

Liste «Top 5» Médecine Interne Générale hospitalière

La Société Suisse de Médecine Interne Générale fait les cinq recommandations suivantes:

1 Ne pas instaurer une anticoagulation prophylactique chez les patients médicaux aigus ayant un risque bas d'évènement thromboembolique veineux.

L'anticoagulation prophylactique permet de réduire l'incidence d'évènements thromboemboliques veineux chez des patients médicaux aigus présentant des facteurs de risque de thrombose veineuse. Il existe un surrisque d'évènements hémorragiques lié à cette anticoagulation prophylactique. Dans la pratique médicale hospitalière, l'adéquation entre le niveau de risque de thrombose veineuse et la prescription d'une anticoagulation prophylactique est imparfaite avec de la moitié jusqu'à trois quarts des patients à bas risque qui reçoivent à tort une anticoagulation prophylactique dont le bénéfice n'est pas établi. Parmi les différents scores de risque de thrombose veineuse, on peut citer les scores de Genève, de Genève simplifié, de Padoue, IMPROVE – qui, malgré une sensibilité imparfaite de 70–90 % chez les patients à haut risque de thrombose veineuse acquise à l'hôpital, restent utiles pour identifier un groupe de patients à bas risque avec une incidence faible d'évènements thromboemboliques veineux (< 1% à 90 jours pour le score de Genève par exemple). L'anticoagulation prophylactique comporte un inconfort pour les patients, un coût en personnel soignant et en produit pharmaceutique qui ne sont pas justifiés en l'absence de bénéfice établi.

2 Ne pas prescrire d'antibiotique lors de la découverte isolée d'une Protéine C-réactive (CRP) ou d'une Procalcitonine (PCT) élevée.

Les marqueurs inflammatoires comme la CRP ou la PCT mettent en évidence un processus inhabituel dans l'organisme qui peut avoir de nombreuses étiologies. Ils ne sont pas spécifiques d'une infection et encore moins d'une infection bactérienne, de ce fait doivent toujours être analysés par rapport au contexte clinique. Des paramètres inflammatoires élevés sont une bonne occasion de rechercher une

infection (par exemple une pneumonie, une pyélonéphrite ou une bactériémie) mais pas d'engager une antibiothérapie sans avoir pu la mettre en évidence.

3 Ne pas traiter systématiquement avec des antihypertenseurs des valeurs de pression artérielle supérieures à la normale lors d'une hospitalisation de soins aigus.

Des valeurs de pression artérielle supérieures à la normale sont fréquemment rencontrées lors d'une hospitalisation de soins aigus et conduisent souvent à une intensification d'un traitement antihypertenseur préexistant, voire à l'initiation d'un traitement chez une personne sans diagnostic préalable d'hypertension. De nombreux éléments peuvent en effet conduire à une augmentation de la pression artérielle lors d'une hospitalisation de soins aigus, comme la douleur, le stress, l'anxiété, le manque de sommeil, un syndrome d'apnées du sommeil non appareillé, un sevrage ou un état fébrile. Néanmoins, en l'absence d'urgence hypertensive immédiate («hypertensive emergency», c'est-à-dire avec atteinte d'organes cibles) ou relative («hypertensive urgency», c'est-à-dire avec présence de facteurs de risque de complications), il n'y a pas d'indication à initier ou intensifier un traitement antihypertenseur lors d'une hospitalisation de soins aigus. Au contraire, intensifier ou initier un tel traitement favorise la survenue de complications (par exemple vertiges, chutes) sans améliorer le contrôle de la pression artérielle à long terme. Lors d'une hospitalisation de soins aigus, il s'agit de reconnaître et traiter les urgences hypertensives et de s'abstenir de traitement médicamenteux dans les autres situations, tout en cherchant et traitant les éléments externes qui peuvent faire augmenter la pression artérielle.

4 Ne pas prescrire à la sortie de l'hôpital des neuroleptiques initiés en cours d'hospitalisation pour insomnie ou agitation et, en cas de prescription, prévoir une réévaluation de l'indication en dehors de la phase aiguë.

Swissmedic et la Food and Drug Administration américaine ont approuvé l'utilisation des neuroleptiques (aussi appelés antipsychotiques) de deuxième génération (quétiapine, rispéridone, olanzapine) pour le traitement de divers troubles neuropsychiatriques. Ces dernières années, on a constaté une augmentation de la prescription off-label de ces médicaments en raison de leurs propriétés sédatives et hypnotiques connues. En milieu hospitalier, les neuroleptiques atypiques ont trouvé une large application dans la gestion de l'insomnie, de l'agitation et des troubles du comportement liés à la démence. Les neuroleptiques de deuxième génération entraînent un risque accru de complications métaboliques, de sédation et somnolence, de symptômes extrapyramidaux, de troubles cognitifs, de chutes traumatiques. Compte tenu de ces effets indésirables, ainsi que du potentiel de dépendance, la prescription off-label et au long cours des neuroleptiques de deuxième génération doit être découragée. Une évaluation minutieuse des risques et des avantages doit être effectuée systématiquement au moment de la prescription. En outre, les neuroleptiques ne doivent être envisagés chez les patients atteints de démence que lorsque les symptômes sont graves et/ou provoquent une détresse importante.

5 Ne pas administrer d'oxygène pour maintenir une saturation capillaire en oxygène de 94% ou plus chez les patients médicaux aigus.

L'oxygénothérapie (O₂) est fréquemment administrée aux patients médicaux aigus sans évidence forte lorsqu'il n'existe pas d'insuffisance respiratoire ou d'abaissement de la saturation capillaire périphérique en O₂ (SpO₂) < 90%. Des études conduites chez des patients médicaux aigus hospitalisés ont montré qu'une stratégie libérale d'administration d'O₂ était associée à une surmortalité par rapport à une approche conservatrice avec des seuils abaissés de cible de SpO₂ limitant l'administration d'O₂. L'O₂ est aussi responsable d'une sécheresse et d'un inconfort au niveau des fosses nasales et du pharynx. Une méta-analyse et une rapid recommandation du British Medical Journal ont traité ce sujet avec une recommandation forte pour ne pas dépasser 96% de SpO₂, seuil sur lequel plusieurs recommandations sont alignées et une recommandation avec une évidence plus faible en faveur d'une cible SpO₂ entre 90–94% et 88–92% en cas de risque de décompensation hypercapnique (BPCO, maladie neuromusculaire respiratoire, hypoventilation obstructive par exemple). Cette recommandation n'est pas applicable aux intoxications au CO, aux céphalées en grappes, aux crises vaso-occlusives drépanocytaires et aux pneumothorax.

La limitation de l'utilisation libérale de l'O₂ lorsqu'il n'apporte pas de bénéfice et expose à un risque permet aussi de limiter l'impact financier et environnemental en lien la production d'O₂ et les dispositifs nécessaires à son administration. Chez les patients avec peau noire la mesure de la SpO₂ peut être faussée et sous-estimée le degré d'hypoxémie.

Sur l'origine de la liste

Primum non nocere, avant tout ne pas nuire, est essentiel en médecine et trouve un écho dans les campagnes smarter medicine – Choosing Wisely à travers le monde. Eviter les tests et traitements futiles pour les patient·e·s est essentiel pour la qualité des prises en charge et pour proposer une liste de Top 5 complémentaire pour 2023, des critères de sélection ont été utilisés. Ces critères reposent sur l'évidence scientifique, la pertinence dans nos pratiques, la possibilité de les implémenter facilement et l'existence d'indicateurs de suivi de l'application de ces Top 5. Sur la base de ces cri-

tères, onze propositions ont été soumises à l'avis de plus de 1200 membres de l'Association des Médecins-chefs et -cadres Internistes Hospitaliers Suisse et de Swiss Young Internists. Il y avait une très bonne concordance dans les réponses des médecins juniors et seniors avec un haut niveau de notation des cinq propositions retenues. Cette approche de sélection a été menée par un groupe de coordination représentatif des différentes régions linguistiques et les Top 5 ont été validés par le comité de la Société Suisse de Médecine Interne Générale.

La Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)

Comptant 8000 membres, la Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG) est la plus grande société médicale spécialisée de Suisse. La SSMIG réunit des médecins qui exercent leur activité tant dans un cadre ambulatoire qu'hospitalier.

www.sgaim.ch

smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland

L'association à but non lucratif «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland» s'engage depuis 2017 pour une prise en charge optimale des patients en Suisse.

www.smartermedicine.ch