

Article original

## Les inhibiteurs de la neuraminidase dans la grippe en médecine générale : qui prescrit, quand et avec quels résultats ?

### Neuraminidase inhibitors in the general practice management of influenza: who prescribe them, when and with which results?

J. Gaillat <sup>a,\*</sup>, M. Pecking <sup>b</sup>, A. El Sawi <sup>c</sup>, G. Grandmottet <sup>d</sup>, C. Schlemmer <sup>e</sup>  
M.-O. Barbaza <sup>f</sup>, F. Carrat <sup>g</sup>

<sup>a</sup> Service d'infectiologie, centre hospitalier de la région annécienne, 1, avenue de Trésum, BP 2333, 74011 Annecy cedex, France

<sup>b</sup> Roche, 52, boulevard du Parc, 92521 Neuilly-sur-Seine cedex, France

<sup>c</sup> 1, rue Franz-Schubert, 38400 Saint-Martin-d'Hères, France

<sup>d</sup> 24, rue de Dole, 22500 Besançon, France

<sup>e</sup> 53, boulevard de la Liberté, 93260 Les-Lilas, France

<sup>f</sup> Auxesia, 6, rue de Chantilly, 75509 Paris, France

<sup>g</sup> Service épidémiologie, maladies infectieuses, vaccination, Inserm U 707, faculté de médecine Saint-Antoine, 27, rue de Chaligny, 75571 Paris cedex 12, France

Reçu le 28 juin 2005 ; accepté le 5 octobre 2005

Disponible sur internet le 02 novembre 2005

#### Résumé

**Objectifs.** – Décrire en situation réelle la prise en charge thérapeutique de la grippe, les motivations de prescription ou non d'un inhibiteur de la neuraminidase par les médecins généralistes (MGs), et l'évolution des patients traités.

**Patients et méthodes.** – Étude pharmacoépidémiologique longitudinale, prospective, en France auprès de 305 MGs lors des pics épidémiques régionaux de l'hiver 2002–2003, pour tout patient d'âge supérieur ou égal à un an, avec un diagnostic clinique de grippe.

**Résultats.** – Cent quatre-vingt-cinq MGs (150 prescripteurs, 35 non-prescripteurs d'INA) ont participé. Les prescripteurs étaient les mieux informés sur la grippe et les INA. Sur 660 patients analysés (250 INA+ et 410 INA–), 66 % des INA+ vs 40 % des INA– ont consulté avant 24 heures ( $p < 0,001$ ), 31 % des INA+ vs 20 % des INA– ont consulté à domicile ( $p = 0,002$ ). Sans complication initiale ( $n = 585$ ), 3 % des INA+ ont reçu une antibiothérapie vs 13 % des INA– ( $p < 0,001$ ). L'arrêt de travail, 43 % des patients, était plus court pour les INA+ ( $3,7 \pm 1,7$  vs  $4,2 \pm 1,7$  jours,  $p < 0,017$ ).

Pour 78 % des patients ayant retourné leur autoquestionnaire le délai médian de prise de l'INA était de trois heures après la prescription, amélioration plus rapide des INA+, 18 vs 5 % dans les 24 heures, ( $p < 0,001$ ) et reprise plus rapide des activités courantes (27 vs 11 % dans les 48 heures,  $p < 0,001$ ).

**Conclusion.** – Respect du bon usage et confirmation de l'efficacité thérapeutique des INA en situation réelle ; suggestion de la diminution des coprescriptions d'antibiotiques et de la durée des arrêts de travail, gains à considérer dans le rapport bénéfice/risque des INA.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

#### Abstract

**Objective.** – To describe in real-life conditions the flu therapeutic management, motivations to prescribe or not NAI (General Practitioners' (GPs) characteristics, decisional factors) and treated patients' course.

**Design.** – A prospective, longitudinal, pharmacoepidemiological study involved 305 GPs in France during 2002–2003 winter epidemic peak. All patients  $\geq 1$  year old, with a clinical diagnostic of flu were included.

**Results.** – One hundred and eighty-five GPs (150 NAI prescribing and 30 non-prescribing physicians) have included at least 1 patient. Prescribing physicians were the best informed on flu and NAI. 660 patients were analysed (250 NAI+ and 410 NAI–). 66% of NAI+ and 40% of

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [smi.jgaillat@ch-annecy.fr](mailto:smi.jgaillat@ch-annecy.fr) (J. Gaillat).

NAI<sup>-</sup> attended to a consultation within 24 h ( $P < 0.001$ ). 31% of NAI<sup>+</sup> and 20% of NAI<sup>-</sup> had a visit at home ( $P = 0.002$ ). Among the patients without complication at inclusion ( $N = 585$ ), 3% of NAI<sup>+</sup> received an antibiotherapy vs 13% of NAI<sup>-</sup> ( $P < 0.001$ ). 43% of the patients had a sick leave, shorter for the NAI<sup>+</sup> than NAI<sup>-</sup> (respectively,  $3.7 \pm 1.7$  vs  $4.2 \pm 1.7$  days,  $p = 0.017$ ). NAI was taken within 3 hours (median) after prescription by the 78% of the patients who returned their diary cards. The NAI<sup>+</sup> patients had a faster improvement of symptoms than NAI<sup>-</sup> (within 24 h, respectively: 18 vs 5%,  $P < 0.001$ ) and they returned faster to routine activities (within 48 h, respectively: 27 vs 11%,  $P < 0.001$ ).

**Conclusions.** – This study evidenced the good use of NAI by the physicians. It confirms their therapeutic efficacy in real-life conditions and suggests their prescription allows decreasing antibiotic co-prescriptions and sick leaves duration, profits to consider in NAI benefit/risk ratio.

© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés.

*Mots clés :* Grippe ; Inhibiteur de la neuraminidase ; Suivi de cohorte ; Médecins généralistes

*Keywords :* Influenza ; Neuraminidase inhibitors ; Cohort study ; General practitioners

## 1. Introduction

La grippe est une infection respiratoire virale aiguë fréquente [1] liée à l'infection par le virus *Myxovirus influenzae* A ou B. Très contagieuse et épidémique, elle touche un à cinq millions de français chaque année en moyenne [2]. Le plus souvent bénigne, elle peut s'accompagner de complications sévères pouvant conduire au décès [3]. L'âge et une pathologie chronique sont des facteurs de gravité. Les enfants représentent le groupe d'âge le plus touché en termes de morbidité [3]. Chez les sujets âgés, la morbidité liée à la grippe est élevée : 90 % des décès par grippe déclarée surviennent après 70 ans, le taux de mortalité lié à la grippe après 75 ans est de 69/100 000 [3]. Les conséquences économiques de la grippe sont importantes en coûts directs (liés à la prise en charge médicale) et en coûts indirects (traduction monétaire des pertes de production liées aux arrêts de travail), correspondant en 1999–2000, pour une épidémie modérée à 253 millions d'euros en France [3]. Les inhibiteurs de la neuraminidase (INA), actifs sur la grippe de type A et B (l'oseltamivir de Roche et le zanamivir de GSK) et disponibles depuis peu en France, permettent à condition d'être administrés précocement (< 48 heures après le début des symptômes) [4] de diminuer d'un à trois jours la durée de la maladie [5], de réduire l'intensité des symptômes et la fréquence des complications infectieuses [6–8], la consommation de traitements symptomatiques [9] et d'antibiotiques [10], avec au final une reprise plus rapide d'une activité normale [11,12]. Dans le contexte de ce nouveau traitement curatif, une étude pharmacoépidémiologique a été réalisée sur la grippe en ville au cours de l'hiver 2002–2003, avec pour objectifs de caractériser les médecins généralistes (MGs) prescripteurs et non-prescripteurs d'INA, de rechercher en situation réelle les facteurs décisionnels de cette prescription, ainsi que d'observer l'utilité des INA en pratique courante (comparaison de l'évolution des patients traités et non traités) et l'observance au traitement par les patients.

## 2. Patients et méthode

### 2.1. Schéma de l'étude

Il s'agit d'une étude pharmacoépidémiologique [13] longitudinale, multicentrique et prospective, de type suivi de cohorte, conduite en médecine générale selon les recommandations de l'association des épidémiologistes de langue française [14].

### 2.2. Sélection des médecins et des patients participants

Ont été sélectionnés par téléphone 305 MGs après tirage au sort à partir d'une base de 25 123 MGs ayant précédemment répondu à un questionnaire sur leurs pratiques dans la grippe. Ces 305 MGs, répartis entre 260 prescripteurs déclarés d'INA (P) et 45 non-prescripteurs déclarés d'INA (NP), devaient inclure les quatre premiers patients grippés (âge  $\geq$  un an) acceptant de participer à l'étude, dont deux avec prescription d'un INA pour les médecins P. La prise en charge thérapeutique des patients grippés, vus en consultation au cabinet ou à domicile durant la période d'observation, était laissée à la libre appréciation des MGs.

### 2.3. Déroulement de l'étude

Dans chaque région administrative française, la date d'inclusion du premier patient a été déterminée par le pic épidémique régional fourni par les groupes régionaux d'observation de la grippe et l'Inserm. À partir de cette date, les MGs participants complétaient un questionnaire général sur leur perception de la grippe et des INA et débutaient les inclusions des patients. Ils recueillaient à cette occasion les informations suivantes : données sociodémographiques des patients, comorbidités, possibles complications liées à la grippe et décompensations d'une pathologie chronique sous-jacente, automédication éventuelle par le patient et prescriptions par le médecin, raison(s) de prescription ou non d'un INA. Ils évaluaient également le degré de sévérité de la grippe (bénigne, sévère ou grave). À l'issue de la consultation, le médecin remettait à son patient un questionnaire à compléter 15 jours plus tard (évolution de la grippe, délais d'amélioration et de reprise des activités courantes, nouvelles consultations médicales). Pour les patients avec prescription d'un INA à l'inclusion, l'achat du produit par le patient et l'observance au traitement étaient recueillis. Le recueil d'information a débuté le 7 février 2003 et les derniers documents de l'étude ont été reçus le 30 mai 2003.

### 2.4. Analyses statistiques

Les analyses statistiques ont été réalisées sur logiciel SAS version 8.2 pour Windows (SAS Institute NC, Cary, USA). Le risque de première espèce ( $\alpha$ ) a été fixé à 5 % pour l'ensemble de l'étude ; les comparaisons ont été bilatérales. Les données manquantes n'ont pas été remplacées. L'ensemble des paramè-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9281926>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9281926>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)