

## **LIGNES DE CONDUITE CLINIQUES**

### **Ligne directrice pour la prise en charge des ICT et de la claudication**

**Gordon Guyatt**

#### **Objectifs:**

À la fin de ce module, l'étudiant devrait pouvoir évaluer la validité d'une ligne de conduite et son applicabilité aux soins des patients.

#### **Scénario clinique :**

Vous êtes un médecin de famille et vous recevez en consultation une femme de 66 ans qui jusqu'à ce jour n'avait pas de problèmes de santé. Il y a deux semaines, elle s'est présentée à l'urgence à cause d'une perte de mobilité transitoire de son bras et de sa jambe gauche. Elle n'avait jamais eu de symptômes similaires dans le passé et les symptômes ont persisté pendant 3 heures. On lui a dit qu'en plus de la faiblesse ressentie, sa face était affaissée du côté droit et qu'elle avait de la difficulté à parler. Depuis cet épisode, elle n'a eu aucune récurrence de ces symptômes. Elle nie avoir des palpitations et vous notez que la note de l'urgence mentionne qu'elle était en rythme sinusal durant les 4 heures qu'elle a passé à l'urgence. Vous avez aussi le résultat d'un doppler carotidien qui décrit un blocage bilatéral de moins de 50%.

Lorsque vous interrogez la patiente vous réalisez que cette patiente, qui marchait 5km par jour, n'en marche plus qu'un seul et de façon beaucoup moins vigoureuse. La raison qui l'a amené à diminuer sa marche est une douleur au mollet droit. Plus elle marchait, plus la douleur augmentait. En arrêtant la marche, la douleur s'estompait. C'est la première fois qu'elle rapporte ce symptôme.

Le reste du questionnaire est négatif. Son père est décédé d'un infarctus à 54 ans, son histoire familiale ne révèle aucune autre maladie vasculaire. La patiente a fumé l'équivalent de 20 paquets-années mais a cessé il y a 5 ans. Son HDL, LDL et sa glycémie sont normaux et elle n'est pas connue pour de l'hypertension.

A l'examen, vous notez un indice brachio-tibial abaissé et un léger souffle carotidien. Le reste de l'examen est sans particularité.

La patiente prend de l'aspirine et une statine depuis sa visite à l'urgence.

Vous vous demandez quelle est vraiment le meilleur agent antilaquettaire pour cette patiente. Vous décidez de consulter la ligne de conduite du « American College of Chest Physicians antithrombotic group » qui date de 2004. Vous consultez la section sur les ICT et celle sur les MVAS. A votre surprise, vous réalisez que les recommandations sont différentes, et ce, malgré que les études citées à l'appui soient les mêmes. On recommande d'utiliser un antiplaquettaire (1A). On y dit que le dipyridamole à libération contrôlée associée à l'aspirine est supérieur à l'aspirine seule (2A) et que le clopidogrel

est supérieur à l'aspirin (2B). Les recommandations pour les MVAS recommandent l'aspirine plus que le clopidrogel (2A).

Ces inconsistances vous font douter des recommandations. Est-ce que ces recommandations ont été bien faites? Pourquoi y-a-t-il une différence dans les recommandations si on cite les mêmes études? Que veut dire le système de gradation utilisé et comment expliquer les grades différents?

Inquiet vous décidez de lire le tout plus attentivement.

### **Tâches:**

Lire le matériel fourni et tenter de répondre aux questions sur la valeur de ces lignes de conduites tout en essayant d'expliquer les inconsistances. Compléter la fiche de travail dans le processus.

### **Matériel:**

- 1, Guyatt GH, Rennie D, Editors, The Evidence-Based Medicine Working Group. *Users' Guides to the Medical Literature: A Manual for Evidence-Based Clinical Practice, 2<sup>nd</sup> Edition* (JAMA). Part G Moving from Evidence to Action. Sections 22.4 Grading Recommendations, 22.6 Parallel but Separate Goals: Evidenced-Based Practitioners and Evidenced-Based Care, 22.7 Changing Behavior to Apply Best Evidence in Practice.
2. Albers GW, MD, Amerenco P, Easton JD, MD; Sacco RL, Teal P. Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke. The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. CHEST 2004;483SB512S - note pages 498 to 502, section, 4.1.
3. Clagett GP, Sobel M, Jackson MR, Lip GYH, Tangelder M, Verhaeghe R. Antithrombotic therapy in peripheral arterial occlusive disease. CHEST 2004;609SB644S - note pages 610 to 612, section 1.1.
4. Applying the Grades of Recommendation for Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. Guyatt G, Schunemann H, Cook D, Jaeschke R, Pauker S. CHEST 2004; 126:179SB187S.
5. Schunemann HJ, Munger H, Brower S, O'Donnell M, Crowther M, Cook D, Guyatt G. Methodology for Guideline Development for the Seventh American College of Chest Physicians Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. The Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. CHEST 2004;126:174S-178S.