



# Acquisitions thérapeutiques en médecine ambulatoire en 2011

Rev Med Suisse 2012; 8: 270-5

T.-H. Collet  
O. Pasche  
M. Ceppi  
D. Nanchen  
V. Amstutz  
A. Gonthier  
E. Fasel  
K. El Olmi  
P. Bodenmann

## 2011 findings from literature on general internal ambulatory medicine

In 2011 several articles seemed significant for the practice of general medicine. Diagnosis of hypertension needs several measurements and may need 24-hour ambulatory blood pressure monitoring. Glycosylated hemoglobin is a reliable tool to diagnose diabetes mellitus. The ABCD2 score with neurological imaging help the triage of transient ischemic attacks. Pulmonary embolism can be treated as outpatient for low risk patients. Gluten-free diet may be tried in irritable bowel syndrome. Nitrofurantoin is a reasonable alternative for simple urinary tract infection in women, but antibiotics are not needed after drainage of an uncomplicated skin abscess. Subclinical thyroid dysfunction is a risk factor of osteoporosis in older men. Sequential use of MMSE and ACE scores is a promising approach to assess medical decision-making capacity.

Le diagnostic d'hypertension artérielle nécessite plusieurs mesures et parfois un enregistrement sur 24 heures. L'hémoglobine glyquée est fiable pour le diagnostic d'un diabète. Le score ABCD2 conjugué à la neuro-imagerie permet le tri des accidents ischémiques transitoires. L'embolie pulmonaire peut être traitée en ambulatoire pour des patients à faible risque. En cas d'intestin irritable, un régime sans gluten peut améliorer certains symptômes. La nitrofurantoïne est une alternative pour les infections urinaires simples chez la femme, par contre l'antibiothérapie est inutile lors de drainage d'abcès cutané non compliqué. Une dysthyroïdie infraclinique est un facteur de risque pour l'ostéoporose chez l'homme âgé. Enfin, l'utilisation séquentielle du MMS (*minimal mental state*) et du score ACE (*aid to capacity evaluation*) est prometteuse pour évaluer la capacité de discernement.

## INTRODUCTION

Durant l'année écoulée, nombreux ont été les articles de la littérature médicale faisant état de résultats ayant un impact sur la pratique de la médecine interne générale ambulatoire. Parmi les thématiques sélectionnées par les chefs de clinique et médecins cadres de la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne figurent des acquisitions thérapeutiques concernant le diagnostic de l'hypertension artérielle et du diabète, le choix de la prise en charge ambulatoire ou hospitalière de l'accident ischémique transitoire et de l'embolie pulmonaire,

la thérapeutique de l'intestin irritable, de l'infection urinaire et des abcès cutanés, ainsi que les conséquences à long terme des dysthyroïdies infracliniques. Mais toute prise en charge médicale ne pourrait se faire sans évaluer la capacité de discernement de nos patients, sujet par lequel nous terminons notre revue d'articles.

## HYPERTENSION ARTÉRIELLE: PLACE DE LA MESURE AMBULATOIRE DANS LE DIAGNOSTIC

Plusieurs articles sur la mesure de la tension artérielle (TA) et le diagnostic de l'hypertension artérielle (HTA) ont été publiés,<sup>1-5</sup> ainsi que la mise à jour des recommandations NICE (National institute for health and clinical excellence).<sup>6</sup> Ces articles ont mis en évidence la différence entre la mesure de la TA à domicile sur 24 heures (Remler) et au cabinet, ainsi que sur la façon de mesurer au cabinet (une ou plusieurs fois, en présence du médecin ou pas). La TA mesurée automatiquement en l'absence du médecin avait une meilleure corrélation avec le Remler et moins d'effet blouse blanche que la TA mesurée pendant la consultation.<sup>1</sup> De plus, la mesure de la TA à plusieurs reprises, que ce soit au cabinet ou à domicile, permet de distinguer les HTA résistant à l'effet blouse blanche,<sup>2</sup> d'améliorer la certitude du diagnostic<sup>3</sup> et pourrait réduire les coûts dus au surdiagnostic<sup>4</sup> par rapport à une seule mesure de TA élevée.



Résumé des recommandations NICE sur le diagnostic de l'HTA au cabinet:<sup>6</sup>

- pour confirmer une mesure > 140/90 mmHg au cabinet, mesurer trois fois et prendre la valeur plus basse des deux dernières TA, puis;
- si la TA est > 140/90 mmHg au cabinet, proposer un enregistrement sur 24 heures avec minimum deux mesures par heure, moyenner les valeurs diurnes et nocturnes séparément, puis;
- si le patient ne tolère pas le Remler, proposer une TA à domicile et à chaque enregistrement demander deux mesures, avec au moins une minute d'intervalle, en position assise, une fois le matin et une fois le soir, idéalement pendant une semaine et écarter les valeurs du premier jour.

## HÉMOGLOBINE GLYQUÉE DANS LE DIAGNOSTIC DU DIABÈTE

L'American diabetes association (ADA)<sup>7</sup> et la Société suisse d'endocrinologie et diabétologie (SSED)<sup>8</sup> ont validé l'utilisation de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) pour le diagnostic du diabète, avec quelques réserves (tableau 1). Deux articles en 2011 ont comparé cette recommandation par rapport à l'utilisation traditionnelle de la glycémie à jeun.

Selvin et coll. ont comparé la place de l'HbA1c et de la glycémie à jeun pour estimer le risque de développer un diabète ou une maladie cardiovasculaire chez plus de 11 000 adultes n'ayant pas d'antécédents de maladie cardiovasculaire ou de diabète sur une période de quinze ans.<sup>9</sup> A glycémie égale, ceux avec une HbA1c  $\geq 6,5\%$  avaient un risque élevé de développer un diabète (hazard ratio (HR): 10,4; intervalle de confiance à 95% (IC 95%): 8,8-12,3), une maladie coronarienne (HR: 2,5; IC 95%: 1,8-3,3) ou un AVC par rapport à ceux avec une HbA1c entre 5 et 5,5%. Toutefois, Lipska et coll. ont montré que pour les personnes de 70 à 79 ans, l'HbA1c et la glycémie à jeun identifient un diabète méconnu chez des personnes différentes.<sup>10</sup> En effet, deux tiers des cas ont une discordance entre HbA1c et glycémie à jeun pour le diagnostic d'un diabète, une situation difficile à interpréter sans *gold standard* (figure 1).

En l'état actuel, les recommandations proposent le diagnostic de diabète si l'un ou les deux tests (HbA1c et glycémie à jeun) sont positifs.

### Tableau 1. Situations cliniques où l'HbA1c n'est pas ou difficilement interprétable pour le diagnostic de diabète

(Adapté de la prise de position de la Société suisse d'endocrinologie et diabétologie<sup>8</sup>).

- Age > 70 ans
- Déficit en fer, prise importante de vitamine C ou E (surestimation des valeurs d'HbA1c)
- Hémoglobinopathies (HbS, HbC, HbF, HbE)
- Hémolyse et anémie hémolytique (*turnover érythrocytaire augmenté*)
- Transfusions sanguines
- Insuffisance hépatique ou rénale sévère
- Diabète gestationnel, diabète de type I ou associé à une mucoviscidose

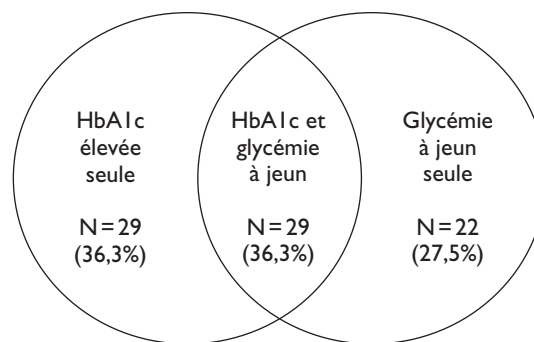


Figure 1. Identification d'un diabète à l'aide de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) et de la glycémie à jeun chez les personnes âgées

(Adaptée de réf.<sup>10</sup>).

L'HbA1c est un outil supplémentaire fiable pour le diagnostic d'un nouveau diabète, en tenant compte des situations cliniques particulières où le test n'est pas interprétable (tableau 1).

## PRISE EN CHARGE DE L'ACCIDENT ISCHÉMIQUE TRANSITOIRE: UN OUTIL DE TRIAGE?<sup>11</sup>

Après un accident ischémique transitoire (AIT), le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC) est de 5% dans les 24 à 48 heures, et de plus de 10% dans les premières semaines; de plus, le diagnostic clinique d'AIT n'est pas facile et l'indication à l'hospitalisation non consensuelle.

Dans cette étude prospective, des adultes avec un possible AIT ou un AVC mineur ont été évalués:<sup>11</sup> l'approche clinique, basée sur le score ABCD2,<sup>12</sup> a été complétée par un ultrason doppler précérébral/cérébral et/ou une imagerie par résonance magnétique avec séquences angiographiques (tableaux 2 et 3). L'objectif était d'évaluer si cet outil permettait d'éviter des hospitalisations en maintenant un risque d'AVC faible.

Sur 224 patients inclus, 157 (70%) ont eu une prise en charge ambulatoire et 45% de ces patients ambulatoires ont présenté un AIT (symptômes < 24 heures) ou AVC mineur (> 24 heures). Parmi les 67 (30%) patients hospitalisés, 69% ont eu un diagnostic d'AVC. Le taux d'AVC à sept jours était de 0,6% pour les patients ambulatoires et de 1,5% pour

### Tableau 2. Score ABCD2

(Tiré de réf.<sup>12</sup>).

Faire la somme des points attribués à chaque item, score de 0 à 5 points.

Item	Description	Ponts
Age	$\geq 60$ ans	1 point
Blood pressure	Pression artérielle $\geq 140/90$ mmHg	1 point
Clinical features	Difficultés du langage sans ou avec parésie unilatérale	1 point ou 2 points
Duration	10-59 minutes ou $\geq 60$ minutes	1 point ou 2 points
Diabetes	Diabète	1 point



**Tableau 3. Risque d'AVC basé sur le score ABCD2<sup>12</sup> et tri proposé dans l'étude TWOACES<sup>11</sup>**

US: ultrasons.

Score ABCD2	Tri proposé
0-3 points = faible	Prise en charge ambulatoire: IRM et séquences angiographiques, puis consultation neurologique
4-5 points = modéré	US précérébral et cérébral: si sténose > 50% → hospitalisation si sténose ≤ 50% → prise en charge ambulatoire
6-7 points = élevé	Hospitalisation

les patients hospitalisés, sans autre événement entre 7 et 90 jours, chiffres superposables à ceux de la littérature.

L'ABCD2 conjugué à une neuro-imagerie en ambulatoire a permis de diminuer le nombre d'hospitalisations sans aggraver le pronostic à court et moyen termes. Même si l'usage de l'ABCD2 seul a été critiqué,<sup>13</sup> cette approche clinique et paraclinique fait écho à une étude publiée en 2010 qui arrivait aux mêmes conclusions.<sup>14</sup>

Le score ABCD2 conjugué à la neuro-imagerie permet le tri des accidents ischémiques transitoires. Le médecin de premier recours peut quantifier ce score et adresser le patient aux urgences, en suivant les recommandations nationales.<sup>15</sup> Actuellement, tout patient avec une suspicion d'AIT dans les sept jours précédents sera adressé au service d'urgence de l'hôpital qui procédera aux examens de neuro-imagerie; au-delà de sept jours, le bilan sera fait en ambulatoire et le patient adressé en fonction des résultats.

### L'EMBOLIE PULMONAIRE EST-ELLE TRAITABLE EN AMBULATOIRE?<sup>16</sup>

Les recommandations actuelles concernant le traitement de l'embolie pulmonaire (EP) proposent une prise en charge hospitalière. Un essai clinique randomisé de non-infériorité a comparé l'anticoagulation en ambulatoire ou en milieu hospitalier chez des patients sélectionnés avec EP à bas risque dans dix-neuf centres d'urgence en Amérique du Nord et en Europe, particulièrement en Suisse.<sup>16</sup> Le risque était calculé à l'aide d'un indice de sévérité de l'EP comprenant onze items; il est intéressant de relever que la localisation et la taille de l'EP ne font pas partie des critères évalués (tableau 4).

Chez les 339 patients inclus (1087 exclus), un seul des 171 patients traités en ambulatoire et aucun des patients hospitalisés n'ont présenté de récurrence dans les 90 jours, une différence non significative. Le risque hémorragique à 90 jours était supérieur dans le groupe ambulatoire, mais la différence n'était pas significative.

Pour des patients sélectionnés à faible risque, il est probable que le traitement de l'embolie pulmonaire puisse se faire en ambulatoire.

**Tableau 4. Stratification du risque des patients avec embolie pulmonaire**

(Tiré de réf.<sup>16</sup>).

Age	+1 point par année
Homme	+10 points
Cancer actif ou passé	+30 points
Insuffisance cardiaque	+10 points
Maladie pulmonaire chronique	+10 points
Fréquence cardiaque ≥ 110/min.	+20 points
Pression systolique < 100 mmHg	+30 points
Fréquence respiratoire ≥ 30/min.	+20 points
Température < 36°C	+20 points
Confusion (désorientation, léthargie, stupeur, coma)	+60 points
Saturation en O <sub>2</sub> < 90% (avec ou sans O <sub>2</sub> administré)	+20 points
<b>Interprétation</b>	
Risque faible (classes I-II)	≤ 85 points
Risque modéré ou élevé (classe III-IV-V)	> 85 points

### INTESTIN IRRITABLE: RÔLE DU GLUTEN DANS LES SYMPTÔMES?<sup>17</sup>

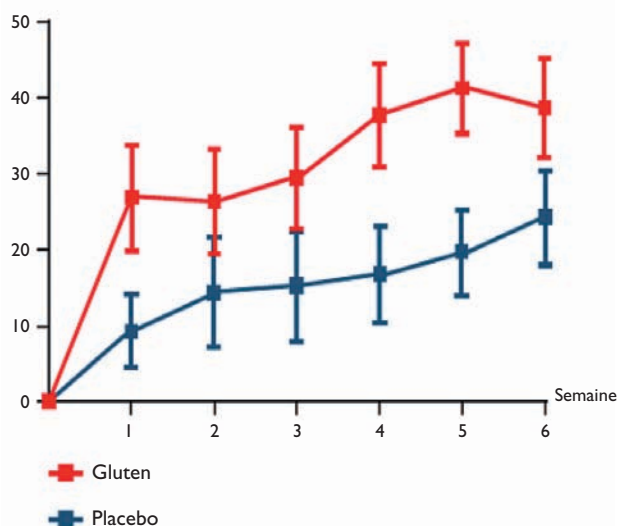
La physiopathologie de l'intestin irritable reste largement incomprise et diverses intolérances alimentaires sont suspectées. Dans les investigations, il est proposé d'infirmer une maladie cœliaque avant de retenir ce diagnostic. Or, certains patients signalent que leurs symptômes sont bien contrôlés par un régime sans gluten, alors qu'ils n'ont pas les marqueurs biologiques d'une maladie cœliaque.

Une étude australienne a comparé l'évolution des symptômes intestinaux chez 34 patients avec un intestin irritable lorsque l'on réintroduit des aliments avec ou sans gluten en aveugle dans leur diète pendant six semaines.<sup>17</sup> De façon étonnante, les patients dans le groupe avec gluten ressentirent la réapparition significativement plus rapide et plus importante de différents symptômes, comme les douleurs abdominales, les ballonnements, des selles molles et la fatigue (figure 2). Le mécanisme par lequel ces symptômes seraient induits par le gluten reste incompris.<sup>18</sup> Il n'y a pas d'éléments suggérant une inflammation systémique ou intestinale, ni une augmentation de la perméabilité intestinale, et le gluten introduit dans la diète ne contenait pas d'oligosaccharides fermentables.

Chez les patients présentant un intestin irritable, il est légitime de proposer d'essayer un régime sans gluten, pour autant qu'ils soient motivés par ce type de prise en charge plutôt contraignante.

### LA NITROFURANTOÏNE: PAS SI RÉTRO!<sup>19</sup>

Les infections urinaires simples deviennent plus difficiles à traiter en raison de l'augmentation des résistances au



**Figure 2.** Apparition de symptômes sur une échelle visuelle analogique (EVA, 0 mm = aucun, 100 mm = pires symptômes) après réintroduction d'aliments contenant du gluten versus placebo (Adaptée de réf.<sup>17</sup>).

triméthoprime-sulfaméthoxazole (TMP-SMX, ou cotrimoxazole) et aux fluoroquinolones.<sup>20</sup>

Des chercheurs ont évalué les coûts de l'antibiothérapie empirique et de ses complications (échec de traitement, pyélonéphrite, mycose vaginale)<sup>19</sup> en comparant trois traitements: trois jours de TMP-SMX, trois jours de quinolones ou cinq jours de nitrofurantoïne (100 mg 2x/jour). La nitrofurantoïne était aussi efficace que les deux autres antibiothérapies et même efficace lorsque le taux de résistance au TMP-SMX était > 17% ou celui des quinolones > 12%.

Cet article replace la nitrofurantoïne sur le devant de la scène. Les dernières recommandations internationales<sup>21</sup> proposent ce traitement comme alternative au TMP-SMX en première ligne d'un point de vue de l'efficacité: cette molécule étant excrétée dans l'urine, la résistance des entérobactéries est moindre.

La résistance croissante à certains antibiotiques fait de la nitrofurantoïne une alternative pour le traitement des infections urinaires simples chez la femme.

## INTÉRÊT DU TRIMÉTHOPRIME-SULFAMÉTHOXAZOLE APRÈS DRAINAGE D'UN ABCÈS CUTANÉ NON COMPLIQUÉ<sup>22</sup>

Le staphylocoque résistant à la méthicilline (MRSA) acquis en communauté est devenu le premier germe causant des abcès cutanés aux Etats-Unis. Le bénéfice de l'utilisation d'une antibiothérapie après drainage d'un abcès cutané n'est pas clair. En effet, des taux de guérison de 91% ont été obtenus sans avoir recours aux antibiotiques.<sup>23</sup>

Des chercheurs ont évalué l'efficacité du TMP-SMX pen-

dant sept jours après le drainage d'un abcès cutané non compliqué chez des adultes à risque d'infection à MRSA. Cet essai randomisé incluait 212 patients adultes d'un service d'urgence hospitalier dont l'abcès cutané a été drainé, puis couvert par TMP-SMX ou placebo durant sept jours. Le critère d'évaluation primaire était un échec thérapeutique dans les sept jours (absence d'amélioration après deux jours, autre nouvelle lésion dans ce délai, aggravation de la lésion, nouvelle intervention nécessaire) et le critère secondaire était l'apparition de nouvelles lésions dans les 30 jours. Aucune différence significative n'a été trouvée pour les échecs thérapeutiques à sept jours, par contre la survenue de nouvelles lésions à 30 jours a été moindre (9% dans le bras TMP-SMX vs 28% dans le bras placebo). Malheureusement, 10% des patients n'ont pu être réévalués à sept jours et 55% à 30 jours pour des raisons non précisées, rendant ces résultats difficiles à interpréter.

Faut-il prescrire du TMP-SMX après drainage d'un abcès cutané non compliqué à risque de MRSA? Ni cette étude réalisée, ni celle réalisée chez les enfants<sup>24</sup> n'apportent de preuves suffisantes de l'utilité de rajouter une antibiothérapie au drainage d'abcès cutané. De plus, le risque d'infection cutanée à MRSA est moindre en Suisse qu'aux Etats-Unis.

Nous n'avons pas de preuves suffisantes de l'utilité de rajouter une antibiothérapie au drainage d'abcès cutané non compliqué, en particulier en Suisse où l'incidence d'infections cutanées à MRSA est plus faible qu'aux Etats-Unis.

## TROUBLES THYROÏDIENS INFRACLINIQUES ET RISQUE DE FRACTURE<sup>25</sup>

L'hyperthyroïdie franche peut entraîner des fractures ostéoporotiques, mais l'association entre ostéoporose et dysthyroïdies infracliniques est inconnue. L'hyperthyroïdie infraclinique est définie par un taux d'hormone thyroïdienne (TSH) < 0,45 mU/l et de thyroxine libre (T4L) normale, l'hypothyroïdie infraclinique par une TSH entre 4,5 et 20 mU/l et T4L normale.

Dans une cohorte de 3567 participants de ≥ 65 ans suivis pendant quinze ans avec 20% de dysthyroïdie infraclinique, l'incidence de fractures de hanche était de 13,7 pour 1000 personnes-année chez les hommes présentant une hyperthyroïdie infraclinique, de 10,3 en cas d'hypothyroïdie infraclinique et 5 chez les sujets euthyroïdiens. Ce risque était plus élevé après avoir exclu ceux qui prenaient des médicaments thyroïdiens ou contre l'ostéoporose. Etonnamment, l'incidence chez les femmes, à 10,2, ne différait pas entre celles présentant une euthyroïdie et celles avec dysthyroïdie infraclinique, même après ajustement pour la médication.

Les dysthyroïdies infracliniques s'ajoutent aux facteurs de risque de l'ostéoporose chez l'homme âgé. Toutefois, on ne sait pas si le dépistage ou le traitement pourraient avoir un effet bénéfique. Le traitement des dysthyroïdies infracliniques reste controversé et une dose trop importante de lévothyroxine, aussi associée à des fractures,<sup>26</sup> devrait être évitée.



Les dysthyroïdies infracliniques sont un facteur de risque supplémentaire pour l'ostéoporose chez l'homme âgé.

## ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ DE DISCERNEMENT<sup>27</sup>

La capacité de discernement d'un patient repose sur quatre aptitudes: 1) sa compréhension; 2) son appréciation de la situation; 3) sa capacité de raisonnement et 4) sa capacité à communiquer son choix.<sup>28</sup> L'évaluation de la capacité de discernement par les médecins a été testée au moyen d'outils divers dans 43 études prospectives retenues dans une récente méta-analyse.<sup>27</sup> Celle-ci révèle que les cliniciens diagnostiquent une incapacité avec peu de chance de se tromper (peu de faux négatifs), mais manquent le diagnostic dans 58% des cas (beaucoup de faux positifs). L'évaluation des capacités cognitives seules, à l'aide du MMS (*mini mental state*),<sup>29</sup> fournit une information intéressante sur cette capacité pour les patients avec un score < 20 (rapport de vraisemblance positif (RV+): 6,3) et pour les patients avec un score > 24 (rapport de vraisemblance négatif (RV-): 0,14). Cet outil laisse en revanche une large zone d'indétermination justifiant d'autres moyens diagnostiques. Sur neuf échelles comparées avec un *gold standard* (psychiatres experts), l'une d'entre elles, le score ACE (*aid to capacity evaluation*), se distingue pour la qualité de la démarche de validation, pour ses excellentes caractéristiques intrinsèques (RV+: 8,5, RV-: 0,21) ainsi que pour la mise à disposition sur internet.<sup>30,31</sup> Dans la population gériatrique en médecine de premier recours, la prévalence

de l'incapacité de discernement étant inférieure à 3%, l'utilisation séquentielle du MMS et du score ACE paraît une démarche prometteuse, à évaluer par rapport aux scores pratiqués localement comme celui de Silberfeld.<sup>32,33</sup>

L'utilisation séquentielle du MMS et du score ACE paraît une démarche prometteuse en cas de suspicion d'incapacité de discernement.

## Remerciements

Au Pr Jacques Cornuz, pour sa lecture attentive du manuscrit et son soutien au groupe émulation. Aux Drs Patrik Michel, Juan Ruiz et Laurence Senn, pour leur lecture attentive de certains résumés et leurs conseils avisés. Aux anciens et actuels chefs de cliniques de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne pour leur participation active au groupe émulation qui a permis de sélectionner les articles les plus utiles à notre pratique quotidienne depuis 2005.

## Adresse

Drs Tinh-Hai Collet, Olivier Pasche, Mirco Ceppi, David Nanchen, Vincent Amstutz, Ariane Gonthier, Emilie Fasel, Khaled El Olmi et Patrick Bodenmann  
PMU, 1011 Lausanne  
tinh-hai.collet@chuv.ch  
olivier.pasche@hospvd.ch  
mirco.ceppi@chuv.ch  
david.nanchen@chuv.ch  
vincent.amstutz@hospvd.ch  
ariane.gonthier@chuv.ch  
emilie.fasel@chuv.ch  
khaled.el-olmi@chuv.ch  
patrick.bodenmann@hospvd.ch

## Bibliographie

- 1 Myers MG, Godwin M, Dawes M, et al. Conventional versus automated measurement of blood pressure in primary care patients with systolic hypertension: Randomised parallel design controlled trial. *BMJ* 2011;342:d286.
- 2 de la Sierra A, Segura J, Banegas JR, et al. Clinical features of 8295 patients with resistant hypertension classified on the basis of ambulatory blood pressure monitoring. *Hypertension* 2011;57:898-902.
- 3 Powers BJ, Olsen MK, Smith VA, et al. Measuring blood pressure for decision making and quality reporting: Where and how many measures? *Ann Intern Med* 2011;154:781-8.
- 4 Lovibond K, Jowett S, Barton P, et al. Cost-effectiveness of options for the diagnosis of high blood pressure in primary care: A modelling study. *Lancet* 2011;378:1219-30.
- 5 Hodgkinson J, Mant J, Martin U, et al. Relative effectiveness of clinic and home blood pressure monitoring compared with ambulatory blood pressure monitoring in diagnosis of hypertension: Systematic review. *BMJ* 2011;342:d3621.
- 6 \* Krause T, Lovibond K, Caulfield M, McCormack T, Williams B. Management of hypertension: Summary of NICE guidance. *BMJ* 2011;343:d4891.
- 7 ADA. Standards of medical care in diabetes-2011. *Diabetes Care* 2011;34(Suppl.1):S11-61.
- 8 \* Henzen C. Mesures du HbA1c pour le diagnostic du diabète sucré. *Forum Médical Suisse* 2011;11:233.
- 9 Selvin E, Steffes MW, Zhu H, et al. Glycated hemoglobin, diabetes, and cardiovascular risk in nondiabetic adults. *N Engl J Med* 2010;362:800-11.
- 10 Lipska KJ, de Rekeneire N, van Ness PH, et al. Identifying dysglycemic states in older adults: Implications of the emerging use of hemoglobin A1c. *J Clin Endocrinol Metab* 2010;95:5289-95.
- 11 Olivrot JM, Wolford C, Castle J, et al. Two aces: Transient ischemic attack work-up as outpatient assessment of clinical evaluation and safety. *Stroke* 2011;42:1839-43.
- 12 Johnston SC, Rothwell PM, Nguyen-Huynh MN, et al. Validation and refinement of scores to predict very early stroke risk after transient ischaemic attack. *Lancet* 2007;369:283-92.
- 13 Perry JJ, Sharma M, Sivilotti ML, et al. Prospective validation of the ABCD2 score for patients in the emergency department with transient ischemic attack. *CMAJ* 2011;183:1137-45.
- 14 \* Merwick A, Albers GW, Amarenco P, et al. Addition of brain and carotid imaging to the ABCD(2) score to identify patients at early risk of stroke after transient ischaemic attack: A multicentre observational study. *Lancet Neurol* 2010;9:1060-9.
- 15 Schlaganfallstiftung S. Eine transiente ischämische Attacke ist ein Notfall! *Forum Médical Suisse* 2006;6:479-84.
- 16 Aujesky D, Roy PM, Verschuren F, et al. Outpatient versus inpatient treatment for patients with acute pulmonary embolism: An international, open-label, randomised, non-inferiority trial. *Lancet* 2011;378:41-8.
- 17 Biesiekierski JR, Newnham ED, Irving PM, et al. Gluten causes gastrointestinal symptoms in subjects without celiac disease: A double-blind randomized placebo-controlled trial. *Am J Gastroenterol* 2011;106:508-14.
- 18 Verdu EF, Armstrong D, Murray JA. Between celiac disease and irritable bowel syndrome: The «no man's land» of gluten sensitivity. *Am J Gastroenterol* 2009;104:1587-94.
- 19 McKinnell JA, Stollenwerk NS, Jung CW, Miller LG. Nitrofurantoin compares favorably to recommended agents as empirical treatment of uncomplicated urinary tract infections in a decision and cost analysis. *Mayo Clin Proc* 2011;86:480-8.
- 20 Karlowsky JA, Kelly LJ, Thornsberry C, Jones ME, Sahm DF. Trends in antimicrobial resistance among urinary tract infection isolates of *Escherichia coli* from female outpatients in the United States. *Antimicrob Agents Chemother* 2002;46:2540-5.
- 21 \* Gupta K, Hooton TM, Naber KG, et al. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: A 2010 update by the Infectious diseases society of America and the European society for microbiology and infectious diseases. *Clin Infect Dis* 2011;52:e103-20.
- 22 Schmitz GR, Bruner D, Pitotti R, et al. Randomized controlled trial of trimethoprim-sulfamethoxazole for uncomplicated skin abscesses in patients at risk for community-associated methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection. *Ann Emerg Med* 2010;56:283-7.
- 23 Rajendran PM, Young D, Maurer T, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of cephalexin for treatment of uncomplicated skin abscesses in a po-



pulation at risk for community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infection. *Antimicrob Agents Chemother* 2007;51:4044-8.

**24** Duong M, Markwell S, Peter J, Barenkamp S. Randomized, controlled trial of antibiotics in the management of community-acquired skin abscesses in the pediatric patient. *Ann Emerg Med* 2010;55:401-7.

**25** Lee JS, Buzkova P, Fink HA, et al. Subclinical thyroid dysfunction and incident hip fracture in older adults. *Arch Intern Med* 2010;170:1876-83.

**26** Turner MR, Camacho X, Fischer HD, et al. Levodopa dose and risk of fractures in older adults: Nested case-control study. *BMJ* 2011;342:2238.

**27** Sessums LL, Zembrzuska H, Jackson JL. Does this patient have medical decision-making capacity? *JAMA* 2011;306:420-7.

**28** \* Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. *N Engl J Med* 1988;319:1635-8.

**29** Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.

**30** Etchells E, Darzins P, Silberfeld M, et al. Assessment of patient capacity to consent to treatment. *J Gen Intern Med* 1999;14:27-34.

**31** Etchells E. Aid to capacity evaluation (ACE). [www.jointcentreforbioethics.ca/tools/ace.shtml](http://www.jointcentreforbioethics.ca/tools/ace.shtml) Accessed 2011.

**32** Fassassi S, Bianchi Y, Stiefel F, Waeber G. Assessment of the capacity to consent to treatment in patients admitted to acute medical wards. *BMC Med Ethics* 2009;10:15.

**33** Silberfeld M, Checkland D. Faulty judgment, expert opinion, and decision-making capacity. *Theor Med Bioeth* 1999;20:377-93.

\* **à lire**

\*\* **à lire absolument**