

Cette rubrique de Minerva vous propose un bref résumé de nouvelles études concernant des sujets précédemment traités dans Minerva. Le comité de rédaction estime que l'information nouvelle ne nécessite pas une analyse développée de la publication tout en justifiant une mise au courant de nos lecteurs, en recadrant ces nouvelles données dans la précédente évaluation publiée par nos soins.

● BPCO : réhabilitation respiratoire et administration de suppléments d'oxygène

P. Chevalier

Nous analysons dans ce numéro de Minerva une synthèse méthodique de la littérature pour le traitement de la BPCO^{1,2}. Tous les aspects concernant les traitements médicamenteux inhalés sont résumés et discutés en page 34. Cette synthèse méthodique comportait une autre question clinique : quelle est l'efficacité de la réhabilitation respiratoire et de l'administration d'oxygène de manière chronique dans la bronchopneumopathie chronique obstructive stable ?

Dans les études évaluant l'effet d'une réhabilitation respiratoire, les critères cliniques habituels (exacerbations, hospitalisations, capacité à l'effort) sont peu fréquemment mentionnés, ce qui ne permet pas de tirer de conclusions à ce propos. Ces études, avec une prépondérance d'exercices d'endurance, montrent une amélioration de l'état de santé (respiratoire) et de la dyspnée mais non du périmètre de marche, durant l'exécution du programme des études.

Un bénéfice prouvé d'une oxygénothérapie d'au moins 15 heures par jour n'est montré qu'en cas de BPCO avec insuffisance respiratoire sévère. Une réhabilitation respiratoire améliore l'état de santé respiratoire et diminue la dyspnée sans augmenter le périmètre de marche ni apporter de preuve d'un bénéfice sur les complications de la BPCO.

Dans les études évaluant l'oxygénothérapie, la mention des critères cliniques habituels est également inconstante. Quand elles sont mentionnées, les améliorations liées au traitement sont faibles sauf pour une administration d'oxygène sur la majorité de la journée (au moins 15 heures) chez des patients avec obstruction très sévère (VEMS <30%) et hypoxémie diurne (PaO₂ moyenne de 55 mmHg au repos), pour lesquels ce traitement réduit le nombre de décès durant l'observation. Une administration ambulatoire n'apporte pas de bénéfice clinique observable (capacité d'effort, qualité de vie).

Références

1. Wilt TJ, Niewoehner D, MacDonald R, Kane RL. Management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a systematic review for a clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2007;147:639-53.
2. Chevalier P. Médicaments inhalés pour le traitement de la BPCO stable. *MinervaF* 2008;7(3):34-5.

● Contraception orale : début immédiat ou différé ?

P. Chevalier

L'initiation d'une contraception orale (CO) peut se faire de deux façons : l'initiation classique, au premier jour des règles, ou une initiation immédiate lors de la consultation médicale, sans tenir compte du cycle menstruel, méthode appelée «Quick start» (QS). Cette méthode «Quick Start» pourrait améliorer l'utilisation effective de la pilule contraceptive, mais, en même temps, provoquer davantage de saignements irréguliers. MINERVA a déjà publié une analyse¹ d'un article² montrant que l'initiation immédiate d'une contraception orale, quel que soit le moment du cycle, ne provoque pas plus de saignements ou de spotting que l'initiation au début des règles, sur une période d'étude de 90 jours.

Le même auteur principal publie maintenant une RCT³ évaluant l'effet de cette méthode QS sur la poursuite du traitement contraceptif et sur la survenue d'une grossesse. Un total de 1 716 femmes âgées de moins de 25 ans s'adressant à des cliniques publiques de planning familial est suivi durant 6 mois. Soixante pour cent des participantes interrompent le traitement contraceptif, ce qui pose question tant sur la motivation de prescription d'une contraception que sur le désir de grossesse des participantes.

Si cette étude confirme que la méthode QS versus début conventionnel de la contraception orale lors des règles suivantes n'occasionne pas plus d'effets indésirables, elle ne peut montrer de différence franche sur la poursuite du traitement contraceptif et ne montre pas de différence quant à la survenue d'une grossesse. Le taux très important d'arrêts de contraception dans les 6 mois et la puissance insuffisante de cette étude rendent cependant ses conclusions peu informatives.

Huit pour cent des femmes se retrouvent enceintes durant le suivi. Si davantage de femmes semblent entamer une deuxième plaquette de pilule avec la méthode QS (OR 1,5 ; IC à 95% de 1,0 à 2,1 ; résultat à la limite de la signification statistique), cette différence dans la poursuite de la contraception disparaît à 3 et 6 mois. La survenue d'une grossesse dans ces 6 mois de suivi n'est pas statistiquement moindre dans ce groupe QS. Les effets indésirables sont rares et similaires dans les deux groupes. Les patientes estiment la méthode QS acceptable ou préférable.

Références

1. Collette C. Modèles de saignement après initiation immédiate ou conventionnelle de la pilule. *MinervaF* 2004;3(5):78-9.
2. Westhoff C, Morroni C, Kerns J, Murphy PA. Bleeding patterns after immediate vs. conventional oral contraceptive initiation: a randomized, controlled trial. *Fertil Steril* 2003;79:322-9.
3. Westhoff C, Heartwell S, Edwards S, et al. Initiation of oral contraceptives using a quick start compared with a conventional start. *Obstet Gynecol* 2007;109:1270-6.