Policlinique Médicale Universitaire CH-Lausanne

iumf Institut universitaire de médecine de famille

Update: novità in medicina ambulatoriale

Nouveautés en médecine ambulatoire

Prof Nicolas Senn

Institut universitaire de médecine de famille, Lausanne

Agenda

- Etes-vous à jour avec la littérature des 20 dernières années?… une sélection!
- Quelle utilité du toucher rectal?
- Quelle prise en charge pour les patients multimorbides?
- Traitement de l’infection urinaire simple chez la femme

Etes-vous à jour avec la littérature des 20 dernières années? une sélection de 20 études qui ont changé nos pratiques!

Top 20 POEMs of the Past 20 Years: A Survey of Practice-Changing Research for Family Physicians

Mark H. Ebell, MD, MS[1]
Henry C. Barry, MD, MS[2]
Allen F. Shaughnessy, PharmD, MEd[3]
David C. Slawson, MD[4]
Nita Kulkarni, MD[5]
Linda Speer, MD[6]

[1]College of Public Health, University of Georgia, Athens, Georgia

[2]Department of Family Medicine, Michigan State University College of Human Medicine, East Lansing, Michigan

ABSTRACT

POEMs (patient-oriented evidence that matters) are studies that address a relevant clinical question, demonstrate improved patient-oriented outcomes, and have the potential to change practice. For 20 years the authors of this article have reviewed more than 100 English language clinical journals monthly to identify POEMs in the medical literature relevant to primary care practice. This article identifies the POEMs in each of the last 20 years that were highest ranked for having recommended a major and persistent change in practice that year. They include POEMs that recommend a novel, effective intervention, a second group that recommends abandoning an ineffective practice, and a third group that recommends abandoning a potentially harmful practice. The top POEMs of the past 20 years illustrate the breadth of practice change in primary care and the need for family physicians to have a systematic approach to keeping up with the medical literature, such as that in POEMs, especially because many of these important articles did not appear in the primary care literature.

Policlinique Médicale Universitaire CH-Lausanne

iumf Institut universitaire de médecine de famille

Méthode

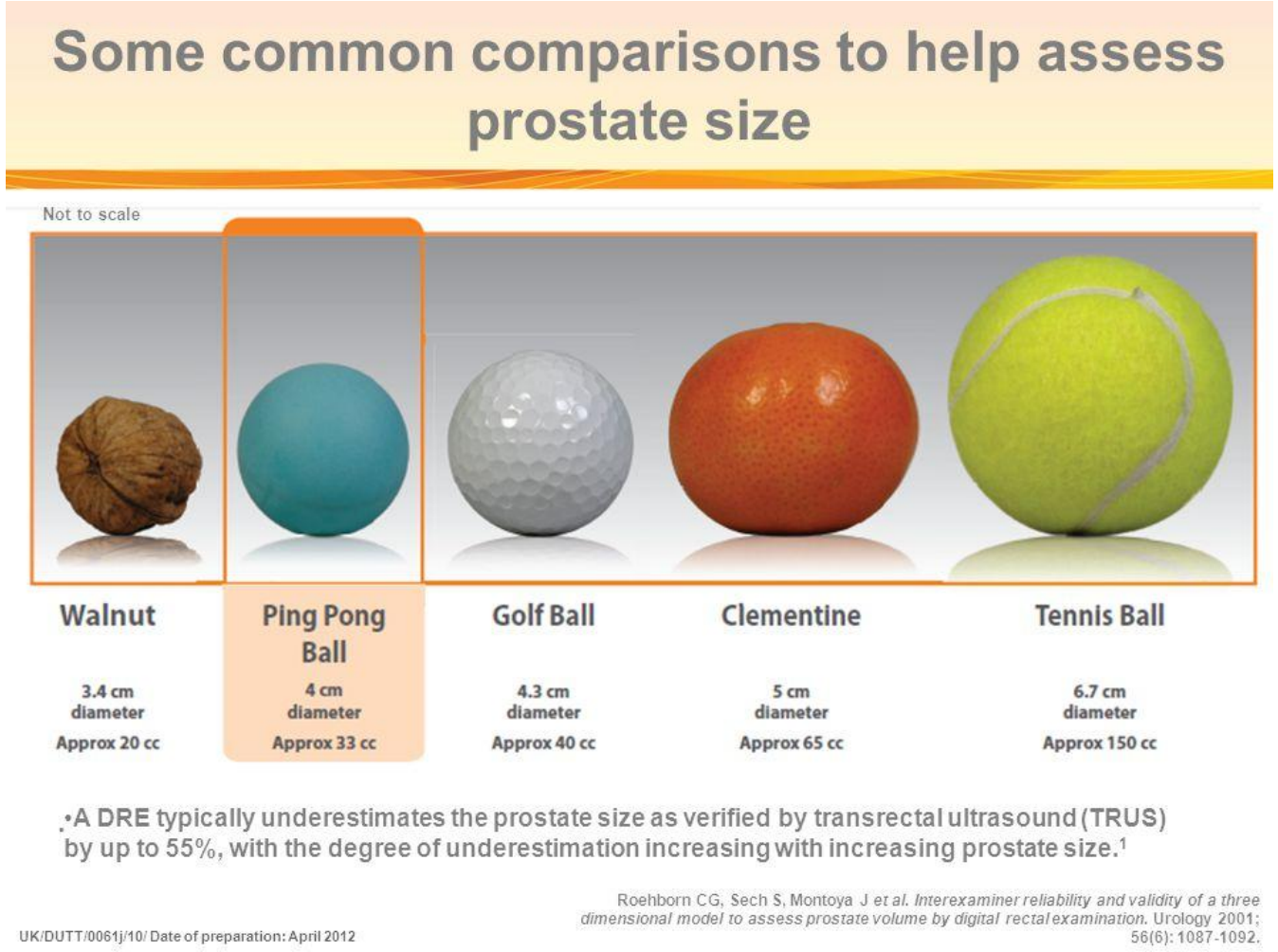
- POEMs (patient-oriented evidence that matters)
- Screening de plus de 100 revues en anglais, > 5000 études répertoriées
- Les experts ont choisi par vote une étude par année qui est considérée comme ayant le plus d'importance pour les pratiques en médecine générale
- 1998 à 2018
- … un choix forcément subjectif!

1998	Meilleur traitement du diabète de type 2 chez les patients obèses?
1999	Un traitement médicamenteux efficace dans l'insuffisance cardiaque?
2000	Quel espacement entre les tests de dépistage du cancer du col de l'utérus (Papanicolaou)?
2001	Dans la fibrillation auriculaire: faut-il mieux contrôler le rythme ou la fréquence?
2002	Y a-t-il un bénéfice global de la substitution hormonale?
2003	Quelle utilité de l'auto-palpation des seins pour le dépistage du cancer du sein?
2004	Un screening systématique pour le dépistage du cancer du sein?
2005	Un moyen de prévention efficace contre l'infection à HPV?

2006	Peut-on ne pas traiter une otite par antibiotiques d'emblée?
2007	Le monitorage du glucose à domicile est-il utile pour le contrôle du diabète de type 2?
2008	Est-il souhaitable d'avoir un contrôle intensif de la glycémie pour le diabète de type 2?
2009	Faut-il « screener » systématiquement la cancer de la prostate par un dosage du PSA?
2010	Faut-il rajouter un fenofibrate à une statine chez les patients diabétiques?
2011	Rivaroxaban ou warfarin en cas de fibrillation auriculaire?
2012	« wait and see » avec des antibiotiques pour l'appendicite?

2013	Les patients doivent-ils être à jeun avant une mesure du profil lipidique?
2014	Bénéfices de la niacine en prévention secondaire des maladies cardio-vasculaire?
2015	Faut-il prescrire des stéroïdes aux patients avec pneumonie?
2016	Surveillance active vs chirurgie ou radiothérapie pour le cancer de la prostate?
2017	Le semaglutide (analogue GLP-1) est-il efficace chez les patients diabète de type 2 à haut risque de maladies cardio-vasculaires?

Faut-il encore faire un toucher rectal à nos patients pour le dépistage du cancer de la prostate?



Policlinique Médicale Universitaire CH-Lausanne

iumf Institut universitaire de médecine de famille

Vignette clinique

- Un homme de 54 ans, connu pour une hypertension artérielle et un tabagisme actif à 25 UPA vient pour un contrôle chez son médecin. Il n'a jamais eu de dépistage du cancer de la prostate (et cela n'a jamais été discuté). Que lui proposez-vous?

  1. Toucher rectal (PR)
  2. Dosage du PSA (avec partage de la décision)
  3. TR et PSA (avec partage de la décision)

Digital Rectal Examination for Prostate Cancer Screening in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis

Leen Naji, MD[1]
Harkanwal Randhawa, BHSc[2]
Zahra Sohani, MSc, PhD[3]
Brittany Dennis, BA, PhD[4]
Deanna Lautenbach, PA[5]
Owen Kavanagh, BHSc, MD[1]
Monica Bawor, BSc, PhD[4]
Laura Banfield, MLIS[6]
Jason Profetto, MD, CCFP[1]

ABSTRACT

PURPOSE Although the digital rectal examination (DRE) is commonly performed to screen for prostate cancer, there is limited data to support its use in primary care. This review and meta-analysis aims to evaluate the diagnostic accuracy of DRE in screening for prostate cancer in primary care settings.

METHODS We searched MEDLINE, Embase, DARE (Database of Abstracts of Reviews of Effects), Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, and CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) from their inception to June 2016. Six reviewers, in pairs, independently screened citations for eligibility and extracted data. Pooled estimates were calculated for sensitivity, specificity, positive predictive value (PPV), and negative predictive value (NPV) of DRE in primary care settings using an inverse-

Policlinique Médicale Universitaire CH-Lausanne

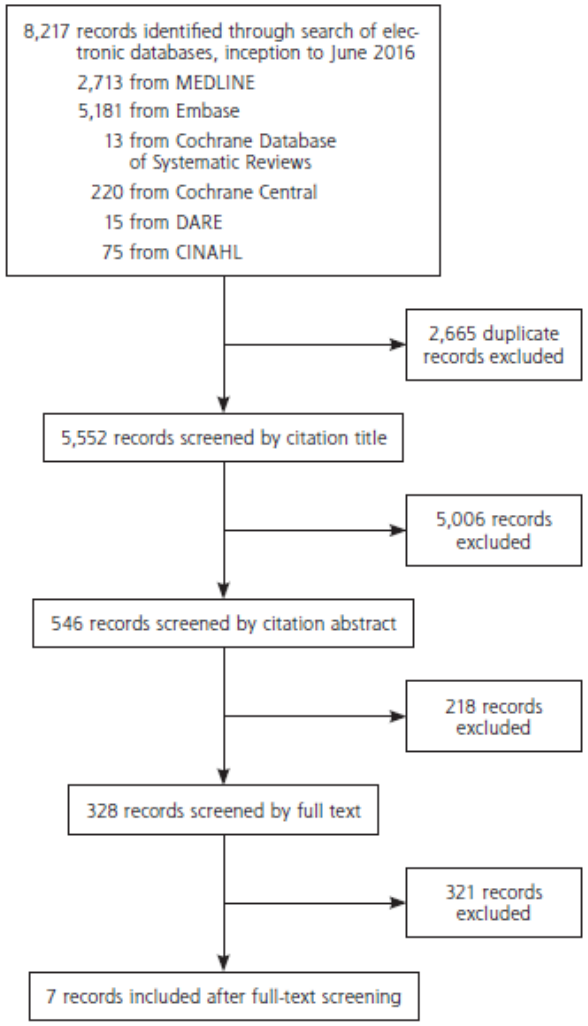
iumf Institut universitaire de médecine de famille

Naji L, Randhawa H, Sohani Z, et al. Digital Rectal Examination for Prostate Cancer Screening in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Ann Fam Med.* 2018;16(2):149-154

Design et méthode

- Revue systématique et méta-analyse
- 3 pairs de reviewers ont revus les citations de façon indépendante
- Etudes exclusivement menées en médecine générale
- 7 études
- 9241patients
- Question: quelles sont les performances diagnostiques du toucher rectal en médecine générale?

Figure 1. PRISMA flowchart for the selection of articles.



CINAHL = Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature; DARE = Database of Abstracts of Reviews of Effects; PRISMA = Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses.

Policlinique Médicale Universitaire CH-Lausanne

iumf Institut universitaire de médecine de famille

Sept études, de qualité variables

Table 1. General Characteristics of the Included Studies

Study, Year	Country	Design	Patients Screened, No.	Patients Undergoing Biopsy, No.	Age Range, y	Indication(s) for Biopsy
Al-Azab et al,[16] 2007	Canada	Retrospective chart review	1,796	1,796	40-93	Elevated age-specific PSA level or abnormal DRE findings
Brett,[17] 1998	Australia	Prospective cohort study	211	11	50-79	Abnormal DRE findings or PSA level ≥4.1 ng/mL
Crawford et al,[18] 1999	United States	Retrospective chart review	142,111	4,160	40-79	Abnormal DRE findings or PSA level ≥4 ng/mL
Elliott et al,[19] 2008	United States	Retrospective review of prospectively collected data	1,564	1,564	N/A	Abnormal DRE findings and/or PSA level ≥4 ng/mL
Faria et al,[20] 2012	Brazil	Prospective cohort study	17,571	1,647	45-98	Abnormal DRE findings and/or PSA level ≥4 ng/mL; and starting Nov 2004, PSA 2.5-3.9 ng/mL and % free PSA level ≤15
Kirby et al,[21] 1994	United Kingdom	Prospective cohort study	568	29	55-70	Abnormal DRE findings or PSA level >4 ng/mL
Pederson et al,[22] 1990	Sweden	Prospective cohort study	1,163	34	50-69	Abnormal DRE findings

DRE = digital rectal examination; N/A = not available; PSA = prostate-specific antigen.

Résultats

Table 4. Summary Findings and Meta-Analysis of Diagnostic Accuracy of DRE for Prostate Cancer Screening in Primary Care Settings

Study, Year	Sensitivity	Specificity	PPV	NPV
Al-Azab et al,[16] 2007	0.50	0.61	0.49	0.62
Brett,[17] 1998	0.67	N/A	N/A	N/A
Crawford et al,[18] 1999	0.65	0.37	0.29	0.72
Elliott et al,[19] 2008	0.65	0.65	0.52	0.64
Faria et al,[20] 2012	0.24	0.72	0.36	0.59
Kirby et al,[21] 1994	0.73	N/A	N/A	N/A
Pederson et al,[22] 1990	N/A	N/A	0.26	N/A
Pooled analysis[a]				
Estimate (95% CI)	0.51 (0.36-0.67)	0.59 (0.41-0.76)	0.41 (0.31-0.52)	0.64 (0.58-0.70)
Heterogeneity: I^2, %	98.4	99.4	97.2	95.0

DRE = digital rectal examination; NPV = negative predictive value; N/A = not available; PPV = positive predictive value.

[a] Pooled analysis of data from 6 studies of 3,304 patients total for sensitivity; 4 studies of 5,877 patients total for specificity; 6 studies of 4,581 patients total for positive predictive value; and 4 studies of 4,634 patients total for negative predictive value.

Policlinique Médicale Universitaire CH-Lausanne

iumf Institut universitaire de médecine de famille

Conclusions

- Actuellement, pas d'évidence pour réaliser de façon systématique un toucher rectal pour le dépistage du cancer de la prostate.
- Peu d'études de qualité
- Cependant, les performances du TR sont similaires à celles d'autres examens cliniques
- … reste le PSA???

Recommandations PMU

Selon les circonstances, ce dépistage peut être discuté avec un patient entre 50 et 70 ans et une espérance de vie estimée à plus de 10 ans. Cette intervention doit s'effectuer dans le cadre d'une «décision partagée» entre le médecin et le patient. Ce processus permet d'informer chaque patient des bénéfices potentiels du dépistage, mais aussi de ses limites actuelles et des effets secondaires des investigations et des traitements.

Prise en charge de la multimorbidité

Policlinique Médicale Universitaire
CH-Lausanne

iumf
Institut universitaire de médecine de famille

Co-occurrence de conditions chroniques chez un individu, sans prédominance (pas de condition index) [1]

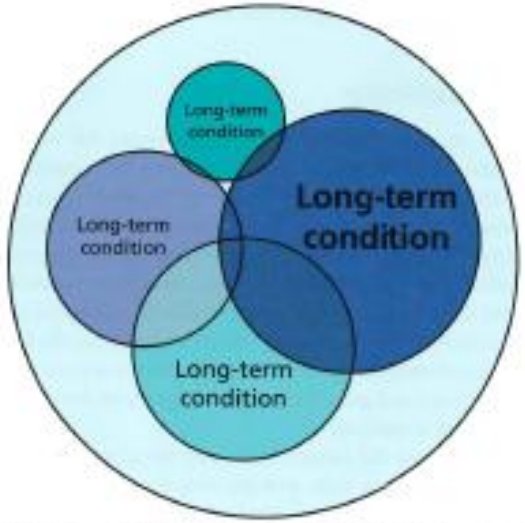
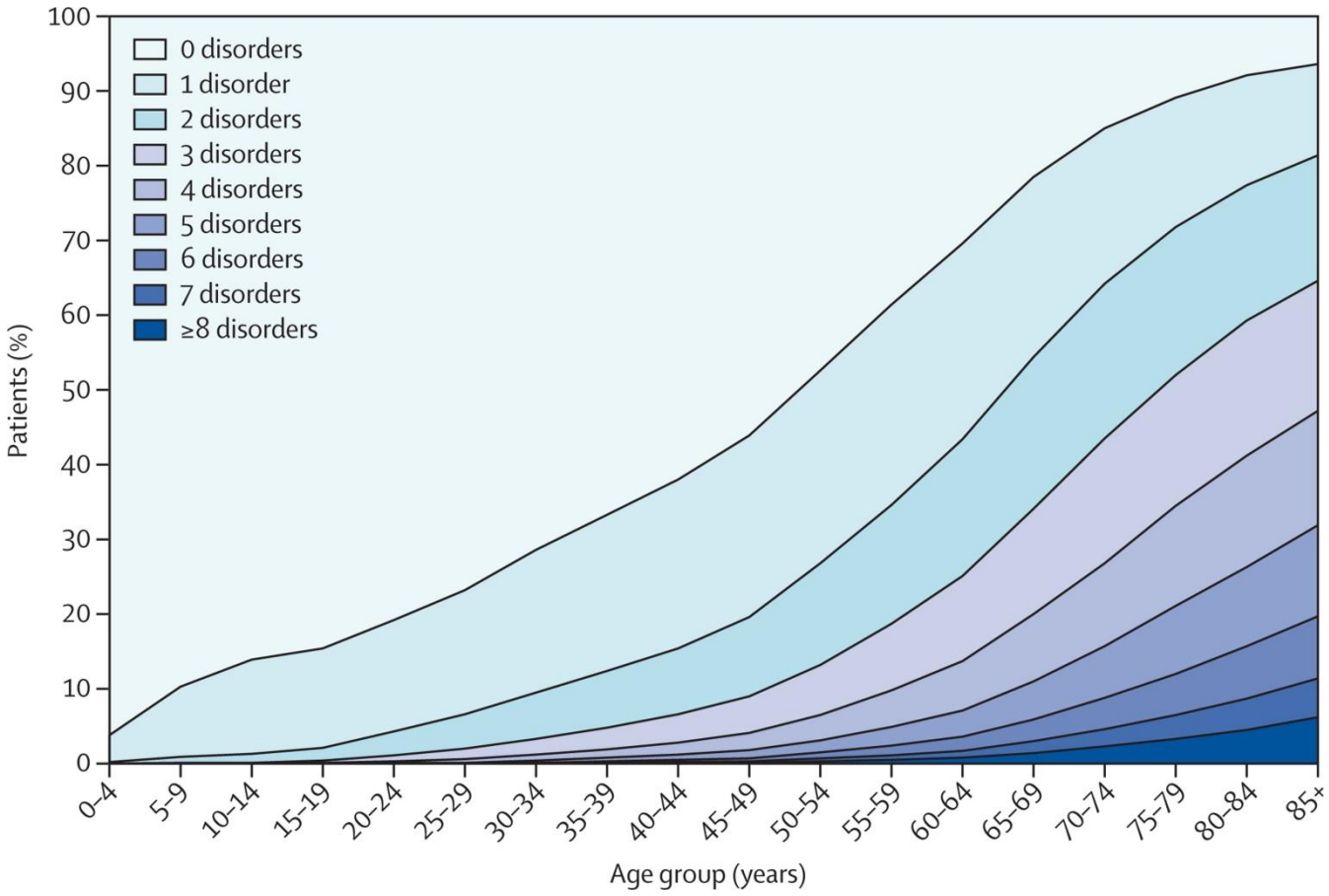


Figure 1.2 Conceptual diagram of multimorbidity. Adapted from: Boyd CM and Fortin M. 2011.



1. Van den Akker M, Buntinx F, Knottnerus JA. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name? A review of literature. Eur J Gen Pract 1996;2:65–70.

The Lancet 2012 380, 37-43

Policlinique Médicale Universitaire CH-Lausanne

iumf Institut universitaire de médecine de famille

24 conditions avec une prévalence> 5%

Table 3 Twenty-four conditions with a prevalence ≥5% in the sample of patients (n=888) (A) and twenty-six conditions with a prevalence higher than 5% in the subgroup of patients ≤66 years (n=234) (B)

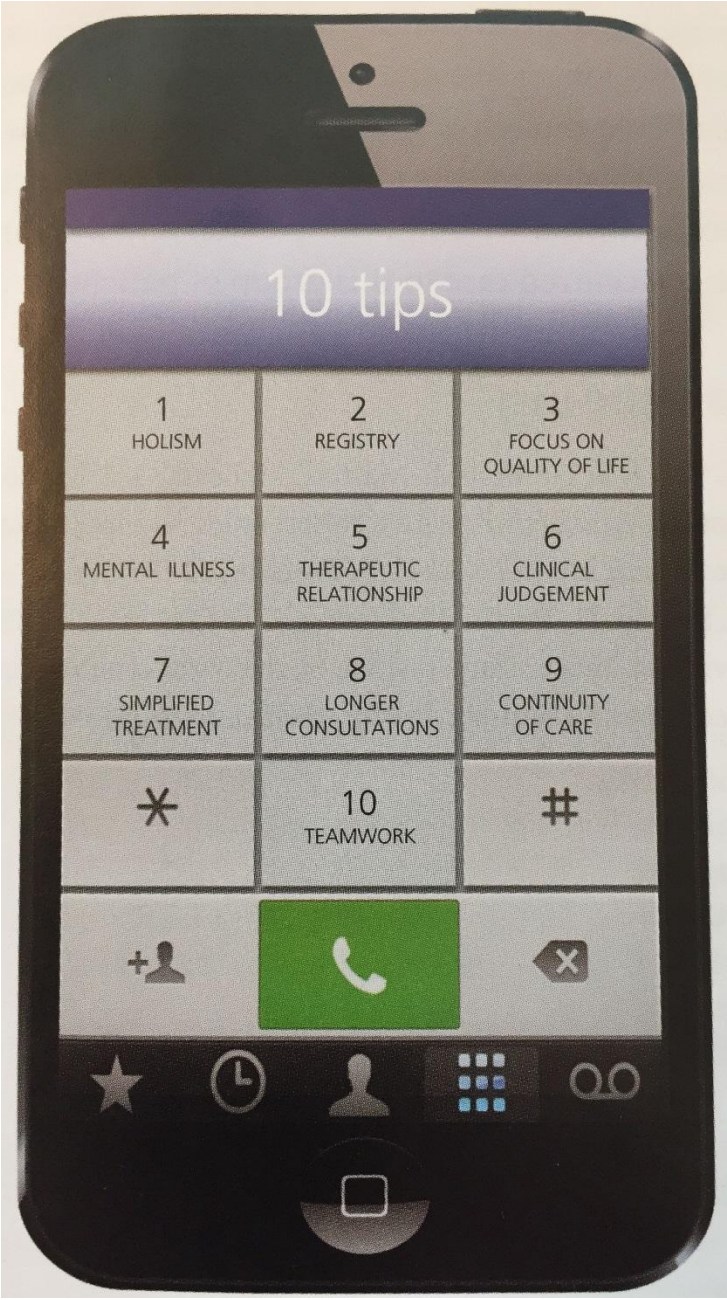
Condition	ICPC-2 code	No of observations	Prevalence (%) (95% CI)
(A)			
BP	K85, K86, K87	657	74.0 (71.0 to 76.8)
Cardiovascular disease risk factors including lipid disorders	K22	359	40.4 (37.2 to 43.7)
Diabetes (D)	T89, T90	277	31.2 (28.2 to 34.4)
Obesity	T82	274	30.9 (27.8 to 34.0)
IHD	K74, K76	258	29.1 (26.1 to 32.2)
Depressive disorders	P76	228	25.7 (22.8 to 28.7)
Osteoarthrosis of the knee	L90	223	25.1 (22.3 to 28.1)
Pain (general or multiple site)	A01	198	22.3 (19.6 to 25.2)
Atrial fibrillation	K78	195	22.0 (19.3 to 24.8)
Atherosclerosis/peripheral vascular disease	K92	159	17.9 (15.4 to 20.6)
Osteoporosis	L95	154	17.3 (14.9 to 20.0)
Osteoarthrosis of the hip	L89	152	17.1 (14.7 to 19.8)
Chronic obstructive pulmonary disease	R95	119	13.4 (11.2 to 15.8)
Cerebrovascular disease	K91	106	11.9 (9.9 to 14.3)
Peripheral neuritis/neuropathy	N94	106	11.9 (9.9 to 14.3)
Hearing complaint, including deafness	H02	103	11.6 (9.6 to 13.9)
Gout	T92	97	10.9 (8.9 to 13.2)
Asthma	R96	83	9.3 (7.5 to 11.5)
Irritable bowel syndrome	D93	78	8.8 (7.0 to 10.8)
Tobacco abuse	P17	70	7.9 (6.2 to 9.9)
Rheumatoid arthritis/seropositive arthritis	L88	63	7.1 (5.5 to 9.0)
Incontinence (urine)	U04	60	6.8 (5.2 to 8.6)
Malignant neoplasm, prostate	Y77	49	5.5 (4.1 to 7.2)
Chronic alcohol abuse	P15	47	5.3 (3.9 to 7.0)

Policlinique Médicale Universitaire CH-Lausanne

iumf Institut universitaire de médecine de famille

Deruaz-Luyet et al, BMJ Open, 2017

Top-dix pour la prise en charge de patients multimorbide



Policlinique Médicale Universitaire CH-Lausanne

iumf Institut universitaire de médecine de famille

T. Bouhali - *ABC of multimorbidity* – Mercer, Salisbury and Fortin – BMJ Books

Management of multimorbidity using a patient-centred care model: a pragmatic cluster-randomised trial of the 3D approach

Chris Salisbury, Mei-See Man, Peter Bower, Bruce Guthrie, Katherine Chaplin, Daisy M Gaunt, Sara Brookes, Bridie Fitzpatrick, Caroline Gardner, Sandra Hollinghurst, Victoria Lee, John McLeod, Cindy Mann, Keith R Moffat, Stewart W Mercer

Salisbury C, Man MS, Bower P, et al. Management of multimorbidity using a patient-centred care model: a pragmatic cluster-randomised trial of the 3D approach. *Lancet.* 2018

Policlinique Médicale Universitaire CH-Lausanne

iumf Institut universitaire de médecine de famille

Une intervention complexe: avec les patients multimorbides

Etude 3D, Royaume-Uni

Essai clinique randomisé en grappe «pragmatique»

30 cabinets

1500 patients

Intervention complexe basée sur:

- (Ré)-organisation de la pratique

- Revue de patients (médication,..)

- Intégration avec les soins secondaires

- Intervention pour promouvoir le changement dans l'organisation des cabinets

Practice-level change

- Flag patients with multimorbidity in electronic medical records system
- Promote continuity of care
- 3D wallet card for patients, naming their responsible doctor
- Encourage patients to ask for longer appointments when needed
- Train clinicians and receptionists
- Replace separate disease-focused reviews with one 6-monthly whole-person 3D review
- Interactive 3D electronic data entry template; structures the 3D review, facilitates sharing of information between nurse, pharmacist, and physician

Une intervention complexe: avec les patients multimorbides

Etude 3D, Royaume-Uni

Essai clinique randomisé en grappe «pragmatique»

30 cabinets

1500 patients

Intervention complexe basée sur:

- (Ré)-organisation de la pratique
- **Revue de patients multi-professionnel**
- **Intégration avec les soins secondaires**
- Intervention pour promouvoir le changement dans l'organisation des cabinets

3D reviews

Nurse review
- Identify the health problems the patient considers most important
- How do these problems affect their life? Pain, function, daily activities, mobility
- Screen for depression and dementia
- Enquire about social situation, carers, and other services involved
- Record routine health parameters: blood pressure, body-mass index, smoking, and alcohol
- Disease-specific questions vary (automated) according to patient's conditions
- Health promotion advice; immunisations if needed
- Print agenda document for patient; summarises findings of the consultation

Pharmacist review
- Any drugs that are inappropriate or of low priority and might be stopped?
- Any drugs the patient should be taking for their condition that should be started?
- Any ways of simplifying drug regimen (eg, once-daily dosing)?

Physician review
- Review agenda from nurse consultation and pharmacist recommendations
- Review automated template prompts about guidelines for patient's conditions
- Discuss medication adherence
- Agree most important priorities and goals
- Agree how the doctor can help and how the patient can help themselves
- Agree specific actions and timeline for follow-up
- Print health plan which summarises the review
- Includes clinical findings and test results to enhance shared responsibility

Policlinique Médicale Universitaire CH-Lausanne

iumf Institut universitaire de médecine de famille

Une intervention complexe: avec les patients multimorbides

Etude 3D, Royaume-Uni

Essai clinique randomisé en grappe «pragmatique»

30 cabinets

1500 patients

Intervention complexe basée sur:

- (Ré)-organisation de la pratique

- Revue de patients (médication,..)

- Intégration avec les soins secondaires

- Intervention pour promouvoir le changement dans l'organisation des cabinets

Reinforcing implementation

- Each practice has a nominated 3D champion to support implementation
- Automated monthly feedback about completion of 3D reviews by comparison with peers
- Financial incentives for completed reviews

Policlinique Médicale Universitaire CH-Lausanne

iumf Institut universitaire de médecine de famille

Quelles mesures (outcomes) utiliser pour juger de l'effet de l'intervention?

…. Et les résultats publiés en juin 2018

Qualité de vie ?

Etat de santé auto-rapporté?

Déprescription?

Processus de soins « centré-patient » ? (continuité, coordination)

Satisfaction ?

	Usual care group (N=749)	Intervention group (N=797)	Adjusted difference in means (95% CI); p value
Primary outcome*			
Unadjusted mean EQ-5D-5L (SE)	0·504 (0·012)	0·533 (0·012)	0·00 (−0·02 to 0·02); p=0·93†
Secondary outcomes			
Illness burden			
Self-rated health of good or better‡	230/631 (36%)	242/642 (38%)	0·84§ (0·67 to 1·05); p=0·13
Mean Bayliss measure of illness burden[16]	18·4 (12·9); n=590	16·7 (11·6); n=598	−0·64¶ (−1·54 to 0·27); p=0·17
Mean HADS anxiety score[17]	6·3 (4·8); n=624	5·8 (4·7); n=629	−0·24¶ (−0·57 to 0·08); p=0·15
Mean HAD		630	−0·01¶ (−0·33 to 0·30); p=0·94
Treatment bu			
Mean Mult		625	−0·46¶ (−1·78 to 0·86); p=0·49
Mean eight		97	0·06¶ (−0·05 to 0·17); p=0·27
Median nu		); n=774	1·02‖ (0·97 to 1·06); p=0·46
Patient-centr			
Mean PACI		524	0·29¶ (0·16 to 0·41); p<0·0001
Mean CARE		517	1·20¶ (0·28 to 2·13); p=0·0109
Mean CARE nurse score[21]	38·5 (9·5); n=462	40·8 (8·9); n=535	1·11¶ (0·03 to 2·19); p=0·044
Patients reporting they almost always discuss the problems most important to them in managing their own health‡	153/599 (26%)	256/612 (42%)	1·85§ (1·44 to 2·38); p<0·0001
Patients reporting that support and care is almost always joined-up‡	173/603 (29%)	257/614 (42%)	1·48§ (1·18 to 1·85); p=0·0006
Patients reporting being very satisfied with care‡	236/608 (39%)	345/614 (56%)	1·57§ (1·19 to 2·08); p=0·0014
Patients reporting having a written care plan, health plan, or treatment plan**	91/623(15%)	141/623 (23%)	1·97†† (1·32 to 2·95); p=0·0010

Le lien logique entre le changement de processus et l'effet sur la santé n'est pas forcément mesurable

Policlinique Médicale Universitaire CH-Lausanne

iumf Institut universitaire de médecine de famille

Traitement de l'infection urinaire simple

JAMA | Original Investigation

Effect of 5-Day Nitrofurantoin vs Single-Dose Fosfomycin on Clinical Resolution of Uncomplicated Lower Urinary Tract Infection in Women

A Randomized Clinical Trial

Angela Huttner, MD; Anna Kowalczyk, MS; Adi Turjeman, MSc; Tanya Babich, MSc; Caroline Brossier, RN; Noa Eliakim-Raz, MD; Katarzyna Kosiek, MD, PhD; Begoña Martinez de Tejada, MD, PhD; Xavier Roux, MD; Shachaf Shiber, MD; Ursula Theuretzbacher, PhD; Elodie von Dach, PhD; Dafna Yahav, MD; Leonard Leibovici, MD; Maciek Godycki-Ćwirko, MD, PhD; Johan W. Mouton, MD, PhD; Stephan Harbarth, MD

Policlinique Médicale Universitaire CH-Lausanne

iumf Institut universitaire de médecine de famille

Huttner A, Kowalczyk A, Turjeman A, et al. Effect of 5-day nitrofurantoin vs single-dose fosfomycin on clinical resolution of uncomplicated lower urinary tract infection in women: A randomized clinical trial. *JAMA.* 2018;319(17):1781-1789.

Le contexte…

Une jeune femme présente une pollakiurie et dysurie depuis 24 heures, un stix urinaire est positif pour des leucocytes, du sang et des nitrites.

Que lui prescrire?

- Depuis 2010, augmentation des résistances, notamment aux quinolones

	1er choix	Alternative si allergie	Passage po	Durée	Remarques
A. Cystite simple					
	co-trimoxazole * po SMX 800 mg/TMP 160 mg (forte) 2x/j pdt 3j ou nitrofurantoïne po 100 mg 2x/j pdt 5j ou fosfomycine po 3 g dose unique				* Co-trimoxazole approprié selon les experts malgré un taux de résistance proche de 20% Si portage ESBL connu, ad nitrofurantoine ou fosfomycine Nitrofurantoïne contre-indiquée si clearance de la créat. < 60 ml/min

Information abrégée de HCI Solutions SA — Information professionnelle

I Infections des voies urinaires, prophylaxie anti-infectieuse lors d'exploration urologique ou après intervention chirurgicale sur les voies urinaires.

P Avec les repas.
Cas aigus: adultes: 1 caps. 2–3×/j., pendant 7–10 j.
Cas chroniques: adultes: 1 caps. 1–2×/j. pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois.

CI Anurie, oligurie, insuffisance rénale (Clcr <60 ml/min), polyneuropathie, névrite, fibrose pulmonaire, déficit en G6PD, porphyrie aiguë; grossesse (3e trimestre; 1er et 2e trimestres «IPr»), allaitement «IPr»; <3 mois.

Une étude: Huttner et al.

- 513 patientes > 18 ans avec symptômes d'infection urinaire simple avec stix positif
- Essai clinique « open label » randomisé avec statisticien en aveugle
- Intervention:

Nitrofurantoine 100 mg 3x/j pdt 5 jours

vs

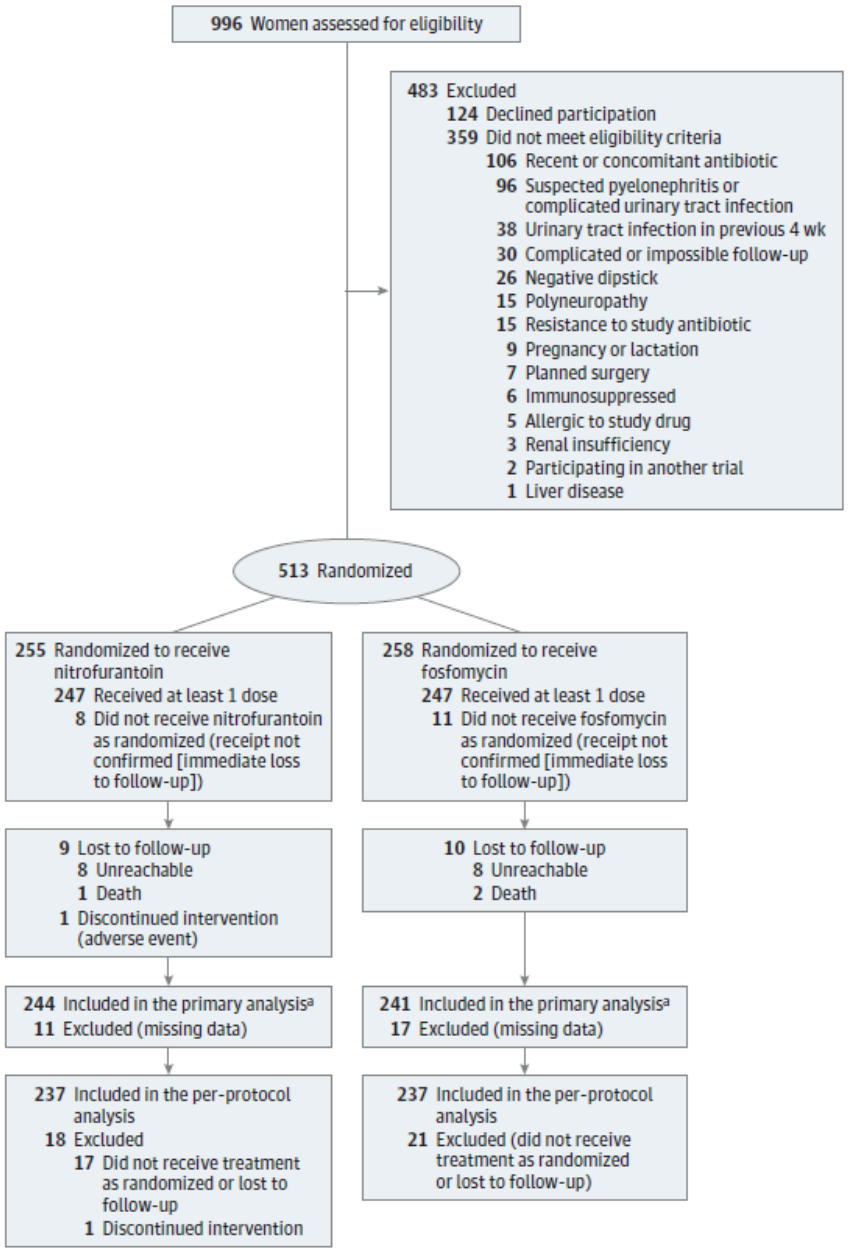
Fosfomycine 3 g, dose unique

- Outcome primaire: réponse clinique à 28 jours
- Outcome secondaire: réponse bactériologique à 28 jours (+ ES)
- Etude internationale (dont la Suisse!)

Policlinique Médicale Universitaire CH-Lausanne

iumf Institut universitaire de médecine de famille

Figure. Study Flowchart of the Nitrofurantoin and Fosfomycin Groups



Policlinique Médicale Universitaire CH-Lausanne

iumf Institut universitaire de médecine de famille

Table 3. Clinical and Microbiologic Outcomes

Clinical and Bacteriologic Outcome	No./Total No. (%) Nitrofurantoin (n = 255)	Fosfomycin (n = 258)	Difference, % (95% CI)	P Value[a]
Primary Outcome				
Clinical response at 28 d[b]				
Clinical resolution	171/244 (70)	139/241 (58)	12 (4-21)	.004
Clinical failure	66/244 (27)	94/241 (39)		
Indeterminate	7/244 (3)	8/241 (3)		
Missing[c]	11 (4)	17 (7)		
Secondary Outcomes				
Clinical response at 14 d				
Clinical resolution	184/247 (75)	162/247 (66)	9 (1-17)	.03
Clinical failure	56/247 (23)	75/247 (30)		
Indeterminate	7/247 (3)	10/247 (4)		
Missing[c]	8 (3)	11 (4)		
Microbiologic response at 28 d[b]				
Culture obtained/baseline culture positive	175/194 (90)	163/183 (89)		
Bacteriologic success through 28 d	129/175 (74)	103/163 (63)	11 (1-20)	.04
Bacteriologic success failure by 28 d	46/175 (26)	60/163 (37)		
Microbiologic response at 14 d				
Culture obtained/baseline culture positive	177/194 (91)	165/183 (90)		
Bacteriologic success through 14 d	146/177 (82)	121/165 (73)	9 (0.4-18)	.04
Bacteriologic success failure by 14 d	31/177 (18)	44/165 (27)		

Policlinique Médicale Universitaire CH-Lausanne

iumf Institut universitaire de médecine de famille

Effets secondaires

		Nitrofurantoin (n=255)	Fosfomycin (n=258)
At least one adverse event	None (%)	228 (92)	232 (94)
	Mild (%)	7 (3)	4 (2)
	Moderate (%)	13 (5)	10 (4)
	Severe (%)	0 (0)	1 (0.4)
Nausea ± vomiting	None (%)	241 (97)	242 (98)
	Mild (%)	4 (2)	1 (0.4)
	Moderate (%)	3 (1)	4 (2)
Diarrhea	None (%)	245 (99)	242 (98)
	Mild (%)	2 (1)	3 (1)
	Moderate (%)	1 (0.4)	2 (1)
Abdominal cramping	None (%)	246 (99.6)	244 (99)
	Mild (%)	0 (0)	1 (0.4)
	Moderate (%)	1 (0.4)	2 (1)

Conclusions de l'étude

- 5 jours de nitrofurantoïne 100 mg 3x/j plus efficace qu'une dose unique de fosfomycine (70% vs 58% de succès à 28 jours)
- Effets secondaires similaires dans les deux bras
- Pas d'effets secondaires sévères (hépatique / pulmonaire), risque limité si ttt < 1 semaine

- Limitations de l'étude:
  - « open label »
  - Peut-être des différence entre les labo pour les cultures

Take home message pour aujourd'hui

- De la nitrofurantoïne plutôt que de la fosfomycine
- Plus de toucher rectal pour le dépistage du cancer de la prostate
- A la recherche du graal pour la prise en charge de la multimorbidité!

Grazie!

Policlinique Médicale Universitaire
CH-Lausanne

iumf
Institut universitaire de médecine de famille

Policlinique
Médicale
Universitaire
CH-Lausanne

iumf
Institut universitaire
de médecine de famille

Faut-il restreindre l'accès aux médias sociaux chez les jeunes?

Research

JAMA | Original Investigation

Association of Digital Media Use With Subsequent Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Among Adolescents

Chaelin K. Ra, MPH; Junhan Cho, PhD; Matthew D. Stone, BA; Julianne De La Cerda, BA;
Nicholas I. Goldenson, BA; Elizabeth Moroney, MA; Irene Tung, MA; Steve S. Lee, PhD; Adam M. Leventhal, PhD

Dépistage du cancer de la prostate

JAMA | US Preventive Services Task Force | RECOMMENDATION STATEMENT

Screening for Prostate Cancer

US Preventive Services Task Force Recommendation Statement

US Preventive Services Task Force

Open access Research

BMJ Open

Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality

Denis J Pereira Gray,[1] Kate Sidaway-Lee,[1] Eleanor White,[1,2] Angus Thorne,[1,3] Philip H Evans[1,2]

Policlinique Médicale Universitaire CH-Lausanne

iumf Institut universitaire de médecine de famille

Faut-il suivre les recommandations américaines pour la prise en charge de l'hypertension?

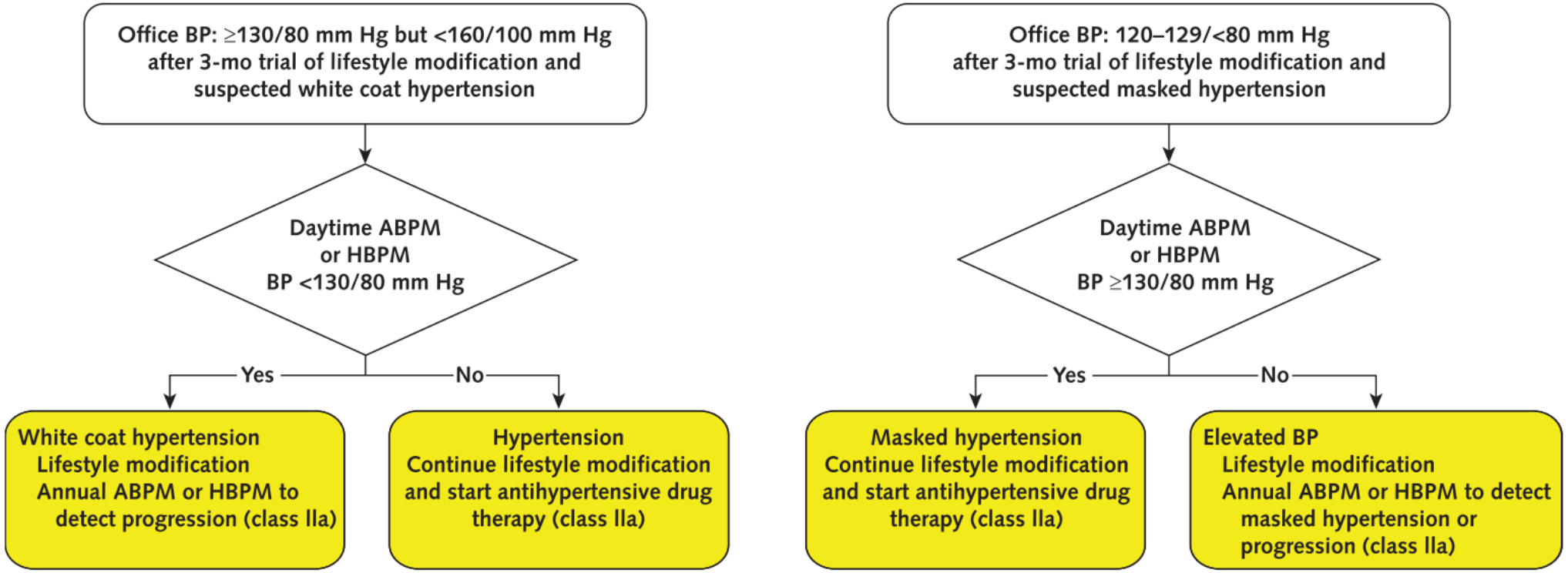
Annals of Internal Medicine

CLINICAL GUIDELINE

Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Synopsis of the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension Guideline

Robert M. Carey, MD, and Paul K. Whelton, MB, MD, MSc; for the 2017 ACC/AHA Hypertension Guideline Writing Committee*

Figure 1. Algorithm for detection of white coat hypertension or masked hypertension in patients not receiving antihypertensive drug therapy.



Colors correspond to class of recommendation in the **Appendix Figure**. (Reproduced with permission of the American College of Cardiology and the American Heart Association.) ABPM = ambulatory blood pressure monitoring; BP = blood pressure; HBPM = home blood pressure monitoring.

EDITORIAL

Incremental Benefits and Harms of the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association High Blood Pressure Guideline

Katy J. L. Bell, MBChB, MMed(Clin Epi), PhD; Jenny Doust, MBBS, PhD; Paul Glasziou, MBBS, PhD

Policlinique Médicale Universitaire CH-Lausanne

iumf Institut universitaire de médecine de famille