

Journal Club

Sans détour

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Pour les médecins hospitaliers**Tomodensitométrie et embolie pulmonaire**

Nous disposons désormais de quelques algorithmes cliniques bien validés («clinical decision rules») qui permettent d'exclure une em-

bolie pulmonaire en cas de faible probabilité pré-test, même sans imagerie. Ces outils d'aide à la décision ont-ils permis de réduire la fréquence des angiographies par tomodensitométrie (angio-TDM) dans les services d'urgences?

Au contraire. C'est du moins la conclusion de cette grande étude européenne qui a examiné rétrospectivement la pratique en la matière dans 26 services d'urgences. Entre 2015 et 2019, une augmentation significative des examens d'angio-TDM en cas de suspicion d'embolie pulmonaire a en effet été constatée (de 863 à 1112/100 000 consultations aux urgences). Le diagnostic d'embolie pulmonaire a certes été posé plus fréquemment (164 cas au lieu de 138/100 000), mais le taux de rendement positif a diminué de 16,6% à 14,7%.

Il convient de noter que les algorithmes, dont l'utilité est indéniable, ne sont utiles que pour exclure une embolie pulmonaire. Les patientes et patients qui se présentent en urgence avec une dyspnée ou des douleurs thoraciques attendent cependant de nous un diagnostic. Indépendamment de l'exclusion d'une embolie pulmonaire, une tomodensitométrie est souvent nécessaire à cet effet.

Ann Intern Med. 2023. doi.org/10.7326/M22-3116.
Rédigé le 24.5.23_HU.

Cathéters veineux centraux: transfusion de plaquettes justifiée en cas de thrombopénie?

Avant la pose d'un cathéter veineux central (CVC), une poche de plaquettes est généralement transfusée en cas de thrombopénie afin d'éviter les complications hémorragiques. Bien que cela soit déjà pratiqué depuis plusieurs décennies, il manque des études convaincantes pour justifier cette mesure. On pourrait argumenter que la pose d'un CVC guidée par échographie, qui est entre-temps devenue une pratique courante, a réduit le risque de lésion et d'hémorragie au point qu'une transfusion préalable de plaquettes n'est plus nécessaire.

Dans le cadre d'une étude randomisée, 373 CVC ont été posés de façon randomisée avec ou sans transfusion plaquettaire préalable chez des patientes et patients présentant une thrombopénie de 10 000–50 000/mm³, afin de déterminer s'il existe une différence dans la fréquence des hémorragies. La pose des CVC devait être

Zoom sur...

Conjonctivite aiguë

- La conjonctivite aiguë est la cause la plus fréquente d'«œil rouge» – elle représente environ 1% de toutes les consultations de médecine de famille et jusqu'à un tiers des consultations ophtalmologiques en urgence.
- Sur le plan clinique, elle se manifeste par un œil rouge, une sensation de corps étranger et des sécrétions. Des douleurs intenses sont inhabituelles. Un prurit bilatéral est en faveur d'une origine allergique, qui s'accompagne souvent d'éternuements et de rhinorrhée (de façon saisonnière, par exemple sous forme de rhino-conjonctivite pollinique).
- Sur le plan étiologique, il convient de distinguer les causes infectieuses des causes non infectieuses.
- Les virus sont responsables de la majorité des conjonctivites infectieuses. L'association d'une pharyngite concomitante, d'une lymphadénopathie préauriculaire et d'un contact préalable avec une autre personne ayant un œil rouge offre une bonne valeur prédictive. La grande majorité des cas sont dus à des adénovirus (65–90%, kératoconjonctivite épidémique). Les virus de l'herpès (herpès simplex et varicelle-zona) représentent moins de 10% des cas.
- Des causes bactériennes se retrouvent dans environ un cinquième des conjonctivites aiguës d'origine infectieuse. Il s'agit le plus souvent de staphylocoques et de streptocoques. Une sécrétion purulente est évocatrice; l'absence de prurit, la présence de croûtes sur les paupières des deux côtés et un antécédent de premier épisode sont également utiles pour le diagnostic.
- Les formes mentionnées sont généralement diagnostiquées cliniquement et traitées empiriquement. Dans le cas de la conjonctivite virale, la prévention (mesures d'hygiène!) joue un rôle particulier.
- Il convient de mentionner tout particulièrement les infections oculo-génitales dues à des maladies sexuellement transmissibles. La gonorrhée provoque une affection clinique sévère de survenue suraiguë avec un risque d'atteinte cornéenne, y compris de perforation. Les chlamydiae provoquent souvent une évolution subaiguë avec un écoulement mucopurulent pendant des semaines – classiquement avec une atteinte unilatérale et seulement une légère rougeur. La syphilis oculaire peut toucher n'importe quelle région anatomique de l'œil, une conjonctivite isolée étant atypique.

N Engl J Med. 2023. doi.org/10.1056/NEJMcp2211511.

Rédigé le 22.5.23_HU.

guidée par échographie et effectuée par un opérateur expérimenté qui n'avait pas connaissance d'une éventuelle transfusion préalable de plaquettes («single-blind»). Le résultat était convaincant: les hémorragies modérées et sévères étaient significativement plus fréquentes sans administration de plaquettes (11,9 versus 4,8%). Les critères d'évaluation secondaires, tels que les hémorragies sévères isolées, les hémorragies légères et les hématomes, étaient également plus fréquents sans transfusion de plaquettes.

Bien que ces données justifient la pratique habituelle de la transfusion de plaquettes en cas de thrombopénie avant la pose d'un CVC, des questions restent ouvertes. Compte tenu notamment de la complexité de la transfusion de plaquettes (durée de conservation, donneur unique), il serait utile de savoir si les transfusions ne sont utiles qu'en cas de thrombopénie sévère (par exemple $<30\,000$ au lieu de $50\,000/\text{mm}^3$), si la fréquence des hémorragies dépend de la pathologie sous-jacente à la thrombopénie et si l'administration de plaquettes pourrait être thérapeutique (c'est-à-dire uniquement en cas d'hémorragie) plutôt que prophylactique.

N Engl J Med. 2023. doi.org/10.1056/NEJMoa2214322.
Rédigé le 28.5.2023_MK.

Cela nous a également interpellés

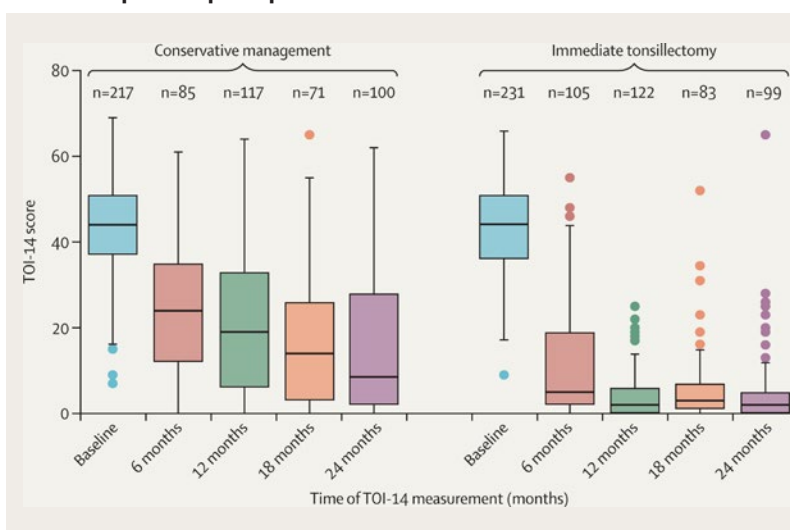
Amylose cardiaque: «ahead the curve»

Les dépôts amyloïdes à transthyrétine (ATTR) provoquent une cardiomyopathie infiltrative avec insuffisance cardiaque progressive, qui, compte tenu des options thérapeutiques actuellement limitées, a une évolution fatale.

Une étude de conception soignée a examiné une nouvelle approche faisant appel à un anticorps anti-ATTR recombinant (NI006). Au total, 40 patientes et patients souffrant d'amylose ATTR connue et d'insuffisance cardiaque chronique ont été randomisés pour recevoir différentes doses de NI006 (0,3 à 60 mg/kg de poids corporel) ou un placebo et ont été suivis pendant douze mois. Comme il s'agissait d'une étude de phase 1 («first in human»), la tolérance et le profil pharmacocinétique étaient au premier plan: aucun effet indésirable sévère n'a été observé. Les effets indésirables les plus fréquents étaient les arthralgies, peut-être dues à une activité inflammatoire accrue des cellules vis-à-vis des dépôts musculo-squelettiques d'ATTR.

Les cohortes de patientes et patients étaient bien sûr trop petites pour pouvoir tirer des conclusions définitives sur les critères d'évaluation cliniques. Cependant, des changements impressionnants ont été observés au niveau des résultats de l'imagerie par résonance magnétique et de la scintigraphie; par ailleurs, des valeurs plus basses ont été constatées pour les biomarqueurs cardiaques – tous des marqueurs de substitution pour une

Pertinent pour la pratique



«Tonsillectomy Outcome Inventory-14 Score» au début de l'étude et après 6, 12, 18 et 24 mois. Lignes: médiane; boîtes: quartile inférieur/supérieur; moustaches: écart interquartile de 1,5×. Tiré de: Wilson JA, et al. Lancet. 2023;S0140-6736(23)00519-6. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00519-6. <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>.

© 2023 The Author(s). Published by Elsevier Ltd., open access article, CC BY 4.0

Angines récidivantes chez l'adulte: chirurgie ou traitement conservateur?

Amygdalectomie ou traitement conservateur chez les adultes atteints d'amygdalites récidivantes? Jusqu'à présent, il n'existait que des données portant sur 156 patientes et patients, qui montraient un avantage discutable de l'amygdalectomie. La pertinence de l'amygdalectomie a été réexaminée dans une étude menée en Angleterre avec trois fois plus de participantes et participants. Pour être inclus dans l'étude, les 453 participantes et participants (>16 ans, âge moyen 23 ans, 78% de femmes) devaient avoir été victimes de 7-10 amygdalites récidivantes au cours des trois années précédentes. Ils ont été randomisés dans un groupe avec amygdalectomie dans les huit semaines (n = 233) ou dans un groupe avec traitement analgésique + antibiotique (n = 220).

Ont été évalués 1. le nombre de jours avec des maux de gorge au cours des deux années suivantes, 2. la qualité de vie associée à l'amygdalite à l'aide de 14 questions spécifiques («Tonsillectomy Outcome Inventory-14 Score» [TOI-14-Score]) à 0-6-12-18-24 mois après l'inclusion dans l'étude, et 3. les complications de l'amygdalectomie. Le nombre de jours avec des maux de gorge était environ deux fois plus élevé dans le groupe traité de manière conservatrice que dans le groupe traité par chirurgie. Dans ce dernier, la qualité de vie s'est améliorée très rapidement et était meilleure que chez les non-opérés à tous les temps évalués (cf. figure). Une hémorragie post-opératoire est survenue dans 19% des cas. Cet inconvénient de l'amygdalectomie rapide est contrebalancé par l'avantage d'une meilleure qualité de vie dans les deux années suivantes. Comme le montrent les auteurs, le traitement chirurgical présente également un bon rapport coût-efficacité.

Lancet. 2023. doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00519-6

Rédigé le 26.5.2023_MK

réduction des dépôts amyloïdes chez les participantes et participants à l'étude traités par NI006.

Cette clairance amyloïde thérapeutique est innovante et les premières données à ce sujet sont prometteuses. Et, qu'on me pardonne ici un peu de fierté locale: l'entreprise impliquée

dans le développement de l'anticorps (Neurimmune) est située à Zurich, tout comme certains des co-auteurs de l'étude.

N Engl J Med. 2023. doi.org/10.1056/NEJMoa2303765.
Rédigé le 24.5.23_HU