

PRATIQUE AVISÉE :
TOP des
traitements à
reconsidérer en
première ligne



**Dr Samuel
Boudreault**

10 Octobre 2024



FÉDÉRATION DES MÉDECINS
OMNIPRATICIENS DU QUÉBEC



DÉCLARATION de conflits d'intérêts et affiliations

Samuel Boudreault

Université Laval : Directeur du programme MF

CQMF : Formateur pour une pratique éclairée (Practising Wisely)
Membre du comité directeur Choisir avec soin Québec

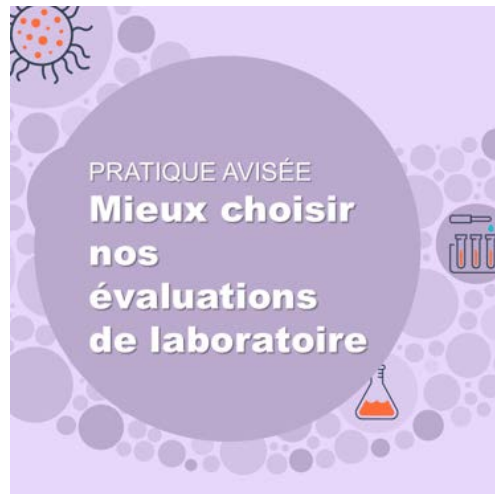
TOPMF : Éditeur

Aucun lien avec l'industrie pharmaceutique ou diagnostique



TRANSFERT OPTIMISÉ DES PUBLICATIONS EN MÉDECINE FAMILIALE

LE CONCEPT



- Choix des participants parmi plusieurs sujets
- Inspiration de plusieurs sources
- 3 minutes par sujet
- Toujours la même rigueur



Objectifs

1

Reconnaître les situations où **les bienfaits d'un traitement dépassent les risques.**

2

Déprescrire les médicaments et reconnaître les situations cliniques où **les risques dépassent les bienfaits.**

3

Se sensibiliser au **coût des médicaments** les plus prescrits.

Le but n'est pas de catégoriser



Pourquoi la discordance ?

1. Quantifier les avantages (NNT, RRA)
2. Considérer les inconvénients
3. Focus sur les issues cliniques



Au menu ce jour

1. IPP et poupons
2. Immunothérapie et allergies
3. Vitamine D
4. Antibiotiques et Diverticulite non compliquée
5. Inhibiteurs acetylcholinestérase
6. Viscosuppléance et PRP
7. Beta bloqueur en post-infarctus
8. Testo et andropause



Revue systématique

5 études, 430 participants

- Méthodologie revue systématique OK
- Risque de biais dans les études incluses
- Pas de différence avec les IPP.

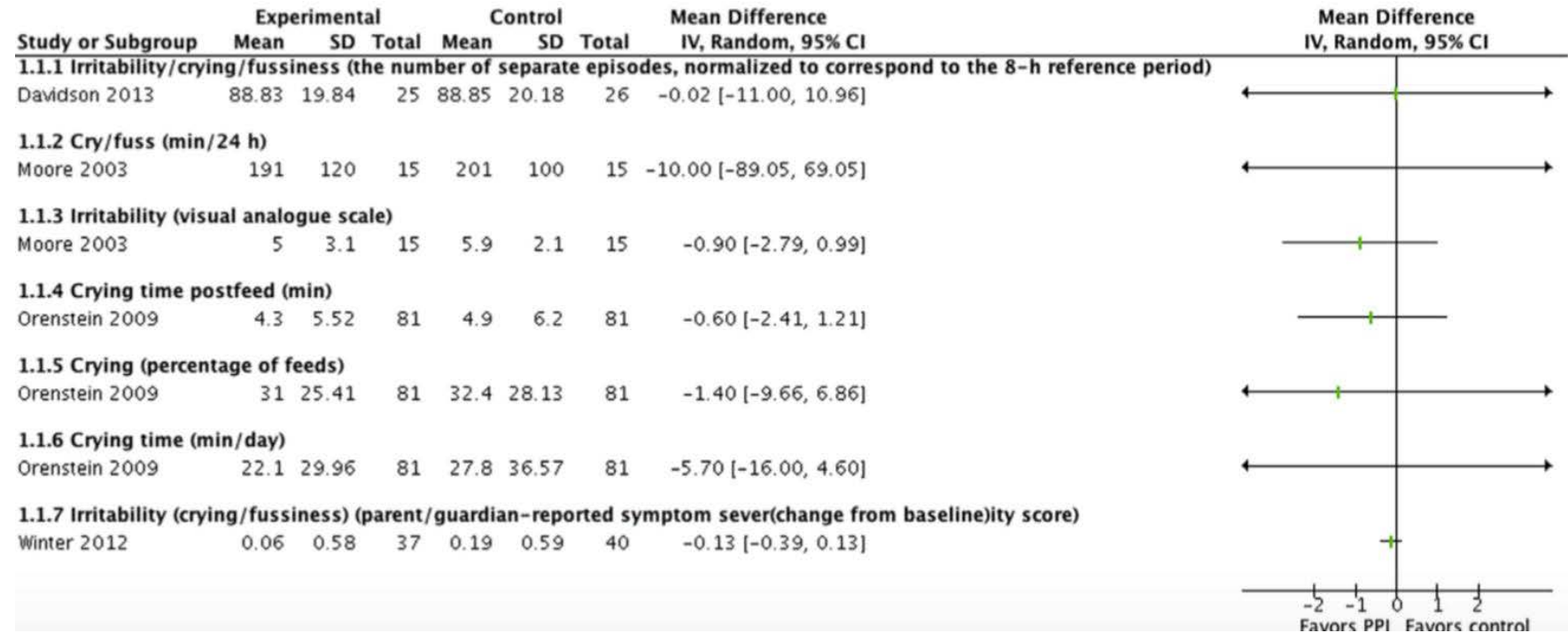
THE JOURNAL OF PEDIATRICS • www.jpeds.com

CLINICAL AND LABORATORY
OBSERVATIONS



No Effect of Proton Pump Inhibitors on Crying and Irritability in Infants: Systematic Review of Randomized Controlled Trials

Dorota Gieruszczak-Bialek, MD¹, Zofia Konarska, MD¹, Agata Skórka, MD¹, Yvan Vandenplas, MD²,
and Hania Szajewska, MD¹



Une seule étude (Orenstein, 2009) de 161 participants a rapporté le taux d'effets indésirables. Sur une durée de 8 semaines, le groupe IPP (lansoprazole) avait significativement plus d'effets indésirables graves surtout IVRI (NNH à 11)

Choisir avec soin

Société canadienne de pédiatrie



- 1 N'utilisez pas d'emblée un inhibiteur de la sécrétion acide ou un agent prokinétique pour le traitement du reflux gastro-œsophagien chez les nourrissons.**

En 2017, c'était : le traitement antiacide ne doit pas être utilisé systématiquement pour soulager les pleurs, l'agitation, la cambrure du dos ou les régurgitations chez les nourrissons autrement en bonne santé

Balance avantages/inconvénients IPP non approuvés chez les moins d'un an !

Inconvénients

- Peu étudié
- Augmente IVRI
- Coût
- Surmédicalisation d'un processus physiologique



Avantages

AUCUN
prouvé à ce
jour chez les
moins d'un an



TRAITEMENT NON-RECOMMANDÉ
chez les nourrissons avec pleurs/détresse ou régurgitation qui sont autrement **en bonne santé**.

(Recommandation forte)

Traitement initial du RGO = conservateur

- Réassurance parentale, éducation (recommandation forte)
- Ajustement des boires
 - **Petits volumes, fréquence augmentée** (recommandation faible)
 - **Épaissir le lait** : céréales ou formules commerciales (recommandation faible)
- Changer de formule ou l'alimentation de la mère chez les BB allaités pour déterminer **si composante d'allergie aux protéines du lait sous-jacente**
- Peu de place pour les changements positionnels

Considérer traitement pharmacologique si traitement conservateur pas efficace

- Traitement antiacide est le **traitement initial pharmacologique** et devrait seulement être utilisé en cas de diagnostics clairs
 - **IPP sont le premier choix** (recommandation forte)
 - Considérer anti-H2 si CI aux IPP (recommandation faible)

Au final

Prudence +++

À réserver aux cas plus inquiétants (hématemèse, diff a s'alimenter, retard de croissance...)

Table 1: Distinguishing GERD from GER

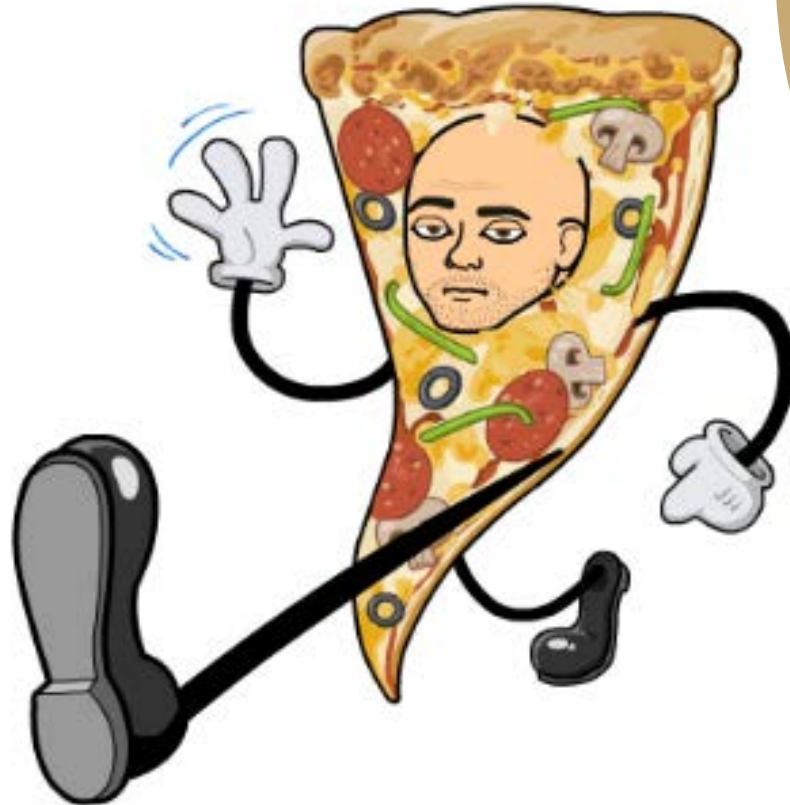
	GERD	GER
Disposition during feedings	<ul style="list-style-type: none">• Feeding refusal• Prolonged feedings• Irritable after feedings	Content during and after feedings
Weight	Weight loss or poor weight gain	Normal weight gain
Respiratory symptoms	<ul style="list-style-type: none">• Cough, wheezing, or hoarseness• Recurrent pneumonia, otitis media• Apnea	No significant respiratory symptoms
Posturing	Neck tilting (Sandifer syndrome)	Absence of posturing

Provient de :

Immunothérapie

2

En allergie aux arachides : une fausse bonne idée ?



Revue systématique PACE 2019

Anaphylaxie

- (RR = 3,12 , IC = 1,76 – 5,55, NNH = 7)

Utilisation d'épinéphrine

- (RR = 2,22, IC = 1,27 – 3,83, NNH = 22)

Effets indésirables graves

- (RR = 1,92, IC 95 % = 1,00 – 3,66, NNH = 18)

Réussite d'un test de provocation orale

- (RR = 1,92, IC 95 % = 1,00 – 3,66, NNH = 18)

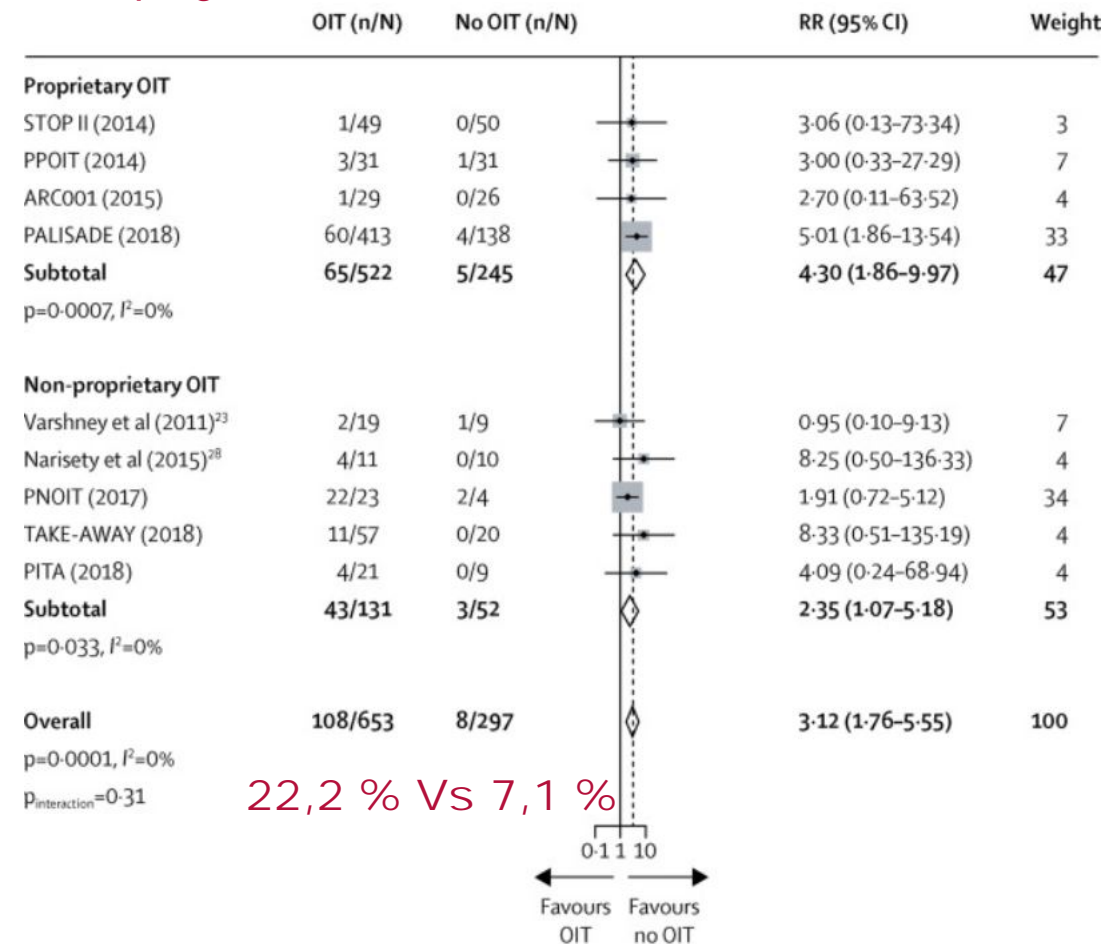
Pas d'amélioration de la qualité de vie



Oral immunotherapy for peanut allergy (PACE): a systematic review and meta-analysis of efficacy and safety

Derek K Chiu, Robert A Wood, Shannon French, Alessandro Focchi, Manoj Jordana, Susan Wasserman, Jan L Brożek, Holger J Schünemann

Anaphylaxie



Points à considérer

Traitement qui devraie être pris à vie pour conserver les « gains »

ECR plus récente (Greenhawt 2023) évaluant immunothérapie épicutanée (patch)

Un peu moins d'anaphylaxie

Utilisation d'épinéphrine 10,2% Vs 6,8% dans le groupe placebo, **NNH = 29**

Prix Palforzia (immunothérapie PO arachides) = environ 500\$/mois (non-dispo au Canada)

Comparable aux résultats d'autres sortes d'immunothérapie (Oeufs Romantsik 2018)

En bref...

L'immunothérapie orale **augmente** le risque **d'anaphylaxie** et de **réactions graves** même si elle induit une désensibilisation au test de provocation supervisé en clinique (GRADE : preuve de qualité élevée)



Ce n'est pas la première fois que la médecine adopte un traitement précocement/sans étude d'envergure démontrant des améliorations d'issues cliniques

Ce n'est pas la première fois qu'un traitement prometteur en "laboratoire" ne délivre pas ses promesses sur le "terrain"

D'ici plus d'études, prudence avec l'immunothérapie orale en allergie

Vitamine D

3

Ajouter un supplément de vitamine D à notre routine quotidienne : fausse bonne idée ?

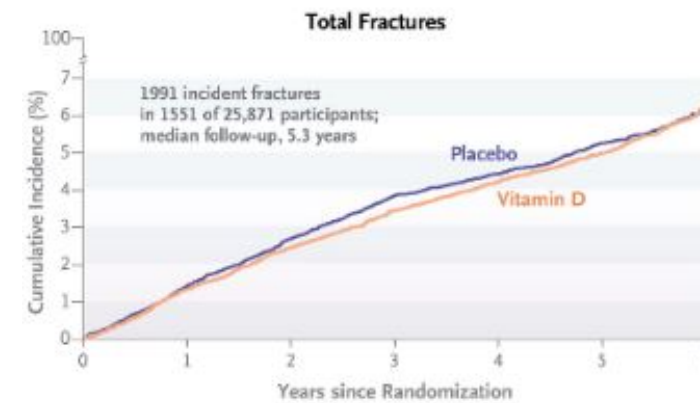


Le clou dans le cercueil de vitamine D = VITAL

ECR VITAL

25 871 adultes (> 50 ans)

- Suivi moyen 5,3 ans
- Pas de différence sur mortalité, risque CV, cancer, fracture, fragilité, dépression, incontinence urinaire, etc.

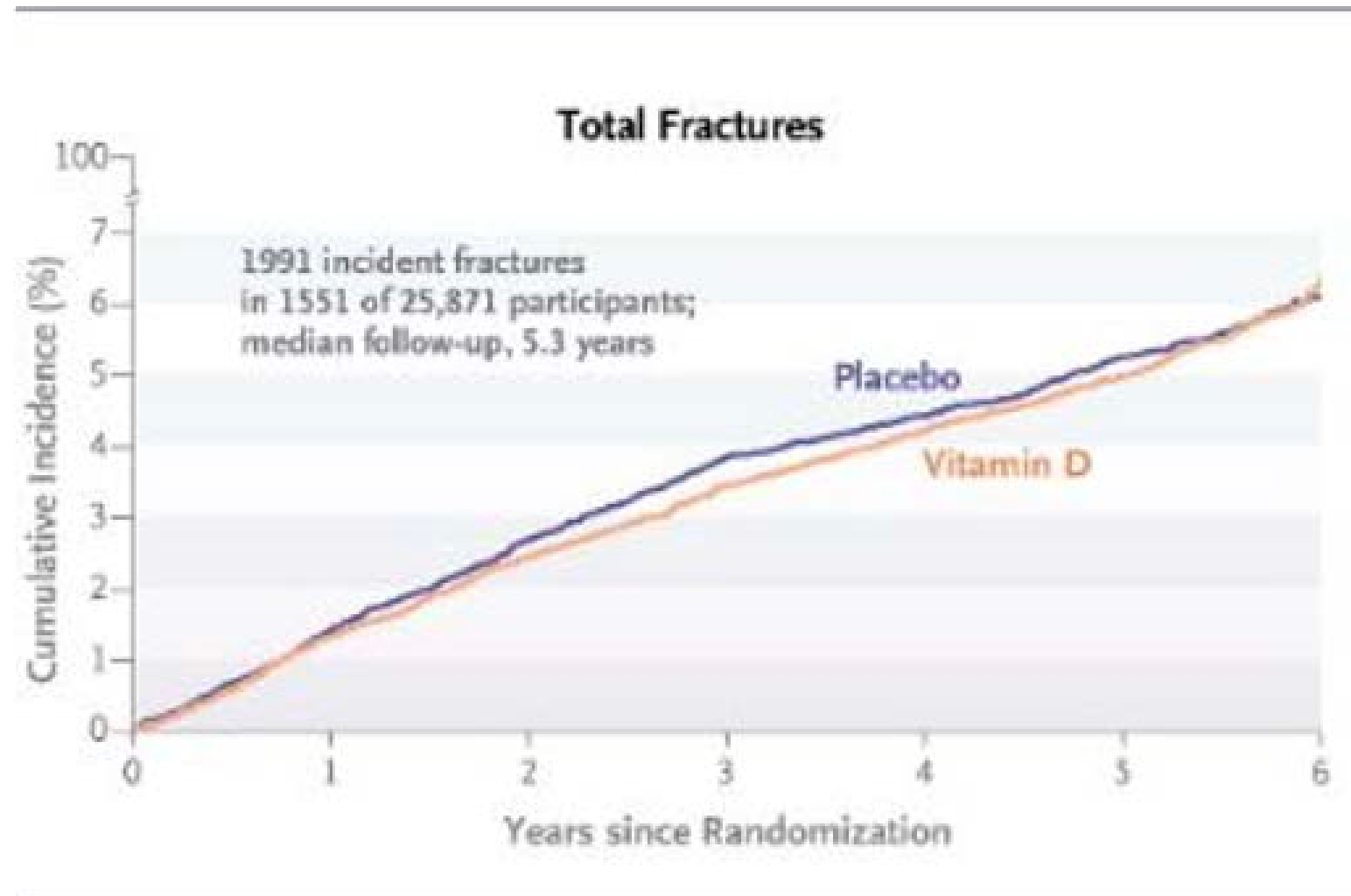


End Point	Vitamin D Group	Placebo Group	Hazard Ratio (95% CI)
Total fractures	769	782	0.98 (0.89–1.08)
Nonvertebral fractures	721	744	0.97 (0.87–1.07)
Hip fractures	57	56	1.01 (0.70–1.47)

CONCLUSIONS

Supplemental vitamin D₃ did not reduce the risk of bone fractures among midlife and older adults in the United States.

VITAL 2020



Revue Systématique 2024

Vitamin D Supplementation and the Incidence of Fractures in the Elderly Healthy Population: A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials



Mariana de Moura de Souza, MD¹, Rachel Louise Moraes Dantas, MD²,
Vitor Leão Durães³, Maria Luiza Rodrigues Defante⁴, and Thiago Bosco Mendes, MD⁵

¹Department of Internal Medicine, Federal University of Paraná, Curitiba, Brazil; ²Department of Internal Medicine, Texas Tech University Health Sciences Center El Paso, El Paso, TX, USA; ³Division of Medicine, Federal University of Pernambuco, Recife, Brazil; ⁴Division of Medicine, Redentor University Center, Rio de Janeiro, Brazil; ⁵Department of Internal Medicine, University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, PA, USA

JGIM

de Moura de Souza et al.: Vitamin D vs Placebo and Fracture Incidence in Elderly Adults

Table 1 Baseline Characteristics of Included Studies

Study	Dose of vitamin D	Follow-up, months	Patients, no	Age, years [†]	Female sex, no. (%)	BMI (kg/m ²) [†]	Serum 25-hydroxyvitamin D (ng/ml) [†]	Mean daily calcium intake (mg)
VITAL 2022	2000 IU/day	63	25871	67.1	13,085 (50.6)	28.1	30.7	NA
TIPS 2022	60.000 IU/month	55	5670	63.9	3005 (52.9)	25.8	NA	NA
VIDA 2017	100.000 IU/month	48	5108	68.8	2139 (37.7)	28.5	NA	NA
VITAL D 2010	500.000 UI/year	48	2256	76.3 [§]	2256 (100)	NA	19.9 [§]	976 mg
Smith 2007	300.000 IU/year	36	9440	79.5 [§]	5086 (53.8)	NA	NA	625 mg
D HEALTH 2023	60.000 IU/month	63.6	20,326	NA	9295 (45.7)	NA	NA	NA
Trivedi 2003	100.000 IU/4 month	60	2686	76.5 [†]	649 (24.1)	24.3	NA	742 mg

BMI body mass index, NA not available

[†]Mean

[§]Value estimated mean of the sample using the number of the sample, median, and first and third quartile of the sample from Luo et al. (2018)²⁰

Pas de différence du risque de fracture sauf augmentation du risque de fracture de la hanche chez les femmes (Augmentation relative de 35% NNH 330)

Est-ce fréquent ?

Les 10 médicaments les plus fréquemment payés par la RAMQ en 2023

Marque de commerce	Dénomination commune	Nombre d'ordonnances	Montant payé par la RAMQ (\$)	Nombre de personnes distinctes
Synthroid	lévothyroxine sodique	1 092 981	41 223 216,79	421 564
D-Tabs	cholécalférol	878 363	30 509 893,30	426 281
Amlodipine	amlodipine (bésylate d')	518 319	21 978 539,92	249 245
Jamp-A.A.S. (Co. Ent.)	acétylsalicylique (acide)	468 715	18 955 233,84	248 487
Dexilant	dexlansoprazole	452 338	29 757 959,05	220 443
Hydromorph Contin	hydromorphe (chlorhydrate d')	437 698	11 819 013,35	19 201
pms-Hydromorphe	hydromorphe (chlorhydrate d')	428 941	4 428 948,15	138 415
Vyvanse	lisdexamfetamine (dimesylate de)	425 993	25 741 990,98	45 659
Acétaminophène Caplet 500	acétaminophène	414 208	11 856 952,16	264 734
Pantoprazole	pantoprazole (magnésien ou sodique)	373 943	17 306 258,68	205 968

À propos des données

Les données sur les services pharmaceutiques et les médicaments se rapportent exclusivement aux personnes inscrites au régime public d'assurance médicaments administré par la Régie.

30 millions\$ ne comprend pas les comprimés de 400 U, ni ceux payés par le patient/assurances

Au final : Qui devrait prendre un supplément de vitamine D au Québec?

- Patients sous bisphosphonates
 - *Parce que la plupart des patients dans les études en prenaient*
- Patients souffrant de rachitisme (Vitamine D : moins de 30 nmol/L)
 - *Parce que c'est **théoriquement** eux qui auraient un bénéfice*

À considérer :

- Patients en post-op de chirurgie bariatrique avec bypass???
- Patients habitant latitude extrême???

Antibiotiques en Diverticulite

4

Diverticulite non
compliquée :
est-ce le temps d'un
ATB Brexit ?



ATB en diverticulite



Cochrane Database of Systematic Reviews

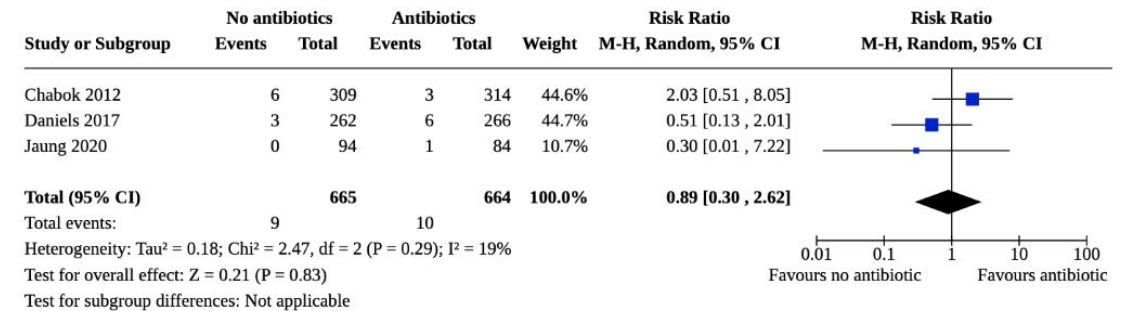
Antibiotics for uncomplicated diverticulitis (Review)

Dichman ML, Rosenstock SJ, Shabanzadeh DM

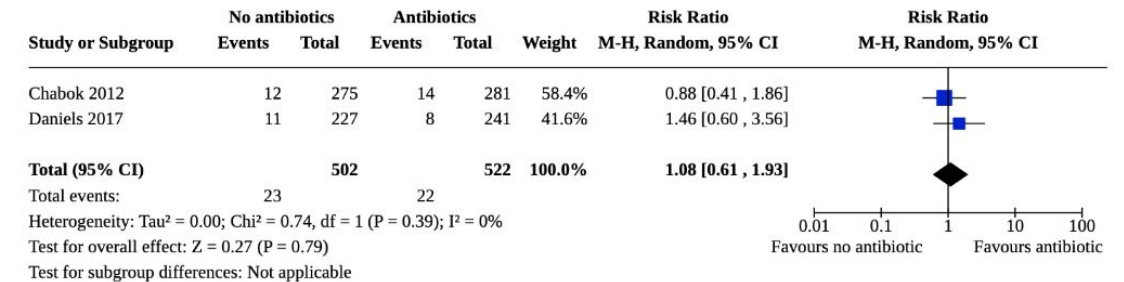
NON-RECOMMANDÉ (AGA, ACP) chez:

1. Patients immunocompétents, non septiques
2. Diverticulité non compliquée

Analysis 1.1. Comparison 1: No-antibiotic vs antibiotic group, Outcome 1: Complications (abscess, perforation, obstruction or fistula)



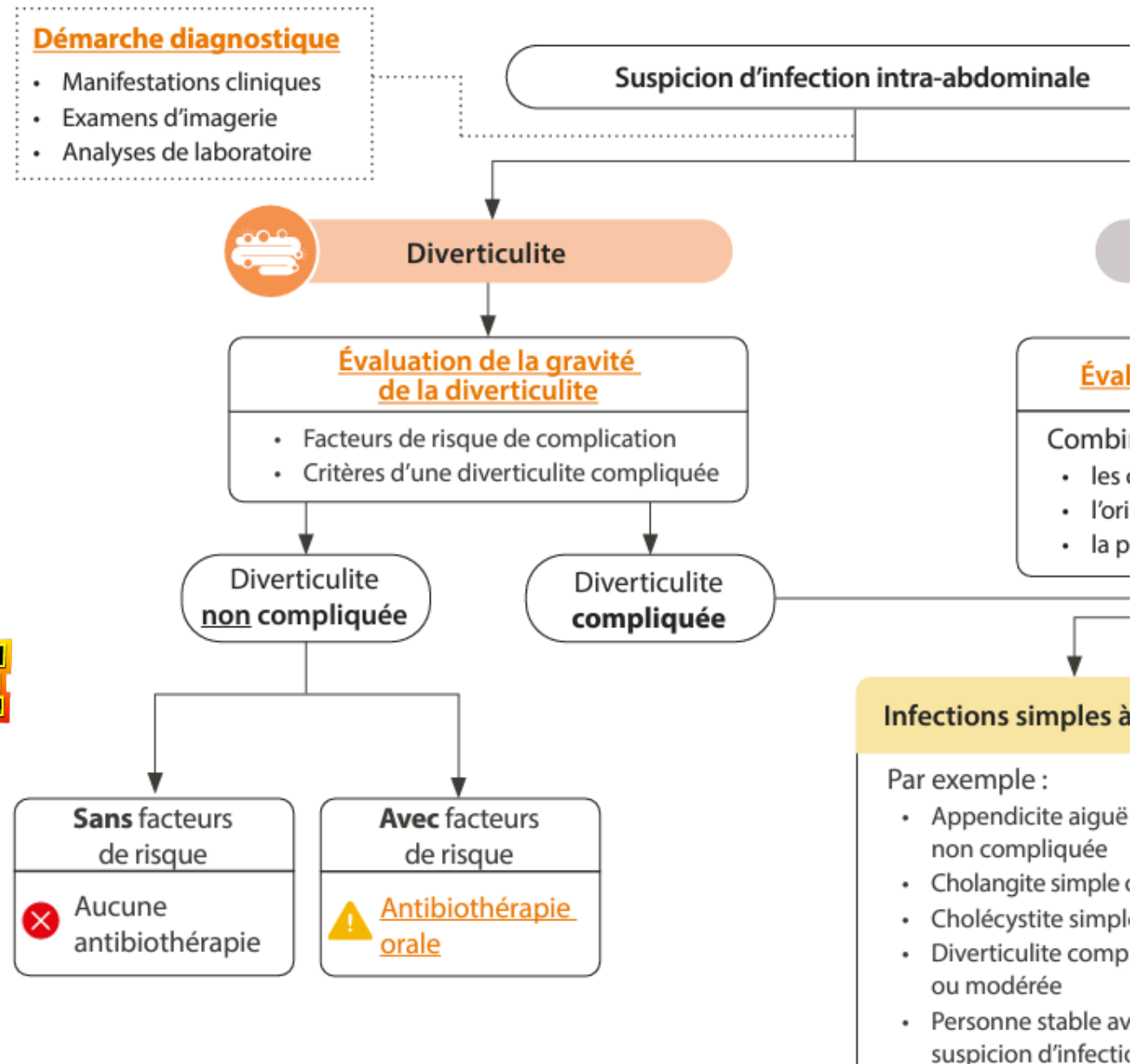
Analysis 1.4. Comparison 1: No-antibiotic vs antibiotic group, Outcome 4: Long-term complications



Dichman, Marie-Louise et al. "Antibiotics for uncomplicated diverticulitis." The Cochrane database of systematic reviews vol. 6,6 CD009092. 22 Jun. 2022, doi:10.1002/14651858.CD009092.pub3

GUO INESSS express (2024)

<https://www.inesss.qc.ca/formation-s-et-outils-cliniques/outils-cliniques/outils-par-thematiques/outils/infection-intra-abdominale-chez-ladulte.html>



GUO INESSS express (2024)



DIVERTICULITE NON COMPLIQUÉE

✘ La diverticulite non compliquée est une condition inflammatoire, non infectieuse **qui ne requiert pas de traitement antibiotique.**

- ▶ Une **antibiothérapie orale** pourrait toutefois être pertinente dans les cas de diverticulite non compliquée en présence de facteurs de risque de complication.

DIVERTICULITE NON COMPLIQUÉE AVEC FACTEURS DE RISQUE¹

Présence d'au moins un des critères suivants

- immunosuppression²;
- comorbidités chez les personnes âgées;
- symptômes présents depuis > 5 jours;
- protéine C réactive élevée (> 150 mg / L)³;
- leucocytose ($\geq 12 \times 10^9$ cellules / L)³;
- prise chronique d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, de corticostéroïdes ou d'opioïdes.

1. Le risque de complications est plus élevé lors du premier épisode et diminue avec le nombre de récurrences.
2. Une définition complète de l'immunosuppression est disponible sur le [site Web](#) du Programme d'immunisation du Québec (PIQ) et est détaillée à l'[annexe A](#).
3. La pertinence de réaliser ces analyses est laissée au jugement clinique. Ces valeurs peuvent toutefois être utilisées pour évaluer la gravité de la diverticulite si les résultats sont disponibles.



DIVERTICULITE COMPLIQUÉE

- ▶ La **diverticulite compliquée** requiert une antibiothérapie intraveineuse. Elle peut également être simple à modérée ou grave selon la présence de certaines complications.
- ▶ En présence d'une diverticulite compliquée grave, rechercher la présence de **facteurs de risque de multirésistance**.

DIVERTICULITE COMPLIQUÉE

Présence d'au moins une des complications suivantes

Simple à modérée	Grave
<ul style="list-style-type: none">• abcès drainable;• microperforation;• fistules.	<ul style="list-style-type: none">• sepsis;• obstruction;• péritonite;• perforation.



Quoi faire avec les diverticulites?

Réserver ses scans pour les **nouveaux diagnostics** ou **signes de complication** (péritonisme, signes sepsis) ou **patient incapable de s'alimenter**

ANTIBIOTHÉRAPIE - VOIE ORALE

- ▶ Une transition vers la voie orale peut être effectuée lorsque le patient a retrouvé une fonction gastro-intestinale adéquate et tolère la prise orale.
- ▶ La voie orale est à privilégier dans les cas de [diverticulite non compliquée avec facteurs de risque](#).

TRAITEMENT ORAL DE L'INFECTION INTRA-ABDOMINALE¹ ET DE LA DIVERTICULITE NON COMPLIQUÉE AVEC FACTEURS DE RISQUE

Antibiothérapie de 1^{re} intention

Amoxicilline-clavulanate² 875 mg PO BID

Céfuroxime² 500 mg PO BID + **métronidazole** 500 mg PO TID³

Antibiothérapie de 2^e intention

En cas d'allergie très sévère aux bêta-lactamines

Ciprofloxacine² 500 mg PO BID + **métronidazole** 500 mg PO TID³

Moxifloxacine 400 mg PO DIE

1. Si possible, poursuivre le relais oral avec un antibiotique de la même classe que celui utilisé par voie intraveineuse.

2. L'amoxicilline-clavulanate, le céfuroxime et la ciprofloxacine ne sont pas homologués par Santé Canada pour le traitement d'infections intra-abdominales par voie orale. Ils sont toutefois couramment prescrits à cette fin et ils constituent des options de traitement valables selon les experts.

3. La prise BID est acceptable dans certaines situations, et selon le jugement clinique, pour favoriser l'adhésion.

DURÉE DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE

DURÉE DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE

Situations	Durée à privilégier
Diverticulite non compliquée avec facteurs de risque	5 jours
Toutes autres infections intra-abdominales avec contrôle efficace de la source ^{1,2}	4 - 7 jours ³

1. Dans le cas d'infections intra-abdominales graves, le traitement peut être plus long et dépend du jugement clinique et de l'évolution clinique du patient.

2. Dans les cas de cholécystite et d'appendicite, une antibiothérapie postopératoire n'est pas recommandée.

3. La durée totale de l'antibiothérapie inclut le relais oral. Le jour 0 correspond au jour où il y a contrôle optimal de la source.

Inhibiteurs acétyl- cholinestérase



5

En démence
légère à
modérée : l'heure
est au bilan !

Bilan chez démence légère à modérée (MMSE 10 à 26)



Cochrane Database of Systematic Reviews

Donepezil for dementia due to Alzheimer's disease (Review)

Birks JS, Harvey RJ

- **Fonction cognitive** : 1 point de plus au MMSE
- **SCPD** : pas de différence
- **Qualité de vie** : pas de différence
- **AVD/AVQ** : 1 point de plus sur une échelle de 54 points

- **Effets indésirables** menant à arrêt Rx : NNH 12
- **Institutionnalisation** : pas de différence
- Association avec **diminution de mortalité**



Courtney C, Farrell D, Gray R, Hills R, Lynch L, Sellwood E, Edwards S, Hardyman W, Raftery J, Crome P, Lendon C, Shaw H, Bentham P; AD2000 Collaborative Group. Long-term donepezil treatment in 565 patients with Alzheimer's disease (AD2000): randomised double-blind trial. *Lancet*. 2004 Jun 26;363(9427):2105-15. doi: 10.1016/S0140-6736(04)16499-4. PMID: 1522003

Société canadienne de gériatrie

7

Ne continuez pas l'administration d'inhibiteurs de la cholinestérase ou de mémantine pour la prise en charge de la démence sans réévaluation périodique des bienfaits perçus (cognitifs, fonctionnels, comportementaux) et des effets indésirables, et envisagez la déprescription si les risques surclassent les bienfaits.

Autres considérations

- **Pas de différence importante** entre donepezil, rivastigmine et galantamine
- **Coût** : 25 à 50 \$ par mois

Bref :

- 1. Effet modeste tout au plus**
- 2. Attention aux effets secondaires**



C'est la vie

Qu'en est-il de aducanamab ??



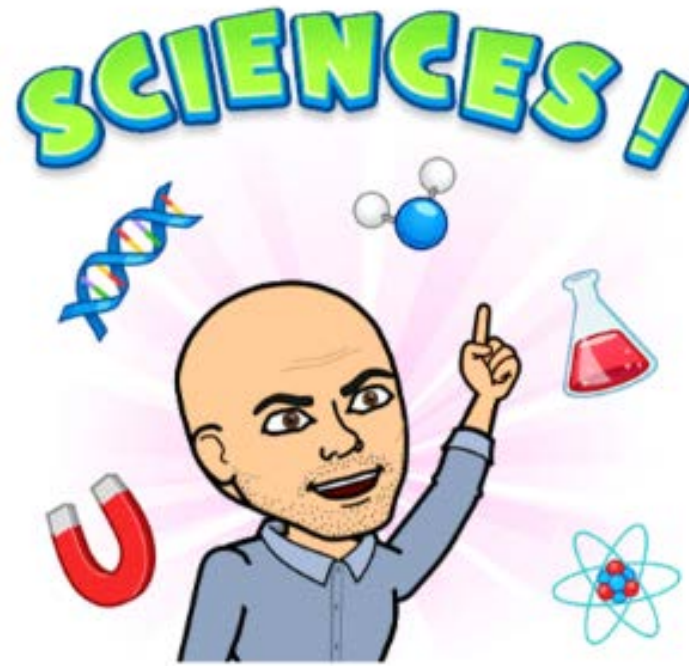
- Effets cognitifs modestes (0,6 point au MMSE)
- Augmente hémorragies cérébrales (30-40 % vs 2%)
- Coût (~ 56000 \$US/année)



Viscosuppléance et PRP

6

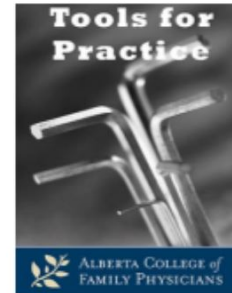
Si ça coûte
cher, que c'est
visqueux et que
ça s'infiltré...
Ça doit être bon !



Viscosuppléance (Acide hyaluronique/Synvisc)

Beaucoup d'études - souvent de mauvaise qualité

- Rutjes 2012 : 89 études - 12667 patients
- **Douleur à 3 mois** : - 9 points/100
Bénéfice disparaît si on prend seulement les études de meilleure qualité
- Risque d'effets indésirables sévères : tendance à l'augmentation... semble pire chez les 65 ans et plus
- Biais de publication important
- Cortico semble supérieur à court terme
- Viscosuppléance mieux à long terme ??
- Prix ~ 500 \$ par injection



Viscosupplementation (Hyaluronic Acid or Hylan): Cushioning the Blow (To Your Wallet)?

Clinical Question: Do injections of viscosupplements (hylan or hyaluronic acid) improve symptoms of knee osteoarthritis?

Bottom Line: Research on viscosupplementation (hylan or hyaluronic acid) for knee osteoarthritis has frequently been of poor quality and has exaggerated effectiveness. The best evidence indicates no meaningful benefit (if any at all) with potential adverse events (including cost).



À considérer ?

Arthrose réfractaire, mais peu avancée < 65 ans (recommandation faible)

Plasma riche en plaquettes

Demeure peu étudié...

54 patients pour Achille

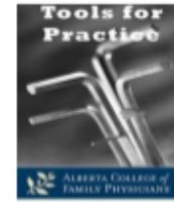
88 patients pour épicondyle

~ 400 pour arthrose

Coût élevé

900 \$ dans une clinique privée à Mtl + 150 \$ la consultation

Pas couvert assurance



Injecting Evidence into Platelet-Rich Plasma Injections

Clinical Question: How effective is platelet-rich plasma for treating Achilles tendinopathy, lateral epicondylitis, and rotator cuff tendinopathy?



Bottom Line: The best quality evidence shows no difference in pain, function, or return to sport between platelet-rich plasma, dry needling, or saline for patients with Achilles tendinopathy, lateral epicondylitis, or rotator cuff tendinopathy.

Données sur l'arthrose ?

PRP pauvre en leucocytes vs placebo

- Réduction moyenne du score de douleur au genou à 12 mois de 2,1 points vs 1,8 point (non significatif)
- Réduction moyenne du volume du cartilage tibial médial 1,4 % vs 1,2 % (non significatif)
- Amélioration globale de la fonction à 12 mois dans 42,8 % vs 32,1 % ($p = 0,05$)
- ≥ 3 zones d'amincissement du cartilage dans 17,1 % vs 6,8 % ($p = 0,02$, NNT 10)

Au final



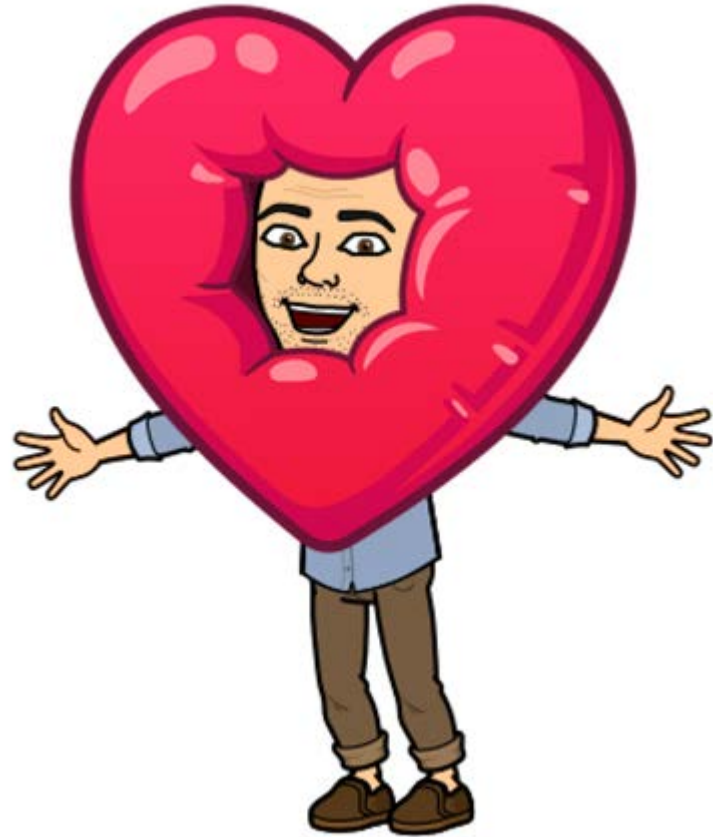
Beaucoup d'**incertitudes** persistent

Absence de données probantes solides, mais tendance à l'amélioration de la douleur pour la visco dans les études publiées

- Effet placebo sera présent
- Innocuité ??
- Le coût est un frein



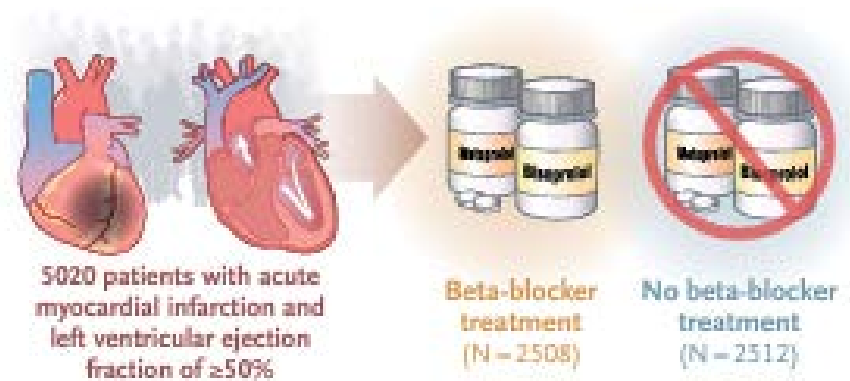
Bêta-bloqueurs
en post-infarctus
et FEVG
préservé



7

**Est-ce le
temps de
changer nos
habitudes
envers ce vieil
ami?**

REDUCE-AMI 2024



Suédois

Age médian 65

77% hommes

46% hypertendus

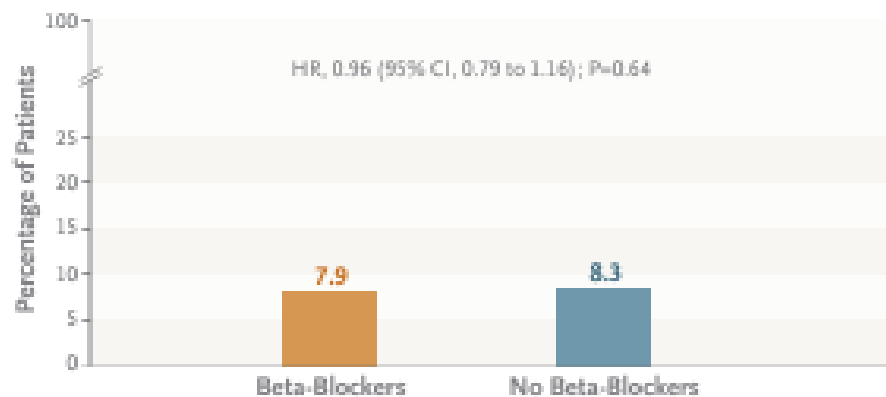
94% = Premier infarctus

96% = stent

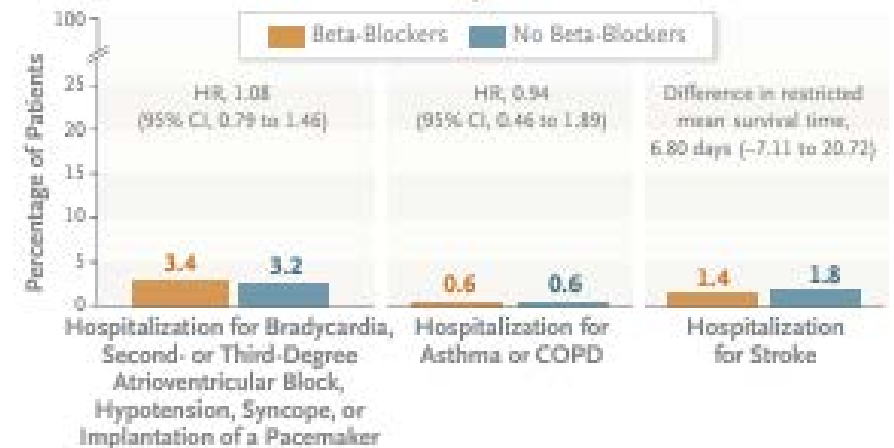
Suivi median : 3,5 ans

Si BB = metoprolol ou bisoprolol

Death from Any Cause or New Myocardial Infarction



Safety



Conclusion : BB = pas de différence sur les issues cliniques

Et si le BB était pris pour HTA?

First-line drugs for hypertension (Review)

Wright JM, Musini VM, Gill R

Tous s'entendent pour dire que ce n'est pas un premier choix

Mortalité : **Pas de différence**

Thiazidique **NNT = 83**
IECA **NNT = 43**
BCC = pas de différence

Diminution AVC **NNT = 167**

Thiazidique **NNT = 50**
IECA **NNT = 48**
BCC **NNT = 67**

Dim ev CV **NNT = 125**

Thiazidique **NNT = 26**
IECA **NNT = 40**
BCC **NNT = 42**

Arrêt sur E2 **NNH = 9**

Thiazidique **NNH = 15**
IECA et BCC ??

Au final

REDUCE-AMI = récent

Lignes directrices en cardio ne se sont pas encore adaptés

Retenir :

1- **Pas de bénéfice** à prescrire BB en post-infarctus si FEVG préservé

2- BB est un **dernier choix** en HTA

3- BB plus à **risque d'E2** que ses comparables

Occasion de déprescrire probable chez plusieurs patients

Testostérone et andropause

8



Lignes directrices express

- **Seule indication appuyée par données probantes =
Dysfonction érectile**
 - Bénéfice modeste pour les patients avec Testo basse
 - Ne pas prescrire pour énergie, vitalité, fonction cognitive
- Si prescrit
 - Réévaluation q 12 mois
 - cesser si pas d'amel de la DE
 - Pas étudié sur long terme
 - Considérer IM plutôt que TD
 - Question de coût mensuel
 - Testostérone 1 % gel (174 \$) Vs Andriol (40 \$) ou Delatesryl (30\$)

Résultats évalués

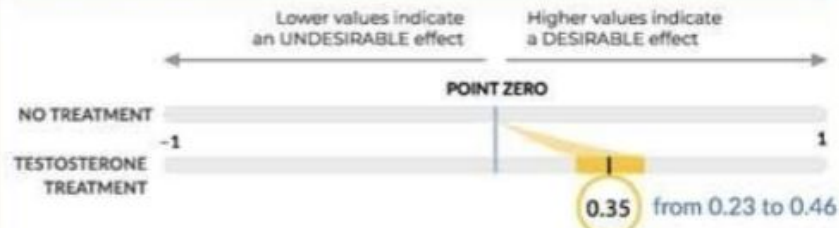
Outcomes Evaluated

Standardized Mean Difference

With NO treatment, patient symptoms (measured with several different scales) will be "POINT ZERO." The effect of treatment is measured in standardized units and is shown with CIs.

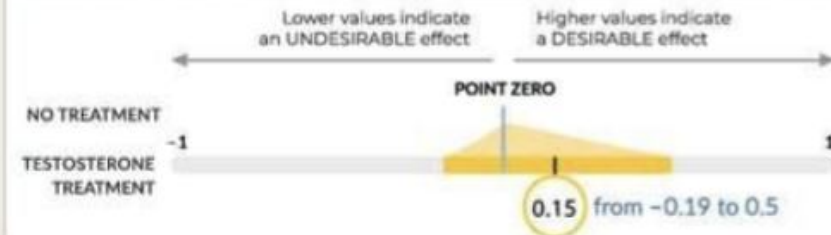
Global Sexual Function

Certainty of the evidence
MODERATE



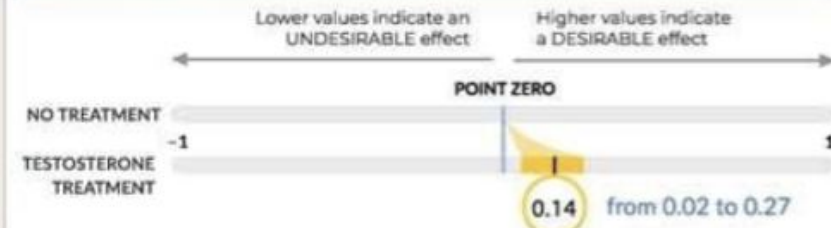
Physical Function - self reported measures

Certainty of the evidence
LOW



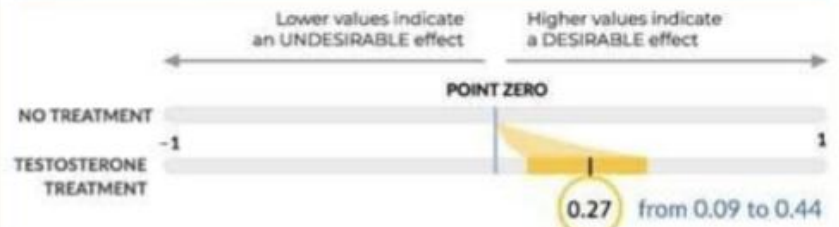
Physical Function - performance measures

Certainty of the evidence
LOW



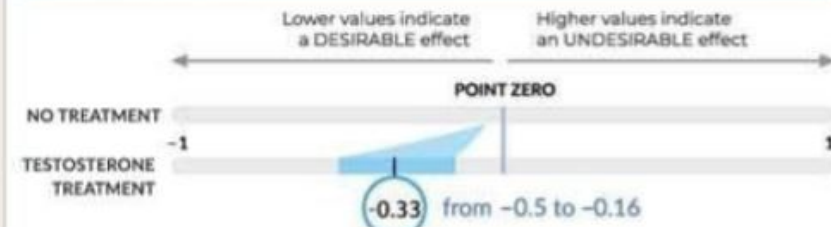
Erectile Function

Certainty of the evidence
LOW



Quality of Life

Certainty of the evidence
LOW



Aspects pratiques

Mise en garde FDA en 2015
- Surtout hommes 50-65 ans

Etude Traverse 2023

- 5246 hommes MCAS et Testo basse
- Durée traitement : 2 ans
- Durée suivi : quasi 3 ans
- **Effet neutre a/n cardiovasculaire**
- Pas de diff sur nombre de cancer prostate

Risques craints :

- Érythrocytose (NNH = 52)
- Cancer de la prostate à long terme???

Canadian trends in testosterone therapy

Jesse Ory, MD; Joshua Theodore White, MD; Jonathan Moore, MD; John Grantmyre, MD

Department of Urology, Dalhousie University, Halifax, NS, Canada

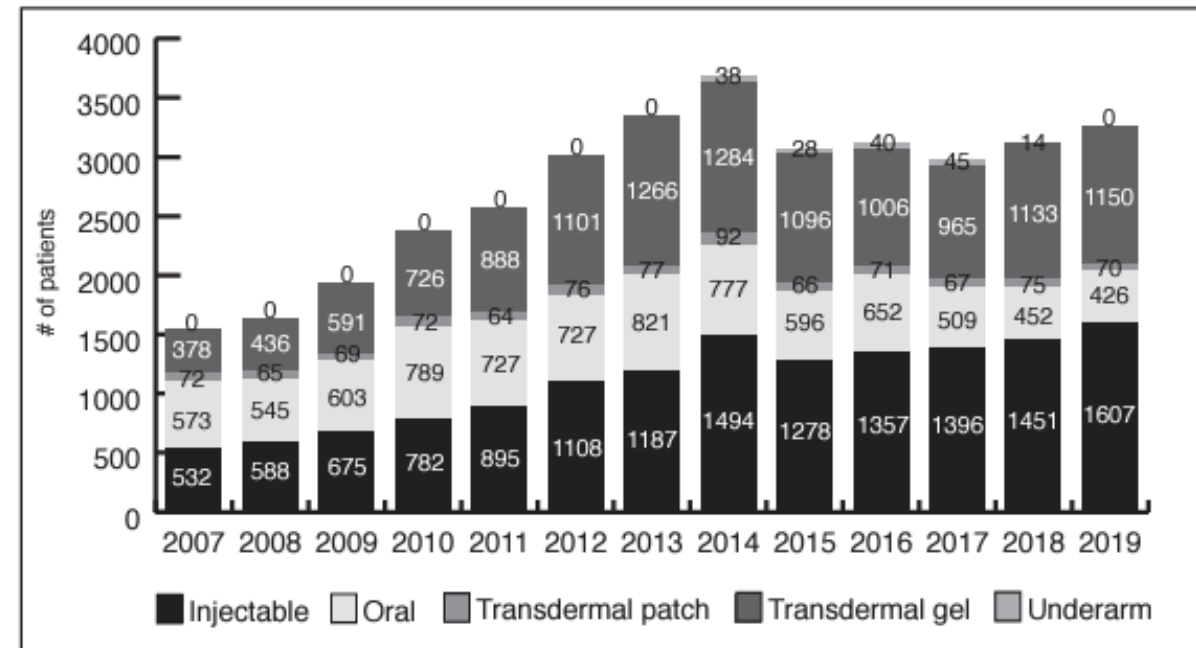


Fig. 2. Testosterone formulations prescribed, stratified by year.

Données Nouvelle-Écosse

Conclusion



Porter attention au rapport
risques/bénéfices



Nouveauté ne rien pas
nécessairement avec mieux



Effet théorique ne se transpose pas
toujours en pratique