

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 :
21 avril 2017

Auteurs :

Émilie Lefebvre, R3 Formation complémentaire en médecine d'urgence
Jean-Simon Létourneau, R4 Médecine d'urgence spécialisée
Patron superviseur : Dr Marcel Emond

Date du club de lecture : 4 avril 2017

Titre :

Randomized clinical trial of observational versus antibiotic treatment for a first episode of CT-proven uncomplicated acute diverticulitis

Référence :

L. Daniels, C. Unlu, N. de Korte, S. van Dieren, H. B. Stockmann, B. C. Vroueunraets et al. BJS 2017 Jan ; 104: 52-61.

Pubmedid : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27686365>

Question PICO :

Population :

Chez les patients avec un premier épisode de diverticulite aigue non compliquée, localisée à gauche et documentée par tomodensitométrie,

Intervention :

est-ce que l'approche observationnelle,

Comparaison :

comparée au traitement antibiotique standard,

Outcome (issue) :

est aussi efficace en terme de récupération à 6 mois?



Conclusion des auteurs de l'article

Les auteurs de cet article concluent à la non-infériorité de l'approche observationnelle comparativement au traitement antibiotique usuel dans la prise en charge d'un premier épisode de diverticulite aigue non compliquée. Ils ajoutent que l'observation diminue la durée de l'admission initiale ainsi que les effets secondaires reliés aux antibiotiques. Ils suggèrent donc que les antibiotiques pourraient être omis chez ces patients.

Grille d'analyse critique

Les résultats sont-ils valides?

1. Est-ce que le groupe recevant le traitement et le groupe contrôle avaient un pronostic semblable au début de l'étude?

Il s'agit d'un essai randomisé multicentrique, pragmatique et "open-label" (22 hôpitaux aux Pays-Bas). Les patients ont été assignés dans l'un des deux groupes par un logiciel informatique en blocs de 2 à 4 et stratifiés par hôpital ainsi que par stade de Hinchey. Les deux groupes présentaient des caractéristiques similaires bien qu'on note une différence dans la classe ASA ainsi que dans les valeurs de PCR. Les patients du groupe antibiotiques étant légèrement plus malades à la base, cela pourrait avoir affecté négativement leur durée de récupération. Nous notons également que 7 % des patients ont été exclus après randomisation (19 et 20 dans chaque groupe). De plus, 13 patients du groupe observation ont finalement reçu des antibiotiques tandis qu'un patient du groupe antibiotiques n'en a finalement pas reçu. Enfin, 11 patients du groupe antibiotiques n'ont pas complété le traitement. Les analyses ont été effectuées selon le principe *intention-to-treat* ainsi que *per-protocole*.

2. Est-ce que le groupe recevant le traitement et le groupe contrôle ont conservé un pronostic semblable après le début de l'étude?

Au total, 570 patients ont été randomisés. Les patients observés ont été admis pendant une période médiane de 2 jours. Les patients ayant reçu des antibiotiques ont été admis avec antibiothérapie intraveineuse pendant une période de 48 h avant de poursuivre un traitement per os (total 10 jours). Les co-interventions tels que le recours à l'analgésie, l'usage d'anti-inflammatoires et l'état d'hydratation des patients ne sont aucunement spécifiées dans l'article. Les patients et les cliniciens étaient au courant de l'assignation, mais les investigateurs et les évaluateurs ont réalisé les analyses à l'aveugle. Le suivi des patients était complet. Les patients étaient suivis en clinique à 2 et 4 mois, puis par téléphone à 12 et 24 mois. De 86 à 90 % des patients ont été suivis au-delà de 12 mois et 16 patients ont été perdus au suivi.

3. Comment puis-je intégrer ces résultats à ma pratique?

Bien que les patients inclus soient semblables à notre population, l'intervention proposée diffère grandement de la nôtre. En effet, nos patients souffrant d'une diverticulite aigue non compliquée sont rarement admis et sont majoritairement traités avec une antibiothérapie per os. Des études observationnelles ont récemment démontré que l'antibiothérapie n'est pas plus efficace que l'observation pour la diverticulite aigue non compliquée. De plus, les lignes directrices de l'*American Gastroenterological Association* recommandent désormais d'utiliser l'antibiothérapie de façon sélective plutôt que routinière chez ces patients (faible évidence). L'étude actuelle montre effectivement la non-infériorité d'une approche observationnelle tout en permettant de réduire les durées de séjour, les effets secondaires ainsi que la résistance aux antibiotiques. Avant d'être implantée, cette approche devrait faire l'objet d'études supplémentaires et être adoptée de façon formelle par les sociétés de gastro-entérologie. Un suivi approprié devrait être assuré pour ces patients.

Résultats importants

Veillez inscrire les résultats importants :

Aucune différence statistiquement significative n'a été identifiée dans le temps médian de récupération qui était de 14 jours (IQR 6-35) dans le groupe observation et de 12 jours (IQR 7-30) dans le groupe antibiotiques avec un hazard ratio de 0,91 (limite inf. IC 95 % 0,78 P=.151). Aucune différence statistiquement significative n'a été trouvée en ce qui concerne les issues secondaires tels que les complications (3,8 vs 2,6 % P=.377) et le taux de récurrence (3,4 vs 3,0 % P=.494). Le taux de réadmission (17,6 vs 12,0 % P=.148) ainsi que le taux de résection sigmoïdienne (3,8 vs 2,3 P=.323) ont toutefois été plus élevés dans le groupe observation bien que statistiquement non significatifs. En outre, la durée médiane du séjour hospitalier s'est avérée plus courte dans le groupe observation (2 vs 3 jrs P=.006). Les résultats des analyses *per-protocole* concordaient aux analyses primaires. Enfin, les analyses de sous-groupes n'ont pas démontré de différence.

Commentaires généraux des réviseurs et conclusions

Commentaires :

Il s'agit d'un essai randomisé généralement de bonne qualité. L'échantillonnage est de taille adéquate, la population est similaire à la nôtre et les critères d'inclusions et d'exclusions étaient bien définis. L'intervention proposée diffère toutefois de notre pratique. Les médecins et les patients n'étaient pas à l'aveugle ce qui a pu introduire un biais. De plus, aucun contrôle n'a été exercé sur les co-interventions comme l'analgésie. La durée de récupération s'est avérée similaire entre les groupes. On note toutefois des différences dans le taux de réadmission et de résection sigmoïdienne qui défavorisent le groupe observation, bien que ces résultats ne soient pas statistiquement significatifs et que l'étude n'avait pas la puissance nécessaire. Une analyse post-hoc a également été réalisée en raison d'un mauvais calcul d'échantillonnage et d'une estimation erronée de la durée de récupération. Enfin, les auteurs introduisent une notion de non-infériorité dans leur conclusion alors que la méthodologie n'en fait aucunement mention.

Conclusions :

Cette étude confirme la non-infériorité de l'observation par rapport aux antibiotiques dans le traitement d'un premier épisode de diverticulite aiguë non compliquée. Des études subséquentes devraient être réalisées afin de mieux refléter notre pratique et contrôler les co-interventions.

Application clinique et mes patients

Comment appliquer ces connaissances?

Ces nouvelles connaissances se greffent à quelques études récentes démontrant la prédominance du phénomène inflammatoire dans la diverticulite aiguë non compliquée. L'approche observationnelle semble sécuritaire et ne prolonge pas la durée de récupération. Avant d'être implantée, cette approche devrait faire l'objet d'études supplémentaires et être adoptée au sein d'un consensus de pratique.

Que dois-je dire à mon patient?

Plusieurs études semblent démontrer la sécurité d'une approche observationnelle dans le traitement de la diverticulite aiguë non compliquée. Le temps de récupération ainsi que le taux de complications semblent similaires. De plus, le recours aux antibiotiques peut entraîner des effets secondaires, des allergies et de la résistance antimicrobienne. Malgré ces résultats prometteurs, un consensus de pratique et un suivi approprié sont nécessaires avant d'appliquer ce changement de pratique.