

Sans détour

Prof. Dr méd. Lars C. Huber, Prof. Dr méd. Martin Krause

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Pertinent pour la pratique

Cellulite: trop souvent diagnostiquée

La cellulite est un motif fréquent d'hospitalisation, mais il n'existe pas de critères stricts pour établir le diagnostic et le taux d'erreurs de diagnostic est probablement élevé.

C'est ce que souligne la présente méta-analyse [1] de huit études au total, dans lesquelles le diagnostic a systématiquement été confirmé ou infirmé par des spécialistes en dermatologie ou en infectiologie: sur les >850 patientes et

patients ayant reçu un diagnostic initial de cellulite, près de 40% (327/858) ont reçu un diagnostic alternatif après consultation des spécialistes correspondants. Ces diagnostics comprenaient des affections à la fois d'origine infectieuse (bursite, ostéomyélite, arthrite septique) et d'origine non infectieuse (arthropathie cristalline, eczéma, thrombose veineuse profonde). Les causes non infectieuses étaient les plus fréquentes (68%, 221/327), avec en premier lieu une dermatite de stase (18%, 60/327).

L'étude a des limites immanentes, par exemple l'absence de données de prévalence comme valeur de référence, l'hétérogénéité dans les critères d'inclusion des différentes études et l'avis d'experts – faute de mieux – comme «approche diagnostique de référence». En outre, les termes d'erysipèle (en tant qu'infection superficielle de l'épiderme et du derme) et de cellulite (en tant qu'infection plus profonde, avec également atteinte de l'hypoderme) semblent ici être utilisés comme synonymes.

Cependant, l'étude montre une fois de plus que même les entités en apparence simples et évidentes ont toujours un diagnostic différentiel, avec, dans le contexte des infections des tissus mous et des «pseudo-cellulites», des implications pour l'administration d'antibiotiques et les hospitalisations.

1 J Hosp Med. 2022, doi.org/10.1002/jhm.12977.
Rédigé le 3.1.23_HU.

Zoom sur...

Acné inversée (hidradénite suppurée)

- Il s'agit d'une maladie cutanée inflammatoire chronique et progressive, évoluant par poussées, qui n'est souvent pas reconnue et dont le diagnostic n'est posé qu'après de nombreuses années.
- Son incidence est d'environ 10 cas/100 000/an, avec une prévalence d'environ 1%. Elle présente un double pic de fréquence à l'âge de 20 ans et à l'âge de 40 ans. Les femmes sont nettement plus touchées que les hommes.
- Le diagnostic est posé cliniquement. Les principaux critères sont 1. nodules inflammatoires groupés avec formation de fistules, 2. localisation typique axillaire, inguinale, inframammaire et périnéale et 3. évolution chronique et récidivante avec formation de cicatrices.
- Les lésions provoquent des douleurs, un prurit, des suintements et une odeur nauséabonde, qui incommode beaucoup les personnes concernées dans leur vie quotidienne mais aussi la nuit. Les douleurs ne peuvent parfois être maîtrisées qu'avec des opioïdes.
- La pathogenèse n'est comprise que de manière fragmentaire. Des facteurs génétiques (mutations de gènes codant pour la gamma-sécrétase), hormonaux (excès d'androgènes), microbiens et immunologiques (facteur de nécrose tumorale [TNF- α] et interleukine [IL-17]) jouent un rôle.
- Le tabagisme et l'obésité sont considérés comme des facteurs de risque, dont la signification causale n'a pas encore été établie. Le contrôle (pas facile) de ces deux facteurs peut améliorer considérablement l'évolution de la maladie.
- Les traitements de 1^{re} ligne comprennent des antibiotiques topiques (clindamycine) et systémiques (tétracyclines), ainsi que des injections intra-lésionnelles de corticoïdes.
- Des immunosuppresseurs et l'adalimumab sont utilisés en 2^e ligne. Les interventions chirurgicales de drainage et d'excision sont d'autres options thérapeutiques majeures.
- La prise en charge des personnes concernées est exigeante et devrait impliquer des collègues de la médecine de premier recours, de la dermatologie et de la chirurgie. La compréhension de la gravité de cette maladie constitue la base pour parvenir à obtenir un soulagement, une amélioration voire un contrôle.

Am J Med. 2023, doi.org/10.1016/j.amjmed.2022.09.025.

Rédigé le 24.12.22_MK.

Lymphadénopathie régionale après vaccination à ARNm contre le COVID-19

Dans le cadre d'un programme de santé japonais prévoyant un dépistage corps entier (!) annuel par imagerie par résonance magnétique (IRM), une observation remarquable a été faite en rapport avec la vaccination contre le COVID-19: Chez 433 personnes ayant été vaccinées au moyen d'un vaccin à ARNm (Pfizer ou Moderna) dans le muscle deltoïde, l'évaluation par IRM de la région axillaire ipsilatérale de 2020 (avant la vaccination) a été comparée à celle de 2021 (après deux doses de vaccin). Chez 90 des personnes examinées (21%), des ganglions lymphatiques hypertrophiés d'une taille >5 mm ont été identifiés, ce qui n'était pas le cas l'année précédente. Les tendances significatives suivantes ont été constatées: une lymphadénopathie était plus fréquente chez les personnes jeunes que chez les personnes âgées, plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (29 versus 17%) et plus fréquente avec le vaccin Moderna qu'avec le vaccin Pfizer (40 versus 19%). Les ganglions lymphatiques avaient le plus souvent un diamètre <1 cm et ils n'étaient plus hypertrophiés deux mois après la vaccination de base.

Quelles sont les leçons à en tirer? 1. En cas de lymphadénopathie axillaire unilatérale,

demander s'il y a eu des vaccinations antérieures avant de tirer des conclusions erronées, par exemple lors de mammographies. 2. Un dépistage radiologique du corps entier chez les personnes en bonne santé comporte le risque de déceler des anomalies accessoires transitoires et insignifiantes qui pourraient entraîner des examens supplémentaires inutiles.

Radiology. 2023, doi.org/10.1148/radiol.220814.
Rédigé le 9.1.2023_MK.

Pour les médecins hospitaliers

Corticoïdes et pneumonie: pas de bénéfice en termes de mortalité

L'administration de corticoïdes en complément des antibiotiques dans le traitement de la pneumonie bactérienne reste controversée, même après la lecture de cette revue systématique: du point de vue physiopathologique, l'inhibition de la réaction inflammatoire systémique est concevable et probablement judicieuse, les données relatives aux critères d'évaluation cliniques sont moins claires.

Plus de 6000 articles originaux ont été passés au crible et 16 ont finalement été analysés. Aucune différence significative n'a été constatée entre le groupe traité par corticoïdes et le groupe contrôle en ce qui concerne le critère d'évaluation primaire, à savoir la mortalité totale, ni en ce qui concerne les critères d'évaluation secondaires, à savoir l'échec du traitement (défini comme l'absence d'amélioration des symptômes et des anomalies et/ou la progression radiologique) et la survenue d'effets indésirables (concrètement: infections secondaires, hémorragies gastro-intestinales, hyperglycémie). Dans l'ensemble, les patientes et patients sous corticoïdes ont eu un peu moins souvent besoin d'une ventilation mécanique – même si, comme nous l'avons mentionné, cette tendance ne s'est pas répercutée sur la mortalité. A l'inverse, le taux de réhospitalisation était un peu plus élevé sous corticothérapie.

De nombreuses questions restent donc sans réponse, notamment celle des marqueurs de substitution appropriés pour identifier les personnes entrant au juste en ligne de compte pour les corticoïdes dans ce contexte, mais aussi celle de la dose et de la durée de la corticothérapie.

En bref: les stéroïdes ne font toujours pas partie du traitement standard de la pneumonie.

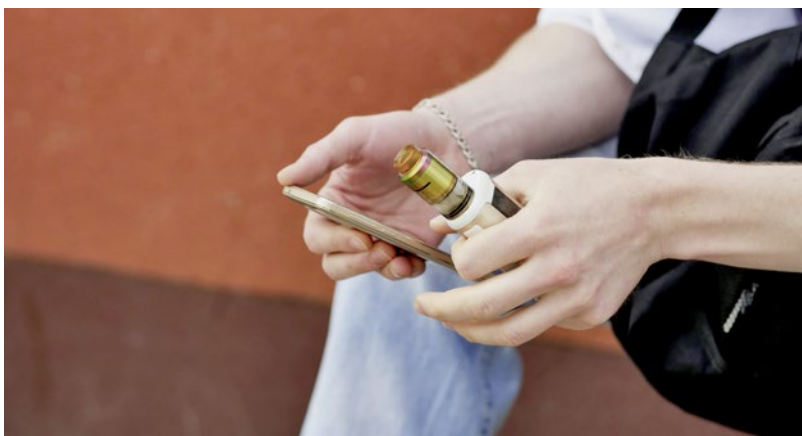
Chest. 2022, doi.org/10.1016/j.chest.2022.08.2229.
Rédigé le 6.1.23_HU.

Cela nous a également interpellés

Vitamine D: aussi en cas de symptômes musculaires associés aux statines...

...inutile! Le travail discuté était une sous-étude de l'étude VITAL, qui a examiné l'effet d'une subs-

Cela ne nous a pas réjouis



© Dzmitry Palubiatka / Dreamstime

Le vapotage jouit d'une popularité croissante – malheureusement aussi chez les jeunes.

Caries dues aux cigarettes électroniques et au vapotage?

Les cigarettes électroniques, initialement utilisées comme substitut à la nicotine et comme aide au sevrage tabagique, jouissent d'une grande popularité grâce à la vaporisation supplémentaire d'arômes délicats (ce qu'on appelle le «vapotage»). De plus en plus de personnes qui n'ont jamais fumé vapotent également, et les enfants et les adolescents en font malheureusement partie. Cependant, les publications faisant état des risques pour la santé qui y sont associés se multiplient, de sorte que leur utilisation ne peut être que déconseillée.

Un risque supplémentaire lié au vapotage semble désormais aussi être la formation de caries: aux Etats-Unis, sur une durée de trois ans, 13216 personnes âgées de 16 à 40 ans avec un diagnostic de carie dentaire ont été interrogées pour savoir si, en plus des risques classiques de carie (brossage insuffisant des dents, grignotage, consommation de drogues), elles utilisaient des cigarettes électroniques ou vapotaient. 136 personnes ont répondu par l'affirmative, 13080 par la négative. Alors que les utilisateurs de cigarettes électroniques/vapoteurs appartenaient dans 79,1% des cas à un groupe à haut risque de caries, cette proportion était de 59,6% chez les non-utilisateurs ($p < 0,001$).

Il ne fait aucun doute que cette observation doit encore être confirmée par d'autres études solides avant que cette complication puisse être retenue contre le vapotage. De plus, il est bien connu qu'une association ne prouve pas la causalité.

JADA. 2022, doi.org/10.1016/j.adaj.2022.09.013.

Rédigé le 8.1.2023_MK.

titution en vitamine D sur le développement de maladies cardiovasculaires et de cancers chez plus de 25000 patientes et patients: en double aveugle et avec contrôle contre placebo. La sous-étude actuelle s'est concentrée sur les symptômes musculaires associés aux statines. Compte tenu du fait qu'une majorité de personnes traitées interrompent un traitement par statine en raison d'effets indésirables, il s'agit d'une question qui revêt une grande pertinence pratique.

Des études observationnelles ont laissé supposer que l'administration de vitamine D réduisait l'apparition de troubles musculaires sous statines. Ce n'est pas le cas, comme le montre cette étude réalisée avec plus de

2500 participantes et participants issus d'un collectif représentatif (âge moyen 66,8 ans, 49% de femmes) sur une période de près de cinq ans: des symptômes musculaires liés aux statines sont survenus chez 317 personnes dans le groupe ayant reçu de la vitamine D (31%), contre 325 dans le groupe placebo (31%). Le taux d'interruption était également identique dans les deux groupes (13%). Le taux de vitamine D – par exemple une carence existant avant le début de l'étude – n'a pas eu d'influence sur les résultats.

JAMA Cardiol. 2023, doi.org/10.1001/jamacardio.2022.4250.
Rédigé le 5.1.23_HU.