

Journal Club

Sans détour

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Pertinent pour la pratique**Spironolactone contre l'acné?**

Outre le traitement local contre l'acné, il est fréquent d'utiliser des antibiotiques systémiques en cas d'évolution tenace, qui sont alors administrés pendant plusieurs mois. Existe-t-il des alternatives? La réponse est oui: la spironolactone, mais uniquement pour les femmes.

La spironolactone est un diurétique d'épargne potassique dont l'effet anti-androgénique entraîne une gynécomastie chez les hommes. Cet effet anti-androgénique est exploité chez les femmes dans le traitement de l'acné, sans qu'il ait été bien établi jusqu'à présent. Dans une étude randomisée portant sur 410 patientes (âge moyen: 29 ans) souffrant

d'acné depuis l'âge de 16 ans, l'évolution de l'acné a été étudiée sous 50 mg de spironolactone par jour contre placebo. Après six semaines, la dose de spironolactone a été doublée. Après 24 semaines, l'évolution de l'acné était significativement meilleure dans le groupe spironolactone, tant du point de vue des patientes que des médecins, avec un «number needed to treat» (NNT) de cinq. En conséquence, le score de qualité de vie spécifique à l'acné (questionnaire) était également plus élevé dans le groupe d'intervention.

Il s'agit de la plus grande étude démontrant une efficacité de la spironolactone sur l'acné chez les femmes. Quelques détails importants à ce sujet: le traitement topique a en partie continué à être utilisé. L'effet n'était perceptible qu'après 24 semaines, il n'y avait pas encore de différence significative après 12 semaines. Des données >24 semaines font défaut. Une comparaison avec les antibiotiques oraux fait défaut. Néanmoins, les auteures et auteurs avancent que la spironolactone représente une alternative utile aux antibiotiques oraux dans le traitement de l'acné.

BMJ. 2023. doi.org/10.1136/bmj-2022-074349.

Rédigé le 2.6.2023_MK.

Zoom sur...

Prophylaxie thromboembolique en cas de cancer

- Les thromboses veineuses et les embolies pulmonaires sont extrêmement fréquentes chez les patientes et patients cancéreux (2–15%). Par rapport à la population générale, elles sont environ 6× plus fréquentes.
- La thrombogénèse s'explique à la fois par une hypercoagulabilité due aux modifications induites par la tumeur de nombreuses substances actives de la coagulation (par exemple fibrinogène, inhibiteur de l'activateur du plasminogène, protéines C et S), par des altérations endothéliales et par une diminution des propriétés de fluidité du sang veineux.
- Comme non seulement les thromboses mais aussi les hémorragies sont fréquentes en cas de cancer, le rapport bénéfice/risque d'une thromboprophylaxie doit être soigneusement évalué.
- Le score de Khorana définit le risque de thromboembolie chez les patientes et patients cancéreux. Il comprend des facteurs mesurables liés au patient et le type de tumeur. À partir de >3 points, une thromboprophylaxie est indiquée. Les facteurs liés au patient sont: indice de masse corporelle >30 kg/m², thrombocytose >350×10⁹/l, anémie <10 g/l, leucocytose >11×10⁹/l (1 point chacun). Les types de tumeurs à haut risque sont les carcinomes du pancréas et de l'estomac (2 points), les tumeurs génitales, les carcinomes pulmonaires et les lymphomes (1 point).
- Il existe de nombreux autres facteurs de risque que le score de Khorana néglige. Il s'agit notamment des cathéters veineux centraux, des chimiothérapies et des nouvelles thérapies (immunothérapies, inhibiteurs de points de contrôle). De plus, les patientes et patients cancéreux présentent un risque accru lorsqu'ils sont hospitalisés ainsi qu'avant et après les opérations.
- Lors d'une hospitalisation et en cas d'opération, l'héparine de bas poids moléculaire est le premier choix pour la thromboprophylaxie. En cas de risque élevé, elle devrait être poursuivie pendant 2–4 semaines après la sortie de l'hôpital.
- Pendant une chimiothérapie ambulatoire, un anticoagulant oral direct (AOD) doit être utilisé à la place de l'héparine de bas poids moléculaire en cas de risque accru. L'apixaban ou le rivaroxaban sont recommandés.

BMJ. 2023. doi.org/10.1136/bmj-2022-072715.

Forum Med Suisse. 2022. doi.org/10.4414/fms.2022.08981.

Rédigé le 5.6.23_MK.

Goutte – Disease of Kings?

Cela fait bien longtemps que la goutte n'est plus une maladie des rois: son incidence augmente à l'échelle mondiale et les raisons en sont multiples.

Cette étude populationnelle rétrospective coréenne a examiné le lien entre le syndrome métabolique et l'incidence de la goutte dans une immense cohorte de jeunes hommes (âgés de 20–39 ans). Le syndrome métabolique était défini par la présence d'au moins trois des critères suivants: obésité abdominale, hypertriglycéridémie, cholestérol HDL bas, hypertension artérielle et glycémie à jeun élevée. Le diagnostic a été vérifié lors de trois bilans de santé effectués à chaque fois à deux ans d'intervalle. L'incidence de la goutte était de 3,36/1000 personnes-années. Toutefois, les hommes souffrant d'un syndrome métabolique chronique présentaient un risque presque

quatre fois plus élevé de développer une goutte («hazard ratio» [HR] 3,82)! Lorsqu'un syndrome métabolique est survenu uniquement au cours de l'étude, le risque était tout de même deux fois plus élevé (HR 2,31). Inversement, si les critères d'un syndrome métabolique n'étaient plus remplis lors d'un bilan de santé, le risque de goutte était réduit de moitié environ (HR 0,52). Les modifications du taux sérique de triglycérides et du poids avaient l'effet le plus important – une augmentation en tant que facteur déclencheur, une réduction en tant que facteur protecteur.

L'étude constitue un rappel important: même à l'ère des médicaments modernes contre la goutte, la modification des facteurs liés au mode de vie joue un rôle décisif dans la prévention.

Arthritis Rheumatol. 2023. doi.org/10.1002/art.42381.
Rédigé le 2.6.23_HU.

Pour les médecins hospitaliers

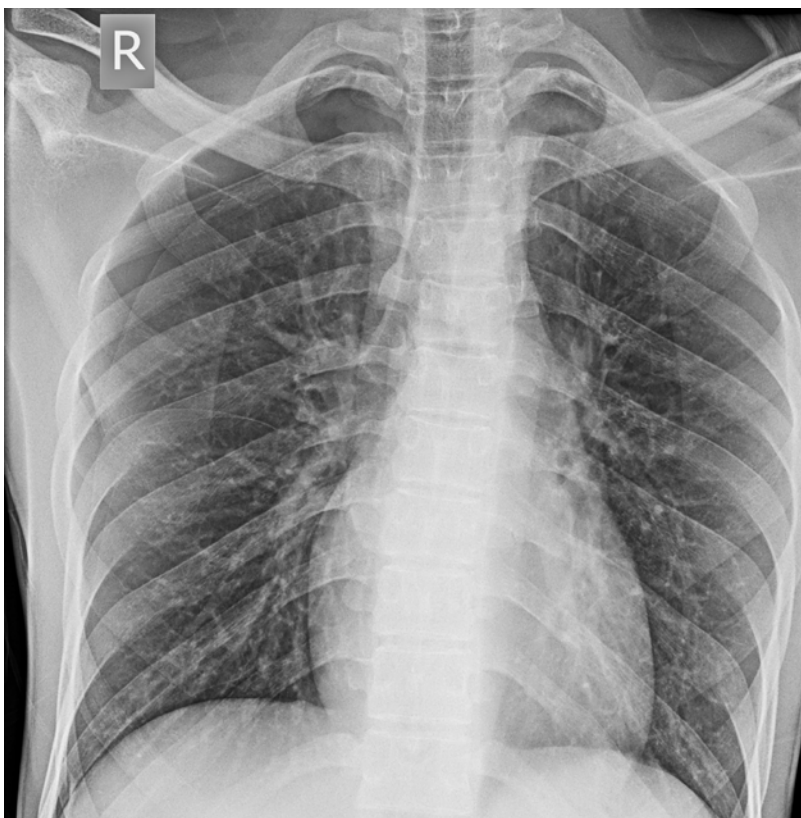
Insuffisance mitrale secondaire en cas d'insuffisance cardiaque: résultats à 5 ans du clip mitral percutané

En cas d'insuffisance cardiaque sévère, une insuffisance mitrale peut se développer secondairement, ce qui aggrave encore davantage la fonction cardiaque. Il y a cinq ans, l'étude COAPT avait montré que le clip mitral percutané avait un effet étonnamment positif sur les hospitalisations et la mortalité après 24 mois. Les données du suivi à 5 ans sont désormais disponibles. Il s'agit de 614 patientes et patients souffrant d'insuffisance cardiaque et de régurgitation mitrale secondaire sévère, dont le traitement médicamenteux n'était pas satisfaisant. Par randomisation, 302 d'entre eux se sont vu poser un clip mitral percutané en plus du traitement médicamenteux, tandis que 312 ont continué à recevoir un traitement médicamenteux (groupe contrôle).

Le taux annuel d'hospitalisation en raison de l'insuffisance cardiaque était de 33,1% dans le groupe d'intervention et de 57,2% dans le groupe contrôle. Les décès, toutes causes confondues, étaient de 57,3% dans le groupe d'intervention et de 67,2% dans le groupe contrôle au cours des cinq années. En combinant les deux critères d'évaluation sur la période de suivi de 5 ans, le taux d'événements était de 73,6% dans le groupe avec clip et de 91,5% dans le groupe contrôle. Des complications liées à l'intervention sont survenues au cours du premier mois, le taux étant de 1,4%.

Cette intervention percutanée offre manifestement la possibilité d'interrompre ou d'atténuer durablement l'effet de rétroaction négative que la régurgitation mitrale exerce sur la fonction cardiaque. Pour que l'intervention soit couronnée de succès, il faut incontestablement

Pour les médecins hospitaliers



Case courtesy of Adan Radiology Department, Radiopaedia.org, rID: 92896

Radiographie du thorax: pneumothorax spontané primaire du côté droit chez un patient oligosymptomatique et stable sur le plan cardiopulmonaire. Quelle est la prise en charge optimale?

Prise en charge du pneumothorax spontané primaire

Depuis une étude de non-infériorité publiée en grande pompe [1], nous savons déjà que même un pneumothorax spontané primaire unilatéral volumineux peut en principe être traité de manière conservatrice – à condition que les patientes et patients soient stables sur le plan cardiopulmonaire, qu'ils soient suffisamment oxygénés en air ambiant et que les symptômes soient contrôlables. Dans ces cas, il est alors possible de renoncer à une intervention invasive au moyen d'une aspiration unique ou d'un drainage thoracique.

Une revue systématique [2] a désormais résumé un total de 22 études sur ce sujet au cours des 20 dernières années et est parvenue aux conclusions suivantes: i) les patientes et patients faisant l'objet d'une observation conservatrice ou d'une aspiration unique sont hospitalisés moins longtemps, voire pas du tout, par rapport aux cas traités par drainage thoracique, ii) le taux de récurrence à deux ans est identique entre les trois stratégies de traitement et iii) l'approche expectative présente le meilleur rapport coûts/bénéfices. Une attitude attentiste devrait donc être le premier choix thérapeutique en cas de pneumothorax spontané primaire.

1 N Engl J Med. 2020; doi.org/10.1056/NEJMoa1910775.
2 Chest. 2023; doi.org/10.1016/j.chest.2023.05.017.

Rédigé le 1.6.23_HU.

que l'indication soit posée au bon moment et que le chirurgien dispose d'une grande expérience manuelle de l'intervention. Enfin, il ne faut pas oublier que la maladie a fondamentalement un mauvais pronostic: même dans le groupe d'intervention, plus de la moitié des

patientes et patients sont décédés en l'espace de cinq ans.

N Engl J Med. 2023. doi.org/10.1056/NEJMoa2300213
Rédigé le 4.6.2023_MK.