par 1000 personnes traités NNT: 71 ² à 83 ¹)	52 à 57/1000	40 à 43/1000
Moins de chance d'avoir un ACV fatal ou non-fatal 4 ACV de moins par 1000 personnes traités. NNT : 250) ^{1,2}	22 à 24/1000	18 à 20/1000
Quelles sont les désavantages de donner une statine ?		
Risque semblable d'avoir ou de mourir d'un cancer	46/1000	44/1000
Plus de risques d'avoir un effet secondaire ³ (5 cas de plus par 1000 personnes traités. NNH : 200)	23/1000	28/1000
Plus de risques d'avoir un effet secondaire léger * (2 cas de plus par 1000 personnes traités. NNH : 500)	7/1000	9/1000
Risque semblable d'avoir un effet secondaire modéré ou grave**	2/1000	2/1000

*Effet secondaire léger : myalgies, myopathies ou asthénie.

**Effet secondaire modéré ou grave: Augmentation de la créatinine kinase ou rhabdomyolyse

Notes complémentaire

- Risque de maladie cardiovasculaire moyen dans les études entre 13 et 19 % sur 10 ans.
- Le coût-bénéfice est avantageux en prévention primaire lorsque le risque vasculaire à 10 ans est plus grand que 20 % mais désavantageux lorsque le risque est plus petite que 10%. Pour un risque cardiovasculaire entre 10 et 19 % le coût- bénéfice n'est pas encore bien défini.²

Références :

- 1- Brugts JJ, Yetgin T, Hoeks SE, Gotten AM, Shepherd J, Westendorp RG, de Craen AJ, Knopp RH, Nakamura H, Ridker P, van Domburg R, Deckers JW. The benefits of statins in people without established cardiovascular disease but with cardiovascular risk factors: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2009 Jun 30; 338:b2376. doi: 10.1136/bmj.b2376.
- 2- Thavendiranathan P, Bagai A, Brookhart MA, Choudhry NK. Primary prevention of cardiovascular diseases with statin therapy: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Arch Intern Med*. 2006 Nov 27; 166(21):2307-13.
- 3- Silva MA, Swanson AC, Gandhi PJ, Tataronis GR. Statin-related adverse events: a meta-analysis. *Clin Ther*. 2006 Jan;28(1):26-35.

TABLEAU 12

Prévention du cancer du col par le vaccin contre le virus du papillome humain

	Femmes de 15 à 25 ans	
	Non vaccinées	Vaccinées contre le VPH* avec 3 doses données sur 6 mois
Quels sont les avantages du vaccin contre le VPH?		
Moins de chance de souffrir de lésion intraépithéliale cervicale de tous grades après 4 ans (27 cas de moins par 1000 personnes vaccinées) ¹ NNT : 37	27/1000	0/1000
Moins de chance de souffrir de lésion intraépithéliale cervicale de hauts grades après 3-4 ans (10 cas de moins par 1000 personnes vaccinées) ¹ NNT : 100	10/1000	0/1000
Moins de chance de souffrir de lésion génitale externe après 3-4 ans (25 cas de moins par 1000 personnes vaccinées) ¹ NNT : 40	25/1000	0/1000
Quels sont les désavantages du vaccin contre le VPH?		
Risque égal d'effets secondaires graves (bronchospasme, gastroentérite, mal de tête, hypertension, douleur au site d'injection ou au mouvement du membre utilisé) ¹	24/1000	24/1000
Risque égal de mourir sur 3-4 ans (aucun décès relié au vaccin) ¹	1/1000	1/1000

* Type bivalent (contre les types 16,18) ou quadrivalent (contre les types 6, 11, 16, 18)
Oncogènes : 16, 18 Verrues génitales : 6, 11

Notes complémentaires :

- Dans le cas où seulement 1 ou 2 doses du vaccin étaient reçues, la réduction des lésions était moins grande¹
- Effets secondaires mineurs rapportés 7 à 14 jours après vaccin¹ :
 - Céphalée, fatigue, myalgie, plaintes gastrointestinales, réactions locales, démangeaisons, température
- Coûts par AVAQ*²:
 - Contre VPH types 16, 18 : 12 700\$ à 44 889\$
 - Contre VPH types 6, 11, 16, 18 : 0\$ à 16 847\$
 - Selon une perspective canadienne : environ 15 000\$

- Coûts par AVAQ d'autres vaccins² :
 - Vaccin antipneumococcique conjugué sept-valent : 116 000\$
 - Vaccin contre la varicelle : 44 503\$
 - Vaccin antiméningococcique sérogroupe C : 42 000\$
- Épidémiologie du VPH² :
 - Prévalence canadienne du VPH chez les femmes : tous types : 13,3%, types oncogènes : 9,6%
 - Forte incidence d'acquisition du VPH sur 14 mois chez les femmes de 15 à 19 ans : 25%
 - Incidence des verrues génitales : 1,1%
 - VPH types 6 et 11 à l'origine de 80 à 90% des condylomes acuminés
 - Taux de d'ADN du VPH retrouvé chez patientes avec cancer du col : jusqu'à 97%
 - Types 16 et 18 plus fréquemment retrouvés
 - Taux annuel de nouveaux diagnostics de cancer du col au Canada : 8,9 / 100 000
 - Taux de mortalité annuel : 2,9 / 100 000
- Populations à risque :
 - Femmes séropositives (VIH) ont des taux élevés d'infection à VPH (67%) et de dysplasie du col
 - Femmes autochtones du Nunavut ont des taux de cancer du col plus élevé; c'est le cancer le plus souvent retrouvé chez les femmes de cette région (i.e. 35% de tous les cancers diagnostiqués).
- Infections au VPH n'affectant pas le col de l'utérus² :
 - Cancer de la vulve : taux annuel de nouveaux diagnostics : 0,5 à 1,5 / 100 000. VPH associé dans 20 à 50% des cas.
 - Cancer du vagin : taux annuel de nouveaux diagnostics : 0,3 à 0,7 / 100 000. 40% sont attribuables au VPH.
 - Cancer de l'anus : associé au VPH en grande partie chez les femmes (95%) et chez les hommes (83%)
 - Cancer du pénis : taux annuel de nouveaux diagnostics : 1 / 100 000. VPH associé dans 40 à 50% des cas (types 16, 18)
 - Cancers oropharynx : 20% attribuable au VPH
 - Cancers larynx et œsophage : 10% attribuable au VPH
 - Papillomatose respiratoire récurrente : 4,3 / 100 000 enfants et 1,8 / 100 000 adultes aux États-Unis. Risque à 1 / 400 nouveaux-nés si mère infectée au VPH types 6 ou 11
- Guérison du VPH² :
 - 80% des infections génitales disparaissent en 5 à 14 mois selon le risque associé aux types de VPH.
 - Risque carcinogène en lien avec la persistance de la répllication virale.
 - Verrues génitales : lésions visibles et répllication disparaissent environ en 18 mois.

* AVAQ : Année de vie ajustée par la qualité

Références :

1. Rambout L, Hopkins L, Hutton B, Fergusson D. Prophylactic vaccination against human papillomavirus infection and disease in women: a systematic review of randomized controlled trials. CMAJ. 2007 Aug 28
2. Directive clinique canadienne de consensus sur le virus du papillome humain, JOGC, vol. 29 numéro 8, Août 2007, p :S7-10 et S49-55

TABLEAU 13

Traitement de la dépression légère à modérée

	Patients souffrant de dépression légère à modérée	
	Placebo	ISRS*
Quels sont les avantages du traitement avec ISRS*?¹		
Plus de réponse au traitement après 6-8 semaines (130/1000) NNT 8	450/1000	580/1000
Moins d'arrêt du traitement à cause d'un échec (71/1000) NNT 14	157/1000	86/1000
Quels sont les désavantages du traitement avec ISRS*?¹		
Plus d'effets secondaires (16/1000) NNH 63	348/1000	364/1000
Idées suicidaires, comportements suicidaires ou suicides complétés³		
Plus chez les <25 ans (5,5/1000) NNH 182	8/1000	13.5/1000
Moins chez les 25-64 ans (1/1000) NNT 1000	7/1000	6/1000
Beaucoup moins chez les >65 ans (7/1000) NNT 143	10/1000	3/1000
	Antidépresseurs	Millepertuis
	Quels sont les avantages du traitement avec millepertuis?²	
Autant de réponse au traitement	508/1000	508/1000
Moins d'arrêt du traitement à cause d'effets secondaires (48/1000) NNT 21	79/1000	31/1000

*ISRS : Inhibiteur sélectif du recaptage de la sérotonine

Marie-Ève Bergeron

Notes complémentaires

- Dans une méta-analyse récente, l'efficacité des antidépresseurs dans la dépression légère à modérée a été qualifiée de minime à non existante. Les NNT ont été estimés à 16 et 11 respectivement, dans la dépression modérée et légère.⁴

Références :

1. Aroll B, Elley CR, Fishman T, Goodyear-Smith FA, Kenealy T, Blashki G, Kerse N, Macgillivray S., Antidepressants versus placebo for depression in primary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009 July 8;(3):CD007954
2. Linde K, Berner MM, Kriston L, St John's wort for major depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Oct. 8;(4):CD000448
3. Stone M, Laughren T, Jones ML, Levenson M, Holland PC, Hughes A, Hammad TA, Temple R, Rochester G, Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults : analysis of proprietary data submitted to US Food and Drugs Administration. *BMJ.* 2009 Aug. 11;339;b2880. doi: 10.1136/bmj.b2880
4. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, Fawcett J. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA.* 2010 Jan 6;303(1):47-53.