

Journal Club

Weekly Briefing

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

Rédaction scientifique Forum Médical Suisse

Hématome sous-dural chronique

Dexaméthasone ou évacuation?

S'agissant de la genèse des hématomes sous-duraux chroniques, des processus inflammatoires sont postulés dans l'espace sous-dural provoquant des saignements continus et entretenant ainsi les symptômes. Tel était le point de départ d'une étude randomisée visant à évaluer si la dexaméthasone 2×8 mg/jour à doses décroissantes prise par voie orale pendant 19 jours était équivalente au traitement standard = évacuation chirurgicale par un trou de trépan. Le résultat chez les 252 personnes étudiées était sans équivoque: avec la dexaméthasone, le résultat neurologique était significativement plus mauvais après trois mois, les complications/décès étaient plus fréquents et dans >50% des cas, une évacuation chirurgicale a été ultérieurement nécessaire. L'étude a été interrompue prématurément. Alors: forer et évacuer!

N Engl J Med. 2023, doi.org/10.1056/NEJMoa2216767.
Rédigé le 16.6.23_MK

Asthme et BPCO

Taux d'hospitalisation 1998–2018

La prise en charge optimale de l'asthme ou de la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) permet d'éviter les hospitalisations. Le taux d'hospitalisation (TH) est donc considéré comme un indicateur de qualité de la prise en charge ambulatoire. Le TH annuel associé à l'asthme et à la BPCO dans sept régions de Suisse entre 1998 et 2018 a été déterminé. Alors que le TH pour l'asthme était stable, celui de la BPCO a augmenté de 77,4 à 142,7/100 000 habitants. Les jours d'hospitalisation annuels ont été multipliés par 1,6, en conséquence, les coûts annuels ont atteint 91,2 millions de CHF. Cela contraste avec la baisse considérable des TH dans plusieurs pays voisins. Apparemment, il existe encore un grand potentiel d'amélioration de la prise en charge ambulatoire de la BPCO en Suisse.

Healthcare (Basel). 2023,
doi.org/10.3390/healthcare11091229.
Rédigé le 15.6.23_MK

Acquis vs. héréditaire

C1q bas en cas d'angioedème acquis

Les angioedèmes sont dus 1. aux inhibiteurs de l'ECA, 2. à une allergie via l'IgE/histamine et 3. à un déficit héréditaire en inhibiteur de la C1-estérase (C1-INH). Une 4^e cause est décrite: une patiente de 61 ans a développé un gonflement de la langue et du palais qui s'est amélioré après administration d'adrénaline. La concentration de C1-INH était abaissée, sa fonction était normale-basse. Les facteurs du complément C4 et C1q n'étaient pas mesurables. En outre: une paraprotéine IgG lambda et 20% de plasmocytes monoclonaux. C'est la constellation classique de l'angioedème acquis: >40 ans, pas d'antécédents familiaux, paraprotéines inhibant le C1-INH, C1-INH bas, C4 et C1q bas. Ce dernier point se distingue de l'angioedème héréditaire, qui a des taux de C1q normaux.

Am J Med. 2023, doi.org/10.1016/j.amjmed.2023.01.036.
Rédigé le 16.6.23_MK

CME

Hoquet

- Le hoquet résulte de la contraction unilatérale involontaire du diaphragme gauche > droit, suivie immédiatement de la fermeture de la glotte, produisant le bruit typique. Il existe de multiples noms pour ce bruit (glouglou, glougloutement, sanglot, etc.). La fréquence est de 4–60/min.
- Le hoquet aigu dure <2 jours; il est autolimitant et inoffensif, mais gênant. S'il persiste >2 jours ou même >1 mois, il entrave considérablement la qualité de vie et doit faire l'objet d'une évaluation.
- Les manœuvres contre le hoquet aigu comprennent: 1. augmentation du CO₂: retenir longtemps sa respiration ou respirer dans un sac; 2. stimulation du nerf vague: boire de l'eau glacée ou du

vinaigre, pression sur la carotide ou le globe oculaire, gargarisme, rinçage des oreilles; 3. bizarreries: stimulation sexuelle, massage rectal. En cas de hoquet chronique, ces manœuvres n'ont aucun effet.

- Les médicaments suivants peuvent provoquer le hoquet: dexaméthasone, benzodiazépines, cisplatine, opioïdes et lévodopa. L'alcool est un facteur déclenchant fréquent.
- Maladies à l'origine d'un hoquet chronique: reflux gastro-œsophagien (RGO), maladies cardiaques, maladies du système nerveux central comme par exemple anévrisme, tumeurs, maladie de Parkinson et sclérose en plaques, ainsi que maladies oto-rhino-laryngologiques.
- Des constellations psychiques peuvent également déclencher un hoquet persistant:

stress, excitation, anxiété avec hyperventilation.

- La maladie déclenchante doit être traitée en premier lieu: il est recommandé de faire une tentative avec des antiacides, car le RGO compte parmi les causes les plus fréquentes.
- Médicaments efficaces contre le hoquet chronique: chlorpromazine, métoclopramide, baclofène, gabapentine.
- L'acupuncture devrait être essayée lorsque les médicaments ne sont pas efficaces.
- En cas de hoquet non maîtrisable, il est possible de recourir à des mesures invasives telles que la stimulation du nerf vague ou le blocage du nerf phrénique.

StatPearls. 2022, www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538225.
Rédigé le 18.6.2023_MK

Tachycardies supraventriculaires

Un spray nasal pour le traitement?

Les résultats de l'étude multicentrique, randomisée et contrôlée contre placebo RAPID sont prometteurs. 184 personnes présentant des épisodes connus de tachycardie supraventriculaire paroxystique, symptomatique et persistant >20 min ont été incluses. 99 ont reçu un antagoniste calcique intranasal (étripamil 70 mg, 2 doses au maximum) et 85 un placebo. Le taux de conversion des tachycardies de réentrée après 30 min était de 64% sous étripamil et de 31% sous placebo. L'étripamil intranasal était bien toléré, les effets indésirables étaient rares et légers (gêne nasale, obstruction, rhinorrhée). À la différence des options thérapeutiques orales («pill in the pocket»), le spray d'étripamil agit plus rapidement. Il peut être aussi administré de manière autonome et en dehors de l'hôpital et du cabinet médical, ce qui est un avantage par rapport aux options intraveineuses très efficaces. En cas de symptômes récurrents fréquents, l'ablation par cathéter reste bien sûr l'option thérapeutique définitive.

Lancet. 2023. doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00776-6.
Rédigé le 19.6.23_HU

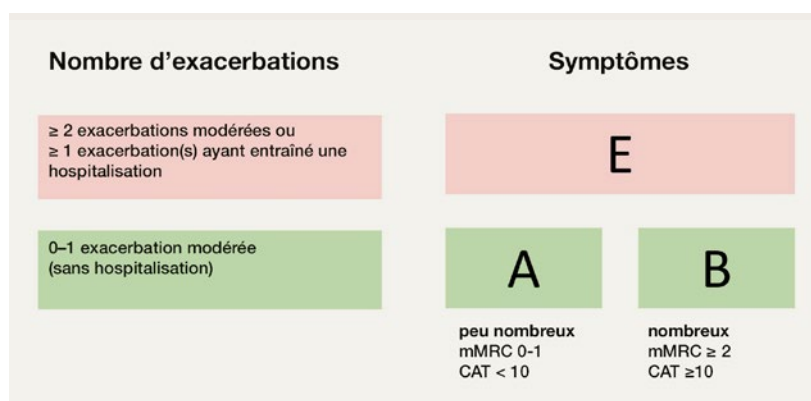
Événements indésirables médicamenteux

L'anticoagulation hier et aujourd'hui

Cette étude rétrospective menée dans un grand hôpital américain a examiné les causes, la sévérité et le devenir des événements indésirables médicamenteux liés à l'anticoagulation thérapeutique. Les données ont été collectées à la suite de l'introduction d'un système d'information clinique numérique dans l'ensemble de l'hôpital et comparées à une cohorte historique. Les effets indésirables (tels que les hémorragies, événements thromboemboliques ou thrombopénies) étaient nettement plus fréquents dans la cohorte historique. Ils ont diminué de 30,5 à 1,3%, probablement en raison de la disponibilité des anticoagulants oraux directs et donc d'une nouvelle pratique de prescription. Inversement, les erreurs de prescription étaient nettement plus nombreuses dans la cohorte contemporaine, entre autres un mauvais dosage, une surveillance inadéquate, un contrôle erroné des interactions, etc. Conclusion: la numérisation et les nouveaux anticoagulants ont amélioré la sécurité des patientes et patients, mais ils exigent en même temps davantage de compétences de la part du personnel.

Am J Med. 2023. doi.org/10.1016/j.amjmed.2023.05.013.
Rédigé le 19.6.23_HU

Quiz



© 2023 The Author(s). CC BY 4.0.

Classes de risque de la BPCO (extrait/traduction de la fig. 2 de: Leuppi JD, et al. COPD – eine unterschätzte Erkrankung. Praxis. 2023;112(7–8):403–12. doi.org/10.1024/1661-8157/a004049, a Hogrefe OpenMind article [creativecommons.org/licenses/by/4.0]). mMRC: modified Medical Research Dyspnea Questionnaire; CAT: COPD Assessment Test.

BPCO: Traitement par inhalation

Ce quiz porte sur le CME du Weekly Briefing du dernier numéro (Forum Médical Suisse 27–28) [1].

Vignette: Un patient de 63 ans se présente à votre cabinet pour un contrôle de suivi après une récente hospitalisation pour une exacerbation aiguë de sa broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO). Il s'est bien rétabli de son hospitalisation et a retrouvé son niveau d'activité antérieur. Il souffre toujours d'une légère dyspnée d'effort («modified Medical Research Dyspnea Questionnaire» [mMRC] 1). Le patient a arrêté de fumer il y a plusieurs années. Une dyspnée nécessitant une hospitalisation ne s'est produite qu'une seule fois jusqu'à présent. Un contrôle spirométrique avant l'hospitalisation avait révélé une obstruction modérée sans réversibilité significative sous bronchodilatateurs inhalés. Jusqu'alors, le patient était sous traitement par inhalation combiné associant un agoniste bêta-2 adrénergique de longue durée d'action (LABA) et un corticostéroïde (CSI), qu'il utilisait de manière plus ou moins rigoureuse. Les analyses de laboratoire ne montrent aucun signe d'inflammation active, les éosinophiles dans la formule sanguine différentielle s'élèvent à 120 cellules/μl.

Quelle affirmation est correcte? (une seule réponse possible)

- A) Comme le patient est peu symptomatique, il est en classe de risque A.**
- B) En raison de l'exacerbation nécessitant une hospitalisation, vous maintenez le traitement par inhalation établi (LABA+CSI).**
- C) Vous passez en premier lieu à un traitement par inhalation associant un LABA et un anticholinergique de longue durée d'action (LAMA).**
- D) Compte tenu de la situation globale, une trithérapie inhalée (LABA+LAMA+CSI) est clairement indiquée.**
- E) Les nouveaux dispositifs d'inhalation présentent l'avantage de rendre superflue la vérification de la technique d'inhalation.**

Solution: C: En raison de l'exacerbation nécessitant une hospitalisation, le patient est en classe de risque E. Cette classification est indépendante de la sévérité des symptômes et de la limitation fonctionnelle pulmonaire. Les CSI augmentent le risque de pneumonie. Les malades présentant un nombre d'éosinophiles ≥300/μl bénéficient en premier lieu d'un traitement par CSI, ce qui n'est pas le cas ici. Une exacerbation nécessitant une hospitalisation ne justifie pas à elle seule un traitement par CSI. L'adhérence est également un facteur limitant pour le succès du traitement avec les inhalateurs modernes. Le contrôle et la formation sont dès lors des aspects essentiels. En raison du degré de sévérité et de la classe de risque, le patient de la vignette a besoin d'un traitement par inhalation conséquent au moyen d'une préparation LABA+LAMA.

1 Forum Med Suisse. 2023. doi.org/10.4414/fms.2023.09461.
Rédigé le 19.6.23_HU