

La médecine factuelle en ORL

Evidence-Based medicine in ENT



M. François

Service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale pédiatrique, hôpital Robert-Debré, Paris.

“La médecine comprend peu de choses qu'on sait, peu de choses qu'on croit savoir (probablement à tort), et beaucoup de choses qu'on ne sait absolument pas (1).”

Autrefois les traitements s'appuyaient sur la physiopathologie des symptômes ou de l'affection diagnostiquée, en sélectionnant les médications permettant d'enrayer ou de modifier le facteur physiopathologique en cause. Mais cela n'est pas suffisant. Il faut tenir compte de l'efficacité clinique réelle sur les patients, ainsi que des effets adverses (2).

Le terme “*Evidence-Based Medicine*” a été inventé dans les années 1980 au Canada par Gordon Guyatt (*in* 3), à la faculté de médecine McMaster, pour désigner une pratique que les cliniciens avaient développée depuis plus d'une dizaine d'années. Sackett et al. en ont donné la définition suivante : utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures preuves existantes dans la prise de décision concernant la prise en charge de chaque patient, avec intégration de l'expertise clinique du praticien aux meilleures données cliniques externes issues de recherches systématiques (4).

Le principe est de répondre à une question posée, diagnostique, pronostique ou thérapeutique non pas selon sa propre opinion d'expert, mais à partir de ce qui a été publié dans la littérature sur le sujet et du sérieux des articles relevés. Les preuves proviennent d'études cliniques systématiques, telles que des essais contrôlés randomisés en double aveugle, des méta-analyses, éventuellement des études transversales ou de suivi bien construites. Un essai clinique randomisé a plus de poids qu'un essai ouvert qui a lui-même plus de poids qu'une opinion d'expert (*tableau*). Cependant, la validité et l'utilité des résultats doivent être évaluées de manière critique. La force des recommandations est appréciée selon le niveau de preuve scientifique et sur l'interprétation des experts. Le grade des recommandations est néanmoins à distinguer de la force de celles-ci. En effet, il peut exister des recommandations de grade C ou fondées sur un accord d'experts qui sont fortes malgré l'absence d'appui scientifique. Dans certaines pathologies, en particulier les pathologies bénignes courantes ou les affections rares, il n'a pas été (encore) réalisé d'essais cliniques et il faut alors se contenter d'essais moins performants. De même, dans certaines circonstances il n'est pas envisageable de faire un essai randomisé car le pronostic vital est engagé à court terme (4).

Certes l'exercice de la médecine reste un art, mais il doit être aussi rationnel que possible. Il n'est pas licite de proposer un traitement parce que l'on a “*toujours fait comme cela*”. Certains traitements

Tableau. Correspondance entre le niveau de preuve fourni par la littérature et le grade des recommandations (grille adaptée du Score de Sackett, d'après le *Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations ANAES*/janvier 2000).

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature	Force des recommandations
Niveau 1 – Essais comparatifs randomisés de forte puissance – Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés – Analyse de décision basée sur des études bien menées	Grade A Preuve scientifique établie
Niveau 2 – Essais comparatifs randomisés de faible puissance – Études comparatives non randomisées bien menées – Études de cohorte	Grade B Présomption scientifique
Niveau 3 – Études cas-témoins – Essais comparatifs avec série historique	Grade C Faible niveau de preuve scientifique Accord professionnel
Niveau 4 – Études comparatives comportant des biais importants – Études rétrospectives – Séries de cas – Études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)	
Niveau 5 – Toute autre publication (<i>case report</i> , avis d'expert, etc.) – Aucune publication	

1. Naylor CD. Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine. *Lancet* 1995;345:840-2.

2. Sackett DL, Rosenberg WM. The need for evidence-based medicine. *J R Soc Med* 1995;88:620-4.

3. Qaseem A, Snow V, Owens DK, Shekelle P, Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. The development of clinical practice guidelines and guidance statements of the American College of Physicians: summary of methods. *Ann Intern Med* 2010;153:194-9.

4. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA et al. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. *Br Med J* 1996;312:71-2.

M. François déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

proposés autrefois s'avèrent inutiles, ou pire, dangereux. Il est bon aussi de se tenir au courant des nouveaux traitements.

Cependant, tout nouveau traitement annoncé avec plus ou moins de publicité, n'est pas forcément adéquat. Les essais cliniques effectués sur des groupes de patients aussi homogènes que possible permettent de minimiser les biais. Certains essais ont comparé un traitement à un placebo, d'autres, un traitement nouveau à un traitement plus ancien. Leurs résultats permettent de proposer au patient le ou les traitements les plus appropriés, les plus efficaces et les plus sûrs en fonction des "données actuelles de la science". Néanmoins, les essais cliniques sont de qualité inégale, et il faut toujours les lire avec un minimum d'esprit critique.

AVIS AUX LECTEURS

Les revues Edimark sont publiées en toute indépendance et sous l'unique et entière responsabilité du directeur de la publication et du rédacteur en chef. Le comité de rédaction est composé d'une dizaine de praticiens (chercheurs, hospitaliers, universitaires et libéraux), installés partout en France, qui représentent, dans leur diversité (lieu et mode d'exercice, domaine de prédilection, âge, etc.), la pluralité de la discipline. L'équipe se réunit 2 ou 3 fois par an pour débattre des sujets et des auteurs à publier.

La qualité des textes est garantie par la sollicitation systématique d'une relecture scientifique en double aveugle, l'implication d'un service de rédaction/révision in situ et la validation des épreuves par les auteurs et les rédacteurs en chef.

Notre publication répond aux critères d'exigence de la presse :

- accréditation par la CPPAP (Commission paritaire des publications et agences de presse) réservée aux revues sur abonnements,
- adhésion au SPEPS (Syndicat de la presse et de l'édition des professions de santé),
- indexation dans la base de données internationale ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors),
- déclaration publique de liens d'intérêts demandée à nos auteurs,
- identification claire et transparente des espaces publicitaires et des publi-rédactionnels en marge des articles scientifiques.