

Journal Club

Sans détour

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Pertinent pour la pratique**Acide acétylsalicylique pour la thromboprophylaxie?**

Oui: du moins chez les patientes et patients ayant subi un traumatisme orthopédique, en particulier chez les personnes opérées d'une fracture d'une extrémité quelconque (de l'épaule au poignet, de la hanche au métatarse) ou victimes d'une fracture du bassin ou de l'acétabulum.

Cette étude de non-infériorité multicentrique a comparé l'acide acétylsalicylique (Aspirine®; 81 mg, en administration inhabituelle deux fois par jour) à l'héparine de bas poids moléculaire (énoxaparine 30 mg, deux fois par jour). La thromboprophylaxie a été administrée en moyenne pendant près de neuf jours (forte variabilité!) à l'hôpital et pendant 21 jours supplémentaires en milieu ambulatoire. Dans le groupe ayant reçu l'acide acétyl-

salicylique, des thromboses veineuses profondes ont certes été observées un peu plus souvent au cours du suivi sur trois mois (2,51% contre 1,71%), mais aucune différence significative n'a été constatée entre les deux groupes en termes de mortalité ou d'incidence des embolies pulmonaires ou des complications hémorragiques.

Pour la thromboprophylaxie, l'acide acétylsalicylique constitue ainsi probablement une alternative bon marché, qui répond également aux préférences des patientes et patients (comprimés au lieu d'injections). Il faut donc s'attendre à ce que les lignes directrices en la matière soient adaptées en conséquence.

Il convient de noter que cette option se limite exclusivement au collectif de patientes et patients pour lesquels seul le traumatisme orthopédique peut être identifié comme facteur de risque de thromboembolie.

N Engl J Med. 2023, doi.org/10.1056/NEJMoa2205973.
Rédigé le 20.1.23_HU.

Zoom sur...

Migraine

- La migraine est une forme complexe de céphalées primaires, qui se manifeste souvent pour la première fois à l'adolescence ou chez les jeunes adultes. La prévalence est la plus élevée au cours des 4^e et 5^e décennies de vie; les femmes sont nettement plus touchées.
- Le diagnostic est posé cliniquement: les symptômes typiques sont des céphalées unilatérales lancinantes, une photo-/phonophobie et des nausées. Une aura – le plus souvent visuelle («scotome scintillant») ou sensorielle – dure au maximum une heure et régresse complètement avant le début des céphalées.
- Si l'examen neurologique est normal et l'anamnèse typique, il n'est pas nécessaire de procéder à une imagerie crânienne. Un électroencéphalogramme n'est généralement pas indiqué. La plupart des crises de migraine peuvent ainsi être diagnostiquées et traitées en ambulatoire – au cabinet médical.
- Il convient toutefois d'exclure des céphalées secondaires: les signes d'alerte sont entre autres l'âge >50 ans lors de la première manifestation, la grossesse (pré-eclampsie!), la fièvre et les signes d'inflammation, les déficits neurologiques focaux, la claudication de la mâchoire (artérite à cellules géantes!)...
- Les crises de migraine légères à modérées peuvent être traitées avec du paracétamol, de l'acide acétylsalicylique et des anti-inflammatoires non stéroïdiens. En cas de crises sévères (alitement, vomissements), des antimigraineux spécifiques sont indiqués: les triptans sont utilisés en premier lieu. En cas de contre-indications cardiovasculaires, les diltans et les gépants sont des alternatives orales, mais ces préparations ne sont pas encore autorisées en Suisse.
- Outre les mesures de style de vie – hygiène du sommeil, activité physique, consommation modérée de caféine et d'analgésiques –, des compléments alimentaires (magnésium) et des approches médicamenteuses entrent également en ligne de compte pour la prévention. Les bêtabloquants sont les plus connus à cet égard.

Ann Intern Med. 2023, doi.org/10.7326/AITC202301170.
BMJ. 2022, doi.org/10.1136/bmj-2021-067670.

Rédigé le 20.1.23_HU.

Nirmatrelvir/ritonavir en cas d'infection à Omicron également pertinent après la vaccination?

Le nirmatrelvir/ritonavir (N/R) est un antiviral oral autorisé à l'échelle mondiale pour traiter l'infection à SARS-CoV-2, mais il est encore utilisé avec réticence dans de nombreux pays. Cette réticence est peut-être liée à la faible virulence des variants d'Omicron actuellement en circulation et à la couverture vaccinale de la population.

Dans cette étude observationnelle rétrospective, l'effet du N/R a été évalué dans un collectif de patientes et patients presque entièrement vaccinés qui ont été infectés par différents variants d'Omicron. Les 44 551 personnes étaient âgées de >50 ans et 90% d'entre elles avaient été vaccinées avec au moins trois doses. 28% des patientes et patients ont été traités par N/R dans les cinq jours suivant le début des symptômes. Ils ont été comparés aux 72% qui

n'ont pas reçu de N/R. Le critère d'évaluation était l'hospitalisation dans les 14 jours ou le décès associé au COVID-19 dans les 28 jours. Le critère d'évaluation a été atteint par 0,52% des personnes traitées et par 0,93% des personnes non traitées; la réduction du risque attribuable au N/R était de 44%. Dans les sous-groupes, il est apparu que la réduction du risque était de 55% lorsque la dernière vaccination remontait à >20 semaines chez les personnes vaccinées et de 81% lorsque les patientes et patients n'étaient pas vaccinés. Ni l'âge ni l'indice de masse corporelle n'ont influencé la réduction du risque.

Même si les infections à Omicron présentent un faible taux de complications dans une population vaccinée âgée de >50 ans, le N/R permet une réduction supplémentaire respectable des hospitalisations ou des décès. En Suisse, le N/R est recommandé chez toutes les personnes âgées de >75 ans et chez les personnes non vaccinées de >60 ans.

Ann Intern Med. 2023, doi.org/0.7326/M22-2141.
Rédigé le 26.1.2023_MK.

Cela nous a également interpellés

Une rareté: l'épanchement pleural noir

Le liquide pleural est normalement clair, limpide, de couleur ambrée. Lors de la ponction dans la pratique clinique quotidienne, il est parfois trouble, purulent ou sanguinolent. En revanche, il est rare que le liquide pleural ponctionné soit noir. En conséquence, le diagnostic différentiel d'un liquide pleural noir est restreint: infections fongiques (*Aspergillus niger*), mélanome avec métastases pleurales, perforation de l'œsophage due à un traitement trop fortement dosé avec du charbon médicinal. Un épanchement pleural noir en rapport avec une fistule pancréatico-pleurale – également rare – a aussi été décrit: les formations de fistules se rencontrent avant tout chez les patientes et patients souffrant de pancréatite chronique (<0,5% des cas), un peu plus souvent en cas de formation de pseudo-kystes. La coloration noire du liquide pleural peut alors être due à une hémorragie chronique. Comme les personnes concernées se présentent généralement avec des symptômes respiratoires et non abdominaux, le diagnostic de fistule pancréatico-pleurale est le plus souvent posé tardivement. En plus d'une imagerie appropriée (cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique [CPRE] comme examen de référence), des valeurs élevées d'amylase pleurale sont utiles pour le diagnostic: des valeurs >1000 U/l sont considérées comme indicatives, des valeurs extrêmement élevées (>50 000 U/l) sont pratiquement la preuve d'une fistule pancréatico-pleurale.

Am J Med. 2022, doi.org/10.1016/j.amjmed.2022.09.019.
Rédigé le 15.1.23_HU.

Pour les médecins hospitaliers



© Sudok1 / Dreamstime

Hypertension artérielle après un AVC et une reperfusion endovasculaire: jusqu'à quel niveau faut-il la réduire?

Abaissement de la pression artérielle après un AVC: prudence!

En cas d'accident vasculaire cérébral (AVC) avec occlusion d'une grosse artère intracrânienne, la thrombectomie endovasculaire fait aujourd'hui partie du traitement standard. Après l'intervention, la priorité est donnée au contrôle de la pression artérielle (PA). Souvent, les valeurs de PA sont élevées après l'événement, ce qui est considéré comme défavorable pour le résultat final.

Des valeurs de PA systolique de >180 mm Hg doivent être abaissées, mais jusqu'à quel niveau? Cette question a été examinée dans le cadre d'une étude randomisée menée dans 44 hôpitaux chinois chez >800 patientes et patients présentant de façon persistante une pression systolique >140 mm Hg après l'intervention. Un groupe (407 personnes) avec un objectif de PA systolique intensif de <120 mm Hg a été comparé à un groupe (409 personnes) avec un objectif de PA systolique plus souple de 140–180 mm Hg. L'objectif était d'abaisser la PA dans la plage cible en l'espace d'une heure et de la maintenir pendant trois jours. Après trois mois, les patientes et patients ont été évalués à l'aide de l'échelle de Rankin modifiée.

Initialement, l'étude devait être étendue à d'autres pays afin de recruter au moins 2000 personnes. Elle a toutefois été interrompue prématurément, car le groupe avec une réduction intensive de la PA <120 mm Hg a montré un résultat significativement inférieur à celui du groupe avec une PA cible de 140–180 mm Hg dans une analyse intérimaire: les détériorations neurologiques dans la phase précoce après l'intervention étaient plus fréquentes et la capacité fonctionnelle était moins bonne après trois mois. La mortalité et les hémorragies intracrâniennes étaient comparables dans les deux groupes.

Le message véhiculé par ces résultats devrait être déterminant pour l'avenir: une PA systolique de 140–180 mm Hg après une reperfusion intracrânienne endovasculaire doit être maintenue. Il faut absolument renoncer à une réduction agressive.

Lancet. 2023, doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01882-7.
Rédigé le 29.1.2023_MK.