

S2–P11

Caractéristiques et prise en charge initiale des patients présentant un syndrome cliniquement isolé (SCI) en France en 2012



E. Thouvenot^a, D. Audry-Chaboud^b, B. Salin^c, M.L. Camut^d, J.P. Meunier^d, M. Hellet^d, M. Coustans^e

^aService de neurologie, CHU de Nîmes, Nîmes, France

^bCabinet de neurologie, Dijon, France

^cTEVA, Paris La Défense, Paris, France

^dAXONAL, Nanterre, France

^eService de Neurologie, CHI de Cornouaille, Quimper, France

Objectif.— Les nouveaux critères (Polman 2010) permettent un diagnostic de sclérose en plaques (SEP) dès le syndrome cliniquement isolé (SCI). La prescription des immunomodulateurs reste soumise à la dissémination temporelle définie par le suivi clinico-radiologique.

L'objectif de cette analyse sur les données d'inclusion est de décrire les caractéristiques et la prise en charge initiale des patients présentant un SCI en France, en 2012, par les neurologues libéraux et hospitaliers en pratique courante.

Méthode.— RegiCIS est une étude nationale observationnelle longitudinale sur la prise en charge du SCI. Les données démographiques, épidémiologiques, cliniques, radiologiques et biologiques de patients présentant un SCI seront recueillies prospectivement pendant 2 ans. En 9 mois 273 patients ont été inclus par 59 neurologues. Les critères radiologiques de dissémination spatiale de Barkhof, de Swanton et les critères diagnostiques de SEP de Polman révisés en 2010 ont été appliqués à la cohorte.

Résultats.— Les 258 patients analysés ont un âge moyen de 37 ans et un *sex-ratio* F/H de 2,9. Sur la première IRM, la dissémination spatiale est définie chez 38 % des patients selon Barkhof et 70 % selon Swanton, et 25 % des patients présentent une SEP définie selon Polman 2010. Les neurologues suspectent fortement une SEP chez 46 % des patients et ont proposé un traitement de fond dès le SCI (avant la conversion clinique ou radiologique) à 14 % des patients.

Conclusion.— Les données initiales de l'étude montrent qu'un quart des patients présentant un SCI ont une SEP définie radiologiquement (Polman 2010). Ces nouveaux critères diagnostiques semblent accélérer la prescription des traitements de fond de la SEP pour un petit nombre de patients (14 %), sans attendre l'apparition de nouvelles lésions ou d'une nouvelle poussée au cours du suivi.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2013.11.044>

S2–P12

Delivering antibiotics by Lebanese pharmacists: A comparison of high and low socioeconomic areas



N. Saleh^{a,b}, R. Farah^a, N. Lahoud^b, P. Salameh^{a,b,c}

^aFaculty of Public Health, Section II, Lebanese University, Beirut, Lebanon

^bDoctoral School of Sciences & Technology, Lebanese University, Beirut, Lebanon

^cFaculty of Pharmacy, Lebanese University, Beirut, Lebanon

Background.— Indiscriminate use of antibiotics contributes to the spread of antimicrobial resistance globally. Observations showed an excessive consumption of antibiotics purchased without prescriptions from community pharmacies in many countries all over the world. Studies denoting the role of community pharmacists in the overuse of antibiotics lack on the international and Lebanese levels.

Objective.— Our objective was to describe over-the-counter availability of antibiotics in community pharmacies, insisting on the influence of the socioeconomic level of the area on this practice.

Setting.— Pharmacies in Beirut and its suburbs.

Method.— Between February and May 2011, we conducted a cross-sectional study. Pharmacists, whether employees or owners of pharmacies, were approached. They were stratified into 2 groups: those working in high versus low socioeconomic areas. A self-administered questionnaire was used. The main outcome measure was the relation between the socioeconomic level of the area and the amount and characteristics of dispensing antibiotic without prescription by community pharmacists.

Results.— Over-the-counter antibiotic availability existed in both socioeconomic areas: overall 32% of the antibiotics delivered by pharmacists were dispensed without medical prescription, with higher frequency in low socioeconomic regions ($36.73\% \pm 18.12$ versus 26.74 ± 13.87) ($P = 0.003$). The prescription of injectable antibiotics was significantly higher in low socioeconomic areas (29% versus 10%, $P = 0.021$), as well as the prescription of 2 antibiotics at the same time (30.7% versus 4.2% , $P = 0.001$). Pharmacists working in low socioeconomic areas recommended more frequently antibiotics to children and elderly, compared to those working in high socioeconomic areas (respectively 69.2% versus 27.1%, $P < 0.001$ and 48% versus 21%, $P = 0.004$). In low socioeconomic regions, pharmacists prescribed more frequently antibiotics for cases of bloody diarrhea or burning with urination.

Conclusion.— The amount of antibiotic delivery without prescription in Beirut community pharmacies is high, particularly in low socioeconomic regions. This public health problem should be solved at the social, educational, and legislative levels.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2013.11.045>

S2–P13

Raisons de l'absence d'intensification thérapeutique face au déséquilibre glycémique des patients diabétiques de type 2 traités par insuline basale



P. Gourdy^a, R. Roussel^b, J.F. Gautier^c, B. Guerci^d, D. Raccah^e, J. Robert^f, B. Detournay^f

^aService de diabétologie, maladies métaboliques et nutrition, CHU de Toulouse, Toulouse, France

^bService de diabétologie-endocrinologie-nutrition, CHU Bichat, Paris, France

^cService d'endocrinologie, CHU St-Louis, Paris, France

^dService de diabétologie, maladies métaboliques et nutrition, CHU de Nancy, Nancy, France

^eService de nutrition, maladies métaboliques, endocrinologie, hôpitaux Sud, AP-HM, Marseille, France

^fCemka Eval, Bourg-la-Reine, France

Objectif.— Comprendre les raisons de non-intensification du traitement hypoglycémiant chez les patients diabétiques de type 2 (DT2) traités par insuline basale et présentant un déséquilibre glycémique confirmé.

Méthode.— Enquête transversale sur les prescriptions chez des patients DT2 bénéficiant d'un schéma thérapeutique « insuline basale (\pm ADO sans GLP1 ni insuline rapide) » auprès d'un échantillon représentatif de médecins diabétologues libéraux et hospitaliers en France en 2012. Le déséquilibre glycémique était défini par 2 dosages d'HbA_{1c} séparés d'au moins 3 mois et supérieurs à un seuil de 8 % (scénario 1) ou 7 % (scénario 2). Les motifs de non-intensification (ajout/passage à une autre insuline non lente, d'un analogue du GLP1, ajout d'ADO ou augmentation de lente de plus de 10 % en une fois) ont été déclarés par les médecins.

Résultats.— Parmi les patients de l'échantillon, 239/836 (28,6 %) et 582/836 (69,6 %) présentaient un déséquilibre aux seuils de 8 et 7 %, respectivement ; 12,8 % des patients avec déséquilibre n'avaient pas eu d'intensification dans le scénario 1 et 52,0 % dans le scénario 2. À un seuil de 8 %, les motifs déclarés de la non-intensification relevaient du profil du patient (clinique, social, psychologique, comorbidités) (50,0 %), de l'objectif glycémique défini pour ce dernier (35,7 %) ou de contre-indications à l'utilisation concomitante de certains antidiabétiques oraux (23,8 %). À un seuil de 7 %, les motifs de non-intensification étaient principalement liés à l'objectif fixé pour l'HbA_{1c} (62,8 %), au profil du patient (28,5 %), aux contre-indications (16,9 %) ou à la nécessité de renforcement des règles hygiéno-diététiques (15,5 %).

Conclusion.— L'inertie thérapeutique chez les patients DT2 traités par insuline basale ne peut être évaluée uniquement sur la base des seuils glycémiques de référence. Conformément aux recommandations très récentes, elle s'explique souvent par une décision médicale prenant en compte la situation individuelle du patient et l'objectif thérapeutique qui lui est assigné.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.respe.2013.11.046>