**Les recommandations de Choisir avec soin sur les médicaments d’urgence : une révision s’impose**

Compte de mots : 1951

**Ébauche**

Choisir avec soin est une campagne nationale ayant pour but de favoriser la discussion entre patients et cliniciens sur une utilisation des tests, des interventions et des traitements médicaux qui soit appropriée et fondée sur des données probantes. Le groupe de travail Choisir avec soin de l’Association canadienne des médecins d’urgence (ACMU) a élaboré et publié dix recommandations concernant la médecine d’urgence en juin 2015 (points 1 à 5) et en octobre 2016 (points 6 à 10). En novembre 2016, le groupe de travail Choisir avec soin de l’ACMU a élaboré un processus d’actualisation des recommandations. Ce processus se détaille comme suit : 1) la méthode GRADE est utilisée pour évaluer la qualité des données probantes; 2) de façon ponctuelle, soit lorsque de nouvelles données sont publiées, les recommandations pertinentes sont révisées; 3) chaque cinq ans, toutes les recommandations sont révisées. Alors que la prochaine révision complète des recommandations du groupe Choisir avec soin aura lieu en 2020, un certain nombre d’études importantes ont été publiées depuis le lancement de la première phase entraînant ainsi une révision ponctuelle de trois des dix recommandations avant la révision complète en 2020. Cet article résume les commentaires du groupe de travail Choisir avec soin de l’ACMU formulés à la suite de la révision de trois des dix recommandations compte tenu des récentes publications.

**Introduction**

Choisir avec soin est une campagne nationale ayant pour but de favoriser la discussion entre patients et cliniciens sur une utilisation des tests, des interventions et des traitements médicaux qui soit appropriée et fondée sur des données probantes. Depuis sa création en 2014, le groupe de travail Choisir avec soin de l’Association canadienne des médecins d’urgence (ACMU) a élaboré et publié dix recommandations concernant la médecine d’urgence en juin 2015 (points 1 à 5) et en octobre 2016 (points 6 à 10). Pour élaborer ses recommandations, le groupe a employé des méthodes détaillées publiées antérieurement dans le CJEM [1]; toutefois, il importe de savoir que le groupe a également sollicité de nombreux avis des présidents de comité et des membres de l’ACMU et qu’il s’est basé sur un modèle de décision consensuelle appuyé par des données probantes.

**Méthodes**

Malgré l’utilisation des faits les plus pertinents au moment de l’élaboration, à mesure que de nouvelles données probantes devenaient accessibles, le groupe de travail Choisir avec soin de l’ACMU a reconnu la nécessité de mettre en place un processus d’actualisation des recommandations. De son côté, Choisir avec soinMC a également reconnu l’importance de la révision et de l’actualisation des recommandations par les sociétés professionnelles. Elle a recommandé, en outre, que chaque société développe sa propre méthode de révision. En novembre 2016, le groupe de travail Choisir avec soin de l’ACMU a élaboré un protocole de révision qui doit assurer que ses recommandations suivent l’évolution des connaissances. Ce processus se détaille comme suit : 1) la méthode GRADE [2]est utilisée pour évaluer la qualité des données probantes; 2) de façon ponctuelle, soit lorsque de nouvelles données sont publiées, les recommandations pertinentes sont révisées; 3) chaque cinq ans, toutes les recommandations sont révisées. Chaque membre du groupe de travail est responsable de faire le suivi des données probantes émergentes concernant la recommandation qui lui a été assignée. Il doit avertir le groupe de travail quand un article de haute qualité est publié. Le groupe de travail Choisir avec soin fait ensuite l’examen des données probantes avec la méthode GRADE. Au besoin, il est invité à solliciter l’avis d’experts qui ne font pas partie du groupe sur certaines recommandations. La décision définitive de réviser une recommandation est prise de façon consensuelle par les membres du groupe de travail.

Depuis la diffusion des recommandations de Choisir avec soin sur les médicaments d’urgence en 2015, quelques articles et lignes directrices de grande importance concernant potentiellement trois de nos recommandations ont été publiés. Le groupe de travail Choisir avec soin de l’ACMU a donc souhaité faire un examen plus approfondi de ces articles avant l’examen complet prévu en 2020. Par conséquent, les articles et les trois directives de Choisir avec soin ont été examinés, des opinions d’expert externes ont été sollicitées et les justifications de ces recommandations ont été révisées selon notre examen.

**Résultats**

En ce qui concerne la recommandation portant sur les examens de tomodensitométrie (TDM) de la tête pour un traumatisme crânien mineur, l’examen a porté sur l’étude de validation externe de trois règles de décision clinique chez les enfants de Babl et coll. [3]. Quant à la recommandation portant sur la prescription d’antibiotiques pour traiter le mal de gorge, les lignes directrices sur les traitements antimicrobiens les plus récentes et pertinentes pour la population canadienne ont été examinées. Nous avons aussi collaboré avec des sociétés professionnelles canadiennes, dont l’Association pour la microbiologie médicale et l’infectiologie Canada et Choisir avec soin, pour nous assurer que nos recommandations étaient conformes à celles d’autres spécialités (pédiatrie) [4]. Finalement, nous avons révisé deux essais cliniques aléatoires et un examen systématique concernant la prescription d’antibiotiques après le drainage et l’incision d’un abcès non compliqué [5-7].

**Discussion**

**Tomodensitométrie (TDM) de la tête pour un traumatisme crânien mineur**

***Recommandation (inchangée) :* *Ne prescrivez pas de tomodensitométrie de la tête pour les adultes ou les enfants ayant subi un traumatisme crânien mineur (à moins que l’intervention soit prescrite par une règle de décision clinique appropriée).***

***Justification (révision) :*** *Il arrive souvent que des enfants et des adultes se présentent à l’urgence pour un traumatisme crânien mineur. On parle de traumatisme crânien mineur en présence des critères suivants : score de Glasgow de 13 à 15, associé à une perte de conscience observée, à une amnésie manifeste, ou à une désorientation constatée. La plupart des adultes et des enfants atteints d’un traumatisme crânien mineur n’ont pas subi de lésion cérébrale grave nécessitant une hospitalisation ou une intervention chirurgicale. En faisant passer une tomodensitométrie (TDM) de la tête aux patients qui ne présentent pas de caractéristiques de risque élevé, vous les exposez inutilement à des rayonnements ionisants qui peuvent accroître leur risque de développer un cancer au cours de leur vie. Cette pratique augmente également la durée de séjours et la détection de faux positifs (des résultats fortuits qui n’ont aucune pertinence clinique). Il existe plusieurs études qui indiquent que les médecins ne devraient pas demander de tomodensitométrie de la tête pour les patients ayant subi un traumatisme crânien mineur, à moins que des règles de décision clinique validées n’indiquent le contraire (règle canadienne d’utilisation de la TDM de la tête [Canadian CT Head Rule] pour les adultes, règle CATCH ou règle PECARN pour les enfants). Cependant, la règle CATCH s’est révélée moins sensible que la PECARN pour la détection de toute lésion cérébrale par une TDM. Bien que nous recommandions le recours aux règles de décision clinique quant à l’utilisation de la TDM pour des traumatismes crâniens, ces règles sont destinées à appuyer et non à remplacer le jugement clinique.*

*Conclusions de l’analyse des documents*

L’objectif de cette recommandation était de limiter le recours aux techniques avancées d’imagerie pour un traumatisme crânien mineur, en l’absence d’indicateurs fondés sur des faits probants, afin de réduire la durée du séjour à l’urgence, d’éviter l’exposition inutile à des rayonnements ionisants et de favoriser une gestion raisonnée des ressources. Nous avions recommandé de suivre la règle canadienne d’utilisation de la TDM de la tête (*Canadian CT Head Rule*) pour les adultes, la règle CATCH ou la règle PECARN pour les enfants. Depuis la publication de cette recommandation, une étude de validation externe de grande ampleur (n = 20 137) des trois règles de décision clinique (PECARN, CATCH et CHALICE) chez l’enfant a montré que la règle PECARN est la plus sensible (100 % de sensibilité chez les moins de deux ans; 99 % chez les plus de deux ans), suivie de la règle CATCH, puis de la règle CHALICE [3]. De plus, les auteurs de la règle CATCH initiale ont aussi récemment montré que la validation de cette règle était faible au Canada (sensibilité de 91,3 % pour l’intervention de neurochirurgie et 97,5 % pour la prédiction d’une lésion cérébrale [8].

Après avoir discuté de ces nouvelles preuves à ce sujet, nous avons conclu que la comparaison directe entre les trois règles de décision clinique : PECARN, CATCH et CHALICE, n’est pas valide. L’outil PECARN a été conçu pour reconnaître les enfants qu’il faut *éviter* de soumettre à une TDM, alors que la règle CATCH vise au contraire à reconnaître les enfants qui *doivent* en recevoir une. De plus, la règle CATCH, dans la forme où elle a été publiée, est plus restrictive; elle n’a été applicable qu’à 25 % de la population de l’étude (contre 75 % pour la règle PECARN et 99 % pour la règle CHALICE) [3]. Par conséquent, ayant estimé qu’une comparaison directe des règles CATCH et PECARN ne serait pas valable, nous recommandons aux cliniciens de choisir l’une ou l’autre de ces règles lorsqu’ils envisagent de soumettre un enfant à une TDM, en tenant compte des limites de chacune. La règle CATCH 2, dont la sensibilité s’est révélée plus élevée que celle de la première règle CATCH, ne peut être recommandée, puisqu’elle n’a pas obtenu de validation externe [8].

**Antibiotiques pour traiter le mal de gorge**

***Recommandation (inchangée) : Ne prescrivez pas d’emblée un antibiotique aux adultes et aux enfants atteints de maux de gorge sans complication.***

***Justification (révision) :*** *Beaucoup d’adultes et d’enfants se présentent au service des urgences en raison de maux de gorge (pharyngite). La grande majorité des pharyngites sont causées par des infections virales spontanément résolutives qui ne réagissent pas aux antibiotiques. Dans les cas d’infection bactérienne (essentiellement au streptocoque du groupe A [SGA]), qui comptent pour environ 10 % des cas chez les adultes (et 25 % chez les enfants), l’antibiothérapie a des bienfaits au mieux modestes, même s’ils sont associés à des complications moindres et à une guérison légèrement plus rapide. L’administration inappropriée d’antibiotiques peut exposer les patients à des risques inutiles (allergies, éruption cutanée et diarrhée) et augmenter la résistance globale aux antibiotiques dans la collectivité. La recherche semble indiquer que le recours à l’antibiothérapie devrait être réservé aux patients dont le score de prédiction clinique est intermédiaire ou élevé pour le SGA (score CENTOR ou FeverPAIN) ET pour lesquels un test confirme l’infection au SGA (par culture de gorge ou détection rapide).*

*Conclusions de l’analyse des documents*

L’objectif de cette recommandation était de réduire le recours aux antibiotiques afin de diminuer les effets secondaires néfastes pour les patients et d’encourager l’usage responsable des antibiotiques chez les médecins. La pharyngite aiguë est souvent causée par une infection virale spontanément résolutive. Nous avions recommandé d’utiliser des antibiotiques pour traiter les pharyngites au streptocoque du groupe A (SGA) pour les seuls patients dont le score de prédiction clinique est élevé pour le SGA (score CENTOR [9] ou FeverPAIN [10]) ou dont le score est intermédiaire ET pour lesquels un test confirme l’infection au SGA par culture de gorge.

De nouvelles études portent à croire que les patients dont le score de prédiction clinique est intermédiaire ou élevé pour le SGA nécessitent également des tests de confirmation (par culture de gorge OU détection rapide) avant de prescrire des antibiotiques [4]. Nous estimons que cette approche réduira encore plus l’utilisation inutile d’antibiotiques et avons donc révisé notre recommandation en conséquence.

**Usage d’antibiotiques pour traiter des abcès sans complication après incision et drainage**

***Recommandation (inchangée) : Ne prescrivez pas d’antibiotiques après avoir drainé un abcès cutané non compliqué, sauf en présence de cellulite étendue.***

***Justification (révision) :*** *Un abcès est un amas de pus accumulé dans une cavité de tissu mou, le plus souvent causé par la bactérie* Staphylococcus aureus *(sensible ou résistante à la méthicilline). La plupart des abcès non compliqués devraient être percés à l’urgence à la suite d’une anesthésie locale ou d’une sédation consciente, puis être drainés complètement et faire l’objet d’un suivi approprié. L’usage d’antibiotiques peut être envisagé chez les patients immunovulnérables, atteints d’une maladie systémique ou qui présentent une cellulite ou une lymphangite étendue. Dans une population où la prévalence de* Staphylococcus aureus *résistant à la méthicilline (SRAM) est élevée, certaines données probantes suggèrent que l’administration d’antibiotiques en plus de l’incision et du drainage d’un abcès sans complication pourrait apporter quelques avantages. Toutefois, nous recommandons au médecin de discuter avec le patient du recours aux antibiotiques en cas d’abcès sans complications, étant donné que les avantages qu’apportent les antibiotiques ne compensent pas nécessairement les risques associés à leur utilisation (nausées, diarrhée et réaction allergique).*

*Conclusions de l’analyse des documents*

L’objectif de cette recommandation était de réduire le recours aux antibiotiques afin de diminuer les effets secondaires néfastes pour les patients et d’encourager l’usage responsable des antibiotiques chez les médecins. Nous avions recommandé à l’origine de traiter les abcès cutanés sans complication par incision et drainage (I-D), avec un suivi adéquat. Nous recommandions de compléter le traitement par des antibiotiques uniquement en présence de complications (patients immunovulnérables, atteints d’une maladie systémique ou qui présentent une cellulite ou une lymphangite étendue).

Dernièrement, deux essais cliniques randomisés et une revue systématique ont démontré que l’usage de triméthoprime-sulfaméthoxazole (TMP-SMX) en complément de l’I-D apporte quelques avantages par rapport à l’I-D seul [5-7]. L’ajout du traitement par antibiotique procure une réduction modeste de la douleur et du risque d’échec du traitement. Toutefois, il entraîne également une hausse sensible du risque d’effets secondaires tels que la nausée et la diarrhée. Qui plus est, les résultats ne sont pas nécessairement généralisables, car les populations des deux études avaient un taux de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (MRSA) de plus de 40 %, très supérieur à ce qui est observé dans de nombreuses régions du Canada. Par conséquent, nous recommandons une prise de décision partagée : que le médecin discute avec le patient du recours aux antibiotiques en cas d’abcès sans complications, étant donné que les avantages qu’apportent les antibiotiques ne compensent pas nécessairement les risques associés à leur utilisation (nausées, diarrhée et réaction allergique).

**Conclusion :**

Depuis la diffusion des recommandations de Choisir avec soin sur les médicaments d’urgence en 2015, quelques articles importants concernant trois de nos dix recommandations ont été publiés. Le groupe de travail Choisir avec soin de l’ACMU a donc souhaité faire un examen plus approfondi de ces articles avant l’examen complet de toutes les recommandations prévu en 2020. Suivant l’examen en profondeur de la nouvelle documentation et la discussion avec des experts externes, le groupe de travail Choisir avec soin de l’ACMU a examiné les justifications de trois de ses recommandations alors qu’il a conservé les libellés initiaux de ces trois recommandations. Comme le veut le processus de révision, l’examen complet des dix recommandations du groupe de travail Choisir avec soin de l’ACMU aura lieu en 2020, et nous apprécions l’avis de tous les membres de l’ACMU sur ces recommandations et révisions.

**Conflit d’intérêts :** Aucun des membres du groupe Choisir avec soin de l’ACMU n’a de conflit d’intérêts connu à déclarer.

**Financement :** Ces travaux n’ont bénéficié d’aucun financement direct. Le Dr Rowe reçoit le soutien d’une chaire de recherche du Canada de niveau 1 en en médecine d’urgence fondée sur les données probantes, des Instituts de recherche en santé du Canada du gouvernement du Canada (Ottawa, Ontario). Les bailleurs de fonds se dégagent de toute responsabilité quant au contenu du présent document et aux opinions qui y sont exprimées.

**Références**

[1] Cheng A, Campbell S, Chartier L, Goddard T, Magee K, McEwen J, et al. Choosing Wisely Canada (C): Five tests, procedures and treatments to question in Emergency Medicine. CJEM. 2017.

[2] Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. BMJ (Clinical research ed). 2008;336:924-6.

[3] Babl FE, Borland ML, Phillips N, Kochar M, Dalton S, McCaskill M, et al. Accuracy of PECARN, CATCH, and CHALICE head injurydecision rules in children: a prospective cohort study. Lancet. 2017;389:2393–402.

[4] Institut national d'excellence en sante et en services sociaux (INESS). . Pharyngite-Amygdalite Chez L’enfant Et L’adulte. Conseil du Medicament, Quebec; 2016.

[5] Talan DA, Mower WR, Krishnadasan A, Abrahamian FM, LoVecchio F, Karras DJ, et al. Trimethoprim–Sulfamethoxazole versus Placebo for Uncomplicated Skin Abscess. New England Journal of Medicine. 2016;374:823-32.

[6] Vermandere M, Aertgeerts B, Agoritsas T, Liu CC, Burgers J, Merglen A, et al. Antibiotics after incision and drainage for uncomplicated skin abscesses: a clinical practice guideline. BMJ (Clinical research ed). 2017;360:k243.

[7] Daum RS, Miller LG, Immergluck L, Fritz S, Creech B, young D, et al. A Placebo-Controlled Trial of Antibiotics for Smaller Skin Abscesses. New England Journal of Medicine. 2017;376:2545-55.

[8] Osmond MH, Klassen TP, Wells GA, Davidson J, Correll R, Boutis K, et al. Validation and refinement of a clinical decision rule for the use of computed tomography in children with minor head injury in the emergency department. CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne. 2018;190:E816-22.

[9] Centor RM, Witerspoon JM, Dalton HP, Brody CE, Link K. The diagnosis of strep throat in adults in the emergency room. Med Decis making. 1981;1:239-46.

[10] Little P, Moore M, Hobbs FD, Mant D, McNulty C, Williamson I, et al. PRImary care Streptococcal Management (PRISM) study: identifying clinical variables associated with Lancefield group A β-haemolytic streptococci and Lancefield non-Group A streptococcal throat infections from two cohorts of patients presenting with an acute sore throat. BMJ Open. 2013;3.