

Journal Club

Sans détour

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Pertinent pour la pratique**Quel est le risque d'infarctus du myocarde en cas d'athérosclérose coronarienne subclinique?**

Une étude de cohorte danoise s'est penchée sur cette question: elle a inclus des personnes asymptomatiques, âgées de >40 ans, sans maladie coronarienne connue (4089 hommes,

5444 femmes, âge moyen 60 ans), qui ont fait l'objet d'une tomodensitométrie (TDM) coronaire à des fins de recherche. L'athérosclérose coronarienne a été classée en non obstructive et obstructive (sténose inférieure ou supérieure à 50%), ainsi qu'en non extensive et extensive (atteinte de l'arbre coronaire inférieure ou supérieure à 1/3). La durée du suivi clinique était en

moyenne de 3,5 ans, la valeur de référence étant le groupe sans athérosclérose coronarienne détectée. Critère d'évaluation primaire: infarctus du myocarde.

Une athérosclérose coronarienne subclinique a été détectée chez 4419 participantes et participants (46%), le plus souvent dans une combinaison d'atteinte non obstructive-non extensive (31%). Une athérosclérose coronarienne obstructive était tout de même présente dans 10% des cas. Faites un exercice mental et classez les combinaisons morphologiques en fonction du risque estimé d'événement myocardique. Votre intuition sera correcte: en cas d'atteinte obstructive-extensive, le risque relatif d'infarctus du myocarde était le plus élevé (RR 12), suivi d'une atteinte obstructive-non extensive (RR 8). Dans le groupe avec une atteinte non obstructive-non extensive, le risque était légèrement augmenté (RR 1,3).

Des études complémentaires devront montrer si une prévention des risques cardiovasculaires guidée par TDM est plus efficace que les stratégies de prévention primaire courantes – et si elle justifie par exemple un programme de dépistage. Les auteurs ont d'ores et déjà évoqué la possibilité d'une telle étude.

Ann Intern Med. 2023, doi.org/10.7326/M22-3027.
Rédigé le 7.5.23_HU.

Mesure standardisée de la pression artérielle

L'hypertension artérielle est l'un des facteurs de risque cardiovasculaire les plus importants, elle est facile à détecter et à traiter. Un groupe international d'organisations de santé du monde entier a émis une proposition pour une mesure standardisée de la pression artérielle (PA) [1]. Celle-ci contient les instructions suivantes pour son déroulement:

1. Personne à examiner: au moins 30 minutes avant la mesure, pas de caféine, de nicotine, d'alcool et d'effort physique – 5 minutes de repos avant la mesure, pas de conversation/téléphone portable – position assise adossée, bras posés sur la table – pas de vessie pleine.
2. Conditions ambiantes: atmosphère calme, pas d'éléments perturbateurs, pas d'agitation, température agréable.
3. Appareil de mesure: taille de brassard correcte, appareil de mesure

Zoom sur...

Clinique et diagnostic de l'hémochromatose

- L'hémochromatose fait partie des maladies héréditaires les plus fréquentes. Elle se caractérise par une accumulation excessive de fer – due à une absorption incontrôlée de fer provenant de l'alimentation – avec des lésions organiques consécutives. La mutation génétique de loin la plus fréquente concerne le gène HFE, en particulier le variant C282Y.
- L'âge et le sexe (les hommes développent des symptômes plus tôt) ainsi que l'ampleur de la surcharge en fer au moment du diagnostic sont déterminants pour la sévérité de l'expression clinique.
- Contrairement à ce que l'on pensait auparavant, seule une minorité d'individus développent les manifestations cliniques typiques de l'hémochromatose en présence d'une mutation génétique. Des études de dépistage ont même montré que la plupart des individus présentant l'homozygotie C282Y sont asymptomatiques et que de nombreuses femmes présentent des tests de fer normaux en raison des saignements menstruels.
- Le développement d'une cirrhose est également rare dans le collectif des homozygotes C282Y – des cofacteurs comme l'alcool, l'obésité et les hépatites virales favorisent ce développement. Les transaminases sont souvent normales. L'imagerie (élastographie transitoire, imagerie par résonance magnétique) est utilisée de façon routinière, tandis que la biopsie hépatique n'est plus que rarement utilisée.
- L'arthropathie est la manifestation la plus fréquente chez les femmes C282Y-positives. Elle se présente cliniquement comme une arthrose – souvent au niveau des articulations des métacarpes et des doigts – et est traitée de la même manière.
- La prévalence du diabète n'est pas augmentée chez les individus homozygotes pour C282Y et le terme «diabète bronzé», synonyme d'hémochromatose, est donc obsolète.
- Les tests diagnostiques initiaux en cas de suspicion d'hémochromatose sont le dosage de la ferritine sérique (>300 µmol/l) et la détermination de la saturation de la transferrine (>45% chez les femmes, >50% chez les hommes).
- La plupart des patientes et patients présentant une ferritine sérique et/ou une saturation de la transferrine élevées ne souffrent toutefois pas d'hémochromatose: les valeurs augmentées sont alors l'expression d'une hépatopathie chronique (par exemple en cas d'obésité, d'alcoolisme, d'hépatite B et C), sans qu'il y ait une augmentation du fer de l'organisme.
- Le diagnostic de l'hémochromatose classique (HFE) est établi par un test génétique positif.

Lancet. 2023, doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00287-8.

Rédigé le 10.5.23_HU.

électronique automatisé. 4. Déroulement de la mesure: expliquer le déroulement à la personne à examiner – mesure au bras, brassard sur le bras dégagé – pas de distractions, comme par exemple enregistrer d'autres paramètres vitaux en même temps ou parler en même temps à la personne à examiner. 5. Évaluation: consigner au moins deux mesures avec un intervalle de temps minimal de 30 secondes, calculer la moyenne.

En toute honnêteté, nous sommes probablement nombreux à avouer que nous n'avons ni le temps ni la possibilité de répondre à toutes ces exigences. Quelle est la raison qui justifie les efforts déployés pour obtenir des mesures standardisées de la PA? Jusqu'à 29 composants ont été identifiés comme influençant à la fois la PA systolique et diastolique pendant la mesure [2]. En l'absence de normes, les valeurs de PA d'un individu varient beaucoup plus que nous ne le pensons. Comme les mesures non standardisées donnent le plus souvent des valeurs de PA plus élevées que les mesures standardisées, des traitements antihypertenseurs inutiles sont par la suite initiés. Des configurations inverses sont également possibles, dans lesquelles l'occasion d'initier ou d'adapter un traitement antihypertenseur est manquée. Il est estimé que la mesure non standardisée de la PA entraîne une évaluation erronée chez une personne sur cinq [2]. L'intérêt d'une mesure standardisée de la PA est convaincant. Toutefois, comme les auteurs l'expliquent eux-mêmes: il faut rester pragmatique et ne pas devenir dogmatique.

1 Am J Med. 2023.

doi.org/10.1016/j.amjmed.2022.12.015.

2 J Clin Hypertens. 2022. doi.org/10.1111/jch.14418.

Rédigé le 13.5.2023_MK.

Cela nous a également interpellés

Engouement sans preuve à l'appui: acides gras oméga-3

La consommation de suppléments d'acides gras oméga-3 en Europe et aux États-Unis a été multipliée par dix au cours des dernières années et semble continuer à augmenter. Les acides gras oméga-3 marins sont promus dans de nombreuses recommandations alimentaires pour prévenir les maladies cardiovasculaires. Quelles sont les bases scientifiques qui sous-tendent cela? Un article de revue publié dans le Forum Médical Suisse a compilé les principales études [1]. Les premiers travaux portant sur 0,5–0,9 g de suppléments d'oméga-3 par jour ont montré des réductions convaincantes du risque cardiovasculaire (mortalité, mort subite d'origine cardiaque). Cet effet n'a toutefois pas pu être reproduit dans les études consécutives menées en aveugle. En 2018, une revue Cochrane de 79 études randomisées menées chez >10000 patientes et patients avec des doses de 0,5 à >5 g/jour n'a trouvé aucune preuve

Pour les médecins hospitaliers



Case courtesy of Andrew Dixon, Radiopaedia.org, rId: 36677

TDM abdominal avec produit de contraste oral et intraveineux (phase veineuse portale, coupe coronale) d'une femme de 45 ans souffrant de douleurs épigastriques; sans pathologie (<https://radiopaedia.org/cases/36677>).

Tomodensitométrie abdominale: avec ou sans produit de contraste?

L'étude citée en référence a examiné rétrospectivement la valeur diagnostique d'une tomodensitométrie (TDM) native sur la base de 201 patientes et patients consécutifs qui se sont présentés en urgence en raison de douleurs abdominales. Dans tous les cas, une TDM avec produit de contraste a été effectuée et l'interprétation radiologique a été considérée comme le standard de référence. Le produit de contraste a ensuite été soustrait numériquement et les images natives ont été interprétées par six autres radiologues de trois institutions différentes. En termes de valeur diagnostique, ces images TDM natives étaient environ 30% moins précises que les images à contraste renforcé.

Ce chiffre est surprenant, car il est plus élevé que ce que les données d'études antérieures laissaient supposer. Si, en raison de facteurs de risque (par exemple insuffisance rénale sévère, pré dialyse, antécédents de réaction anaphylactique aux produits de contraste iodés), une TDM sans produit de contraste est réalisée, la valeur diagnostique peut être nettement limitée. Cela doit être pris en compte au cas par cas lors de l'évaluation du rapport bénéfice/risque. En conclusion, dans la plupart des situations cliniques où les douleurs abdominales sont inexpliquées, le risque lié à la non-utilisation de produit de contraste est plus élevé que le risque lié à son utilisation.

JAMA Surg. 2023. doi.org/10.1001/jamasurg.2023.1112.

Rédigé le 7.5.23_HU.

d'efficacité des acides gras oméga-3 pour tous les effets examinés [2]. Cinq autres méta-études (>1000 volontaires) ont ensuite été publiées. Quatre d'entre elles (ASCEND, VITAL, STRENGTH et OMEMI) n'ont pas montré d'effet protecteur, tandis que REDUCE-IT a démontré une réduction convaincante de 25% du risque d'événements cardiovasculaires [3]. Cette étude a été menée avec une dose élevée de supplément d'oméga-3 de 4 g/jour chez des personnes souffrant d'hypertriglycéridémie et avait le «défaut» d'utiliser de l'huile minérale athérogène comme placebo dans le groupe contrôle. L'écart flagrant entre le manque de preuves scientifiques et la croyance populaire dans les bienfaits des acides gras oméga-3 pour la santé est notable, mais peut-être pas inhabituel. Il

y a toutefois lieu de s'alarmer, car le commerce des capsules d'huile de poisson est devenu une industrie dont le chiffre d'affaires se compte en milliards et qui, en même temps, occasionne des sacrifices écologiques préoccupants.

Toujours est-il que les lignes directrices américaines et européennes des sociétés de cardiologie ne recommandent plus les suppléments d'oméga-3 pour la prévention primaire des maladies cardiovasculaires.

1 Forum Méd Suisse. 2023.

doi.org/10.4414/smf.2023.09340.

2 Cochrane Database Syst Rev. 2018,

doi.org/10.1002/14651858.CD003177.pub5.

3 N Engl J Med. 2019,

doi.org/10.1056/NEJMoa1812792.

Rédigé le 2.5.2023_MK.