

e-Club

En médecine d'urgence

À chaque mois, la section de médecine d'urgence de la faculté de médecine de l'Université Laval présente un club de lecture.

Une critique de l'article présenté est distribuée à l'ensemble des membres du DMFMU.

Date de parution :
30 janvier 2015

Auteurs :

Christophe Gauthier et Olivier Lessard, R3 Formation complémentaire en médecine d'urgence

Audrey-Anne Turcotte-Brousseau, R4 Médecine d'urgence spécialisée

Patron superviseur : Marcel Émond, M.D. M.Sc. CCMF(MU) FRCPC

Date du club de lecture : 9 septembre 2014

Titre :

Antiemetic Use for Nausea and Vomiting in Adult Emergency Department Patients: Randomized Controlled Trial Comparing Ondansetron, Metoclopramide, and Placebo

Référence :

Diana Egerton-Warburton, MBBS, FACEM; Robert Meek, MBBS, FACEM; Michaela J. Mee, MBBS, FACEM; George Braitberg, MBBS, FACEM
Annals of Emergency Medicine, Volume 64, Issue 5, November 2014, Pages 526–532.e1

Pubmedid :

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24818542>

Question PICO :

Population :

Chez les patients présentant des nausées et vomissements au département d'urgence,

Intervention :

Est-ce l'administration d'un traitement anti-émétique (Ondansetron 4 mg IV ou Metoclopramide 20 mg IV)

Comparaison :

Est plus efficace que le placebo

Outcome (issue) :

Pour le contrôle et la diminution des symptômes sans égard à l'étiologie?



Faculté de médecine
Département de médecine familiale
et de médecine d'urgence

Conclusion des auteurs de l'article :

Chez la population adulte se présentant au département d'urgence et ayant des nausées et vomissements, le traitement de ceux-ci avec Ondansetron 4 mg IV ou Metoclopramide 20 mg IV était similaire en comparaison avec le placebo. Il y avait néanmoins une tendance (non statistiquement significative) vers une plus grande réduction sur l'échelle visuelle analogue (VAS) des symptômes et un moins grand besoin de médication de secours dans les groupes ayant reçu une médication anti-émétique.

Grille d'analyse critique

Veillez lister les questions de la grille et vos commentaires :

I) Les résultats sont-ils valides?

C'est une étude randomisée en bloc de 6 à double aveugle.

Les caractéristiques des groupes sont similaires entre eux. Ayant le même pronostic au début de l'étude, la comparaison de ceux-ci est donc possible. L'assignation aux groupes a été respectée durant toute l'étude (Intention to treat analysis) et est demeurée inconnue par tous (patients, cliniciens, investigateurs).

Par contre, il semble y avoir divers facteurs confondants potentiels. Les co-interventions faites non décrites dans l'étude, le délai avant la prise en charge du patient et la répartition des certaines autres pathologies peuvent influencer la survenue de No/Vo et la réponse à un traitement antiémétique.

Également, la durée de suivi de 30 minutes pourrait être insuffisante car le délai d'action des anti-émétiques est variable (pic d'action métopoclopramide: 0.5 hr à 1 H vs 0.5 H pour l'ondansetron).

II) Quels sont les résultats?

Cette étude n'a pu démontrer une supériorité à l'utilisation du métopoclopramide ou de l'ondansetron par rapport au placebo pour la réduction des nausées et des vomissements. Il y a une réduction statistiquement significative des symptômes de No/Vo sur le VAS pour les groupes traités avec soit l'ondansetron ou le métopoclopramide et non significative pour le groupe placebo. Mais lorsque les analyses comparent les résultats entre eux, ceux-ci ne sont pas statistiquement significatifs.

III) Comment puis-je intégrer ces résultats à ma pratique?

Plusieurs biais de sélections ont possiblement altéré la validité externe de l'étude. Voici les principaux:

- Le degré de sévérité des symptômes des patients à l'étude est possiblement plus faible que dans notre pratique;
- L'exclusion des patients avec symptômes secondaire à des vertiges;
- Les données démographiques manquantes pour les 115 patients exclues;
- Le faible taux de recrutement pour une symptomatologie très fréquente;
- La dose du métopoclopramide est plus élevée que celle utilisée dans nos départements d'urgence.

Il aurait été intéressant d'évaluer l'impact sur la durée de séjour des patients l'urgence et des co-interventions sur les No/Vo. Également, il aurait été intéressant de stratifier l'efficacité du traitement selon la pathologie sous-jacente.

Tout de même, cette étude apporte un questionnement raisonnable quant à l'efficacité de médicaments couramment utilisés dans nos départements d'urgence. D'autres études sont nécessaires pour clarifier la question mais d'autres anti-émétiques seraient-ils supérieurs ? Considérant l'efficacité similaire et questionnable de ces deux antiémétiques et l'aspect économique, il serait logique de favoriser le métopoclopramide plutôt que l'ondansetron, qui est beaucoup plus dispendieux.

Résultats importants :

Veillez inscrire les résultats importants :

Issue primaire :

Variation moyenne des symptômes sur l'échelle visuelle analogue (VAS) : Ondansetron 27 mm [95% IC 22-33 mm]; Metoclopramide 28 mm [95% IC 22-34 mm]; Placebo 23 mm [95% IC 16-30 mm]. Résultats non statistiquement significatifs.

Issues secondaires :

Différences entre le pourcentage de la population ayant reçu une médication de secours : Ondansetron 34,5 % [95% IC 25,0-45,1 %]; Metoclopramide 17,9 % [95% IC 10,8-27,2 %]; Placebo 36,3 % [95% IC 26,3-47,2 %] Résultats statistiquement significatifs.

Résultats des changements dans la sévérité sur l'échelle numérique, dans la description qualitative, dans le nombre d'épisode de vomissement et dans la satisfaction du patient sont tous similaires d'un groupe à l'autre.

Effets adverses à la médication : Ondansetron = 2; metoclopramide = 6; Placebo = 1. Résultats non statistiquement significatifs.

Commentaires généraux des réviseurs et conclusions

Commentaires :

L'utilisation de ces deux molécules au département d'urgence (DU) s'est fait progressivement sur la base d'extrapolation de données dérivées d'études en oncologie. Au DU, plusieurs études à petite échelles comme celle-ci tendent à ne pas démontrer une supériorité de ces molécules par rapport au placebo. Des études à plus grandes échelle seraient intéressantes pour répondre adéquatement à cette question.

Conclusions :

Chez les patients avec nausées et vomissements modérés non reliés à la chimiothérapie ou radiothérapie, un traitement anti-émétique pourrait ne pas être nécessaire.

Application clinique et mes patients

Comment appliquer ces connaissances?

L'utilisation de médicament anti-émétique peut sembler efficace dans le contrôle des symptômes à l'urgence mais les données scientifiques ne sont pas convaincantes. Le traitement de la cause sous-jacente et la prise en charge globale du patient (traitement de la douleur, de l'anxiété, etc.) demeurent les aspects les plus importants.

Que dois-je dire à mon patient?

Le traitement des nausées et vomissements à l'urgence passe avant tout par le traitement de la pathologie sous-jacente et de la douleur. Cependant, en aigu, une tentative avec médication anti-émétique peut être tenté et répété selon la réponse clinique en prenant bien soin d'expliquer les effets secondaires possibles.